
Plan de mesure national Réadaptation Manuel des procédures

La version 10.1 a été approuvée le 28 novembre 2024 par le Groupe Qualité Réadaptation. Elle est valable à partir du 01.01.2025 et remplace la version 10.0.

Version 10.1, 01/2025

Contact

Secrétariat ANQ

Domaine de spécialisation de la réadaptation

Dr. phil. Stephan Tobler (responsable Réadaptation), tél. +41 (0)31 511 38 44

Gaia Garuffi (responsable de projets Réadaptation, thèmes multidisciplinaires), tél. +41 31 511 38 49

rehabilitation@anq.ch



Codes couleur/journal des modifications

Afin que vous disposiez d'un outil sans cesse actualisé, ce document est mis à jour en cours d'année si nécessaire. Les codes couleur vous aident à identifier rapidement les dernières modifications apportées.

Code couleur	Modifié au	Mot-clé
Gris	01 janvier 2025	Révision linguistique et précision des textes

Sommaire

1.	Introduction	5
1.1	ANQ et mesures nationales de la qualité en réadaptation	5
1.2	Aperçu du plan de mesure	5
1.2.1	Enquête sur la satisfaction des patients	
1.2.2	Mesures spécifiques aux différents domaines	
1.2.3	Instruments soumis à licence	
1.3	Qualité des données	8
1.4	Manuel des procédures	9
1.5	Manuel des données	9
1.6	FAQ – Frequently asked questions.....	9
1.7	Tâches des cliniques	10
1.7.1	Personnes responsables des mesures	
1.7.2	Tâches inhérentes à l'enquête sur la satisfaction des patients interdisciplinaire	
1.7.3	Tâches inhérentes aux mesures des résultats spécifiques aux différents domaines	
2.	Règles générales de procédure pour les mesures.....	11
2.1	Collectif de patients et définition de cas.....	11
2.2	Directives pour le choix des instruments pour la mesure à l'admission et à la sortie dans les cliniques de réadaptation	12
2.2.1	Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation gériatrique, en réadaptation en médecine interne, en réadaptation musculo-squelettique, neurologique ou oncologique	
2.2.2	Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation cardiaque	
2.2.3	Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation pulmonaire	
2.2.4	Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation paraplégiologique	
2.2.5	Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation psychosomatique	
2.2.6	Directives pour les patientes et patients de tous les domaines de réadaptation	
2.2.7	Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation pédiatrique	
2.3	Exemption des mesures - Demande de dispense.....	14
2.4	Moments des relevés et période d'observation.....	15
2.5	Motifs d'exclusion (dropouts).....	16
2.6	Renonciation au test resp. non-réalisation de certaines mesures.....	17
2.7	Réalisation et relevé des données des évaluations par des tiers, des autoévaluations (questionnaires patients) et du test de performance	18
2.7.1	Réalisation des mesures à l'admission et à la sortie	
2.7.2	Saisie des données	
3.	Documentation des objectifs de participation et de leur atteinte	20
3.1	Remarques préliminaires	20
3.2	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique de la documentation des objectifs de participation et l'évaluation de leur atteinte	21
3.2.1	Documentation des objectifs de participation	
3.2.2	Évaluation de l'atteinte des objectifs de participation	
3.3	Formulaire pour la documentation des objectifs.....	22
4.	Instrument FIM®/MIF	23
4.1	Remarques préliminaires	23



4.2	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du FIM®/MIF.....	24
5.	Indice de Barthel étendu (EBI)	25
5.1	Remarques préliminaires	25
5.2	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique de l'EBI.....	25
6.	Test de marche de 6 minutes.....	27
6.1	Remarques préliminaires	27
6.2	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du test de marche de 6 minutes.....	27
7.	MacNew Heart	29
7.1	Remarques préliminaires	29
7.2	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du MacNew Heart.....	29
8.	Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)	30
8.1	Remarques préliminaires	30
8.2	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du CRQ.....	30
9.	Spinal Cord Independence Measure (SCIM)	31
9.1	Remarques préliminaires	31
9.2	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du SCIM	31
10.	Patient Health Questionnaire – 15 (PHQ-15)	32
10.1	Remarques préliminaires	32
10.2	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du PHQ-15.....	32
11.	Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9)	33
11.1	Remarques préliminaires	33
11.2	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du PHQ-9.....	33
12.	Generalized Anxiety Disorder – 7 (GAD-7).....	34
12.1	Remarques préliminaires	34
12.2	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique de la GAD-7	34
13.	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS).....	35
13.1	Remarques préliminaires	35
13.2	Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique de la CIRS.....	35
14.	Impressum.....	36

1. Introduction

1.1 ANQ et mesures nationales de la qualité en réadaptation

L'ANQ (auparavant : Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques) a pour but de coordonner et de réaliser des mesures de la qualité sur le plan national dans les domaines des soins aigus, de la réadaptation et de la psychiatrie en milieu stationnaire. Elle prescrit aux cliniques de réadaptation et unités de réadaptation des hôpitaux de soins aigus (ci-après : cliniques de réadaptation/cliniques) les mesures de la qualité à réaliser dans toute la Suisse sous forme de plans de mesure. Elle coordonne leur mise en œuvre, du relevé des données à la publication des résultats à l'intention d'un large public, en passant par l'évaluation et la rédaction des rapports. En documentant la qualité (comparaison avec les valeurs de référence nationales), elle contribue à son développement et à son amélioration (statuts de l'ANQ du 24 novembre 2009). Le plan de mesure national Réadaptation est mis en place dans le domaine de la réadaptation stationnaire. Le plan de mesure national Réadaptation (y compris concept de mise en œuvre) et le financement ont été élaborés par l'ANQ et approuvés par ses partenaires (H+ - Les Hôpitaux de Suisse, assureurs et cantons). La réalisation des mesures est obligatoire pour toutes les cliniques qui adhèrent au contrat qualité national.

1.2 Aperçu du plan de mesure

Le plan de mesure actuel pour la réadaptation stationnaire comprend l'enquête interdisciplinaire sur la satisfaction des patients (cf. 1.2.1), et les mesures de la qualité des résultats spécifiques aux différents domaines¹ (cf. 1.2.2)

1.2.1 Enquête sur la satisfaction des patients

Depuis 2016, la mesure de la satisfaction des patients est organisée de manière interdisciplinaire et réalisée dans les 3 domaines de spécialisation de l'ANQ.

Démarche jusqu'en 2024

Le questionnaire composé de six questions, appliqué depuis 2018 dans le domaine de la réadaptation, a été utilisé pour la dernière fois sous cette forme en 2024. L'ensemble des patientes et patients quittant une clinique entre le 1^{er} avril et le 31 mai de l'année civile concernée ont été interrogés (mesure périodique). A partir des données de l'année 2021, la mesure a été effectuée tous les deux ans. Depuis l'année de mesure 2017, l'ESOPÉ² est responsable de l'évaluation et de la rédaction des rapports de l'enquête sur la satisfaction des patients. À partir de l'année de mesure 2019, w hoch 2³ a pris en charge la coordination de la mesure en tant que centre de logistique des mesures. La publication transparente, y compris la communication associée, est préparée par le bureau de l'ANQ.

Démarche à partir de 2025

A partir de 2025, le questionnaire bref de l'ANQ sera remplacé par un instrument d'enquête plus différencié. Le [Groupe Qualité \(GO\) Satisfaction des patients](#) a opté pour le [CPES-IC](#) canadien. Le questionnaire a été traduit, adapté aux conditions des trois domaines de spécialisation et sa compréhensibilité ainsi que son intégralité ont été vérifiées lors d'entretiens qualitatifs dans toutes les régions linguistiques de Suisse. De plus amples informations sur la procédure de sélection ainsi qu'un aperçu du processus de développement sont disponibles sur le [portail web de l'ANQ](#).

Contrairement au questionnaire bref de l'ANQ sur la satisfaction des patients, le nouveau questionnaire porte sur l'expérience des patientes et patients pendant leur séjour clinique. Le questionnaire

¹ Répartition par domaines de réadaptation conforme à DefReha[®], version 3.0

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

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

adapté à la Suisse a été provisoirement nommé Swiss PREMs (Patient Reported Experience Measures). En 2024, des [mesures pilotes](#) auront lieu dans tous les domaines de spécialisation afin de vérifier les critères de qualité du Swiss PREMs. Le pilotage du **Swiss PREMs Réadaptation** s'est déroulé pour les sorties de septembre et d'octobre 2024. Les résultats du pilotage permettront de répondre aux questions méthodologiques actuellement en suspens (p. ex. moment de l'enquête, critères d'inclusion et d'exclusion). La première mesure de routine dans les cliniques proposant des prestations de réadaptation est prévue en 2026.

1.2.2 Mesures spécifiques aux différents domaines

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

Le plan de mesure national Réadaptation s'applique à tous les établissements (cliniques, hôpitaux et services de réadaptation rattachés) disposant d'un mandat de prestations cantonal pour la réadaptation stationnaire ou d'un contrat AOS avec un assureur.

Les cliniques de réadaptation déterminent le domaine de réadaptation de chaque patiente/patient. L'ANQ ne vérifie pas si les domaines de réadaptation choisis sont conformes aux mandats de prestations cantonaux/conventions tarifaires de la clinique. En principe, l'affectation d'une patiente/d'un patient à un domaine de réadaptation est primordiale pour déterminer les instruments à utiliser pour la mesure à l'admission et à la sortie. Se basant sur le document de définition « **DefReha[®] version 3.0** », l'ANQ prévoit les domaines de réadaptation suivants :

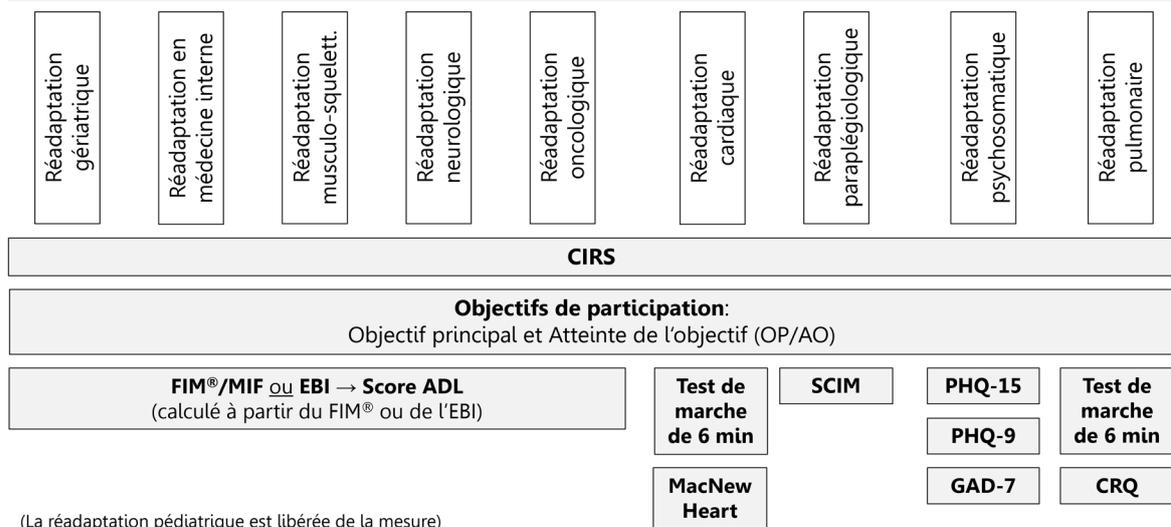
- Réadaptation gériatrique
- Réadaptation en médecine interne
- Réadaptation cardiaque
- Réadaptation musculo-squelettique
- Réadaptation neurologique
- Réadaptation oncologique
- Réadaptation pédiatrique⁴
- Réadaptation paraplégiologique
- Réadaptation psychosomatique
- Réadaptation pulmonaire

⁴ Actuellement, l'ANQ ne prévoit aucune obligation de mesure pour la réadaptation pédiatrique. Pour des raisons formelles, les cliniques proposant des prestations de réadaptation pédiatrique doivent soumettre une demande de dispense à l'ANQ.

La Figure 1 fournit un aperçu des contenus du plan de mesure national Réadaptation pour les mesures spécifiques aux différents domaines de réadaptation. Pour chaque patiente et patient, il convient de réaliser un relevé à l'admission et à la sortie à l'aide des instruments définis pour chaque domaine de réadaptation (relevé complet), à l'exception de la CIRS qui est uniquement relevée à l'admission en réadaptation.

Figure 1 : Instruments de mesure par domaine de réadaptation

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



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

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

1.2.3 Instruments soumis à licence

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

1.3 Qualité des données

Une qualité des données élevée est une condition essentielle à la fiabilité des conclusions, ainsi qu'à l'acceptation d'une présentation transparente des résultats comparatifs et des résultats propres à chaque clinique. Les mesures de l'ANQ suivantes contribuent à une qualité des données élevée :

- Standardisation du processus de relevé dans les cliniques grâce aux prescriptions et aux directives décrites dans les manuels. Le manuel des données contient des précisions sur les données, leur logistique et leur logique de contrôle⁵ ; le manuel des procédures fournit des informations sur le contenu, ainsi que des directives pour le choix et l'utilisation des instruments. Les instruments sous licence sont présentés dans des manuels distincts, qui peuvent être obtenus séparément auprès de l'ANQ suite à l'acquisition de la licence.
- Fréquentation des formations de l'ANQ et transfert de connaissances adéquat au sein des cliniques. L'ANQ propose des formations dans les 3 régions linguistiques de Suisse. La participation aux formations de l'ANQ a pour objectif de garantir un transfert de connaissances au sein des cliniques.
- Prise en compte des recommandations élaborées par les groupes d'experts de l'ANQ au sujet des différents instruments. Les recommandations liées aux instruments EBI et FIM®/MIF sont disponibles sur le portail web de l'ANQ dans l'espace de [téléchargement sous Réadaptation](#) et révisées si nécessaire.
- Contrôle de la qualité des données en deux étapes avec feedback : l'ANQ demande aux cliniques de saisir les données prioritairement par voie électronique, puis de les soumettre à un contrôle rudimentaire (logique de contrôle, contrôle manuel). L'institut d'analyse procède également à un contrôle systématique de la qualité des données. Il élabore chaque année un rapport individuel par clinique et un rapport comparatif national sur la qualité des données. Depuis l'année de mesure 2021, l'application web *ReMoS* (Rehabilitation Monitoring System) est à la disposition des cliniques pour vérifier la qualité des données en cours d'année et transmettre les données à l'institut d'analyse conformément à la protection des données. Le tableau de bord remplace l'outil de test basé sur Excel utilisé à ce jour pour contrôler la qualité des données.

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

⁵ La logique de contrôle rudimentaire comprend surtout des tests limités à un seul domaine (données complètes, valeurs valides), ainsi qu'un certain nombre de tests croisés pour la plausibilisation des données.

⁶ Dropout : exclusion d'une patiente resp. d'un patient du plan de mesure en raison d'une interruption inattendue du traitement (transfert de plus de 24h dans un hôpital de soins aigus, décès, sortie anticipée à la demande du patient) ou séjour planifié inférieur à 7 jours. Dans ces cas, les mesures de la qualité de l'ANQ ne peuvent resp. ne doivent pas être réalisées dans leur intégralité (cf. chapitre 2.5).

1.4 Manuel des procédures

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

Le manuel des procédures décrit le contenu et expose les directives resp. prescriptions relatives aux 10 instruments utilisés dans le cadre du plan de mesure national Réadaptation pour mesurer les résultats de traitement. Il contient également les directives et les prescriptions relatives à l'utilisation de la Cumulative Illness Rating Scale (CIRS). Les données de la CIRS et d'autres données de la Statistique médicale sont nécessaires à l'évaluation ajustée aux risques (cf. chapitre 1.5).

Le manuel des procédures et les manuels supplémentaires des instruments sous licence doivent garantir que le personnel soignant (et les collaborateurs supplémentaires) de toutes les cliniques de réadaptation suisses utilisent les mêmes instruments. Ces derniers doivent par ailleurs être appliqués de la même manière (p. ex. instruction des patientes et patients lors de la remise des questionnaires d'autoévaluation tels que CRQ, GAD-7, MacNew Heart, PHQ-9 et PHQ-15 ; utilisation des instruments de mesure EBI, FIM®/MIF et SCIM par le personnel soignant ; protocole du déroulement du test de marche de 6 minutes). Les prescriptions temporelles pour la réalisation des enquêtes, tests et mesures doivent à ce titre être respectées.

1.5 Manuel des données

Le manuel des données s'adresse aux responsables de projet internes et aux responsables informatiques des cliniques qui mettent en place les conditions techniques nécessaires à l'intégration des mesures de la qualité dans les processus de traitement, de gestion de la qualité et de pilotage.

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

Le manuel des données définit le nombre et les spécifications des données relevées à l'aide des 10 instruments du plan de mesure national Réadaptation utilisés pour mesurer les résultats de traitement, ainsi que des données supplémentaires nécessaires à l'évaluation (y compris l'ajustement des risques) (cf. chapitre 2).

Il définit également les variables de liaison (numéro d'identification du cas et du patient, FID/PID) qui assurent l'interconnexion des différentes données d'un cas, ainsi qu'une logique de contrôle qui évite aux cliniques de se retrouver avec des informations manquantes (intégralité du set de données) et des saisies clairement erronées (validité des informations) dans le cadre du processus de saisie. Il contient enfin les directives relatives à la livraison des données (nombre, format et périodicité).

1.6 FAQ – Frequently asked questions

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

1.7 Tâches des cliniques

1.7.1 Personnes responsables des mesures

Les cliniques sont responsables de l'intégration des mesures de l'ANQ et de leurs résultats dans les processus internes de traitement, de gestion de la qualité et de pilotage. Afin d'assurer une mise en œuvre durable des processus d'amélioration, il est important que tous les échelons hiérarchiques témoignent de leur adhésion à la qualité et reconnaissent la nécessité d'introduire les mesures adéquates, notamment la mise à disposition des ressources nécessaires.

L'ANQ recommande aux cliniques de nommer des personnes responsables des mesures et de leur confier la coordination interne et externe (p. ex. ANQ, institut d'analyse, sociétés informatiques) des mesures nationales de la qualité réalisées en réadaptation. Afin de pouvoir assumer cette tâche de coordination et dispenser des formations internes, les collaborateurs des cliniques peuvent se référer aux manuels du domaine de la réadaptation (manuels des procédures et des données) ou participer aux formations consacrées à différents instruments (voir aussi chap. 1.3).

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

L'ANQ informe les cliniques au préalable des conditions cadres organisationnelles et méthodiques de l'enquête nationale auprès des patientes et patients. La direction de projet interne est ensuite chargée de clarifier les questions organisationnelles au sein de la clinique, le cas échéant en collaboration avec le centre de logistique des mesures w hoch 2. L'enquête a lieu en avril et mai (à partir de l'année 2021, elle sera réalisée tous les deux ans). Les résultats individuels des cliniques sont disponibles au plus tard à l'automne de l'année de mesure.

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

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

1.7.3 Tâches inhérentes aux mesures des résultats spécifiques aux différents domaines

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

- adaptation des conditions organisationnelles (processus de traitement) et techniques (SIC, logiciel spécial) pour le relevé des données conformément aux directives de l'ANQ ;
- organisation et réalisation continues de formations internes du personnel soignant à l'utilisation des instruments (selon le principe « former les formateurs ») afin de standardiser l'utilisation des instruments et l'évaluation à l'interne (validité et fiabilité inter-évaluateurs) ; communication générale interne (p. ex. intégration des résultats dans les processus internes) et externe ;
- transmission électronique des données via l'application web *ReMoS* à l'institut d'analyse la Charité, conformément aux directives de l'ANQ (cf. manuel des données, section 9)
- clarifications (p. ex. demandes de licences pour les instruments du plan de mesure Réadaptation protégés par licence via rehabilitation@anq.ch et réponse aux demandes de tiers (ANQ, institut d'analyse Charité, sociétés informatiques).

2. Règles générales de procédure pour les mesures

2.1 Collectif de patients et définition de cas

Les établissements disposant d'un mandat de prestations cantonal pour la réadaptation sont inclus dans les mesures, indépendamment du type de prestations de réadaptation proposées et de la facturation (système tarifaire Réadaptation)⁷. Quant à l'obligation de participer aux mesures de l'ANQ, le nombre de cas et l'existence d'autres mandats de prestations ne jouent aucun rôle. A l'heure actuelle, les cliniques ne proposant que des prestations pédiatriques ne sont pas tenues de participer aux mesures ; pour des raisons formelles (contrat qualité national 2011), elles doivent toutefois soumettre une demande de dispense à l'ANQ (cf. chapitre 2.3).

Les cliniques de réadaptation relèvent les données de chaque patiente et patient admis pour un séjour stationnaire, indépendamment de la date de sortie prévue et d'autres caractéristiques telles que p. ex. âge, diagnostic, statut d'assurance, origine ou hospitalisations multiples. Les données de l'ensemble des patientes et patients dont l'admission et la sortie de réadaptation se situent dans la période de relevé définie (01.01. à 31.12.) doivent être incluses dans les sets de données. Pour les cas où la réadaptation inclut le changement d'année, il convient de transmettre les données de l'année de mesure au cours de laquelle a eu lieu la sortie. Pour ces cas, les données des mesures à l'admission et à la sortie ainsi que les données supplémentaires ne seront transmises qu'avec les sets de données de la nouvelle année. Pour plus d'informations, voir les [FAQ](#) du portail web de l'ANQ.

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

Afin de distinguer les cas ambulatoires des cas stationnaires, l'ANQ s'oriente à l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP) (Conseil fédéral, 2002, état 01.01.2009). En vertu de l'ordonnance, les hospitalisations pour des examens, des traitements ou des soins de 24 heures au minimum sont considérées comme des traitements stationnaires. Il en va de même des hospitalisations plus courtes lorsque le patient meurt, qu'il occupe un lit durant une nuit (règle du passage de minuit) ou qu'il est transféré dans un autre hôpital. Les séjours en clinique de nuit ou de jour ne sont pas inclus dans les mesures.

⁷ Les catégories de l'OFS ne peuvent pas servir de critère pour l'inclusion de la clinique dans les mesures. Elles utilisent en effet une typologie des cliniques et des types d'activités qui ne permettent pas de satisfaire aux objectifs des mesures de la qualité. Le relevé et la catégorisation des établissements pour la Statistique médicale des hôpitaux sont basés sur la systématique des activités économiques obligatoires pour la statistique officielle suisse et les pays de l'Union européenne. Le classement dans les différentes catégories se fait dans un second temps, compte tenu de la typologie hiérarchique répondant à l'objectif d'exploitation et à l'offre de prestations principale. Cette typologie ne présente aucun lien avec les typologies cantonales, les listes d'hôpitaux ou les mandats de prestations (cf. OFS (2005) : Conception détaillée relative à la Statistique médicale des hôpitaux).

2.2 Directives pour le choix des instruments pour la mesure à l'admission et à la sortie dans les cliniques de réadaptation

Les chapitres suivants (2.2.1 à 2.2.6) énumèrent les instruments à utiliser pour les patientes et patients par domaine de réadaptation. Les chapitres 3 à 12 décrivent les différents instruments et les directives de l'ANQ pour la mise en œuvre pratique.

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

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

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

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

Les cliniques sont tenues d'utiliser exclusivement le FIM®/MIF ou l'EBI pour l'ensemble des patientes et patients des domaines de réadaptation susmentionnés. Afin de pouvoir comparer la qualité des résultats de toutes les cliniques, tous instruments confondus, le score ADL est utilisé depuis les données de l'année 2016 pour la comparaison des résultats ajustée aux risques. Celui-ci est calculé à partir du FIM®/MIF ou de l'EBI à l'aide d'un algorithme de conversion.⁸

2.2.2 Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation cardiaque

Réadaptation cardiaque :

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

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

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

⁸ L'algorithme de conversion du score ADL pour la comparaison commune de la qualité des résultats de toutes les cliniques de réadaptation, indépendamment de l'utilisation du FIM®/MIF ou de l'EBI, a été développé et validé par l'institut Charité sur mandat de l'ANQ. Le rapport final est disponible sur le site d'internet de l'ANQ (voir [téléchargements Réadaptation](#)).

2.2.3 Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation pulmonaire

Réadaptation pulmonaire :

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

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

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

2.2.4 Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation paraplégologique

Réadaptation paraplégologique :

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

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

2.2.5 Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation psychosomatique

Réadaptation psychosomatique :

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

- **Objectifs de participation** : objectif principal (**OP**, uniquement à l'admission), atteinte de l'objectif (**AO**, uniquement à la sortie)
- **Patient Health Questionnaire – 15 (PHQ-15)**
- **Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9)**
- **Generalized Anxiety Disorder – 7 (GAD-7)**

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

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

2.2.7 Directives pour les patientes et patients admis en réadaptation pédiatrique

Réadaptation pédiatrique :

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

2.3 Exemption des mesures - Demande de dispense

En principe, les cliniques doivent mettre en œuvre toutes les mesures prescrites par le plan de mesure pour leurs domaines respectifs. Lorsqu'un fournisseur de prestations est dans l'impossibilité de réaliser l'une des mesures prescrites par l'ANQ pour des raisons objectives, il doit, en vertu du contrat qualité national 2011 (paragraphe III, al. 4), adresser une demande de dispense écrite à l'ANQ pour les mesures de la qualité des résultats concernées (voir espace de [téléchargement sous Partenaires](#)). Cette requête expose les raisons pour lesquelles une ou plusieurs mesures prescrites ne peuvent pas être réalisées. Le bureau de l'ANQ étudie la demande et statue sur l'exemption sur la base des critères de dispense définis.

Il est possible de faire valoir les motifs objectifs suivants :

- Non-réalisation de la mesure suite à la fermeture de la clinique pendant l'année concernée
- Non-réalisation de la mesure, étant donné que l'établissement ne propose pas (ou ne propose plus dans le délai d'un an) les prestations couvertes par la mesure
- Motifs de dispense propres à certains domaines

L'ANQ n'accorde pas de dispenses pour d'autres motifs (tels que faible nombre de cas, manque de personnel ou de ressources financières, ou encore mesure mal adaptée).

Exceptionnellement, l'ANQ peut associer l'octroi d'une dispense à l'obligation de proposer une mesure alternative et de présenter un concept adéquat pour le relevé des données, l'évaluation et l'établissement des rapports.

Si l'ANQ a refusé la dispense, la clinique doit réaliser la mesure prévue par le plan de mesure conformément aux directives de l'ANQ. Tant que la décision définitive n'est pas rendue, la demande de dispense a un effet suspensif quant à la mise en œuvre de la mesure concernée au sein de la clinique demanderesse.

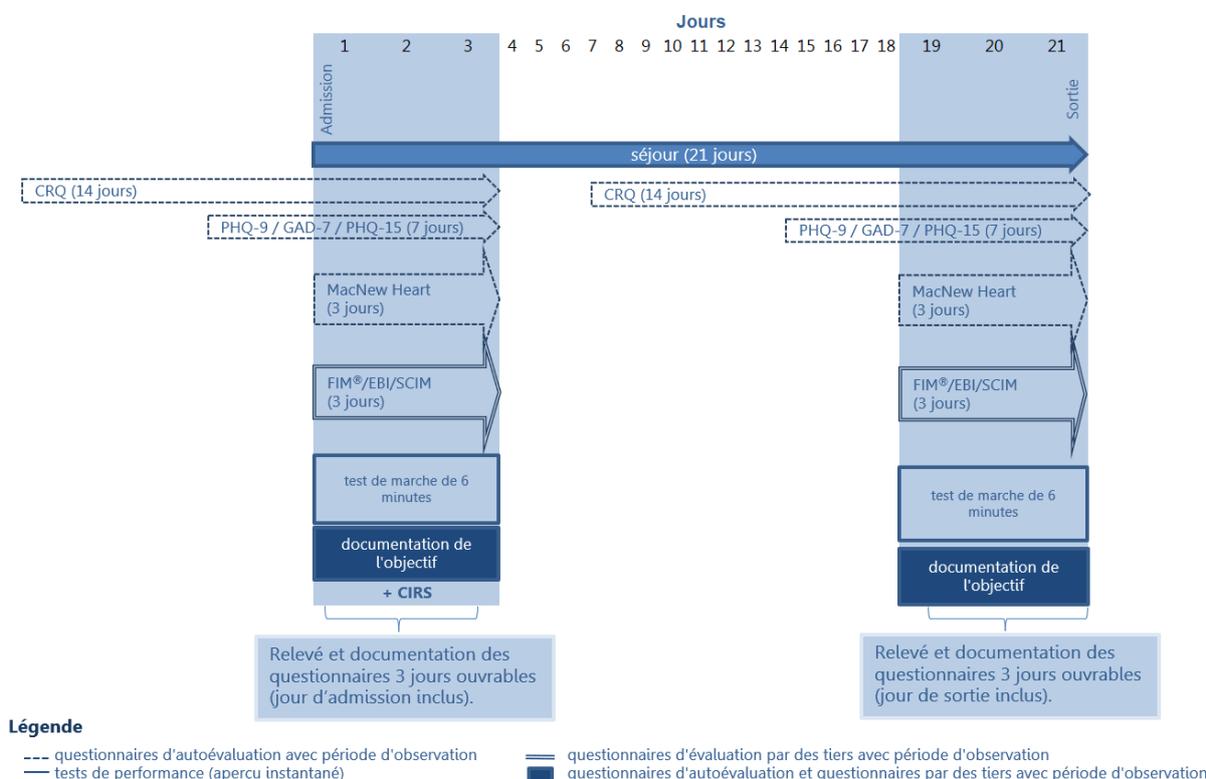
2.4 Moments des relevés et période d'observation

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

La mesure à l'admission – y compris celle à l'aide de la CIRS - doit être réalisée dans un délai de 3 jours ouvrables⁹ 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). Les résultats des mesures se basent néanmoins sur différentes périodes d'observation.

Les informations des patientes et patients (autoévaluation) pour les instruments PHQ-15, PHQ-9, GAD-7 et MacNew Heart (durée d'observation de 7 ou 3 jours) ont été adaptées pour les mesures de l'ANQ. Pour le CRQ, la période d'observation correspond aux directives du manuel (période d'observation de 14 jours). Les observations du personnel soignant des 3 derniers jours (évaluation par des tiers) servent également de base pour la fixation de l'objectif du traitement et les réponses aux questions de l'EBI, resp. du FIM®/MIF et du SCIM. Conformément à la durée d'observation de 3 jours, le relevé de ces instruments ne devrait être effectué que le troisième et dernier jour de la période d'observation. En revanche, les résultats du test de marche de 6 minutes, de l'évaluation de l'atteinte des objectifs et de la CIRS représentent une « photographie instantanée » des patientes et patients à un moment donné (relevé à l'admission et à la sortie).

Figure 2 : Moments des relevés et périodes d'observation



⁹ Définition de « dans un délai de 3 jours ouvrables » : pour compter les 3 jours ouvrables, il ne faut pas oublier que le dimanche est le seul jour de repos. Le samedi compte comme jour ouvrable.

2.5 Motifs d'exclusion (dropouts)

Les mesures à l'admission et à la sortie prévues par le plan de mesure Réadaptation doivent obligatoirement être réalisées auprès de l'ensemble des patientes et patients à l'admission et à la sortie de réadaptation.

Ce n'est qu'en cas d'interruption imprévue du traitement (transfert de plus de 24h dans un autre hôpital de soins aigus, décès, sortie anticipée à la demande du client) que le dossier est clôturé pour la mesure de l'ANQ et traité comme « dropout », puisqu'il n'est pas possible de compléter les mesures.

Les patientes et patients dont la sortie est planifiée dans les 7 jours suivant l'admission sont également codés comme dropouts. Pour ces cas, il a été décidé de renoncer à une mesure à la sortie, en raison de la courte durée de séjour.

Dans la documentation de la mesure, il convient de consigner un dropout, ainsi que la date du dropout (jour de l'interruption du traitement resp. sortie de réadaptation).

Lors du transfert d'un service à un autre au sein du même établissement, les mesures à l'admission ou à la sortie ne sont pas effectuées si l'indication reste inchangée. Il en va de même si la patiente ou le patient part en vacances, pour autant que le cas n'ait pas été clôturé et qu'un nouveau dossier n'ait pas été ouvert (selon les modalités de facturation de la clinique). En revanche, lorsqu'une absence est traitée comme une sortie par la clinique (clôture du cas et ouverture d'un nouveau dossier), des mesures doivent être effectuées à la sortie. En cas de réadmission (ouverture d'un nouveau dossier), les mesures à l'admission sont à réitérer.

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

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

En cas de changement d'indication au cours du séjour clinique, le cas doit être clôturé avec l'ancienne indication à l'aide des mesures de sortie prévues. Un nouveau dossier est ensuite ouvert et les mesures à l'admission sont réalisées conformément à la nouvelle indication.

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

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

Lorsqu'une mesure ne peut pas être réalisée pour une raison inhérente à celle-ci, qu'une patiente ou un patient refuse de participer ou qu'il a été décidé d'y renoncer pour des raisons médicales, des mesures supplémentaires à l'admission ou à la sortie doivent être effectuées. Il en va de même pour les omissions : lorsqu'une clinique a par exemple omis d'effectuer une mesure à l'admission, elle doit en principe réaliser les éventuelles autres mesures à l'admission ou à la sortie.

Il est possible de faire valoir des motifs de renonciation pour le test de performance et les questionnaires patients, mais pas pour les mesures réalisées avec la CIRS, l'EBI, le FIM®/MIF et le SCIM, ainsi que la documentation de l'objectif principal et de son atteinte.

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

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

Motifs de renonciation/de non-réalisation du test [une seule citation]	
<input type="checkbox"/>	Refus par la patiente/le patient, malgré encouragement et soutien
<input type="checkbox"/>	Compétences linguistiques insuffisantes
<input type="checkbox"/>	La patiente, le patient est trop malade pour réaliser le test ou répondre au questionnaire
	Autres, merci de préciser : _____ (p. ex. omission par la clinique)

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

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

Dans le manuel des procédures, l'ANQ fournit aux cliniques les instructions relatives à la réalisation pratique. Outre les instructions du manuel des procédures, l'ANQ met à disposition les formulaires de relevé pour les instruments d'évaluation par des tiers (CIRS, EBI, FIM[®]/MIF, SCIM), le formulaire pour le test de performance (test de marche de 6 minutes), ainsi que les questionnaires patients pour les instruments d'autoévaluation (CRQ, GAD-7, MacNew Heart, PHQ-9 et PHQ-15) et la documentation des objectifs (objectif de participation, atteinte de l'objectif). Les documents sont disponibles dans [l'espace de téléchargement sous Réadaptation](#).

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

La clinique est chargée de la réalisation des mesures (CIRS, EBI, FIM[®]/MIF, SCIM), de la documentation des objectifs, du test de performance (test de marche de 6 minutes), de la remise des questionnaires patients (CRQ, GAD-7, MacNew Heart, PHQ-9 et PHQ-15) et de la saisie des données associée.

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

Quant aux questionnaires complétés directement par les patientes et patients (CRQ, GAD-7, MacNew Heart, PHQ-9 et PHQ-15), ces derniers doivent être remis à l'admission (en règle générale au cours du premier entretien), mais au plus tard 3 jours ouvrables après celle-ci (jour d'admission inclus). Si nécessaire, la patiente/le patient reçoit des instructions supplémentaires. La remise du questionnaire à la sortie s'effectue au plus tôt 3 jours ouvrables avant la sortie (jour de sortie inclus), normalement pendant l'entretien de sortie. Si la patiente/le patient n'a pas encore retourné le questionnaire la veille de la sortie, la clinique lui rappelle - avant qu'elle/qu'il ne quitte l'établissement - de bien vouloir le remplir. Le questionnaire doit obligatoirement être complété au sein de la clinique.

En principe, les patientes et patients – quels que soient leur diagnostic et leurs compétences linguistiques – doivent être encouragés à remplir le questionnaire (CRQ, GAD-7, MacNew Heart, PHQ-9 et PHQ-15). L'ANQ souhaite expressément que les patientes et patients le remplissent eux-mêmes, mais les autorisent à le compléter avec l'aide du personnel soignant. Il y a lieu de s'assurer que ce dernier n'influe pas sur les réponses aux questions.

2.7.2 Saisie des données

Quel que soit le type de relevé des données (en ligne ou questionnaire papier), la clinique doit s'assurer que les données des mesures, tests et questionnaires écrits puissent être attribués à la bonne patiente/au bon patient (code-barres, numéro de cas univoque).

Pour les mesures (CIRS, EBI, FIM®/MIF, SCIM), la documentation des objectifs et le test de performance, l'ANQ recommande - dans un souci de qualité des données - la saisie électronique des réponses (SIC, logiciel spécial), parallèlement à un contrôle de celles-ci (cf. manuel des données, section 7). La saisie électronique des données permet d'éviter de reporter ultérieurement les résultats des tests ou les réponses dans un système électronique (scannage, saisie manuelle des données), de contrôler l'intégralité des données et les saisies erronées, ainsi que de corriger les fausses données. L'ANQ déconseille de saisir les données des mesures, de la documentation des objectifs et du test de performance sur papier pour les reporter ensuite dans un système électronique (risque d'erreurs de copie).

Pour la saisie des données des questionnaires patients (CRQ, GAD-7, MacNew Heart, PHQ-9 et PHQ-15), l'ANQ recommande - dans un souci de qualité des données - une saisie numérique (saisie des réponses dans les propres terminaux de la clinique tels que tablette, ordinateur). La saisie électronique directe des données (combinée à une logique de contrôle rudimentaire) permet d'éviter de reporter ultérieurement les réponses dans un système électronique (scannage ou saisie manuelle des données) et de contrôler l'intégralité des données saisies.

Si les patientes et patients ne rendent pas leur questionnaire ou si la qualité des données est insuffisante, il convient de compléter les données d'entente avec les personnes concernées.

Les données relevées sont transmises à l'institut d'analyse Charité via l'application web *ReMoS*, conformément aux directives du manuel des données de l'ANQ.

3. Documentation des objectifs de participation et de leur atteinte

3.1 Remarques préliminaires

La documentation des objectifs de participation constitue le principal contenu d'un mandat de prestations dans le domaine de la réadaptation. Elle favorise l'utilisation d'un langage et d'objectifs communs pour la planification du traitement au sein des équipes interprofessionnelles/interdisciplinaires de réadaptation.

Les directives de l'ANQ et les prescriptions relatives aux instruments se basent sur les expériences tirées du projet pilote de la CIQ (organisation ayant précédé l'ANQ) et son développement ultérieur au cours des années 2010 et 2011.

En réadaptation neurologique, l'ANQ a réalisé de 2007 à 2009 un projet pilote sur la documentation des processus de fixation des objectifs (y compris atteinte des objectifs) fondé sur la CIF (Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé). Il consistait à relever l'atteinte des objectifs du traitement afin d'attester du succès de la réadaptation (indicateur de qualité). 12 cliniques ont participé au développement et à la mise en place du concept basé sur des critères de qualité axés sur les processus.

Parallèlement, l'ANQ a développé et mis en place un concept reposant sur l'approche de la capacité fonctionnelle (sans intégration du processus de fixation des objectifs) en réadaptation musculo-squelettique. 13 cliniques y ont participé. Le concept axé sur les résultats a permis de mettre en évidence le succès de la réadaptation en évaluant le maintien et l'amélioration de la capacité fonctionnelle dans la vie quotidienne et professionnelle (indicateur de qualité).

Grâce aux expériences tirées de ces deux projets pilotes, l'ANQ a poursuivi fin 2009 le développement de la démarche basée sur la CIF : elle a adapté le concept de la réadaptation musculo-squelettique à celui de la réadaptation neurologique. Pour introduire le plan de mesure Réadaptation en 2011, les commissions de l'ANQ ont décidé, sur la base des expériences positives, de prescrire la documentation des objectifs comme directive de mesure pour la réadaptation gériatrique, la réadaptation en médecine interne, musculo-squelettique, neurologique et oncologique. À partir de 2021, la documentation des objectifs sera recueillie par-delà tous les domaines de réadaptation.

3.2 Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique de la documentation des objectifs de participation et l'évaluation de leur atteinte

Les cliniques de réadaptation définissent leurs processus internes pour la documentation des objectifs de participation et l'évaluation de leur atteinte conformément aux directives de l'ANQ et en appliquant la documentation des objectifs de la CIF.

3.2.1 Documentation des objectifs de participation

Les processus internes de la clinique garantissent que les objectifs de participation du séjour en réadaptation soient fixés et, si nécessaire, adaptés de manière adéquate :

- les objectifs de participation sont choisis de telle sorte à créer les conditions nécessaires à leur atteinte au cours du séjour stationnaire ;
- les objectifs de participation tiennent compte de l'ensemble des ressources, des facteurs contextuels¹⁰ et du potentiel de réadaptation de la patiente/du patient ;
- la participation de la patiente/du patient au processus de fixation des objectifs est décidée et documentée en interne ;
- les objectifs de participation tiennent compte des ressources temporelles et financières durant le séjour stationnaire ;
- le processus de fixation des objectifs est documenté de manière claire dans le dossier patient (définition systématique des objectifs secondaires et contrôle systématique de leur atteinte).

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

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

¹⁰ Les facteurs contextuels sont toutes les caractéristiques de la vie d'une patiente/d'un patient. Ils englobent tous les facteurs environnementaux et personnels influant sur sa santé. L'environnement de la patiente/du patient comprend p. ex. le domicile, la famille, le poste de travail, l'école mais aussi le système de santé et le système social. Ces derniers exercent une influence sous forme de facteurs matériels (tels que logement, trajets à pied, moyens auxiliaires, médicaments, revenu), de facteurs sociaux (soutien de ou relations avec la famille, les amis, les employeurs, les spécialistes du système de santé et du système social, etc.) et de positions personnelles (p. ex. attitude/opinion, valeurs et convictions familiales, amicales ou sociales). Les facteurs personnels englobent les caractéristiques d'une personne : âge, sexe, formation, style de vie, motivation et prédisposition génétique. Les facteurs environnementaux et personnels peuvent exercer une influence positive et favorable (facteurs favorisants) sur la santé et donc sur le déroulement de la réadaptation. Il convient par conséquent de les identifier le plus rapidement possible et de mettre à profit leur effet bénéfique (concept des ressources de la réadaptation). Les facteurs contextuels peuvent aussi avoir un effet négatif ou inhibiteur.

3.2.2 Evaluation de l'atteinte des objectifs de participation

Les processus internes garantissent que les objectifs sont évalués de la manière la plus objective possible et que la capacité fonctionnelle (« Capacity ») des patientes et patients est décrite au moment de la sortie, en tenant compte des facteurs contextuels (facteurs favorisant, barrières). Cela signifie que :

- les exigences quant à l'atteinte des objectifs de participation sont définies et documentées en interne ;
- la participation des patientes et patients au processus d'évaluation correspondant est décidée et documentée en interne.

3.3 Formulaire pour la documentation des objectifs

La documentation des objectifs (objectif de participation et atteinte de l'objectif) y compris l'évaluation de leur atteinte, a été testée et utilisée dans le cadre du projet pilote réalisé dans les 3 langues nationales. La version allemande de la documentation des objectifs (y compris atteinte des objectifs) a été adaptée et retraduite suite aux expériences tirées du développement du projet pilote et de la mise en œuvre du plan de mesure national Réadaptation.

4. Instrument FIM[®]/MIF

4.1 Remarques préliminaires ¹¹

Au regard des aides existantes, l'instrument FIM[®]/MIF (aussi : le FIM[®]) mesure pour différents diagnostics la capacité fonctionnelle dans le domaine des actes ordinaires de la vie quotidienne (AOV), à savoir soins personnels, contrôle des sphincters, transferts, déambulation, communication, ainsi que capacités relationnelles et cognitives (Keith et al. 1987). Il consiste à évaluer les divers actes ordinaires de la vie quotidienne à l'aide d'une échelle allant de 1 à 7. Au total, le nombre de points obtenus varie entre 18 (assistance totale) et 126 (indépendance complète).

Le FIM[®]/MIF, développé en 1983 par un groupe de travail dirigé par le Prof. V. Granger aux Etats-Unis, devait surtout refléter le besoin en soins. Le FIM[®]/MIF est, avec l'indice de Barthel, l'instrument de mesure le plus utilisé au monde pour illustrer la capacité fonctionnelle dans les actes ordinaires de la vie quotidienne.

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

Les droits d'auteur appartiennent à *Uniform Data System for Medical Rehabilitation* (UDSMR) à New York, un département de l'UB Foundation Activities Inc. qui fait partie de l'Université de Buffalo. L'ANQ a acquis les droits d'utilisation de l'instrument et d'autres documents protégés afin de les utiliser dans le cadre de ses mesures de la qualité. Seules les cliniques enregistrées sont habilitées à utiliser le FIM[®]/MIF et ses documents associés. Pour des raisons de propriété intellectuelle, l'ANQ adresse aux cliniques enregistrées, à leur demande, la version mise en page de l'instrument et les documents, dès qu'elles ont accompli les démarches administratives pour se procurer une licence individuelle. Les cliniques qui souhaitent utiliser le FIM[®]/MIF doivent s'adresser directement à l'ANQ.

¹¹ M. Verra, dans : Oesch, P. (2017): Assessments in der Rehabilitation, tome, 2: Bewegungsapparat, p. 323 - 328.

4.2 Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du FIM®/MIF

Le personnel soignant a besoin de 15 à 30 minutes pour remplir le FIM®/MIF. Les évaluations se basent sur l'observation des AOV durant les activités quotidiennes au sein de la clinique.

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

Depuis janvier 2015, les items supplémentaires de l'item L Déambulation, de l'item N Compréhension et de l'item O Expression doivent également être évalués.

Conformément aux directives du donneur de licence, le mode de déambulation doit être identique à l'admission et à la sortie. Dans le quotidien clinique, le mode de déambulation peut toutefois changer entre l'admission et la sortie, ce qui ne peut pas toujours être prédit avec certitude. L'ANQ a complété la spécification du mode de déambulation par l'option de réponse **incertain** pour l'item supplémentaire. Lorsque le **mode de sortie** est **incertain** pour l'item L à l'admission, c.à.d. s'il n'est pas possible d'évaluer si le mode de déambulation principalement utilisé évoluera au cours de la réadaptation, les deux modes (Marche et fauteuil roulant) sont cotés à l'admission depuis 2018 et transmis à l'institut Charité. Lorsqu'un changement de mode clair est constaté au cours du séjour de réadaptation, alors seul le mode de déambulation prédominant à la sortie est coté à la sortie. Dans tous les autres cas, les deux modes sont cotés à la sortie et transmis à la Charité (cf. aussi manuel des données, section 1.3). L'essentiel est que la spécification « **incertain** » soit saisie à l'admission et à la sortie, même si un mode de déambulation prédomine clairement à la sortie.

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

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

Une évaluation est effectuée même lorsqu'une activité ne peut pas être réalisée. L'évaluation d'une capacité fonctionnelle est assurée en priorité par l'observation directe, et si possible pas sur la base d'informations transmises. La performance réellement fournie est évaluée et non pas la potentielle capacité fonctionnelle. Pour des descriptions détaillées des champs d'application, merci de se référer au manuel FIM®/MIF¹², ainsi qu'aux recommandations complémentaires du groupe d'experts de l'ANQ « Code de bonne pratique FIM®/MIF », voir [téléchargements Réadaptation](#).

¹² Pour les mesures de l'ANQ réalisées en réadaptation, il convient d'utiliser les versions de l'ANQ traduites du manuel original du UDSMR « The FIM System Clinical Guide, version 5.2 » (2013).

5. Indice de Barthel étendu (EBI)

5.1 Remarques préliminaires ¹³

L'EBI sert avant tout à déterminer le plus précisément possible le degré de dépendance de l'aide d'autrui chez les patientes et patients. Il peut s'agir d'aides physiques, mais aussi d'aides verbales tels que rappels, encouragements, supervision, ainsi que moyens auxiliaires.

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

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

L'EBI représente une alternative sans licence au FIM®/MIF. Il comporte un certain nombre de questions semblables à celles du FIM®/MIF et lui est fortement corrélé. Par rapport au FIM®/MIF, il requiert nettement moins de formation et son remplissage nécessite un peu moins de temps.

5.2 Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique de l'EBI

Les observations des patientes et patients constituent la base pour remplir l'EBI et, le cas échéant, les informations complémentaires fournies par la famille ou celles contenues dans le dossier médical. Il faut une quinzaine de minutes pour compléter l'EBI. La personne chargée de l'évaluation doit avoir été formée à la réalisation pratique du test (résumé des observations) et respecter les consignes.

Même si la recommandation est différente, la première cotation de la patiente/du patient avec l'EBI s'effectue au plus tard 3 jours après l'admission¹⁴.

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

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

¹³ M. Verra, dans : Oesch, P. (2017): Assessments in der Rehabilitation, tome 2: Bewegungsapparat, p. 323 - 328.

¹⁴ Définition de « dans un délai de 3 jours ouvrables » : pour compter les 3 jours ouvrables, il ne faut pas oublier que le dimanche est le seul jour de repos. Le samedi compte comme jour ouvrable.

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

L'EBI a déjà été utilisé dans les trois langues dans le cadre du projet pilote de l'ANQ. La version française a été traduite par deux personnes différentes, indépendantes l'une de l'autre. Les traductions ont été comparées et corrigées. Afin de répondre aux exigences des mesures de la qualité de l'ANQ, la période d'observation a par ailleurs été réduite à 3 jours.

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

6. Test de marche de 6 minutes

6.1 Remarques préliminaires¹⁵

L'évaluation de la capacité fonctionnelle physique repose en général uniquement sur l'anamnèse, avec des questions telles que « Combien de marches pouvez-vous monter ? » ou « Quelle distance pouvez-vous parcourir ? ». Certains patients et patientes ne sont pas capables d'indiquer correctement le nombre de marches montées ou la distance parcourue. Au début des années 60, Balke a mis au point un test simple permettant d'évaluer la capacité fonctionnelle en mesurant une distance parcourue pendant un temps déterminé. Cooper a ensuite développé un test de terrain de 12 minutes afin de pouvoir évaluer le niveau de santé physique de personnes en bonne santé. C'est à ce moment que le test de marche de 6 minutes a vu le jour, destiné aux patientes et patients atteints de maladies des voies respiratoires incapables de réaliser le test de marche de 12 minutes. Le test mesure la capacité fonctionnelle en mètres sur la base de la distance maximale parcourue en 6 minutes. D'après les scientifiques, il est facile à réaliser et bien toléré, et permet de mieux illustrer la capacité fonctionnelle quotidienne que d'autres tests de marche (p. ex. celui de 12 minutes). Pour la réalisation en Suisse, les standards internationaux de l'American Thoracic Society (ATS) et de l'European Respiratory Society (ERS) sont recommandés¹⁶.

6.2 Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du test de marche de 6 minutes

La réalisation pratique du test peut être déléguée à un/e physiothérapeute dûment formé/e. Les instructions de l'ANQ relatives au test doivent être respectées. Le test de marche de 6 minutes dure 15 à 20 minutes (y compris la préparation, la réalisation et le suivi). Pour des informations générales sur l'utilisation du test de marche de 6 minutes, merci de se référer au chapitre 2.7.

Pour les patientes et patients souffrant de problèmes cardiaques ou respiratoires, deux conditions préalables sont à respecter : une résistance physique (attestée par une prescription médicale) et une mobilité suffisantes. Si la patiente/le patient est alité/e ou confiné/e à sa chambre, le test n'est pas réalisé. La raison de la non-réalisation est consignée dans le test de marche prévu à l'admission.

Le test devrait être réalisé dans un lieu doté d'une assistance d'urgence et permettant de marcher librement sur une distance de 30 mètres. La distance parcourue est marquée tous les 3 mètres et les points de demi-tour signalés à l'aide de cônes de circulation colorés. D'autres types de parcours sont également autorisés (p. ex. marcher en rond dans une salle de gymnastique).

L'instruction de départ marque le début des 6 minutes au terme desquelles la distance parcourue est consignée. La patiente/le patient reçoit l'instruction de marcher le plus loin possible en l'espace de 6 minutes. L'instruction est : « Marchez autant de mètres que possible pendant les 6 prochaines minutes ; vous pouvez faire des pauses, mais vous ne devez pas courir ». Pendant le test, la patiente/le patient peut recevoir les informations suivantes : « Vous vous débrouillez très bien, il vous reste (tant de) minutes », « Continuez ainsi, il vous reste la moitié du temps », etc. Les encouragements par d'autres phrases ou un quelconque langage corporel ne sont pas autorisés. Si la patiente/le patient fait une pause pendant les 6 minutes, le chronomètre ne doit pas être arrêté, resp. la durée ne peut pas être complétée par le temps de pause. La patiente/le patient peut faire sa pause assis/e ou debout et est encouragé/e toutes les 30 secondes à poursuivre sa marche, si cela lui est possible. Il est recommandé de documenter le temps de pause.

¹⁵ Ce paragraphe s'inspire de l'article de Peter Oesch et Peter Van Wittenberge dans Büsching et al. (2009) « Assessments in der Rehabilitation: tome 3 : Kardiologie und Pneumologie.

¹⁶ Les standards internationaux de l'American Thoracic Society (ATS) et de la European Respiratory Society (ERS) sont disponibles sous <https://www.thoracic.org/statements/resources/copd/FWT-Tech-Std.pdf>

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

La mesure à l'admission ou à la sortie peut être réitérée durant la période d'admission ou de sortie lorsque la patiente/le patient était en particulièrement mauvaise forme le jour du test (vertiges ou nausées). Le meilleur des deux résultats est alors relevé.

Lorsque la patiente/le patient n'est pas à même de réaliser le test de marche de 6 minutes en raison de sa condition physique (p. ex. alité/e), alors il convient d'indiquer „0” pour la distance parcourue. Quant au motif de non-réalisation resp. de renonciation au test, il y a lieu de consigner le motif 3 : « La patiente/le patient est trop malade pour réaliser le test ou être interrogé/e ». Il en va de même pour la mesure à la sortie. Les autres motifs de non-réalisation du test sont à indiquer conformément au manuel des données.

Lorsque la mesure à l'admission n'est pas réalisable en raison d'une mauvaise condition physique, mais que l'état du patient s'améliore au cours de la réadaptation permettant la réalisation du test de marche de 6 minutes à la sortie, la mesure à la sortie doit dans tous les cas être effectuée.

Les mesures à l'admission ou à la sortie doivent être réalisées avec les auxiliaires de marche habituels et la médication actuelle (y compris l'administration d'oxygène) au moment du relevé.

7. MacNew Heart

7.1 Remarques préliminaires

L'enquête sur la qualité de vie liée à la santé, réalisée à l'aide du questionnaire MacNew Heart est mondialement reconnue. Elle comporte 27 questions et reflète les domaines fonctionnels physique, émotionnel et social, ainsi que l'importance des symptômes, pendant les 3 derniers jours précédant l'enquête, sur une échelle à sept niveaux (de 1 = très limité à 7 = pas du tout limité).

A partir des 27 items, il est possible de calculer trois échelles secondaires (qualité de vie physique, émotionnelle et sociale) et un score total par-delà tous les items. Pour calculer le score, le nombre de points moyen est établi pour chaque score secondaire resp. pour le score total (somme des points/ nombre de questions répondues). Pour pouvoir calculer le score, il faut avoir répondu au moins à 50% des items de chaque sous-catégorie.

Les droits d'auteur appartiennent à la *MacNew.Org*. L'ANQ a acquis les droits d'utilisation du questionnaire (versions allemande, anglaise, française et italienne) et d'autres documents sous licence dans le cadre de ses mesures de la qualité. Seules les cliniques enregistrées sont habilitées à utiliser le MacNew Heart et les documents associés. Pour des raisons de propriété intellectuelle, l'ANQ adresse la documentation directement aux cliniques enregistrées.

7.2 Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du MacNew Heart

Avec l'autorisation du porteur de la licence, l'ANQ a raccourci la période d'observation à 3 jours et révisé la version française pour ses mesures de la qualité.

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

8. Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)

8.1 Remarques préliminaires¹⁷

Le CRQ a été développé en 1987 par G. Guyatt et coll. au Canada. Il s'agit d'un questionnaire qui mesure la qualité de vie liée à la santé de patientes et patients atteints de maladies respiratoires chroniques. Il se prête donc parfaitement au premier examen clinique et à la documentation des résultats du traitement. Si le CRQ s'améliore, on peut en conclure que la patiente/le patient a gagné en qualité de vie quotidienne (indépendamment d'une éventuelle amélioration de la fonction respiratoire).

Le CRQ est disponible en plusieurs versions (questionnaire de la personne qui réalise l'entretien, questionnaire patient avec/sans questions standardisées relatives à la dyspnée). En Suisse, le CRQ le plus utilisé comprend les questions sur la dyspnée. L'ANQ utilise les versions du CRQ-SAS (questionnaire avec les questions standard sur la dyspnée) fournies par le porteur de la licence, c.à.d. la version allemande validée pour la Suisse et les versions française et italienne. La durée d'observation du CRQ est de 14 jours.

Le questionnaire d'autoévaluation comporte 20 questions réparties en 4 domaines : 5 sur les activités qui entraînent une dyspnée chez des personnes atteintes de problèmes respiratoires, 4 sur la fatigue, 7 sur l'humeur et 4 sur la maîtrise de la maladie. Les réponses aux questions sont indiquées à l'aide d'une échelle à sept niveaux, pour laquelle 1 = « Limitation maximale » et 7 = « Aucune limitation ». La période d'observation de deux semaines a été conservée pour satisfaire aux exigences des mesures de la qualité de l'ANQ.

Pour obtenir le score total, le nombre de points moyen est calculé pour chaque domaine (somme des points/nombre de questions). La moyenne des scores des divers domaines donne le score total final. Pour pouvoir calculer le score, la patiente/le patient doit avoir répondu au moins à 50% des items de chaque sous-catégorie.

Les droits de licence sont détenus par la McMaster University (Canada). L'ANQ a acquis les droits d'utilisation de l'instrument (versions allemande, française et italienne) et d'autres documents sous licence utilisés dans le cadre de ses mesures de la qualité. Seules les cliniques enregistrées sont habilitées à utiliser le CRQ et les documents associés. Pour des raisons de propriété intellectuelle, l'ANQ adresse la documentation directement aux cliniques enregistrées.

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

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

¹⁷ Ce paragraphe s'inspire de l'article de G. Büsching dans Büsching et al. (2009) « Assessments in der Rehabilitation: tome 3: Kardiologie und Pneumologie ».

9. Spinal Cord Independence Measure (SCIM)

9.1 Remarques préliminaires¹⁸

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

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

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

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

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

¹⁸ M. Wirz, dans : Schädler, S. et al (2020): Assessments in der Rehabilitation, tome 1: Neurologie, p. 109-113.

10. Patient Health Questionnaire – 15 (PHQ-15)

10.1 Remarques préliminaires

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

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

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

Contrairement au manuel, la dernière semaine (7 jours) sert de base à l'évaluation de la gêne. La période d'observation du PHQ-15 est ainsi adaptée à celle du PHQ-9 et de la GAD-7.

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

11. Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9)

11.1 Remarques préliminaires

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

Le PHQ-9 est un questionnaire d'autoévaluation permettant de mesurer la dépression chez les patientes et patients souffrant de maladies physiques ou de troubles physiques (éventuellement psychogènes). Il peut servir de méthode de dépistage et être utilisé pour la détermination dimensionnelle de la sévérité, également dans le cadre de l'évaluation de l'évolution.

L'autoévaluation permet de mesurer la sévérité de la symptomatologie dépressive au cours de la semaine écoulée, relevée sur une échelle comportant 9 items. La sélection et la formulation des items tiennent en particulier compte des exigences spécifiques d'un setting dicté par la maladie physique. L'accent est uniquement mis sur les symptômes dépressifs psychiques afin d'éviter les confusions causées par la comorbidité somatique.

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

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

Le module de la symptomatologie dépressive PHQ-9 fait partie de la famille du Patient Health Questionnaire (questionnaire de santé pour les patientes et patients), qui a été développé dans les années 1990 par Dr Robert L. Spitzer, Dr Janet B.W. Williams, Dr Kurt Kroenke et leurs collègues avec des fonds de Pfizer¹⁹. En raison de sa brièveté et de sa validité de construction et de critère, le PHQ-9 est considéré comme un instrument attrayant pour évaluer la sévérité des troubles dépressifs²⁰.

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

11.2 Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique du PHQ-9

La période d'observation pour le PHQ-9 est de 7 jours. Le remplissage de l'instrument par les patientes et patients nécessite 5 minutes au maximum. D'autres informations générales sur l'utilisation du PHQ-9 sont décrites à la section 2.7.

¹⁹ Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals* 2002; 32:509-521.

²⁰ Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001; 16:606-613.

12. Generalized Anxiety Disorder – 7 (GAD-7)

12.1 Remarques préliminaires

Depuis le 1^{er} janvier 2024, l'échelle de l'anxiété Generalized Anxiety Disorder – 7 (GAD-7) a remplacé l'instrument de mesure HADS pour relever les symptômes anxieux. La GAD-7 est un questionnaire d'autoévaluation destiné à évaluer l'anxiété chez les patientes et patients souffrant de maladies physiques ou de troubles physiques (éventuellement psychogènes). La GAD-7 est utilisée à la fois comme méthode de dépistage des troubles anxieux et pour déterminer le degré de sévérité des symptômes anxieux.

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

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

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

La GAD-7 a été développée par le groupe de travail qui avait déjà conçu le Patient Health Questionnaire (PHQ) à la fin des années 1990²¹. La GAD-7 n'est pas uniquement sensible au trouble anxieux généralisé (TAG), mais présente également une bonne sensibilité et spécificité pour trois autres troubles anxieux courants (trouble panique, trouble anxieux social et trouble de stress post-traumatique)²².

12.2 Directives de l'ANQ pour la réalisation pratique de la GAD-7

Contrairement au manuel, la dernière semaine (7 jours) sert de base à l'évaluation des atteintes. La période d'observation de la GAD-7 est ainsi alignée sur celle du PHQ-9 et du PHQ-15. Le temps de remplissage du questionnaire par les patientes et patients est de 5 minutes maximum. D'autres informations générales sur l'utilisation de la GAD-7 sont décrites à la section 2.7.

²¹ Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med* 2006;166:1092-1097.

²² Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. The Patient Health Questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2010 (in press).

13. Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

13.1 Remarques préliminaires

L'échelle des comorbidités « Cumulative Illness Rating Scale (CIRS²³) » a été conçue par Linn et al. en 1968 afin de représenter de manière exhaustive toutes les maladies de patientes et patients polymorbides. Miller et Towers ont retravaillé la version CIRS selon Linn et al. (1968) en 1991 pour la compléter par l'adjonction d'un 14^e item relatif aux troubles psychiques et comportementaux. La version CIRS de Salvi et al. (2008) utilisée par l'ANQ se base sur la version de Miller et Towers (1991).

La CIRS permet d'évaluer 14 systèmes organiques sur une échelle à 5 niveaux allant de 0 à 4 (0 = « aucun problème » à 4 = « problème très grave »). Le score total est de 56 points au maximum. L'instrument est conforme à celui utilisé dans le cadre du projet de ST-Reha.

L'échelle des comorbidités est corrélée avec la mortalité, la fréquence et la durée des traitements hospitaliers, les réadmissions stationnaires, le nombre de médicaments consommés, les anomalies des résultats laboratoires, les limitations fonctionnelles liées à des activités et le temps de survie après des tumeurs sans aggravation. Elle est utilisée en médecine de réadaptation pour évaluer le résultat du traitement.

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

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

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

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

²⁴ Salvi et al. Guidelines for Scoring the Modified Cumulative Illness Rating Scale, Appendix S1 (ANQ, traduction). (Article original publié en 2008, J Am Geriatr Soc, 56 (10)).

14. Impressum

Titre	Manuel des procédures version 10.1
Année	2025
Auteur-e-s	Gaia Garuffi (ANQ) Dr. phil. Stephan Tobler (ANQ) Frederike Basedow (Charité) Manuela Marquardt (Charité), Anika Zembic (Charité)
Groupe Qualité	Michaela Battelli, Clinica di Riabilitazione EOC – CREOC, Faido Caroline Beeckmans, Leukerbad Clinic Dr. sc. med. Gavin Brupbacher, Oberwaid AG, St. Gallen Annette Egger, Gesundheitsdepartement Basel-Stadt Matthias Mühlheim, Reha Rheinfelden Susanne Pannek-Rademacher, Schweizer Paraplegiker-Zentrum, Nottwil PD Dr. med. Anke Scheel, Berner Reha Zentrum Dr. med. Thomas Sigris, Klinik Barmelweid Marianne Steimle, H+ Dr. med. Christian Sturzenegger, Rehaklinik Bellikon Dr. med. Jan Vontobel, Hochgebirgsklinik Davos
Contact	ANQ Dr. phil. Stephan Tobler, responsable Réadaptation T. 031 511 38 44, stephan.tobler@anq.ch Gaia Garuffi, responsable de projets Réadaptation, thèmes multidisciplinaires T. 031 511 38 49, gaia.garuffi@anq.ch rehabilitation@anq.ch
Copyright	ANQ