

EXECUTIVE SUMMARY

MESURES SPÉCIFIQUES À LA RÉADAPTATION

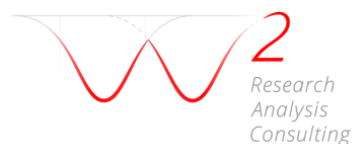
RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DE MESURE 2025

PLAN DE MESURE NATIONAL RÉADAPTATION

PÉRIODE DE MESURE : DU 01.01.2025 AU 31.12.2025

Date de publication : 8 septembre 2026

Version : 1.0, approuvée le 02.07.2026 par le Groupe Qualité Réadaptation



INTRODUCTION

Le présent Executive Summary décrit les résultats des mesures spécifiques à la réadaptation, qui sont publiés sur le [portail web de l'ANQ](#) sous forme de graphiques dynamiques en entonnoir (Funnel plots), permettant une comparaison à l'échelle nationale. La mesure a été réalisée sur mandat de l'ANQ en 2025 dans les hôpitaux et cliniques suisses de réadaptation. La liste des cliniques participantes est disponible pour chaque domaine de réadaptation sur le [portail web de l'ANQ](#). Les résultats des mesures de la qualité de l'ANQ constituent une base factuelle permettant d'initier des processus d'amélioration ciblés au sein des hôpitaux et des cliniques.

Le présent Executive Summary s'adresse aux directions et aux responsables de la qualité des hôpitaux et des cliniques, aux services compétents des autorités cantonales, aux assureurs, ainsi qu'au grand public intéressé. Ce rapport résume de manière concise les résultats de mesure et facilite leur interprétation.

Les mesures spécifiques à la réadaptation font l'objet d'un accompagnement logistique et scientifique de la part de l'institut d'analyse w hoch 2 et de l'Institut de sociologie médicale et des sciences de la réadaptation de la Charité – Universitätsmedizin Berlin (cf. [page d'information sur les mesures](#)). Les indicateurs de qualité, la méthodologie d'évaluation et la présentation des résultats de mesure sont décrits dans les [concepts d'évaluation et de publication \(versions 8.1 et 7.0\)](#) ainsi que dans le [manuel des procédures \(version 10.1\)](#).

Les mesures sont effectuées à l'admission et à la sortie de réadaptation, ce qui permet de visualiser les progrès réalisés au cours du traitement. Elles portent sur des aspects tels que la capacité fonctionnelle et la performance, la participation, les troubles somatiques, l'anxiété et la dépression, ainsi que la qualité de vie liée à la santé.

RÉSULTATS

ANNÉE DE MESURE 2025

Qualité des données

Pour l'année de mesure 2025, 104 cliniques spécialisées en réadaptation gériatrique, en médecine interne, cardiaque, musculo-squelettique, neurologique, oncologique, paraplégologique, psychosomatique et pulmonaire ont transmis leurs résultats de mesure (2024 : 106 cliniques). Au total, les données de 98'071 patientes et patients ont été analysées (2024 : 99'274 cas). Parmi celles-ci, 82.9 % étaient évaluables selon le [concept d'évaluation \(V8.1\)](#) (2024 : 85.2 %).

Avec 88.3 %, le plus grand nombre de cas évaluable a été observé en réadaptation psychosomatique et musculo-squelettique (2024 : proportion de cas évaluable la plus élevée [90.1 %] en réadaptation musculo-squelettique).

Avec 75.5 %, la réadaptation en médecine interne a présenté le plus faible nombre de cas évaluable (2024 : proportion de cas évaluable la plus faible [79.6 %] en médecine interne). Avec 23.6 %, le taux de dropout le plus élevé a été enregistré en médecine interne (2024 : taux de dropout le plus élevé [18.9 %] en médecine interne). Ces cas sont certes intégralement documentés, mais, pour diverses raisons, les patientes et patients n'ont pas mené leur réadaptation à terme et ne peuvent donc pas être pris en compte dans les analyses des résultats. Au total, le taux de dropout est passé de 11.5 % en 2024 à 15.0 % en 2025. Le taux de dropout des tests variait entre 5.2 % pour le test de marche de 6 minutes en réadaptation cardiaque et 34.4 % pour le MacNew Heart, également en réadaptation cardiaque (2024 : taux de renonciation au test allant de 6.6 % pour le test de marche de 6 minutes en réadaptation cardiaque à 39.2 % pour le CRQ en réadaptation pulmonaire) (cf. [fichier Excel sur la qualité des données 2025](#)). La plus grande proportion de cas erronés a été observée en réadaptation pulmonaire avec 8.2 % et la plus faible en réadaptation oncologique avec 0.2 % (2024 : proportion de cas erronés variant entre 5.1 % en réadaptation pulmonaire et 1.2 % en réadaptation paraplégiologique). Par rapport à l'année précédente, le nombre de cas transmis et évaluable a légèrement diminué.

Description de l'échantillon

L'âge moyen des patientes et patients se situe entre 51.5 ans en réadaptation psychosomatique et 83.7 ans en réadaptation gériatrique (2024 : 51.7 ans en réadaptation psychosomatique et 83.8 ans en réadaptation gériatrique). La proportion de femmes varie entre 28.1 % en réadaptation cardiaque et 64.4 % en réadaptation psychosomatique (2024 : 30.3 % en réadaptation cardiaque et 64.9 % en réadaptation psychosomatique). En moyenne, la réadaptation a duré 24.9 jours (2024 : 24.8 jours). La durée du séjour la plus longue a été enregistrée en réadaptation paraplégiologique (65.8 jours) et la plus courte en réadaptation pulmonaire (20.1 jours) (2024 : durée du séjour comprise entre 67.6 jours en réadaptation paraplégiologique et 20.4 jours en réadaptation pulmonaire). Par rapport à l'année précédente, les caractéristiques du collectif de patientes et patients n'a que peu changé (cf. [fichier Excel sur la description de l'échantillon et la qualité des résultats 2025](#)).

Dans tous les domaines de la réadaptation, il a également été vérifié si l'objectif principal du traitement, convenu au début de la réadaptation, a été atteint. Le taux d'atteinte de l'objectif variait entre 94.1 % en réadaptation gériatrique et 99.1 % en réadaptation cardiaque (2024 : taux d'atteinte compris entre 93.0 % en réadaptation gériatrique et 98.9 % en réadaptation cardiaque) (cf. [infographie Mesures spécifiques à la réadaptation 2025](#)).

Résultats de mesure non ajustés à l'admission et à la sortie

Pour chaque instrument, les valeurs non ajustées à l'admission et à la sortie sont décrites ci-après par domaine de réadaptation (cf. [fichier Excel sur la description de l'échantillon et la qualité des résultats 2025](#)) :

En **réadaptation gériatrique**, la qualité des résultats correspond aux mesures de la capacité fonctionnelle des patientes et patients (capacités motrices et cognitives dans les actes ordinaires de la vie quotidienne). L'évaluation s'effectue à l'aide du score ADL, calculé à partir des instruments de mesure FIM®/MIF ou EBI sur une échelle de 0 à 60 points (valeur plus élevée = capacité fonctionnelle plus élevée). Le score ADL s'élevait en moyenne à 36.0 points à l'admission en réadaptation (2024 : 35.9) et à 44.6 points à la sortie (2024 : 44.2). Au cours de l'année de mesure 2025, 39 cliniques utilisaient la FIM®/MIF et 11 cliniques l'EBI.

En **médecine interne**, le score ADL était en moyenne de 41.6 points à l'admission (2024 : 42.5) et de 51.6 points à la sortie (2024 : 51.5). Au cours de l'année de mesure 2025, 30 cliniques utilisaient la FIM®/MIF et 9 cliniques l'EBI.

La valeur moyenne globale du MacNew Heart, qui mesure la qualité de vie liée à la santé en **réadaptation cardiaque**, était de 5.0 points à l'admission en réadaptation (2024 : 5.0) et de 5.9 points à la sortie (2024 : 5.9) sur une échelle de 1 à 7 points (valeur plus élevée = qualité de vie plus élevée). Lors du test de marche de 6 minutes, la distance parcourue par les patientes et patients en réadaptation cardiaque est passée en moyenne de 307.5 mètres à l'admission en réadaptation (2024 : 311.2) à 442.4 mètres à la sortie (2024 : 441.6).

En **réadaptation musculo-squelettique**, le score ADL à l'admission était en moyenne de 42.2 points (2024 : 42.8) et de 52.9 points à la sortie (2024 : 52.6). Au cours de l'année de mesure 2025, 44 cliniques utilisaient la FIM®/MIF et 23 cliniques l'EBI.

En **réadaptation neurologique**, le score ADL à l'admission en réadaptation était en moyenne de 36.3 points (2024 : 35.5) et de 46.5 points à la sortie (2024 : 45.1). Au cours de l'année de mesure 2025, 23 cliniques ont utilisé la FIM®/MIF et 16 cliniques l'EBI.

En **réadaptation oncologique**, le score ADL à l'admission en réadaptation était en moyenne de 42.3 points (2024 : 42.4) et de 53.1 points à la sortie (2024 : 52.8). Au cours de l'année de mesure 2025, 14 cliniques ont utilisé la FIM®/MIF et 6 cliniques l'EBI.

En **réadaptation paraplégologique**, la qualité des résultats est mesurée à l'aide de l'instrument SCIM (Spinal Cord Independent Measure) sur une échelle de 0 à 100 points (valeur plus élevée = capacité fonctionnelle plus élevée). La mesure de la capacité fonctionnelle en cas de lésions de la moelle épinière correspondait en moyenne à 38.7 points à l'admission en réadaptation (2024 : 38.8) et à 51.0 points à la sortie de réadaptation (2024 : 49.9).

La valeur moyenne globale du PHQ-15, qui sert à mesurer les limitations liées aux troubles somatiques dans le cadre de la **réadaptation psychosomatique**, s'élevait à 11.0 points à l'admission (2024 : 11.2) et à 8.0 points à la sortie (2024 : 8.4) sur une échelle allant de 0 à 28 points (valeur plus élevée = importance des symptômes plus élevée). Pour le PHQ-9, un instrument permettant de mesurer l'intensité des symptômes dépressifs, la valeur mesurée chez les patientes et patients psychosomatiques est passée en moyenne de 14.3 points à l'admission en réadaptation (2024 : 14.3) à 7.8 points à la sortie (2024 : 8.1) sur une échelle de 0 à 27 points (valeur plus élevée = importance des symptômes plus élevée). Pour l'instrument GAD-7, qui mesure l'intensité des symptômes anxieux, le score est passé en moyenne de 11.2 points à l'admission en réadaptation (2024 : 11.3) à 6.2 points à la sortie (2024 : 6.3) sur une échelle de 0 à 21 points (valeur plus élevée = importance des symptômes plus élevée).

La valeur moyenne globale du CRQ, qui mesure la qualité de vie liée à la santé en **réadaptation pulmonaire**, était de 3.8 points à l'admission (2024 : 3.8) et de 4.9 points à la sortie (2024 : 4.9) sur une échelle de 1 à 7 points (valeur plus élevée = qualité de vie plus élevée). Lors du test de marche de 6 minutes, la distance parcourue par les patientes et patients en réadaptation pulmonaire est passée en moyenne de 273.3 mètres à l'admission en réadaptation (2024 : 271.1) à 346.5 mètres à la sortie (2024 : 349.3).

Résultats de mesure ajustés aux risques

L'analyse ajustée aux risques permet d'évaluer, pour chaque clinique et chaque indicateur de résultat, dans quelle mesure l'amélioration obtenue pour un collectif de patientes et patients d'une clinique est supérieure à celle de l'ensemble du collectif de toutes les cliniques. À cette fin, l'institut d'analyse calcule, sur la base de tous les cas pris en compte, dans quelle mesure la variation mesurée dans une clinique s'écarte de la variation moyenne déterminée statistiquement (variation attendue) (cf. [guide de lecture de l'ajustement aux risques](#)). Il est ainsi tenu compte du fait que le collectif de patientes et patients peut varier d'un établissement à l'autre (en termes de caractéristiques telles que l'âge, le sexe, la classe de traitement, l'état de santé à l'admission, etc.). La valeur de comparaison obtenue est épurée de ces facteurs d'influence (valeurs confondantes) (cf. [concept d'évaluation \(V8.1\)](#) et publiée de manière transparente à l'échelle nationale sous forme de graphiques en entonnoir dynamiques (cf. [Funnel plots](#)). Par rapport à l'année précédente, l'évolution des indicateurs est représentée dans des Dumbbell plots (cf. [fichier Excel sur la description de l'échantillon et la qualité des résultats 2025](#)).

ÉVOLUTION DANS LE TEMPS

Dans tous les domaines de réadaptation ayant utilisé le score ADL pour mesurer la qualité des résultats, l'écart entre les résultats non ajustés à l'admission et à la sortie s'est creusé au cours des cinq dernières années. En particulier dans les domaines de la réadaptation en

médecine interne, musculo-squelettique et oncologique, les patientes et patients débutent leur réadaptation avec une capacité fonctionnelle de plus en plus faible (ou avec des résultats de mesure de plus en plus bas), tandis que les valeurs à la sortie restent constantes ou augmentent. Au cours de la réadaptation, une amélioration croissante de la capacité fonctionnelle est observée dans les 5 domaines de réadaptation (Figure 1).

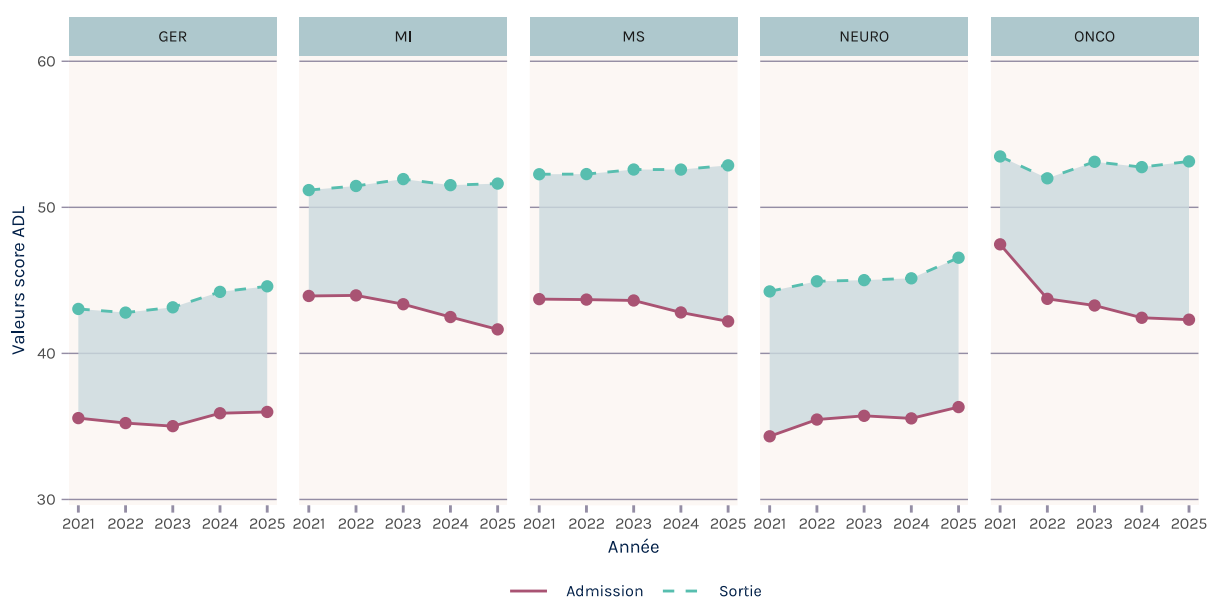


Figure 1 : Amélioration de la capacité fonctionnelle dans les actes ordinaires de la vie quotidienne entre 2021 et 2025 dans les domaines de la réadaptation gériatrique (GER), en médecine interne (MI), musculo-squelettique (MS), neurologique (NEURO) et oncologique (ONCO).

Dans les autres domaines de réadaptation, les résultats de mesure non ajustés sont restés globalement stables au cours des dernières années. Les valeurs à l'admission et à la sortie sont en constante amélioration au cours de la réadaptation.

DISCUSSION

Après une hausse constante du nombre de cas au cours des cinq dernières années, le nombre de cas inclus dans les analyses a baissé pour la première fois cette année. La proportion de cas évaluable est également plus faible que les années précédentes, tandis que le taux de dropout a augmenté. Cette situation est peut-être liée à la modification des critères d'évaluation. Avec l'introduction de la plateforme en ligne [RehaCompass](#), les critères d'inclusion et d'évaluation de la qualité des données ont en effet été adaptés. Pour l'évaluation de cette année, les cas présentant ni données de mesure ni données administratives ont notamment été

exclus des analyses. Par ailleurs, l'évaluabilité de l'instrument « Objectif principal / Atteinte de l'objectif » n'était plus déterminante pour l'évaluabilité des autres instruments. De plus, les dropouts ont été identifiés de manière plus exhaustive sur la base des données disponibles, ce qui a entraîné une augmentation des taux de dropout. Ces ajustements, ainsi que d'autres modifications mineures, influencent les résultats relatifs à la qualité des données, dont la comparabilité avec les années précédentes est limitée. En revanche, les caractéristiques de l'échantillon sont restées pratiquement inchangées par rapport à l'année précédente.

Sur la base de ces données globalement stables, il est possible d'observer, au cours du traitement, une amélioration de la capacité fonctionnelle et de la performance, des troubles somatiques, de l'anxiété et de la dépression, ainsi que de la qualité de vie liée à la santé dans tous les domaines de réadaptation. Au cours des cinq dernières années, une amélioration croissante ou constante est constatée pour la plupart des instruments, bien qu'aucune comparaison à long terme ne soit encore disponible pour les instruments les plus récents (GAD-7 et PHQ-9 utilisés en réadaptation psychosomatique depuis l'année de mesure 2024).

Lors de l'interprétation de ces résultats descriptifs portant sur les cinq dernières années, il convient toutefois de tenir compte du fait qu'ils ne font l'objet d'aucun test de significativité statistique et ne permettent pas de formuler des pronostics quant aux évolutions futures. De plus, les résultats de mesure non ajustés ne sont pas épurés des facteurs d'influence liés à la structure des patientes et patients de chaque clinique, telle que la gravité des cas. Les effets de plafond constituent un autre aspect important à prendre en compte lors de l'analyse des valeurs non épurées. Lorsque les patientes et patients présentent déjà des valeurs très élevées à leur admission en réadaptation, l'ampleur des améliorations mesurables au cours de la réadaptation est limitée. Pour les cliniques présentant une forte proportion de cette structure de cas, il est plus difficile d'atteindre des valeurs de comparaison significativement supérieures à la moyenne.

Les résultats non épurés étant fortement influencés par la structure spécifique des patientes et patients des cliniques, un ajustement aux risques est absolument indispensable. Celui-ci permet de compenser ces effets structurels et de réaliser une comparaison équitable entre les cliniques. Sur le plan méthodologique, il convient toutefois de tenir compte, lors de l'interprétation des résultats ajustés aux risques disponibles sur le portail web de l'ANQ, du fait que le modèle statistique corrige certes les principales valeurs confondantes (tels que les valeurs à l'admission ou l'âge), mais ne peut jamais prendre en compte tous les facteurs perturbants potentiels. De plus, les valeurs publiées ne permettent pas de déterminer si la variation observée par rapport à l'année précédente est statistiquement significative, qu'elle soit à la hausse ou à la baisse. L'ANQ accompagne la publication des résultats d'un document de référence intitulé «[Remarques concernant l'interprétation des résultats de mesure de l'ANQ](#)», qui aborde en détail l'ajustement aux risques, la pertinence, ainsi que la comparabilité des résultats de mesure spécifiques à la réadaptation.

Enfin, les cliniques disposent d'une offre d'information en deux parties qui leur permet de mener à bien leur travail de qualité pratique. Alors que les résultats ajustés aux risques, publiés en toute transparence sur le portail web de l'ANQ, permettent une comparaison équitable et méthodologiquement épurée entre les cliniques, les tableaux de bord *RehaCompass* et VIZER permettent une analyse détaillée de chaque site hospitalier. Grâce à ces tableaux de bord, chaque clinique de réadaptation participante dispose d'un accès direct à ses indicateurs spécifiques relatifs à la qualité des données, au casemix ainsi qu'aux résultats non ajustés des indicateurs de qualité. La présentation interactive sous forme de graphiques et de tableaux permet aux établissements d'analyser en détail leurs propres données, d'effectuer des comparaisons historiques (2021–2024) et d'exporter les données. Les données ainsi traitées offrent aux cliniques une base solide pour contextualiser leurs résultats, identifier les possibilités de développement et déterminer de manière ciblée les potentiels d'amélioration existants.

MENTIONS LÉGALES

Titre principal et sous-titres	Plan de mesure national Réadaptation. Executive Summary Mesures spécifiques à la réadaptation 2025, version 1.0
Année de publication	2026
Auteurs	Frederike Basedow, Charité – Universitätsmedizin Berlin Gaia Garuffi, ANQ Stephan Tobler, ANQ Anika Zembic, Charité – Universitätsmedizin Berlin
Élaboré en collaboration avec	Membres du Groupe Qualité Réadaptation
Contact - Adresse de correspondance	rehabilitation@anq.ch
Mandante	ANQ
Copyright	ANQ Bureau Weltpoststrasse 5 3015 Berne Charité – Universitätsmedizin Berlin Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft Charitéplatz 1 D-10117 Berlin
Citation recommandée	ANQ, Charité Berlin (2026) : Plan de mesure national Réadaptation. Executive Summary Mesures spécifiques à la réadaptation 2025, version 1.0. Berne