

PLAN DE MESURE NATIONAL RÉADAPTATION

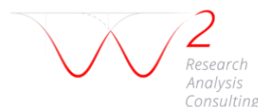
MESURES SPÉCIFIQUES À LA RÉADAPTATION 2027

MANUEL DE MESURE RELATIF AUX PROCÉDURES ET À LA COLLECTE DE DONNÉES

VERSION 1.0

Validité : Valable à partir du 01.01.2027 (remplacement des MP et MD, versions 11.0)

Date : Approuvé le 02.07.2026, 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	Année de mesure 2027	Fusion des manuels des procédures (MP) et des données (MD), versions 11.0, en un manuel de mesure V1.0
		Révision rédactionnelle des contenus, <u>sans</u> modification des directives

Sommaire

1.	Introduction.....	5
1.1	Contenus et groupes cibles du manuel de mesure	5
1.2	Tâches des cliniques	6
2.	Plan de mesure national réadaptation	8
3.	Règles générales de procédure pour les mesures.....	9
3.1	Obligation de mesurer	9
3.2	Exemption des mesures - dispense	9
3.3	Définition de cas.....	9
3.4	Directives pour le choix des instruments pour la mesure à l'admission et à la sortie.....	11
3.4.1	Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation gériatrique, en réadaptation en médecine interne, en réadaptation musculo-squelettique, neurologique et oncologique	11
3.4.2	Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation cardiaque	11
3.4.3	Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation pulmonaire	12
3.4.4	Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation paraplégologique	12
3.4.5	Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation psychosomatique	12
3.4.6	Directives pour les patientes et patients de tous les domaines de réadaptation.....	12
3.5	Moments des relevés et période d'observation.....	12
3.6	Dropout : interruption de la réadaptation	14
3.7	Renonciation au test resp. non-réalisation de certaines mesures.....	14
3.8	Documentation de certaines valeurs manquantes	15
4.	Réalisation et relevé des données des instruments de mesure.....	16
4.1	Relevé correct.....	16
4.2	Saisie des données	16
4.3	Monitoring des données	16
4.4	Démarche lors d'un changement d'instrument.....	18
5.	Format et structure des données.....	19
5.1	Aperçu des données à relever	19
5.2	Formats des données.....	20
5.2.1	Fichier de données SpiGes	20
5.2.2	Données spécifiques à la réadaptation et données supplémentaires	20

5.3	Variable de liaison (identification du cas)	20
5.4	Formats des données.....	21
5.4.1	Format des données SpiGes	21
5.4.2	Données de mesures spécifiques à la réadaptation et données supplémentaires	21
6.	Définition des données des fichiers de données.....	22
6.1	Fichier de données SpiGes	22
6.2	Données supplémentaires (fichier ZU)	22
6.3	Données de mesure pour la réadaptation gériatrique, en médecine interne, musculo-squelettique, neurologique et oncologique (fichier FF)	23
6.4	Données de mesure pour la réadaptation cardiaque (fichier KA)	24
6.5	Données de mesure pour la réadaptation paraplégologique (fichier PP)	24
6.6	Données de mesure pour la réadaptation psychosomatique (fichier PS)	25
6.7	Données de mesure pour la réadaptation pulmonaire (fichier PU)	26
7.	Application web <i>RehaCompass</i>	27
7.1	Contrôle et transmission des données	27
7.2	Accès administrateur	30
7.3	Periodicité – délais	31
	Annexe A	32
	Annexe B.....	44
	Bibliographie	45
	Liste des illustrations	46
	Liste des tableaux.....	46
	Mentions légales.....	47

1. INTRODUCTION

Le présent manuel de mesure contient l'ensemble des directives et prescriptions nécessaires à la réalisation correcte des mesures de la qualité prévues dans le cadre du Plan de mesure national Réadaptation. La réalisation des mesures spécifiques à la réadaptation est obligatoire pour toutes les cliniques de réadaptation qui adhèrent au contrat qualité national 2011 de l'ANQ. Le plan de mesure national Réadaptation, ainsi que son financement, ont été élaborés par l'ANQ et approuvés par ses partenaires (H+, les assureurs et les cantons).

Le présent manuel de mesure a été élaboré en étroite collaboration 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 chargé 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* (téléchargement, examen et transmission des données) et du tableau de bord des résultats spécifiques aux différentes cliniques.

Ce manuel de mesure tient compte du [contrat qualité national](#), du [règlement des données de l'ANQ](#), ainsi que des [concepts d'évaluation et de publication](#) des mesures spécifiques à la réadaptation. Cette version sera adaptée, si nécessaire, sur la base des données recueillies au cours des années suivantes, ainsi que des résultats d'analyse associés, des retours des différents groupes d'acteurs et des éventuels développements ultérieurs des mesures.

1.1 CONTENUS ET GROUPES CIBLES DU MANUEL DE MESURE

Le manuel de mesure et les documents associés, pertinents pour la collecte des données, visent à garantir une qualité élevée des données, en veillant à ce que les cliniques participant au plan de mesure national Réadaptation relèvent et livrent les données requises dans leur intégralité, sans erreurs et codées de manière homogène. Parallèlement, les directives garantissent que les professionnels de la santé en charge des traitements ainsi que les autres membres du personnel des cliniques appliquent les instruments de manière standardisée dans l'ensemble des cliniques de réadaptation et respectent les échéances fixées pour les enquêtes, les tests et les mesures.

Le manuel de mesure se compose de deux parties principales, qui s'adressent à deux groupes cibles distincts (cf. Tableau 1).

PARTIES PRINCIPALES DU MANUEL DE MESURE	CHAPITRE/DESCRIPTION	GROUPES CIBLES
PARTIE 1	Chapitre 2 – Plan de mesure national Réadaptation Chapitre 3 – Règles générales de procédure pour les mesures Chapitre 4 – Réalisation des mesures et relevé des données des instruments de mesure Annexe A – Documentation des instruments de mesure	Personne responsable de la qualité et autre personnel clinique
PARTIE 2	Chapitre 5 – Format et structure des données Chapitre 6 – Définition des données et fichiers de données Chapitre 7 – Application web RehaCompass Annexe B – Formats des données	Responsables de projet et informatiques internes

Tableau 1 : Principales parties et groupes cibles du manuel de mesure

1.2 TÂCHES DES CLINIQUES

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 de mettre en œuvre les mesures adéquates, notamment en mettant à disposition les ressources nécessaires.

L'ANQ recommande aux cliniques de nommer des **personnes responsables de la qualité**, chargées d'assurer la coordination interne et externe des mesures de l'ANQ (notamment avec l'ANQ, ses partenaires de coopération et les prestataires informatiques). Elles bénéficient à cet effet du soutien du présent manuel de mesure, des [offres de formation](#) consacrées à certains instruments de mesure, ainsi que des [FAQ](#).

La personne responsable de la qualité assure la **coordination générale des mesures de la qualité au sein de la clinique**. En collaboration avec les professionnels de la santé en charge des traitements, les responsables de projet internes, les responsables informatiques ainsi que les autres collaborateurs concernés, elle veille à la mise en œuvre, au pilotage et à la réalisation des mesures de la qualité conformément aux directives de l'ANQ. Elle coordonne l'intégration systématique des patientes et patients, veille à la mise en place des conditions organisationnelles et professionnelles nécessaires et garantit l'utilisation des résultats dans les processus de traitement, de gestion de la qualité et de pilotage.

Pour les mesures spécifiques à la réadaptation, il convient notamment de réaliser les tâches suivantes :

- Garantir les conditions organisationnelles et techniques (processus de traitement, SIC, logiciels spécifiques) nécessaires à un relevé des données conforme aux directives de l'ANQ ;
- Planifier, réaliser et garantir les formations internes du personnel dans le cadre d'une approche « train-the-trainers », afin d'assurer une utilisation standardisée des instruments, notamment en termes de validité et de fiabilité inter-évaluateurs ;
- Garantir une communication interne et externe cohérente, notamment en ce qui concerne l'utilisation et l'intégration des résultats dans les processus internes de pilotage et de gestion de la qualité ainsi que la communication externe des résultats ;
- Garantir la transmission électronique complète et dans les délais des données via l'application web *RehaCompass*, conformément aux directives de l'ANQ ;
- Effectuer les clarifications nécessaires, notamment en ce qui concerne l'obtention des licences pour les instruments protégés par des droits de licence prévus dans le plan de mesure Réadaptation.

PARTIE 1

2. PLAN DE MESURE NATIONAL RÉADAPTATION

Le plan de mesure de l'ANQ pour la réadaptation stationnaire (cf. Figure 1) comprend les mesures spécifiques à la réadaptation de la qualité des résultats par domaine de réadaptation (présent manuel de mesure) ainsi que l'enquête auprès des patientes et patients, réalisée dans tous les domaines de réadaptation (manuel de mesure distinct).

La qualité des résultats spécifique à la réadaptation est mesurée dans neuf domaines de réadaptation, conformément au document de définition « [DefReha© version 3.0](#) » (H+, 2020), au moyen d'instruments standardisés permettant de mesurer la capacité fonctionnelle, la qualité de vie et les performances physiques. En complément, des objectifs de participation sont définis conjointement avec les patientes et les patients. Les relevés sont effectués sous forme d'enquêtes exhaustives et comprennent également des données destinées à la description de l'échantillon et à l'ajustement aux risques (SpiGes, Cumulative Illness Rating Scale). De plus amples informations sur les mesures sont disponibles sur le [portail web de l'ANQ](#).

Mesures spécifiques à la réadaptation – Transmission de données par domaine de réadaptation

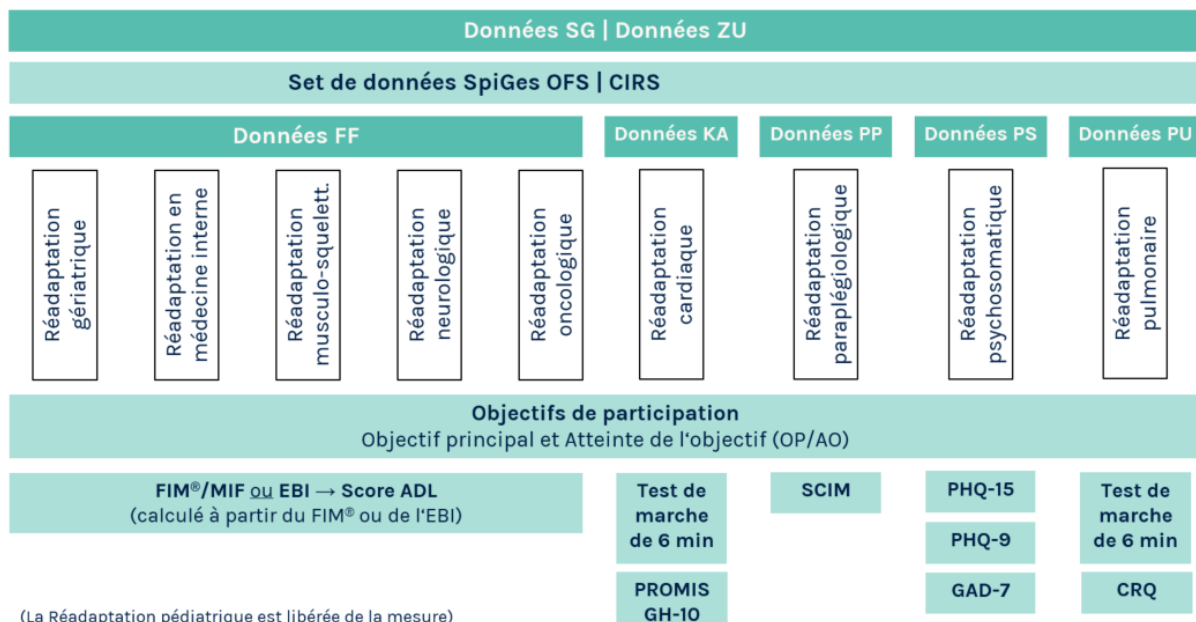


Figure 1 : Plan de mesure national Réadaptation 2027

3. RÈGLES GÉNÉRALES DE PROCÉDURE POUR LES MESURES

3.1 OBLIGATION DE MESURER

Les mesures du plan de mesure national Réadaptation de l'ANQ incluent toutes les institutions de réadaptation, quel que soit le type de prestations stationnaires proposées. En règle générale, ces cas sont traités selon la structure tarifaire ST Reha de SwissDRG SA. Pour la para-plégiologie et la réadaptation précoce, une exception approuvée par le comité de l'ANQ s'applique depuis le 1er janvier 2024 : ces deux domaines continuent d'être répertoriés dans le plan de mesure national Réadaptation, bien que les prestations 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 l'ensemble des patientes et patients admis pour un séjour stationnaire, indépendamment de la date de sortie prévue et d'autres caractéristiques telles que l'âge, le diagnostic, le statut d'assurance, l'origine ou le pays de résidence (**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.

3.2 EXEMPTION DES MESURES - 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 (cf. [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.

3.3 DÉFINITION DE CAS

Les cliniques de réadaptation et les hôpitaux de soins aigus disposant de services de réadaptation relèvent l'ensemble des patientes et patients traités lors d'un séjour stationnaire dont la sortie intervient pendant la période de mesure. Un cas de traitement correspond à un séjour stationnaire individuel, qui débute à l'admission et se termine à la sortie. Tous les cas dont la

sortie de réadaptation intervient durant la période de relevé (01.01–31.12.) doivent être relevés conformément aux directives en vigueur de l'ANQ.

Depuis 2026, les règles et définitions relatives à la définition des cas, aux sites/transferts et au regroupement des cas s'appliquent 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, sont considérés comme des traitements stationnaires les séjours à l'hôpital ou en clinique destinés à l'examen, au traitement et aux soins, qui présentent les caractéristiques suivantes :

- au moins 24 heures ;
- moins de 24 heures, au cours desquels un lit est occupé pendant une nuit ;
- transfert d'un hôpital vers un (autre) hôpital ;
- transfert d'une maison de naissance vers un hôpital ;
- 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 paraplégologie et la réadaptation précoce :

- Pour les cas paraplégologiques, 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, le patient 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.

3.4 DIRECTIVES POUR LE CHOIX DES INSTRUMENTS POUR LA MESURE À L'ADMISSION ET À LA SORTIE

Les chapitres suivants énumèrent les instruments à utiliser pour les patientes et patients par domaine de réadaptation. Les différents instruments et les directives de l'ANQ pour la mise en œuvre pratique sont décrits dans Annexe A.

3.4.1 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.

3.4.2 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**

3.4.3 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)**

3.4.4 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)**

3.4.5 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)**

3.4.6 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 (cf. 6.1 et 6.2).

3.5 MOMENTS DES RELEVÉS ET PÉRIODE D'OBSERVATION

Chaque clinique est responsable de la réalisation correcte et dans les délais des mesures, de la documentation des objectifs ainsi que de la saisie des données qui y est associée.

La **mesure à l'admission 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). À l'exception du dimanche, tous les jours sont considérés comme jours ouvrables ; le samedi compte comme jour ouvrable.

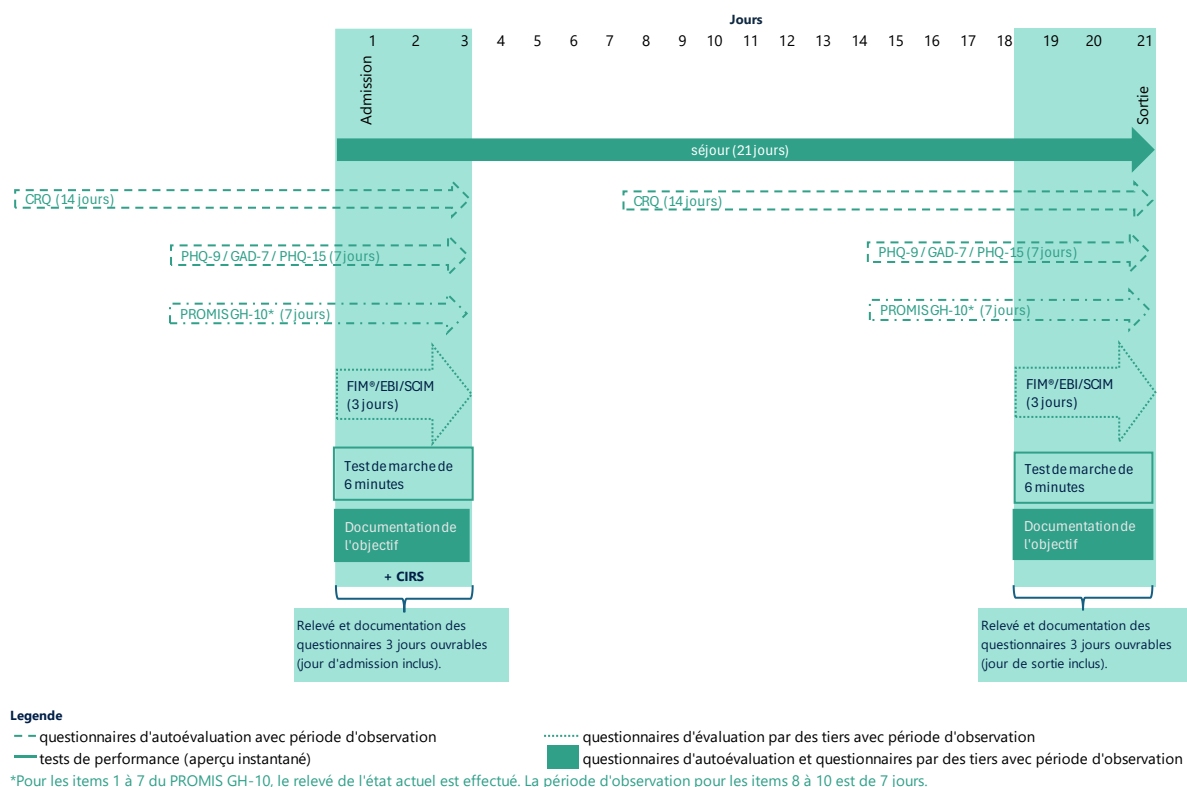


Figure 2 : Moments des relevés et période d'observation

Les mesures se basent sur différentes **périodes d'observation** (cf. Figure 2). 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 de la 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).

3.6 DROPOUT : INTERRUPTION DE LA RÉADAPTATION

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. Si l'achèvement des mesures n'est pas possible en raison d'une interruption de la réadaptation, les données du cas sont définies comme **dropout** et ne sont pas prises en compte dans l'analyse des résultats.

Depuis 2026, les cliniques n'ont 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 identifiés par w hoch 2 sur la base des données disponibles (fichier SpiGes complet) et recensés comme tels.

En principe, les cas doivent, en cas de doute, être documentés et transmis dans leur intégralité, y compris les mesures à la sortie. Pour les cas répondant manifestement aux critères d'un dropout, le personnel clinique peut toutefois renoncer à relever les mesures à la sortie (p. ex. atteinte des objectifs).

3.7 RENONCIATION AU TEST RESP. NON-RÉALISATION DE CERTAINES MESURES

Lorsqu'une mesure ne peut pas être réalisée pour une raison inhérente à celle-ci, qu'une patiente ou un patient refuse de participer ou qu'il a été décidé d'y renoncer pour des raisons médicales, il convient de documenter une **renonciation au test** pour la mesure (cf. Tableau 2). Même dans ce cas, il y a lieu de réaliser les éventuelles autres mesures à l'admission ainsi que les mesures à la sortie. 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.

Les motifs d'une renonciation au test (non-réalisation d'une mesure) sont propres à chaque mesure. Ils peuvent être invoqués pour le test de performance (test de marche de 6 minutes) et pour les questionnaires destinés aux patientes et patients (CRQ, GAD-7, PHQ-9, PHQ-15 et PROMIS GH-10), mais pas pour les mesures réalisées avec la CIRS, l'EBI, la FIM®/MIF et la SCIM, ni pour la documentation de l'objectif principal et de l'atteinte de l'objectif.

Il est nécessaire de préciser le motif de renonciation pour chaque questionnaire patient resp. le test de performance. La date du relevé doit également être saisie (date à laquelle les mesures auraient dû être réalisées). 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 2 : Formulaire des motifs de renonciation pour les questionnaires patients et test de performance

Remarque concernant la renonciation au test/motif d'interruption du test de marche de 6 minutes

Lorsque la patiente, le patient n'est pas à même de réaliser le test de marche de 6 minutes à l'admission en raison de sa condition physique (p. ex. alité/e, mauvais état de santé général), alors il convient de documenter correctement une **renonciation au test** : indiquer la date du test, la distance parcourue= « 0 », motif de la renonciation au test/non-réalisation du test= « 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.

Lorsque la mesure à l'admission n'est pas réalisable en raison d'une mauvaise condition physique, mais que l'état de la patiente, 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.

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. Les motifs d'interruption du test figurent dans les fichiers KA et PU disponibles sur le portail web de l'ANQ.

3.8 DOCUMENTATION DE CERTAINES VALEURS MANQUANTES

En l'absence de certaines valeurs pour les questionnaires patients, 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** ».

Pour les **questionnaires remplis par le personnel soignant**, tous les items doivent être renseignés intégralement, afin d'éviter toute valeur manquante. Cela concerne les données relatives à l'objectif principal et à l'atteinte de l'objectif (OP et AO), ainsi que la FIM®/MIF, l'EBI, la SCIM, le test de marche de 6 minutes et la CIRS. Si des valeurs manquent dans les relevés effectués par des tiers, celles-ci doivent être indiquées comme « **N/A** ».

4. RÉALISATION ET RELEVÉ DES DONNÉES DES INSTRUMENTS DE MESURE

4.1 RELEVÉ CORRECT

Les cliniques sont responsables de la réalisation correcte des mesures (contenu). L'ANQ met à leur disposition les formulaires de relevé, ainsi que les instructions relatives à la réalisation pratique des mesures dans les manuels correspondants. Ces documents sont disponibles dans [l'espace de téléchargements Réadaptation](#) (les instruments soumis à licence sont disponibles uniquement [sur demande](#)).

Les instruments CRQ, FIM®/MIF et PROMIS GH-10 sont soumis à licence. Les cliniques qui utilisent l'un de ces instruments dans le cadre du plan de mesure national Réadaptation doivent passer par un processus d'octroi de licence. Ce processus administratif n'entraîne aucun coût supplémentaire pour les cliniques. Les frais de licence liés aux mesures de la qualité réalisées dans le cadre du plan de mesure national Réadaptation sont pris en charge par l'ANQ.

4.2 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 toutes les mesures, l'ANQ recommande - dans un souci de qualité des données - la saisie électronique des réponses (SIC, logiciel spécifique), parallèlement à un contrôle de celles-ci (cf. 4.3). La saisie électronique des données permet d'éviter de reporter ultérieurement les résultats des tests ou les réponses dans un système électronique (numérisation, saisie manuelle), de contrôler l'intégralité des données saisies et les saisies erronées, ainsi que de corriger les fausses données. L'ANQ déconseille de saisir d'abord les données des mesures sur papier, puis de les reporter dans un système électronique (risque d'erreurs de copie).

Il convient de noter que les questionnaires patients sous licence sont soumis à des conditions de licence particulières lorsqu'ils sont remplis directement sous forme numérique par les patientes et patients (p. ex. tablette). Les cliniques intéressées sont priées de contacter l'équipe du [domaine de la réadaptation de l'ANQ](#).

4.3 MONITORING DES DONNÉES

Afin de garantir une qualité élevée des données, il est recommandé aux cliniques de procéder à des contrôles de plausibilité et d'intégralité.

Dès la saisie, les cliniques devraient mettre en place des mécanismes de contrôle afin d'empêcher la saisie de valeurs erronées ou non valides et de signaler les informations manquantes. Il s'agit notamment de contrôles de validité (plages de valeurs autorisées, restrictions de saisie, champs obligatoires) et de contrôles d'intégralité à des moments définis (p. ex. au plus tard le quatrième jour suivant l'admission pour les mesures à l'admission, immédiatement avant la sortie pour les mesures à la sortie). L'objectif est d'exclure autant que possible les sets de données erronés ou incomplets dès la saisie et de garantir que tous les cas traités durant la période de relevé figurent dans l'ensemble des fichiers (fichier de données SpiGes, données ZU, données de mesure). Il s'agit notamment des éléments suivants :

- **Éviter les valeurs erronées ou non valides** : lors de la saisie, des mécanismes de contrôle doivent être utilisés dans le logiciel concerné afin d'empêcher la saisie de valeurs erronées ou non valides. Il s'agit notamment des éléments suivants :
 - Définition des plages de valeurs valides : des valeurs autorisées et non autorisées sont définies pour chaque variable. Lorsqu'une valeur saisie se situe en dehors de la plage autorisée, un message d'erreur doit apparaître automatiquement.
 - Restriction des possibilités de saisie : lorsque cela est pertinent, la sélection des valeurs doit être limitée à une liste de valeurs valides prédéfinies (p. ex. indice de Barthel étendu, pour lequel les valeurs ne sont pas numérotées de manière consécutive).
- **Éviter les valeurs manquantes** : outre la validité, l'intégralité des données est également déterminante. Afin d'éviter les données manquantes, les règles suivantes s'appliquent :
 - En cas de saisie incomplète d'un ensemble de variables (p. ex. scores de certains tests), un message d'alerte doit apparaître.
 - Une date de réalisation doit obligatoirement être indiquée.
 - Le fait de ne pas renseigner certains items ne doit être possible qu'après affichage d'un message d'alerte. Lorsqu'un instrument d'autoévaluation (CRQ, GAD-7, PROMIS GH-10, PHQ-9, PHQ-15) ou le test de marche de 6 minutes n'est pas réalisé, la date du test ainsi que le motif de sa renonciation doivent être documentés. Pour les autres instruments (p. ex. FIM®/MIF, EBI, SCIM, CIRS), il est obligatoire de les compléter intégralement.
- **Éviter les données de mesure incomplètes au niveau de la patiente ou du patient** : afin de pouvoir rattraper à temps les mesures manquantes, l'intégralité des données doit être vérifiée à deux moments définis :
 - Mesure à l'admission : au plus tard le 4^e jour suivant l'admission
 - Mesure à la sortie : immédiatement avant la sortie planifiée
- **Vérification de l'intégralité et des contenus des sets de données au niveau de l'institution** : enfin, il convient de veiller à ce que les fichiers transmis contiennent tous les cas stationnaires dont la sortie de réadaptation se situe durant la période de relevé.
 - Tous les cas stationnaires dont la sortie de réadaptation se situe durant la période de relevé figurent-ils dans les fichiers transmis ?

- Cela s'applique en premier lieu au fichier de données SpiGes. Celui-ci doit contenir l'ensemble des patientes et patients sortis de clinique, indépendamment du fait que leurs données soient disponibles (en intégralité) dans les autres fichiers.
- Des données sont-elles disponibles pour chaque cas dans les trois fichiers concernés (fichier de données SpiGes, fichier ZU ainsi que fichiers FF, KA, PP, PS ou PU) ?

4.4 DÉMARCHE LORS D'UN CHANGEMENT D'INSTRUMENT

L'objectif est de garantir, dans la mesure du possible, la documentation complète d'un maximum de cas. Les points suivants doivent être pris en compte :

- 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.

Tout changement d'instrument au sein d'une clinique est coordonné en concertation avec l'ANQ. La clinique est responsable d'informer l'équipe du domaine de la réadaptation de l'ANQ (rehabilitation@anq.ch) du changement d'instrument prévu.

PARTIE 2

5. FORMAT ET STRUCTURE DES DONNÉES

5.1 APERÇU DES DONNÉES À RELEVER

Les données suivantes doivent être relevées pour chaque cas de traitement et transmises sous forme consolidée pour l'ensemble des patientes et patients admis au cours d'une année de mesure (cf. Figure 3) :

Mesures spécifiques à la réadaptation – Données à relever par cas



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 3 : Données à relever par cas

Le choix des logiciels utilisés pour le relevé des données incombe aux cliniques. En principe, les directives suivantes s'appliquent aux données relevées et à leur transmission.

- **Fichier de données SpiGes au format OFS (fichier de données sans fichier d'identifiants) :** une partie du [fichier de données SpiGes](#) transmis à l'OFS au format XML doit être fournie sous forme de fichier unique. Pour des raisons juridiques, aucun fichier d'identifiants contenant le numéro AVS ou la date de naissance ne peut être transmis. La livraison des données doit impérativement s'effectuer au niveau de **burnr (site)**. En raison des contrôles de plausibilité effectués dans *RehaCompass*, il n'est pas possible de transmettre des tableaux individuels séparément. Ces vérifications nécessitent toujours un set de données complet, raison pour laquelle les livraisons partielles ne sont pas autorisées. Cela implique également que tous les tableaux obligatoires (cf. Annexe B) doivent être inclus dans le set de données afin qu'une livraison puisse être validée et finalement acceptée.

- **Données supplémentaires :** la mesure de la CIRS est uniquement réalisée à l'admission de la patiente ou du patient. Les données supplémentaires doivent être fournies dans un fichier distinct. Un cas correspond à ce titre à une ligne de données. Les détails des données supplémentaires sont présentés au chapitre 6.2.
- **Instruments du plan de mesure national Réadaptation :** par domaine de réadaptation, une mesure est réalisée à la fois à l'admission et à la sortie. Les données des mesures de la qualité doivent être fournies dans un fichier distinct. Un cas correspond à deux lignes de données au maximum (mesure à l'admission, mesure à la sortie – s'applique également aux cas regroupés). Il convient de livrer un seul fichier contenant les mesures par cas. Pour les différents domaines de réadaptation, les détails des instruments du plan de mesure sont présentés dans l'Annexe A.

5.2 FORMATS DES DONNÉES

5.2.1 Fichier de données SpiGes

Depuis l'année de mesure 2026, le fichier de données SpiGes est transmis sous forme de fichier XML (Extensible Markup Language) au format de l'OFS. Pour ce faire, il convient de se référer aux [directives actuelles de l'OFS](#). Veuillez prendre note des différences entre la livraison des données SpiGes à l'ANQ et celle à l'OFS (chapitre 5.1). L'Annexe B présente les tableaux du fichier de données SpiGes destinés à l'OFS qui doivent au minimum être fournis pour la livraison des données à l'ANQ.

5.2.2 Données spécifiques à la réadaptation et données supplémentaires

Les autres fichiers (données spécifiques à la réadaptation et données supplémentaires) peuvent être téléchargés et transmis aux formats CSV, XLSX, TXT, DAT ou RDS sur la plateforme *RehaCompass* de w hoch 2 GmbH.

5.3 VARIABLE DE LIAISON (IDENTIFICATION DU CAS)

Les cliniques assurent une interconnexion entre les données médico-administratives (set de données SpiGes au format de l'OFS), les données des mesures supplémentaires et les données spécifiques à la réadaptation au moyen du numéro d'identification du cas unique. À cette fin, la **variable fall_id** (ID du cas XML) est utilisée conformément à la spécification SpiGes.

Le **fall_id** doit apparaître dans toutes les lignes de données appartenant à un cas et ce, dans les fichiers de données suivants :

• <u>Fichier de données SpiGes de l'OFS :</u>	Fichier SG
• <u>Données supplémentaires</u>	
à l'admission :	Fichier ZU, champ 2
• <u>Données de mesure des domaines de réadaptation</u>	
resp. à l'admission et à la sortie :	
– Réadaptation gériatrique, en médecine interne, musculo-squelettique, neurologique, oncologique	Fichier FF, champ 2
– Réadaptation cardiaque	Fichier KA, champ 2
– Réadaptation paraplégiologique	Fichier PP, champ 2
– Réadaptation psychosomatique	Fichier PS, champ 2
– Réadaptation pulmonaire	Fichier PU, champ 2

Tous les sets de données des patientes et patients doivent être pourvus du numéro d'identification du cas (fall_id), sinon le regroupement des données par patiente/patient n'est pas possible et celles-ci ne peuvent pas être prises en compte dans l'évaluation !

Sans variable de liaison (fall_id), les données relevées ne peuvent pas être intégrées dans l'évaluation !

5.4 FORMATS DES DONNÉES

5.4.1 Format des données SpiGes

Les directives de l'OFS s'appliquent conformément à la [définition de SpiGes](#).

5.4.2 Données de mesures spécifiques à la réadaptation et données supplémentaires

Pour toutes les **variables numériques (N)**, seules les valeurs positives, en nombres entiers y.c. 0, sont acceptées.

Pour le **format de la date (D)**, la forme AAAAMMJJ est en général utilisée.

Les **indications de l'heure (T)** sont indiquées au format mm:ss. Cela s'applique à l'indication de la durée de la performance fournie dans le test de marche de 6 minutes.

Les **variables alphanumériques (AN)** ne doivent pas contenir de signes réservés à la séparation des champs de données dans le fichier CSV, tels que les Pipes et points-virgules (« | », « ; ») ou les sauts de ligne et marques de paragraphe. Ces derniers doivent, le cas échéant, être remplacés par des espaces ou virgules.

6. DÉFINITION DES DONNÉES DES FICHIERS DE DONNÉES

Pour chacun des sept fichiers, vous trouverez ci-après une description succincte du contenu et de la structure des données. De plus amples informations sont disponibles dans les spécifications figurant à l'Annexe B.

6.1 FICHIER DE DONNÉES SPIGES

Le fichier de données SpiGes à créer pour la transmission des données à l'OFS peut également être utilisé tel quel pour la livraison des données à l'ANQ.

Important :

- La transmission du set de données OFS non modifié relève de la responsabilité des cliniques en matière de protection des données. À défaut, le fichier de données peut se limiter aux tableaux les plus importants pour les évaluations de l'ANQ. Une liste des tableaux obligatoires à transmettre à l'ANQ figure à l'Annexe B du présent document. Le set de données destiné à l'ANQ constitue donc une version réduite du fichier OFS. Après le téléchargement, seules les variables nécessaires à la réalisation et à l'évaluation de la mesure sont stockées de manière permanente dans *RehaCompass*.
- Le fichier d'identifiants SpiGes ne doit pas être fourni. Il contient des informations permettant d'identifier les patientes et patients. Celles-ci ne peuvent pas être transmises pour des raisons de protection des données.
- La livraison du fichier de données SpiGes réduit doit impérativement s'effectuer au niveau du **burnr (site)** et toujours sous forme de fichier complet. Les livraisons partielles de tableaux ou de sections de données ne sont pas possibles, car les contrôles de plausibilité intégrés dans *RehaCompass* nécessitent toujours le set de données complet.
- Pour une transmission réussie, il est indispensable de respecter toutes les directives et définitions du format OFS. L'ordre des éléments/tableaux dans le fichier doit correspondre à la définition SpiGes. Tout autre ordre ne peut pas être traité.

Les détails techniques relatifs à l'interface XML sont disponibles sur le [site web SpiGes de l'OFS](#). Une description détaillée des différentes variables est disponible dans la liste des variables SpiGes.

6.2 DONNÉES SUPPLÉMENTAIRES (FICHIER ZU)

Chaque **fichier ZU** contient **18 champs de données (colonnes)** par cas de traitement, dont les contenus sont présentés dans le Tableau 3. Une description détaillée du contenu du **fichier ZU** est disponible sur le [portail web de l'ANQ](#).

Champs de données	Contenu du fichier ZU
Champ 1	Type de relevé de la ligne : ici ZU
Champ 2	Numéro d'identification du cas interne (fall_id)
Champ 3	Numéro REE de la clinique
Champs 4 – 18	Données sur les comorbidités (CIRS)

Tableau 3 : Contenu du fichier ZU

6.3 DONNÉES DE MESURE POUR LA RÉADAPTATION GÉRIATRIQUE, EN MÉDECINE INTERNE, MUSCULO-SQUELETTIQUE, NEUROLOGIQUE ET ONCOLOGIQUE (FICHIER FF)

Pour chaque cas des domaines de la réadaptation gériatrique, en médecine interne, musculo-squelettique, neurologique ou oncologique, deux lignes FF sont livrées (mesure à l'admission, mesure à la sortie) dans le fichier FF.

Chaque **fichier FF** contient **57 champs de données (colonnes)** par cas de traitement, dont les contenus sont présentés dans le Tableau 4. Une description détaillée du contenu du **fichier FF**, y compris la spécification des variables, est disponible sur le [portail web de l'ANQ](#).

Champs de données	Contenu du fichier FF
Champ 1	Type de relevé de la ligne : ici FF
Champ 2	Numéro d'identification du cas interne (fall_id)
Champ 3	Numéro REE de la clinique
Champ 4	Domaine de réadaptation selon DefReha©
Champ 5	Moment de la mesure (admission/sortie)
Champs 6 – 17	Items objectif principal (OP) et atteinte de l'objectif (AO)
Champs 18 – 40	Items de la FIM®/MIF* <i>Pour l'ensemble des patientes et patients d'une clinique, choisir la même procédure</i>
Champs 41 – 57	Items de l'EBI* <i>Les champs de la procédure non sélectionnée restent vides</i> <i>*Aucun passage de la FIM®/MIF à l'EBI ou inversement n'est prévu au cours de l'année.</i>

Tableau 4 : Contenu du fichier FF

6.4 DONNÉES DE MESURE POUR LA RÉADAPTATION CARDIAQUE (FICHIER KA)

Pour chaque cas du domaine de la réadaptation cardiaque, deux lignes KA (mesure à l'admission, mesure à la sortie) sont livrées dans le fichier KA.

Chaque **fichier KA** contient **39 champs de données (colonnes)** par cas de traitement, dont les contenus sont présentés dans le Tableau 5. Une description détaillée du contenu du **fichier KA**, y compris la spécification des variables, est disponible sur le [portail web de l'ANQ](#).

Champs de données	Contenu du fichier KA
Champ 1	Type de relevé de la ligne : ici KA
Champ 2	Numéro d'identification du cas interne (fall_id)
Champ 3	Numéro REE de la clinique
Champ 4	Domaine de réadaptation selon DefReha©
Champ 5	Moment de la mesure (admission/sortie)
Champs 6 – 17	Items objectif principal (OP) et atteinte de l'objectif (AO)
Champs 18 – 26	Items du test de marche de 6 minutes (TM6M)
Champs 27 – 39	Items du PROMIS GH-10

Tableau 5 : Contenu du fichier KA

6.5 DONNÉES DE MESURE POUR LA RÉADAPTATION PARAPLÉGIOLOGIQUE (FICHIER PP)

Pour chaque cas du domaine de la réadaptation paraplégologique, deux lignes PP (mesure à l'admission, mesure à la sortie) sont livrées dans le fichier PP.

Chaque **fichier PP** contient **37 champs de données (colonnes)** par cas de traitement, dont les contenus sont présentés dans le Tableau 6. Une description détaillée du contenu du **fichier PP**, y compris la spécification des variables, est disponible sur le [portail web de l'ANQ](#).

Champs de données	Contenu du fichier PP
Champ 1	Type de relevé de la ligne : ici PP
Champ 2	Numéro d'identification du cas interne (fall_id)
Champ 3	Numéro REE de la clinique
Champ 4	Domaine de réadaptation selon DefReha©

Champ 5	Moment de la mesure (admission/sortie)
Champs 6 – 17	Items objectif principal (OP) et atteinte de l'objectif (AO)
Champs 18 – 37	Items du SCIM

Tableau 6 : Contenu du fichier PP

6.6 DONNÉES DE MESURE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOMATIQUE (FICHIER PS)

Pour chaque cas du domaine de la réadaptation psychosomatique, deux lignes PS (mesure à l'admission, mesure à la sortie) sont livrées dans le fichier PS.

Chaque **fichier PS** contient **57 champs de données (colonnes)** par cas de traitement, dont les contenus sont présentés dans le Tableau 7. Une description détaillée du contenu du **fichier PS**, y compris la spécification des variables, est disponible sur le [portail web de l'ANQ](#).

Champs de données	Contenu du fichier PS
Champ 1	Type de relevé de la ligne : ici PS
Champ 2	Numéro d'identification du cas interne (fall_id)
Champ 3	Numéro REE de la clinique
Champ 4	Domaine de réadaptation selon DefReha©
Champ 5	Moment de la mesure (admission/sortie)
Champs 6 – 17	Items objectif principal (OP) et atteinte de l'objectif (AO)
Champs 18 – 35	Items du PHQ-15
Champs 36 – 47	Items du PHQ-9
Champs 48 – 57	Items de la GAD-7

Tableau 7 : Contenu du fichier PS

6.7 DONNÉES DE MESURE POUR LA RÉADAPTATION PULMONAIRE (FICHIER PU)

Pour chaque cas du domaine de la réadaptation pulmonaire, deux lignes PU (mesure à l'admission, mesure à la sortie) sont livrées dans le fichier PU.

Chaque **fichier PU** contient **49 champs de données (colonnes)** par cas de traitement, dont les contenus sont présentés dans le Tableau 8. Une description détaillée du contenu du **fichier PU**, y compris la spécification des variables, est disponible sur le [portail web de l'ANQ](#).

Champs de données	Contenu du fichier PU
Champ 1	Type de relevé de la ligne : ici PU
Champ 2	Numéro d'identification du cas interne (fall_id)
Champ 3	Numéro REE de la clinique
Champ 4	Domaine de réadaptation selon DefReha©
Champ 5	Moment de la mesure (admission/sortie)
Champs 6 – 17	Items objectif principal (OP) et atteinte de l'objectif (AO)
Champs 18 – 26	Items du test de marche de 6 minutes (TM6M)
Champs 27 – 49	Items du CRQ

Tableau 8 : Contenu du fichier PU

7. APPLICATION WEB *REHACOMPASS*

Les données des mesures de qualité doivent être transmises par les cliniques sous forme électronique, via un téléchargement dans l'application web *RehaCompass* du partenaire de coopération w hoch 2, au plus tard aux dates limites définies (cf. Tableau 9).

Les données téléchargées sur *RehaCompass* sont hébergées sur des serveurs situés en Suisse. Les procédures techniques relatives au téléchargement et à la vérification des données sont conformes aux normes actuelles de protection des données prévues par la Loi sur la protection des données (LPD).

7.1 CONTRÔLE ET TRANSMISSION DES DONNÉES

Chaque transmission de données doit **inclure l'ensemble des patientes et patients** dont la date de sortie de réadaptation se situe dans la période de relevé concernée. Le relevé des données est soumis au règlement des données de l'ANQ.

RehaCompass assiste les hôpitaux/cliniques dans toutes les étapes du transfert de données :

1. **Contrôle du format des données lors du téléchargement des fichiers :** lors du téléchargement des différents fichiers sur *RehaCompass*, le système vérifie automatiquement si les exigences formelles en matière de structure (nombre de variables, désignations des variables sur le [portail web de l'ANQ](#)) sont respectées. Si les exigences sont remplies, le fichier peut être téléchargé. Dans le cas contraire, un message s'affiche pour signaler les erreurs, ce qui permet de modifier/corriger le fichier avant de le télécharger à nouveau.
2. **Contrôle du contenu des données après le téléchargement des fichiers :** après le téléchargement des données des mesures de la qualité sur *RehaCompass*, la qualité des données est calculée au regard de leur exhaustivité et plausibilité (cf. concept d'évaluation sur le [portail web de l'ANQ](#)). Si les retours sur *RehaCompass* indiquent que des données ne sont pas disponibles pour chaque patiente et chaque patient dans les trois fichiers, il convient de vérifier les points suivants :
 - Ces données manquantes sont-elles disponibles dans le système et peuvent-elles encore être extraites, ou n'ont-elles effectivement pas été relevées ?
 - Certaines données peuvent-elles encore être saisies a posteriori ?Les cliniques peuvent corriger/retravailler les fichiers/sets de données si nécessaire et les télécharger à nouveau. Le fichier précédent est alors toujours écrasé. Les étapes 1 et 2 peuvent être répétées autant de fois que nécessaire sur *RehaCompass* jusqu'à ce que la qualité des données réponde aux exigences.
3. **Transmission finale des données via *RehaCompass* :** entre la fin de l'année de mesure et le délai de transmission des données, il est possible de transmettre

définitivement les dernières données téléchargées sur *RehaCompass* et dont la qualité a été vérifiée. Les évaluations nationale et spécifiques à chaque clinique sont réalisées sur la base de ces données transmises

w hoch 2 est l'interlocuteur privilégié pour toutes les questions relatives au transfert et à la vérification des données, ainsi qu'à l'application web *RehaCompass* (voir les coordonnées dans l'impressum).

L'application web est également à la disposition des cliniques en cours d'année pour **contrôler la qualité des données**, afin d'identifier rapidement les sources d'erreurs éventuelles et de garantir la qualité des données. *RehaCompass* vérifie les données transmises conformément à la définition des données existante et fournit aux cliniques un retour détaillé sur la qualité des données, par exemple sur les points suivants :

Contrôle des données par cas

- Existe-t-il des lignes avec fall_id manquant dans les fichiers ?
- Pour chaque fall_id dans les fichiers du plan de mesure (ligne FF, KA, PP, PS ou PU), existe-t-il des données relatives aux mesures à l'admission et à la sortie, c'est-à-dire existe-t-il deux lignes FF, KA, PP, PS ou PU pour chaque fall_id ?
- Existe-t-il un seul fichier du plan de mesure (FF, KA, PP, PS ou PU) pour chaque fall_id ?
- Pour quel fall_id les données manquent-elles ? Dans quels sets de données ?

Admission en réadaptation

- Les données relatives à l'objectif principal (OP) sont-elles complètes ?
- Les données de la FIM®/MIF ou de l'EPI sont-elles complètes ?
- Les données de la CIRS sont-elles complètes ?

Sortie de réadaptation

- Les données relatives à l'objectif principal (OP) sont-elles complètes ?
- Les données de la FIM®/MIF ou de l'EPI sont-elles complètes ?

Contrôle des données par cas – réadaptation cardiaque (variable « domaine de réadaptation » = 3)

- Admission en réadaptation :
 - Les données relatives à l'objectif principal (OP) sont-elles complètes ?
 - Les données du test de marche de six minutes sont-elles complètes (résultats du test ou motifs de renonciation au test) ?

- Les données du PROMIS GH-10 sont-elles complètes (résultats du test ou motifs de renonciation au test) ?
- Les données de la CIRS sont-elles complètes ?
- Sortie de réadaptation :
 - Les données relatives à l'objectif principal (OP) sont-elles complètes ?
 - Les données du test de marche de six minutes sont-elles complètes (résultats du test ou motifs de renonciation au test) ?
 - Les données du PROMIS GH-10 sont-elles complètes (résultats du test ou motifs de renonciation au test) ?

Contrôle des données par cas – réadaptation paraplégologique (variable « domaine de réadaptation » = 8)

- Admission en réadaptation :
 - Les données relatives à l'objectif principal (OP) sont-elles complètes ?
 - Les données du SCIM sont-elles complètes ?
 - Les données de la CIRS sont-elles complètes ?
- Sortie de réadaptation :
 - Les données relatives à l'objectif principal (OP) sont-elles complètes ?
 - Les données du SCIM sont-elles complètes ?

Contrôle des données par cas – réadaptation psychosomatique (variable « domaine de réadaptation » = 9)

- Admission en réadaptation :
 - Les données relatives à l'objectif principal (OP) sont-elles complètes ?
 - Les données du PHQ-15 sont-elles complètes (résultats du test ou motifs de renonciation au test) ?
 - Les données du PHQ-9 sont-elles complètes (résultats du test ou motifs de renonciation au test) ?
 - Les données du GAD-7 sont-elles complètes (résultats du test ou motifs de renonciation au test) ?
 - Les données de la CIRS sont-elles complètes ?
- Sortie de réadaptation :
 - Les données relatives à l'objectif principal (OP) sont-elles complètes ?
 - Les données du PHQ-15 sont-elles complètes (résultats du test ou motifs de renonciation au test) ?
 - Les données du PHQ-9 sont-elles complètes (résultats du test ou motifs de renonciation au test) ?
 - Les données du GAD-7 sont-elles complètes (résultats du test ou motifs de renonciation au test) ?

Contrôle des données par cas – réadaptation pulmonaire (variable « domaine de réadaptation » = 10)

- Admission en réadaptation :
 - Les données relatives à l'objectif principal (OP) sont-elles complètes ?
 - Les données du test de marche de six minutes sont-elles complètes (résultats du test ou motifs de renonciation au test) ?
 - Les données du CRQ sont-elles complètes (résultats du test ou motifs de renonciation au test) ?
 - Les données de la CIRS sont-elles complètes ?
- Sortie de réadaptation :
 - Les données relatives à l'objectif principal (OP) sont-elles complètes ?
 - Les données du test de marche de six minutes sont-elles complètes (résultats du test ou motifs de renonciation au test) ?
 - Les données du CRQ sont-elles complètes (résultats du test ou motifs de renonciation au test) ?

7.2 ACCÈS ADMINISTRATEUR

L'accès à l'application web *RehaCompass* est fourni par défaut à une personne responsable de la mesure (administrateur) par hôpital/clinique ou groupe d'hôpitaux/de cliniques. Si les hôpitaux ou cliniques ont besoin de plusieurs accès administrateur pour effectuer la mesure comme prévu (p. ex. partage des tâches, remplacements, informatique), des accès (temporaires) supplémentaires sont créés en conséquence. Les personnes disposant d'un accès administrateur peuvent télécharger les différents fichiers sur *RehaCompass*, vérifier la qualité des données et, à l'issue de la période de relevé, transmettre définitivement les sets de données. Les personnes disposant d'un accès administrateur recevront un e-mail leur rappelant le délai de livraison avant la fin de la période de relevé.

Les administrateurs des institutions peuvent également accorder directement à d'autres personnes (utilisateurs) un accès à la qualité des données dans *RehaCompass* (mode lecture). Ces utilisateurs reçoivent une invitation par e-mail pour créer leur compte, puis choisissent leur propre mot de passe pour accéder à l'application web. Les utilisateurs ne peuvent toutefois ni télécharger, ni écraser, ni transmettre définitivement des fichiers.

7.3 PERIODICITÉ – DÉLAIS

Des **dates fixes** sont fixées pour la livraison des données (cf. Tableau 9). Les délais doivent toujours être respectés (même si les données sont incomplètes) :

Délais de livraison des données	Période de saisie des données (données de l'ensemble des patientes et patients ayant quitté l'institution durant cette période)
28.02.2027	01.01.2026 – 31.12.2026
28.02.2028	01.01.2027 – 31.12.2027

Tableau 9 : Dates fixées pour la livraison des données

ANNEXE A

DOCUMENTATION DES INSTRUMENTS DE MESURE

OBJECTIFS DE PARTICIPATION, OBJECTIF PRINCIPAL ET ATTEINTE DE L'OBJECTIF (OP/AO)

Profil de l'instrument

CARACTÉRISTIQUE	DESCRIPTION
Indicateur	Objectifs de participation
Domaine d'application	Tous les domaines de réadaptation
Type d'instrument et groupe professionnel compétent	Évaluation par des tiers avec la participation des patientes et patients ; en principe, par équipe de soins interprofessionnelle et interdisciplinaire
Moment du relevé et durée	Admission (OP) et sortie (AO), resp. env. 5-10 minutes
Versions linguistiques	FR, DE et IT
Soumis à licence	Non
Items et échelle	10 catégories d'objectifs, pas d'échelle numérique
Plage de valeurs	Définition et atteinte des objectifs par catégorie
Autres documents	Formulaire (portail web de l'ANQ)

Tableau 10 : Profil de l'instrument OP/AO

Contexte

Fondée sur la CIF (Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé), la documentation des objectifs rend compte des éléments centraux du mandat de prestations en matière de réadaptation. Elle favorise l'adoption d'un langage commun et une approche commune orientée vers les objectifs au sein de l'équipe interprofessionnelle. Développée dans le cadre de projets pilotes de l'ANQ (2007-2009) dans les domaines de la réadaptation neurologique et musculo-squelettique, elle a été introduite en 2011 en tant qu'exigence de mesure.

Directives de l'ANQ relatives à l'application

Les cliniques de réadaptation organisent les processus de définition des objectifs et d'évaluation de leur atteinte conformément aux directives de l'ANQ, en appliquant les catégories prédéfinies ainsi qu'un schéma structuré de définition et d'évaluation des objectifs. Les objectifs de participation sont définis au début du séjour conjointement avec la patiente ou le patient, puis adaptés si nécessaire, en tenant compte des ressources, du potentiel de réadaptation, des facteurs contextuels ainsi que des conditions-cadres organisationnelles. L'implication de la patiente ou du patient est obligatoire et le processus doit être documenté.

L'atteinte des objectifs est évaluée à la sortie et décrit le degré d'atteinte des objectifs en tenant compte des capacités fonctionnelles ainsi que des conditions-cadres pertinentes. L'évaluation est réalisée de manière structurée et avec la participation de la patiente ou du patient.

FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASURE (FIM®/MIF)

Profil de l'instrument

CARACTÉRISTIQUE	DESCRIPTION
Indicateur	Capacité fonctionnelle dans les actes ordinaires de la vie quotidienne (AVQ)
Domaine d'application	Réadaptation gériatrique, en médecine interne, musculo-squelettique, neurologique et oncologique
Type d'instrument et groupe professionnel compétent	Évaluation par des tiers (sur la base d'observations) ; en principe, par personnel soignant dûment formé
Moment du relevé et durée	Admission et sortie, resp. env. 15-30 minutes
Versions linguistiques	FR, DE et IT
Soumis à licence	Oui, enregistrement auprès de l'ANQ nécessaire (cf. 4.1)
Items et échelle	18 items (13 items moteurs et 5 items cognitifs), échelle ordinale à 7 niveaux (1-7), avec un score minimal de 18 et maximal de 126 points (valeur plus élevée = capacité fonctionnelle plus élevée).
Autres documents	Outre le formulaire et le manuel officiel, version 5.2 (après enregistrement), les cliniques disposent également des recommandations du groupe d'experts FIM®/MIF (portail web de l'ANQ).

Tableau 11 : Profil de l'instrument FIM®/MIF

Contexte

La FIM®/MIF a été développée en 1983 aux États-Unis et sert à évaluer le degré d'autonomie fonctionnelle ou de besoin en soins. Avec l'indice de Barthel, elle compte parmi les instruments les plus utilisés au monde pour mesurer la capacité fonctionnelle dans les actes ordinaires de la vie quotidienne (AVQ), tels que la continence, les transferts, la déambulation, la communication et les capacités cognitives.

Les droits d'auteur appartiennent à Netsmart resp. au *Uniform Data System for Medical Rehabilitation* (UDSMR). L'ANQ a acquis les droits d'utilisation de l'instrument afin de mesurer la qualité dans le domaine de la réadaptation. Seules les cliniques enregistrées sont habilitées à utiliser la FIM®/MIF.

Directives de l'ANQ relatives à l'utilisation

Le relevé repose sur l'observation des actes ordinaires de la vie quotidienne (AVQ) dans le cadre clinique ainsi que, si nécessaire, sur des informations complémentaires issues de la documentation ou fournies par les proches. Tous les items doivent être évalués intégralement, même lorsque certaines activités ne peuvent pas être réalisées. La performance effectivement observée est déterminante. En cas de doute, il convient de consigner l'évaluation la plus stricte (valeur la plus faible).

INDICE DE BARTHEL ÉTENDU (EBI)

Profil de l'instrument

CARACTÉRISTIQUE	DESCRIPTION
Indicateur	Capacité fonctionnelle dans les actes ordinaires de la vie quotidienne (AVQ)
Domaine d'application	Réadaptation gériatrique, en médecine interne, musculo-squelettique, neurologique et oncologique
Type d'instrument et groupe professionnel compétent	Évaluation par des tiers (sur la base d'observations) ; en principe, par personnel soignant dûment formé
Moment du relevé et durée	Admission et sortie, resp. env. 15 minutes
Versions linguistiques	FR, DE et IT
Soumis à licence	Non
Items et échelle	16 items (10 items moteurs et 6 items cognitifs), échelle ordinale à 5 niveaux (0-4), avec un score minimal de 0 et maximal de 64 points (valeur plus élevée = capacité fonctionnelle plus élevée).
Autres documents	Outre le formulaire, les cliniques disposent également des recommandations du groupe d'experts EBI (portail web de l'ANQ).

Tableau 12 : Profil de l'instrument EBI

Contexte

L'EBI permet d'évaluer de manière différenciée le degré de dépendance à l'aide d'autrui pour les actes ordinaires de la vie quotidienne (AVQ). Il a été développé comme une évolution de l'indice de Barthel et alternative sans licence à la FIM®/MIF. Il présente une forte corrélation avec la FIM®/MIF, tout en nécessitant moins de temps et de formation.

Directives de l'ANQ relatives à l'utilisation

Le relevé repose sur l'observation des actes ordinaires de la vie quotidienne (AVQ) dans le cadre clinique ainsi que, si nécessaire, sur des informations complémentaires issues de la

documentation ou fournies par les proches. Tous les items doivent être évalués intégralement, même lorsque certaines activités ne peuvent pas être réalisées. La performance effectivement observée est déterminante. En cas de doute, il convient de consigner l'évaluation la plus stricte (valeur la plus faible).

TEST DE MARCHE DE 6 MINUTES (TM6M)

Profil de l'instrument

CARACTÉRISTIQUE	DESCRIPTION
Indicateur	Capacité fonctionnelle physique
Domaine d'application	Réadaptation cardiaque et pulmonaire
Type d'instrument et groupe professionnel compétent	Mesure de la performance ; en principe, par personnel de physiothérapie dûment formé
Moment du relevé et durée	Admission et sortie, resp. env. 15-20 minutes
Versions linguistiques	FR, DE et IT
Soumis à licence	Non
Items et échelle	Distance parcourue, mesure de la distance en mètres
Autres documents	Formulaire (portail web de l'ANQ)

Tableau 13 : Profil de l'instrument TM6M

Contexte

Le test de marche de 6 minutes a été développé pour évaluer objectivement les capacités physiques, les données anamnestiques relatives à la résistance physique étant souvent peu fiables. Il s'appuie sur des tests de marche et d'effort antérieurs et a été perfectionné pour les patientes et patients présentant une capacité d'effort réduite. Ce test est reconnu à l'échelle internationale et permet d'évaluer la capacité fonctionnelle à la marche dans des conditions proches de la vie quotidienne (Büsching et al., 2009 ; Cooper, 1968).

Directives de l'ANQ relatives à l'utilisation

Le test est réalisé conformément aux standards de l'ANQ et de [l'ATS/ERS](#), sur une distance de marche de 30 mètres, marquée tous les 3 mètres et comportant des points de demi-tour clairement signalés (p. ex. cônes de signalisation ou aménagements similaires, tels qu'un parcours circulaire dans une salle de gymnastique). Une résistance physique, ainsi qu'une mobilité suffisante sont requises. Si la patiente/le patient est alité/e ou confiné/e à sa chambre, le test n'est pas réalisé et une distance de 0 mètre est consignée (cf. 3.7).

La patiente, le patient marche pendant six minutes en parcourant la plus grande distance possible (sans courir). Les pauses sont autorisées, mais le chronomètre continue de tourner. Seuls des encouragements standard sont autorisés. Le test est 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.

Lorsque la patiente, le patient est en particulièrement mauvaise forme le jour du test, la mesure peut être répétée. Le meilleur des deux résultats est alors retenu. Le test est réalisé avec les aides à la marche habituelles et sous le traitement médicamenteux en cours (y compris l'oxygénothérapie). Si la mesure à l'admission n'est initialement pas possible, la mesure à la sortie doit néanmoins être réalisée dès que la mobilité le permet.

PROMIS GLOBAL HEALTH – 10 (PROMIS GH-10)

Profil de l'instrument

CARACTÉRISTIQUE	DESCRIPTION
Indicateur	Qualité de vie
Domaine d'application	Réadaptation cardiaque
Type d'instrument et groupe professionnel compétent	Autoévaluation (patient-reported outcome) ; en principe, coordination par personnel soignant
Moment du relevé et durée	Admission et sortie, resp. env. 10 minutes
Versions linguistiques	FR, DE, IT et ENG
Soumis à licence	Oui, enregistrement auprès de l'ANQ nécessaire (cf. 4.1)
Items et échelle	10 items (4 items pour le Physical Health Score et 4 items pour le Mental Health Score), échelle de Likert à 5 niveaux (1-5) (items 1-9) et 0-10 échelle d'évaluation (item 10), score minimal de 4 et maximal de 20 points par sous-score (valeur plus élevée = qualité de vie plus élevée)
Autres documents	Formulaire (après enregistrement), informations supplémentaires sur le site web de PROMIS

Tableau 14 : Profil de l'instrument PROMIS GH-10

Contexte

Le PROMIS GH-10 est un questionnaire générique, largement utilisé à l'échelle internationale, qui permet d'évaluer la qualité de vie liée à la santé dans différents contextes pathologiques (Pak et al., 2021). Il repose sur le système de mesure PROMIS® (Patient-Reported Outcomes Measurement Information System). Depuis le 1er janvier 2026, l'ANQ l'utilise en réadaptation cardiaque en remplacement du MacNew Heart.

Directives de l'ANQ relatives à l'utilisation

Pour les questionnaires remplis par les patientes et patients, la remise a généralement lieu lors de l'entretien d'admission. Les questionnaires de sortie sont généralement remis lors de l'entretien de sortie (cf. 3.5). En cas de non-retour du questionnaire, la patiente ou le patient doit être relancé activement. Le questionnaire doit impérativement être rempli au sein de la clinique.

L'ensemble des patientes et patients doivent être encouragés à participer, indépendamment de leur diagnostic ou de leurs connaissances linguistiques. Il est expressément souhaité qu'ils remplissent eux-mêmes les questionnaires. L'aide du personnel soignant est autorisée, pour autant qu'il n'influence pas le contenu des réponses. En cas de **renonciation au test** (notamment en raison d'un refus, de barrières linguistiques ou de motifs médicaux), celle-ci doit être documentée. Les éventuelles autres mesures à l'admission ou à la sortie doivent néanmoins être réalisées (cf. 3.7).

CHRONIC RESPIRATORY QUESTIONNAIRE (CRQ)

Profil de l'instrument

CARACTÉRISTIQUE	DESCRIPTION
Indicateur	Qualité de vie
Domaine d'application	Réadaptation pulmonaire
Type d'instrument et groupe professionnel compétent	Autoévaluation (patient-reported outcome) ; en principe, coordination par personnel soignant
Moment du relevé et durée	Admission et sortie, resp. env. 30 minutes
Versions linguistiques	FR, DE, IT et ENG
Soumis à licence	Oui, enregistrement auprès de l'ANQ nécessaire (cf. 4.1)
Items et échelle	20 items, échelle de Likert à 7 niveaux (1-7), score minimal de 20 et maximal de 140 points (valeur plus élevée = qualité de vie plus élevée)
Autres documents	Formulaire (après enregistrement)

Tableau 15 : Profil de l'instrument CRQ

Contexte

Le CRQ a été développé en 1987 par Guyatt et coll. Il permet de mesurer la qualité de vie liée à la santé des patientes et patients atteints de maladies respiratoires chroniques. Il sert à la fois à l'évaluation de l'état de santé et à l'appréciation des résultats de la réadaptation. Une amélioration du score CRQ indique une amélioration de la qualité de vie au quotidien, indépendamment des éventuelles modifications de la fonction respiratoire (Büsching et al., 2009). Pour ses

mesures, l'ANQ utilise la version CRQ-SAS fournie par le donneur de licence, [McMaster University](#) (Canada) (questionnaire destiné aux patientes et patients avec questions standardisées sur la dyspnée).

Directives de l'ANQ relatives à l'utilisation

Pour les questionnaires remplis par les patientes et patients, la remise a généralement lieu lors de l'entretien d'admission. Les questionnaires de sortie sont généralement remis lors de l'entretien de sortie (cf. 3.5). En cas de non-retour du questionnaire, la patiente ou le patient doit être relancé activement. Le questionnaire doit impérativement être rempli au sein de la clinique.

L'ensemble des patientes et patients doivent être encouragés à participer, indépendamment de leur diagnostic ou de leurs connaissances linguistiques. Il est expressément souhaité qu'ils remplissent eux-mêmes les questionnaires. L'aide du personnel soignant est autorisée, pour autant qu'il n'influence pas le contenu des réponses. En cas de **renonciation au test** (notamment en raison d'un refus, de barrières linguistiques ou de motifs médicaux), celle-ci doit être documentée. Les éventuelles autres mesures à l'admission ou à la sortie doivent néanmoins être réalisées (cf. 3.7).

SPINAL CORD INDEPENDENCE MEASURE (SCIM)

Profil de l'instrument

CARACTÉRISTIQUE	DESCRIPTION
Indicateur	Capacité fonctionnelle dans les actes ordinaires de la vie quotidienne
Domaine d'application	Réadaptation paraplégiologique
Type d'instrument et groupe professionnel compétent	Évaluation par des tiers (sur la base d'observations) ; en principe, par personnel soignant dûment formé
Moment du relevé et durée	Admission et sortie, resp. env. 30 minutes
Versions linguistiques	FR, DE et IT
Soumis à licence	Non
Items et échelle	19 items (soins personnels, respiration, contrôle sphinctérien et mobilité), avec des scores différents selon les items, dans une plage de 0-15 points ; score minimal de 0 et maximal de 100 points (valeur plus élevée = capacité fonctionnelle plus élevée)
Autres documents	Formulaire (portail web de l'ANQ)

Tableau 16 : Profil de l'instrument SCIM

Contexte

La SCIM mesure la capacité 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). Son développement 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 désormais une version SCIM IV, mais l'ANQ continue d'utiliser la version III.

Directives de l'ANQ relatives à l'utilisation

Le relevé repose sur l'observation des actes ordinaires de la vie quotidienne (AVQ) dans le cadre clinique ainsi que, si nécessaire, sur des informations complémentaires issues de la documentation ou fournies par les proches. Tous les items doivent être évalués intégralement, même lorsque certaines activités ne peuvent pas être réalisées. La performance effectivement observée est déterminante. En cas de doute, il convient de retenir l'évaluation la plus stricte (valeur la plus faible).

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE – 15 (PHQ-15)

Profil de l'instrument

CARACTÉRISTIQUE	DESCRIPTION
Indicateur	Symptômes somatiques
Domaine d'application	Réadaptation psychosomatique
Type d'instrument et groupe professionnel compétent	Autoévaluation ; en principe, coordination par personnel soignant
Moment du relevé et durée	Admission et sortie, resp. env. 10 minutes
Versions linguistiques	FR, DE, IT et ENG
Soumis à licence	Non
Items et échelle	15 items, échelle de Likert à 3 niveaux (0-2), score minimal de 0 et maximal de 28 points (valeur plus élevée = importance des symptômes plus élevée)
Autres documents	Formulaire (portail web de l'ANQ), informations supplémentaires sur le site web du PHQ

Tableau 17 : Profil de l'instrument PHQ-15

Contexte

Le questionnaire PHQ-15 est une version abrégée du Patient Health Questionnaire (PHQ) développé par Pfizer dans les années 1990. Il mesure la gêne occasionnée par des symptômes somatiques (Kroenke K et al., 2002).

Directives de l'ANQ relatives à l'utilisation

Pour les questionnaires remplis par les patientes et patients, la remise a généralement lieu lors de l'entretien d'admission. Les questionnaires de sortie sont généralement remis lors de l'entretien de sortie (cf. 3.5). En cas de non-retour du questionnaire, la patiente ou le patient doit être relancé activement. Le questionnaire doit impérativement être rempli au sein de la clinique.

L'ensemble des patientes et patients doivent être encouragés à participer, indépendamment de leur diagnostic ou de leurs connaissances linguistiques. Il est expressément souhaité qu'ils remplissent eux-mêmes les questionnaires. L'aide du personnel soignant est autorisée, pour autant qu'il n'influence pas le contenu des réponses. En cas de **renonciation au test** (notamment en raison d'un refus, de barrières linguistiques ou de motifs médicaux), celle-ci doit être documentée. Les éventuelles autres mesures à l'admission ou à la sortie doivent néanmoins être réalisées (cf. 3.7).

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE – 9 (PHQ-9)

Profil de l'instrument

CARACTÉRISTIQUE	DESCRIPTION
Indicateur	Dépression
Domaine d'application	Réadaptation psychosomatique
Type d'instrument et groupe professionnel compétent	Autoévaluation ; en principe, coordination par personnel soignant
Moment du relevé et durée	Admission et sortie, resp. env. 10 minutes
Versions linguistiques	FR, DE, IT et ENG
Soumis à licence	Non
Items et échelle	9 items, échelle de Likert à 4 niveaux (0-3), score minimal de 0 et maximal de 27 points (valeur plus élevée = importance des symptômes plus élevée)
Autres documents	Formulaire (portail web de l'ANQ), informations supplémentaires sur le site web du PHQ

Tableau 18 : Profil de l'instrument PHQ-9

Contexte

Le PHQ-9 fait partie de la famille des questionnaires Patient Health Questionnaire (PHQ) et a été développé dans les années 1990 sur mandat de Pfizer (Kroenke & Spitzer, 2002). Il permet de relever et de déterminer l'importance des symptômes dépressifs et peut être utilisé aussi bien comme outil de dépistage que pour suivre leur évolution (Kroenke et al., 2001). Depuis 2024, le PHQ-9, associé au GAD-7, remplace la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Directives de l'ANQ relatives à l'utilisation

Pour les questionnaires remplis par les patientes et patients, la remise a généralement lieu lors de l'entretien d'admission. Les questionnaires de sortie sont généralement remis lors de l'entretien de sortie (cf. 3.5). En cas de non-retour du questionnaire, la patiente ou le patient doit être relancé activement. Le questionnaire doit impérativement être rempli au sein de la clinique.

L'ensemble des patientes et patients doivent être encouragés à participer, indépendamment de leur diagnostic ou de leurs connaissances linguistiques. Il est expressément souhaité qu'ils remplissent eux-mêmes les questionnaires. L'aide du personnel soignant est autorisée, pour autant qu'il n'influence pas le contenu des réponses. En cas de **renonciation au test** (notamment en raison d'un refus, de barrières linguistiques ou de motifs médicaux), celle-ci doit être documentée. Les éventuelles autres mesures à l'admission ou à la sortie doivent néanmoins être réalisées (cf. 3.7).

GENERALIZED ANXIETY DISORDER – 7 (GAD-7)

Profil de l'instrument

CARACTÉRISTIQUE	DESCRIPTION
Indicateur	Anxiété
Domaine d'application	Réadaptation psychosomatique
Type d'instrument et groupe professionnel compétent	Autoévaluation ; en principe, coordination par personnel soignant
Moment du relevé et durée	Admission et sortie, resp. env. 5 minutes
Versions linguistiques	FR, DE, IT et ENG
Soumis à licence	Non
Items et échelle	7 items, échelle de Likert à 4 niveaux (0-3), score minimal de 0 et maximal de 21 points (valeur plus élevée = importance des symptômes plus élevée)
Autres documents	Formulaire (portail web de l'ANQ), informations supplémentaires sur le site web du PHQ

Tableau 19 : Profil de l'instrument GAD-7

Contexte

La GAD-7 est un instrument établi de dépistage et de suivi permettant d'évaluer les symptômes anxieux. Elle a été développée par le même groupe de recherche que le Patient Health Questionnaire (PHQ) et permet d'évaluer l'anxiété chez les patientes et patients souffrant de maladies physiques ou de troubles physiques (éventuellement psychogènes) (Spitzer et al., 2006). Elle sert à la fois comme méthode de dépistage des troubles anxieux et pour déterminer le degré de sévérité des symptômes anxieux (Kroenke et al., 2010). Depuis 2024, la GAD-7, associée au PHQ-9, remplace la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Directives de l'ANQ relatives à l'utilisation

Pour les questionnaires remplis par les patientes et patients, la remise a généralement lieu lors de l'entretien d'admission. Les questionnaires de sortie sont généralement remis lors de l'entretien de sortie (cf. 3.5). En cas de non-retour du questionnaire, la patiente ou le patient doit être relancé activement. Le questionnaire doit impérativement être rempli au sein de la clinique.

L'ensemble des patientes et patients doivent être encouragés à participer, indépendamment de leur diagnostic ou de leurs connaissances linguistiques. Il est expressément souhaité qu'ils remplissent eux-mêmes les questionnaires. L'aide du personnel soignant est autorisée, pour autant qu'il n'influence pas le contenu des réponses. En cas de **renonciation au test** (notamment en raison d'un refus, de barrières linguistiques ou de motifs médicaux), celle-ci doit être documentée. Les éventuelles autres mesures à l'admission ou à la sortie doivent néanmoins être réalisées (cf. 3.7).

CUMULATIVE ILLNESS RATING SCALE (CIRS)

Profil de l'instrument

CARACTÉRISTIQUE	DESCRIPTION
Indicateur	Pas un indicateur en soi ; sert à décrire les comorbidités et comme variable indépendante pour calculer la qualité des résultats ajustée aux risques.
Domaine d'application	Tous les domaines de réadaptation
Type d'instrument et groupe professionnel compétent	Évaluation par des tiers ; en principe, par personnel médical dûment formé
Moment du relevé et durée	Admission, env. 10 minutes
Versions linguistiques	FR, DE et IT
Soumis à licence	Non
Items et échelle	14 items, échelle ordinale à 5 niveaux (0-4), score minimal de 0 à maximal de 56 points (valeur plus élevée = comorbidité plus élevée)
Autres documents	Outre le formulaire, les cliniques peuvent également consulter le manuel de la CIRS (portail web de l'ANQ).

Tableau 20 : Profil de l'instrument CIRS

Contexte

La CIRS a été développée afin de représenter de manière exhaustive toutes les maladies de patientes et patients polymorbides (Linn et al., 1968). La version CIRS de Salvi et al. (2008) utilisée par l'ANQ se base sur la version de Miller et Towers. L'instrument permet d'évaluer la charge de morbidité au niveau de 14 systèmes organiques et présente notamment une corrélation avec la mortalité, la fréquence des hospitalisations, les limitations fonctionnelles et d'autres outcomes cliniques. Remarque importante : la même abréviation est utilisée pour la Cumulative Illness Rating Scale et le Critical Incident Reporting System.

Directives de l'ANQ relatives à l'utilisation

La CIRS est complétée uniquement à l'admission. Aucune mesure à la sortie n'est prévue dans le cadre des mesures de la qualité de l'ANQ. Le relevé repose sur la documentation médicale, l'examen clinique et une anamnèse détaillée.

ANNEXE B

FORMATS DES DONNÉES

FICHIER DE DONNÉES SPIGES AU FORMAT DE L'OFS (FICHIER SG)

Au **niveau des sites**, les tableaux suivants du fichier de données SpiGes doivent au minimum être fournis ([tableaux selon la liste des variables SpiGes](#)) :

- *Administratif*
- *Diagnostics*
- *Traitements*
- *Mouvement du patient*

FORMATS DES DONNÉES DES MESURES SPÉCIFIQUES À LA RÉADAPTATION (DONNÉES DE MESURE ET SUPPLÉMENTAIRES)

Les tableaux présentant les différents formats de données des mesures spécifiques à la réadaptation (données de mesure et supplémentaires) sont disponibles sous forme de fichier Excel dans [l'espace de téléchargement Réadaptation](#) du portail de l'ANQ.

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. tome 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.

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Plan de mesure national Réadaptation 2027	8
Figure 2 : Moments des relevés et période d'observation.....	13
Figure 3 : Données à relever par cas.....	19

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Principales parties et groupes cibles du manuel de mesure	6
Tableau 2 : Formulaire des motifs de renonciation pour les questionnaires patients et test de performance.....	15
Tableau 3 : Contenu du fichier ZU	23
Tableau 4 : Contenu du fichier FF	23
Tableau 5 : Contenu du fichier KA	24
Tableau 6 : Contenu du fichier PP	25
Tableau 7 : Contenu du fichier PS	25
Tableau 8 : Contenu du fichier PU	26
Tableau 9 : Dates fixées pour la livraison des données	31
Tableau 10 : Profil de l'instrument OP/AO.....	32
Tableau 11 : Profil de l'instrument FIM [®] /MIF	33
Tableau 12 : Profil de l'instrument EBI	34
Tableau 13 : Profil de l'instrument TM6M	35
Tableau 14 : Profil de l'instrument PROMIS GH-10.....	36
Tableau 15 : Profil de l'instrument CRQ.....	37
Tableau 16 : Profil de l'instrument SCIM.....	38
Tableau 17 : Profil de l'instrument PHQ-15	39
Tableau 18 : Profil de l'instrument PHQ-9.....	40
Tableau 19 : Profil de l'instrument GAD-7.....	41
Tableau 20 : Profil de l'instrument CIRS	43

MENTIONS LÉGALES

Titre principal et sous-titres	Plan de mesure national Réadaptation : mesures spécifiques à la réadaptation 2027, manuel de mesure relatif aux procédures et au relevé des données, version 1.0
Année	2026
Auteur-e-s	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	Groupes Qualité Réadaptation – ANQ
Mandant représenté par	Stephan Tobler, Responsable du domaine réadaptation
Copyright	ANQ Bureau Weltpoststrasse 5 CH-3015 Berne
Mode de citation	ANQ, Berne ; Charité – Universitätsmedizin Berlin ; w hoch 2, Berne (2026): Plan de mesure national Réadaptation : mesures spécifiques à la réadaptation 2027, manuel de mesure relatif aux procédures et au relevé des données, version 1.0