
Plan de mesure national Réadaptation (modules 2 et 3)

Concept d'évaluation

13 février 2018 / version 2.0



Charité – Universitätsmedizin Berlin

Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft

E-mail: anq-messplan@charite.de

Sommaire

1.	Situation de départ.....	3
2.	Relevé des données.....	3
2.1.	Méthode	3
2.2.	Instruments et mesure.....	4
2.3.	Critères d'inclusion et d'exclusion	5
3.	Saisie, transmission et préparation des données	5
3.1.	Protection des données	5
3.2.	Transmission des données.....	6
3.3.	Qualité des données	7
4.	Méthode d'évaluation.....	9
4.1.	Evaluation descriptive.....	9
4.2.	Evaluation ajustée aux risques	9
4.2.1.	Indicateurs de résultat	
4.2.2.	Ajustement des risques	
4.3.	Comparaisons annuelles.....	13
5.	Rapports et présentation des résultats.....	14
5.1.	Rapport comparatif national.....	15
5.1.1.	Démarche de base	
5.1.2.	Présentation des résultats	
5.2.	Rapports individuels des cliniques	18
	Littérature et documentation	19
	Impressum.....	21

1. Situation de départ

L'ANQ a décidé d'effectuer des mesures nationales de la qualité des résultats en réadaptation stationnaire. Le plan de mesure national Réadaptation a été introduit en 2013. Une première publication des résultats a été introduite pour les données de l'année 2014. Depuis lors, les résultats sont publiés chaque année.

La mesure de la qualité des résultats à l'aide d'instruments de relevé spécifiques aux différentes indications est réalisée auprès de l'ensemble des patientes et patients des cliniques de réadaptation stationnaire en Suisse, pour les indications « réadaptation musculo-squelettique et neurologique » (module 2), « réadaptation cardiaque et pulmonaire » (module 3), ainsi que d'autres types de réadaptation¹. Les données relevées font l'objet d'une évaluation comparative à l'échelle suisse. Les mesures nationales des résultats ont pour objectif de documenter et d'améliorer la qualité des soins en réadaptation médicale.

L'*Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft* de la Charité - Universitätsmedizin Berlin a été mandaté par l'ANQ pour accompagner le relevé des données sur le plan scientifique et évaluer lesdites données. Le présent concept d'évaluation décrit - tous modules confondus - comment évaluer les données relevées, présenter et publier les résultats. Une attention particulière est accordée à l'ajustement des risques, puisqu'il doit permettre une comparaison équitable entre les cliniques.

Le concept d'évaluation a été élaboré en étroite collaboration avec l'ANQ et le Groupe Qualité Réadaptation et tient compte des directives du « Règlement des données de l'ANQ » et des « exigences envers les concepts d'évaluation de l'ANQ ».

Ce concept d'évaluation présente l'état actuel des travaux et fait office de version de développement. Cette dernière est progressivement complétée à l'aide des données des années suivantes, des résultats de l'évaluation associés, des retours des différents groupes d'acteurs, ainsi que des éventuels développements futurs des mesures.

2. Relevé des données

2.1. Méthode

Toutes les cliniques de réadaptation ayant adhéré au contrat national de la qualité et ne bénéficiant pas d'une dispense participent à la mesure nationale des résultats. Un relevé complet est réalisé à cet effet. Le relevé des données est effectué à l'aide des instruments cités au chapitre 2.2. Dans ce contexte, une mesure est réalisée respectivement à l'admission et à la sortie. Les instruments englobent une évaluation par des tiers: les formulaires sont ainsi complétés par le personnel médical. Quant aux autres mesures, il s'agit d'autoévaluations: les questionnaires sont remplis par les patients.

¹ La catégorie regroupée « Autre réadaptation » englobe les domaines de réadaptation suivants: réadaptation gériatrique, réadaptation en médecine interne et oncologique, réadaptation paraplégologique et réadaptation psychosomatique. La réadaptation pédiatrique n'est soumise à aucune obligation de mesurer.

2.2. Instruments et mesure

Le plan de mesure national Réadaptation prévoit plusieurs instruments spécifiques aux indications pour les mesures des résultats des modules 2 et 3. La figure 1 met en exergue les instruments qui doivent obligatoirement être utilisés à l'admission et à la sortie de réadaptation pour les quatre indications de réadaptation.

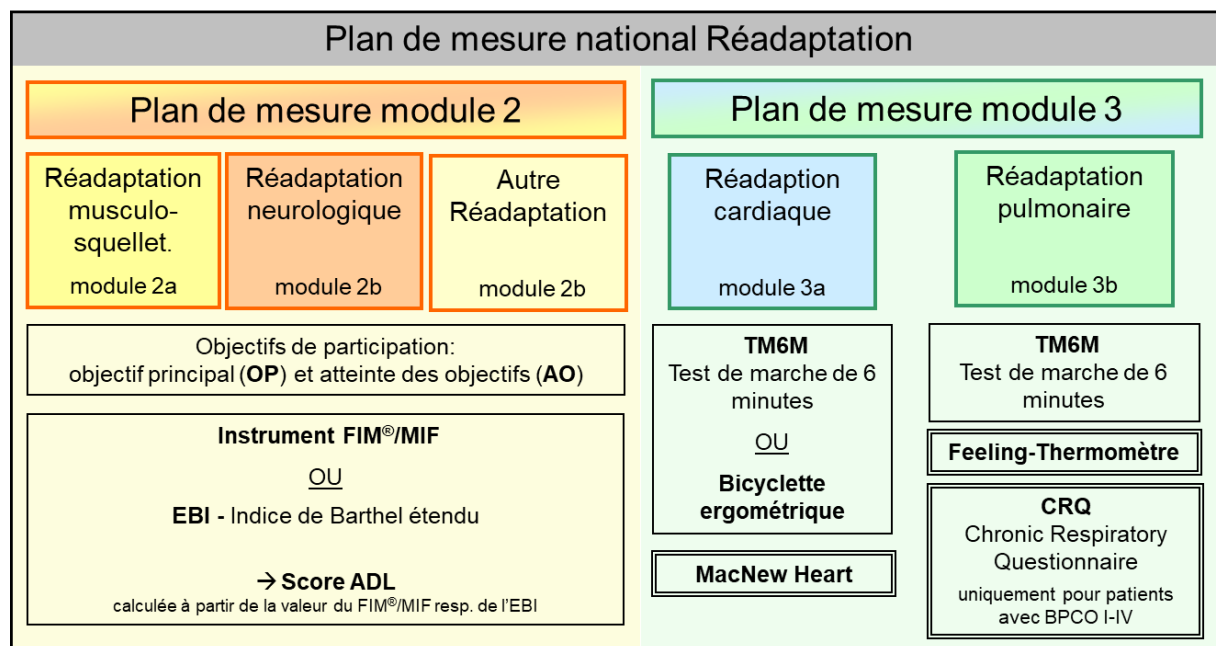


Figure 1 : Plan de mesure national Réadaptation module 2 et module 3

Pour les **groupes d'indications** « **musculo-sq.** », « **neurologique** » et « **cardiaque** », deux instruments de relevé doivent être utilisés à chaque moment de mesure. Pour le groupe d'indications « **réadaptation pulmonaire** », deux instruments doivent obligatoirement être utilisés, de même qu'un troisième instrument supplémentaire (CRQ) pour les patientes et patients présentant un diagnostic principal BPCO I-IV.

Pour les patientes et patients présentant une **autre indication**, une solution transitoire est appliquée à l'heure actuelle en vue de l'intégration dans le plan de mesure national.² Par la suite, les instruments de mesure du module 2 seront adoptés pour ces patientes et patients. Les objectifs de participation, ainsi que l'atteinte des objectifs sont obligatoirement documentés (OP/AO). **A l'instar de la réadaptation musculo-squelettique et neurologique, les instruments FIM®/MIF ou alternativement EBI sont utilisés en sus.** Dans ce contexte, seul un **des deux** instruments de mesure précités peut être utilisé au sein de chaque clinique pour tous les cas présentant une « autre indication ».

² Cf. Manuel des procédures de l'ANQ, sections 1.2.2 et 2.2.5,

http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/francais/20170831_ANQ_Reha_manuel_des_procedures_v6.0_20180101.pdf

Lorsqu'une mesure n'est pas réalisable pour des groupes d'indications spécifiques avec les instruments définis dans le plan de mesure, la clinique doit soumettre une demande de dispense.

Par ailleurs, les données listées ci-après, nécessaires à l'évaluation (y compris l'ajustement des risques), doivent être relevées et transmises:

- **Données de la Statistique médicale de l'OFS:** ces dernières sont déjà obligatoirement relevées par les cliniques pour la Statistique médicale de l'Office Fédéral de la Statistique (OFS)
- **Comorbidités** à l'admission en réadaptation: Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

2.3. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les cliniques de réadaptation et les unités de réadaptation des hôpitaux de soins aigus livrent les données de tous les patients traités en milieu stationnaire durant la période de relevé. L'unité de relevé est un cas de traitement. Conformément à la définition de l'OFS, tout séjour d'un patient dans une clinique de réadaptation est considéré comme un cas de traitement.

3. Saisie, transmission et préparation des données

Le relevé des données est du ressort de chaque clinique et s'effectue sous forme électronique. Les détails du relevé, du format et de la transmission des données sont décrits dans le manuel des données de l'ANQ (https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2018/02/ANQ_Modules_23_Manuel-donnees.pdf). Les cliniques attribuent un numéro d'identification du cas clair aux sets de données, garantissant à la fois l'interconnexion entre les différents sets de données personnelles et la protection des données.

3.1. Protection des données

Les données sont codées à l'aide du numéro d'identification du cas, la règle d'attribution n'étant pas connue de l'institut d'analyse. Cette démarche est entreprise et gérée par les cliniques, l'institut d'analyse n'est ainsi pas à même d'identifier les personnes naturelles.

La transmission des données par les cliniques à l'institut d'analyse est protégée par un mot de passe resp. cryptée. Durant toutes les phases du relevé, de la transmission, de l'évaluation et de la publication des données, le respect du principe de la protection des données est garanti. A ce titre, la version actuelle du « Règlement des données de l'ANQ » fait office de base (le document fait partie intégrante du contrat national de la qualité). Les collaborateurs compétents de l'institut d'analyse sont soumis au secret professionnel dans leurs contrats de travail. Techniquement, les dispositions ont été prises afin que les données et résultats soient gérés dans des environnements ultra protégés et soient inaccessibles aux personnes non autorisées au sein de l'institut d'analyse.

3.2. Transmission des données

Les cliniques de réadaptation relèvent différents types de données et les transmettent dans des fichiers séparés à l'institut d'analyse:

- Données minimales de la Statistique médicale de l'OFS
- Les données relevées conformément au plan de mesure national (données des modules 2 et 3)
- Autres données pertinentes pour l'évaluation (comorbidité)

Les données sont régulièrement transmises par voie électronique à l'institut d'analyse. Pour ce faire, le format de texte générique (*.csv) peut être utilisé. En guise d'alternative, il est également possible d'envoyer d'autres formats de données (Excel, SPSS). Pour des raisons de protection des données, les cliniques peuvent aussi les adresser par courrier recommandé à l'institut d'analyse sur CD-Rom ou par Email dans un fichier d'archive ZIP protégé par mot de passe.

Plan de mesure national Réadaptation		
Modules 2 et 3		
Données à relever par cas		
a) Set de données minimal de l'OFS Ligne MB	b) Données du plan de mesure national Modules 2 ou 3 (Choix d'instruments spécifiques aux indications) Données de la mesure d'admission Données de la mesure de sortie Ligne M2 et Ligne M3	c) Données supplémentaires CIRS à l'admission en réadaptation Ligne ZU

Figure 2 : Données par cas

3.3. Qualité des données

Dans le cadre du relevé et de l'évaluation des données, une attention particulière est accordée à une qualité des données aussi élevée que possible afin d'obtenir des résultats valables et équitables lors de la comparaison entre les cliniques. Le critère déterminant pour une bonne qualité des données est la proportion de cas correctement documentés par rapport au nombre total de cas traités durant la période d'observation. Idéalement, chaque cas devrait comprendre des données de relevé complètes ou des indications sur les drop-outs³ observés dans les données de mesure. Les sets de données faisant totalement défaut dans les mesures ANQ peuvent indirectement être contrôlés au regard de l'écart observé entre les données de mesure et les données OFS (ces dernières comprennent tous les cas d'une période de traitement).

Le contrôle de la qualité des données doit s'effectuer à plusieurs niveaux. Le premier contrôle est réalisé au sein des cliniques, à la fois lors de la saisie et de la transmission des données. L'objectif des prescriptions du manuel des données est de veiller à ce que les données requises soient livrées à l'institut d'analyse de manière aussi complète et correcte que possible, et qu'elles soient codées uniformément. Le manuel des données définit les spécifications des données à relever (plages de valeurs, caractéristiques et définition des valeurs manquantes). La logique de contrôle définie doit être prise en compte par les cliniques lors de la saisie des données afin d'éviter des données manquantes (intégralité du set de données) et erreurs manifestes (validité des données). Avant la transmission des données, les cliniques doivent par ailleurs vérifier si toutes les informations requises pour chaque cas sont disponibles dans leur intégralité.

Dans un deuxième temps, l'institut d'analyse procède à une série de contrôles approfondis afin d'identifier prioritairement les valeurs manquantes ou non plausibles. Les vérifications portent notamment sur les aspects suivants:

- Toutes les variables, telles que décrites dans la définition des données, sont-elles disponibles?
- Chaque ligne de données dans chaque paquet de données contient-elle le numéro d'identification du cas (FID)?
- Existe-t-il des sets de données à double pour les mesures du plan de mesure?
- Les données de mesure disponibles sont-elles évaluables (analyse des valeurs manquantes et des données non valables)?
- Quelle est la proportion de cas évaluables par rapport à la clientèle traitée durant la période d'observation?

Un aperçu des indicateurs de la qualité des données de chaque clinique est transmis à l'ANQ dans le cadre d'un rapport sur la qualité des données. Pour ce faire, l'institut d'analyse élabore un rapport sur la qualité des données de chaque année de mesure. Au regard de la qualité des données, il est décidé quelle période de relevé est intégrée dans les analyses des données. Un rapport succinct sur la qualité des données de la période de relevé choisie est intégré au rapport comparatif national.

³ En cas d'interruption inattendue d'un traitement (transfert de plus de 24 heures dans un hôpital de soins aigus, décès, sortie anticipée à la demande du patient), le cas est clôturé pour la mesure ANQ et traité comme « drop-out » étant donné que l'intégralité des mesures n'est pas assurée.



La qualité des données des cliniques (contrôle portant sur l'intégralité, la plausibilité et la représentativité) est notamment mise en exergue sur la base du nombre de cas complets, du nombre de questionnaires intégralement remplis, du nombre de drop-outs, ainsi que du nombre de cas non utilisables pour l'analyse etc.

Les cliniques reçoivent également des retours de l'institut d'analyse sous forme de rapport individuel sur la qualité de leurs données respectives.

4. Méthode d'évaluation

L'évaluation des mesures de la qualité des résultats inclut les sets de données des cas ayant achevé leur réadaptation durant la période de rapport concernée. Un set de données est évaluable lorsque tous les indicateurs de mesure définis d'un module présentent à la fois des données évaluables pour les mesures réalisées à l'admission et à la sortie, et les variables nécessaires au modèle d'ajustement choisi.

Les échantillons cliniques présentant moins de 50 cas évaluables (par module de mesure) sont pris en compte dans les analyses. Les résultats de ces cliniques sont toutefois mis en exergue de manière adéquate, puisqu'en raison du faible nombre de cas, la pertinence des résultats est limitée. Les cliniques dont le nombre de cas est inférieur à $n=10$ ne sont pas présentées dans les graphiques des indicateurs de résultat, puisqu'en présence de très faible nombre de cas, les résultats subissent d'importantes variations aléatoires.

4.1. Evaluation descriptive

Afin de d'assurer une meilleure évaluation des données relevées, une préparation descriptive des données est primordiale. La description englobe d'une part les caractéristiques sociodémographiques du case-mix comme p.ex. l'âge, le sexe et la nationalité et d'autre part les caractéristiques médicales du case-mix telles que les fréquences des certains groupes de diagnostic au sein d'une indication principale et l'ampleur des comorbidités au sein de l'échantillon global et en comparaison clinique. Une autre priorité de la description des données réside dans la présentation des valeurs non ajustées des indicateurs de résultat (« valeurs brutes ») à l'admission et à la sortie.

4.2. Evaluation ajustée aux risques

4.2.1. Indicateurs de résultat

Pour les mesures de la qualité des résultats, les valeurs globales des instruments de mesure utilisés sont prioritairement analysées (scores globaux); quant aux mesures spécifiques, l'indicateur de résultat se réduit à une valeur unique (p.ex. tests de performance, Feeling Thermomètre). Le tableau 1 liste les indicateurs de résultat des instruments du plan de mesure national, utilisés pour les mesures comparatives des résultats des différentes cliniques.

Pour ce faire, les indicateurs de résultat listés sont évalués ajustés aux risques – le résultat de traitement dans le score global respectif est estimé en tenant compte du case-mix et du statut à l'admission. En tant que variable dépendante dans les comparaisons des résultats ajustées aux risques, seule la valeur à la sortie (« Outcome ») est utilisée. L'indicateur « objectif de participation/atteinte des objectifs » fait toutefois uniquement l'objet d'une évaluation descriptive. Une comparaison des résultats ajustée aux risques n'est en effet pas possible resp. utile (voir ci-après).

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

	Instrument:	Indicateur de résultat		Indication	
Module 2	Objectif de participation/atteinte des objectifs	Fréquences: objectifs principaux, adaptation objectifs, atteinte objectifs	MSQ	Neuro	Autre
	FIM®/MIF	Score global	MSQ	Neuro	Autre
	EBI	Score global	MSQ	Neuro	Autre
	Score ADL (basé sur FIM®/MIF et EBI)	Score global	MSQ	Neuro	Autre
Module 3	Test de marche de 6 minutes	Distance de marche max.	Cardiaque*	Pulmo	
	Bicyclette ergométrique	Niveau d'effort max. en watts	Cardiaque*		
	MacNew Heart	Score global	Cardiaque		
	Feeling Thermomètre	Etat de santé de 0-100		Pulmo	
	CRQ	Score global		Pulmo (BPCO)	

* En réadaptation cardiaque, il est possible d'utiliser – selon l'état de santé – le test de marche de 6 minutes ou la bicyclette ergométrique à titre de test de performance.

En accord avec le Groupe Qualité Réadaptation, les points suivants ont été fixés en lien avec les indicateurs de résultat:

- Module 2: évaluation objectif de participation/atteinte des objectifs
Une mesure de l'évolution indirecte classique n'est pas possible, étant donné que les informations divergent à l'admission et à la sortie de réadaptation. Cet indicateur n'est donc évalué que de manière descriptive. La répartition des objectifs de participation choisis est présentée à l'aide de graphiques à barres. Cela s'applique également aux proportions d'objectifs de participation atteints et adaptés. Parallèlement, les objectifs de participation le plus souvent choisis à des fins d'adaptation sont documentés. Un développement ultérieur de cet instrument est prévu.

- Module 2: évaluation FIM®/MIF et EBI

Dans le module 2, les cliniques peuvent à choix utiliser le FIM®/MIF ou l'EBI pour mesurer la capacité fonctionnelle dans les fonctions de la vie quotidienne. Les scores globaux des instruments FIM®/MIF et EBI à l'admission et à la sortie sont présentés sous forme descriptive. Afin de pouvoir comparer la qualité des résultats de toutes les cliniques – tous instruments confondus –, le score ADL (Activities of Daily Life) ajusté aux risques est appliqué. Le score ADL repose sur un algorithme de conversion obtenu à partir du FIM®/MIF et de l'EBI⁴, développé et scientifiquement validé par des experts.

- Module 3a: présentation des résultats des tests de performance

Pour les tests de performance du module 3a (dépendant de l'état de santé), il est possible d'utiliser soit le test de marche de 6 minutes, soit la bicyclette ergométrique. Les résultats des évaluations des deux tests de performance sont présentés sous forme descriptive et ajustée aux risques.

- Evaluation « Autre réadaptation »

A l'instar de la réadaptation musculo-squelettique et neurologique, le domaine « Autre réadaptation » est évalué sous forme descriptive. A cet effet, les autres domaines de réadaptation les plus fréquents (p.ex. réadaptation gériatrique, en médecine interne et oncologique) sont différenciés et les valeurs moyennes des deux instruments de mesure FIM®/MIF et EBI sont décrits séparément, de même que le score ADL ajusté aux risques. Tous les autres domaines de réadaptation sont synthétisés et uniquement présentés sous forme descriptive. Il est prévu de poursuivre le développement de l'évaluation dans le domaine « Autre réadaptation ».

4.2.2. Ajustement des risques

La comparaison visée de la qualité de traitement des différentes cliniques soulève des questions relatives à l'équité. Lors d'une comparaison de la qualité des résultats, il y a lieu de supposer que des cliniques présentant une proportion plus élevée de patients gravement atteints soient défavorisées par rapport aux cliniques présentant une clientèle de patients moins gravement atteints. En effet, les atteintes à l'admission ou des constellations sociodémographiques divergentes influencent la mesure. Ce risque, qui résulte d'un case-mix différent, doit être pris en compte lors de l'évaluation à l'aide d'un contrôle statistique.

Les procédés d'analyse régressionnelle sont un standard courant pour l'ajustement (contrôle) du case-mix lors de comparaisons cliniques. Ces procédés tiennent compte des influences de variables personnelles pertinentes, comme par exemple l'atteinte à l'admission dans le cadre d'une estimation linéaire.

⁴ L'algorithme de conversion du score ADL pour comparaison commune 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: https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2018/03/ANQ_Reha_Final-report_ADL_Algorithm.pdf

Les régressions évaluent une variable (dépendante) à expliquer (dans ce cas la valeur de sortie de l'indicateur de résultat) à l'aide de variables (indépendantes) explicatives (dans ce cas la valeur d'admission de l'indicateur de résultat et autres valeurs confusionnelles). Pour chaque cas, une valeur outcome est estimée, qui peut être attendue lorsque toutes les valeurs confusionnelles sont contrôlées. Cette valeur attendue est comparée à la valeur réelle (mesurée). La différence en résultant est qualifiée de valeur résiduelle. A l'aide de ces valeurs résiduelles, une comparaison équitable entre les cliniques est possible, étant donné que les différentes structures de patients des cliniques sont prises en compte. Lorsqu'une moyenne des valeurs résiduelles d'une clinique est nettement supérieure à la moyenne globale de toutes les cliniques, cela signifie que la clinique concernée a obtenu un meilleur résultat qu'il n'aurait pu être attendu au regard de sa structure de patients. A l'inverse, une moyenne des valeurs résiduelles d'une clinique nettement inférieure à la moyenne globale signifie que la clinique a obtenu un résultat inférieur à ce qui aurait pu être attendu au regard de sa structure de patients.

En règle générale, il convient d'effectuer un ajustement uniquement pour les variables qui a) ne sont pas directement influençables par la clinique et b) qui, outre une importance statistique, présentent également une pertinence clinique. Pour déterminer si une variable est une valeur confusionnelle et pourrait potentiellement provoquer une distorsion des résultats d'une comparaison clinique, il convient de réaliser d'une part un contrôle à l'aide de procédés de test statistiques. D'autre part, l'évaluation clinique est également importante.

L'objectif d'un modèle statistique pour l'ajustement des risques ne doit pas consister à expliquer, c-à-d. niveler les variations des résultats des différentes cliniques à l'aide d'un nombre de variables aussi élevé que possible, mais d'utiliser pour l'ajustement uniquement les variables qui, d'un point de vue clinique et statistique, nuisent à une comparaison équitable de la qualité des résultats.

Les variables suivantes, présentées dans le tableau 2, sont intégrées dans l'ajustement des risques. La présélection de ces variables a été définie en collaboration avec le GQ Réadaptation.

Tableau 2: Potentielles valeurs confusionnelles, plan de mesure Réadaptation et sources de données

Potentielles valeurs confusionnelles	Source de données
Sexe	Statistique OFS: données minimales de la Statistique médicale
Âge	
Langue maternelle (nationalité)	
Diagnostic principal (sortie)	
Durée du traitement	
Statut d'assurance (classe)	
Centre de prise en charge des coûts principal	
Lieu de séjour avant l'admission	
Lieu de séjour après la sortie	
Etat à l'admission: degré de gravité de l'atteinte à l'admission	Résultats des évaluations des modules 2 et 3 (mesure à l'admission)
Comorbidité (CIRS)	CIRS: Cumulative Illness Rating Scale

4.3. Comparaisons annuelles

La répartition des valeurs confusionnelles est résumée en comparaison annuelle. En revanche, la qualité des résultats n'a à ce jour pas été présentée sous forme de comparaison annuelle en raison des indicateurs de résultat partiellement modifiés, de la qualité divergente des données et donc de la comparabilité limitée. Cette démarche est toutefois prévue à l'avenir. Dans un souci d'amélioration constante de la qualité, il est possible de vérifier l'efficacité des mesures ayant pour objectif d'améliorer la qualité. La méthodologie exacte et le type de représentation des comparaisons annuelles sont définis en accord avec l'ANQ.

5. Rapports et présentation des résultats

Le reporting a prioritairement pour objectif d'informer tous les partenaires de l'ANQ impliqués et le public spécialisé. Pour chaque groupe d'indications, resp. chaque module de mesure, des rapports globaux annuels séparés sont élaborés présentant les résultats comparatifs. Les rapports individuels des cliniques synthétisent sous forme condensée les résultats spécifiques de tous les modules de mesure pour lesquels une clinique a transmis des données (cf. figure 3).

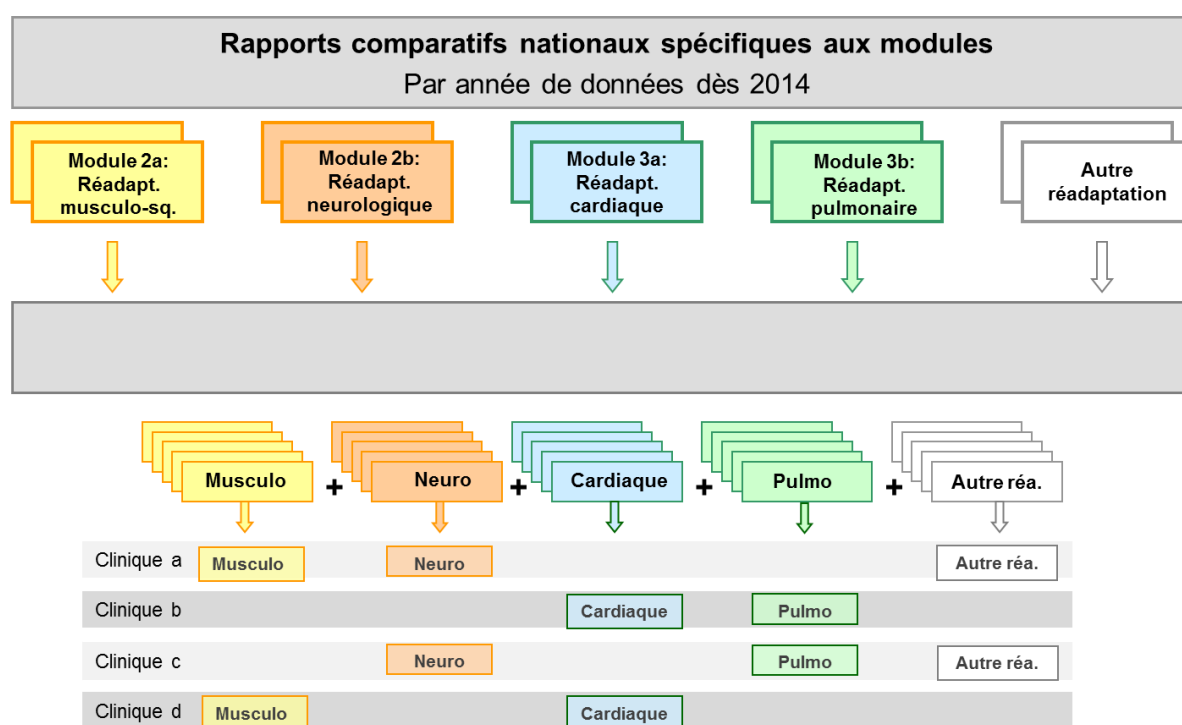


Figure 3 : Concept du rapport

Pour le reporting, une importance particulière est accordée à une présentation des résultats compréhensible et aisément interprétable. Les principaux résultats doivent être mis en exergue. Les résultats secondaires sont publiés dans une annexe au rapport. Outre la partie consacrée aux résultats, la démarche méthodique et des informations sur la qualité des données sont également présentées.

En cas de publication transparente, les cliniques de réadaptation participant aux mesures ont la possibilité de commenter les résultats présentés. Les commentaires des cliniques et, le cas échéant, les prises de position respectives de l'institut d'analyse ou de l'ANQ sont également intégrées au rapport.

5.1. Rapport comparatif national

5.1.1. Démarche de base

Le rapport comparatif national comprend les résultats des analyses comparatives des indicateurs de résultat, du case-mix, ainsi que de la qualité des données. Un rapport global séparé est élaboré pour chaque groupe d'indications resp. module de mesure (modules 2a, 2b, 3a et 3b). Quant au domaine « Autre réadaptation », un rapport distinct est également établi, **qui distingue les domaines de réadaptation les plus fréquents.**⁵

Le rapport comparatif national se subdivise comme suit:

Résumé

Aides à la lecture pour les figures

1. Introduction:
Description de la situation de départ et du mandat
2. Méthodes:
Description de la démarche méthodique
3. Résultats
 - 3.1. Qualité des données
 - 3.2. Description des échantillons (case-mix)
 - 3.3. Présentation des résultats dans les indicateurs de mesure, à la fois de manière descriptive et ajustée aux risques
4. Discussion
5. Littérature

Glossaire

Liste des figures, tableaux et abréviations

Annexe:

Institutions de réadaptation participant aux mesures

Nombre de cas par clinique et proportion de cas évaluable

Description des échantillons en comparaison clinique

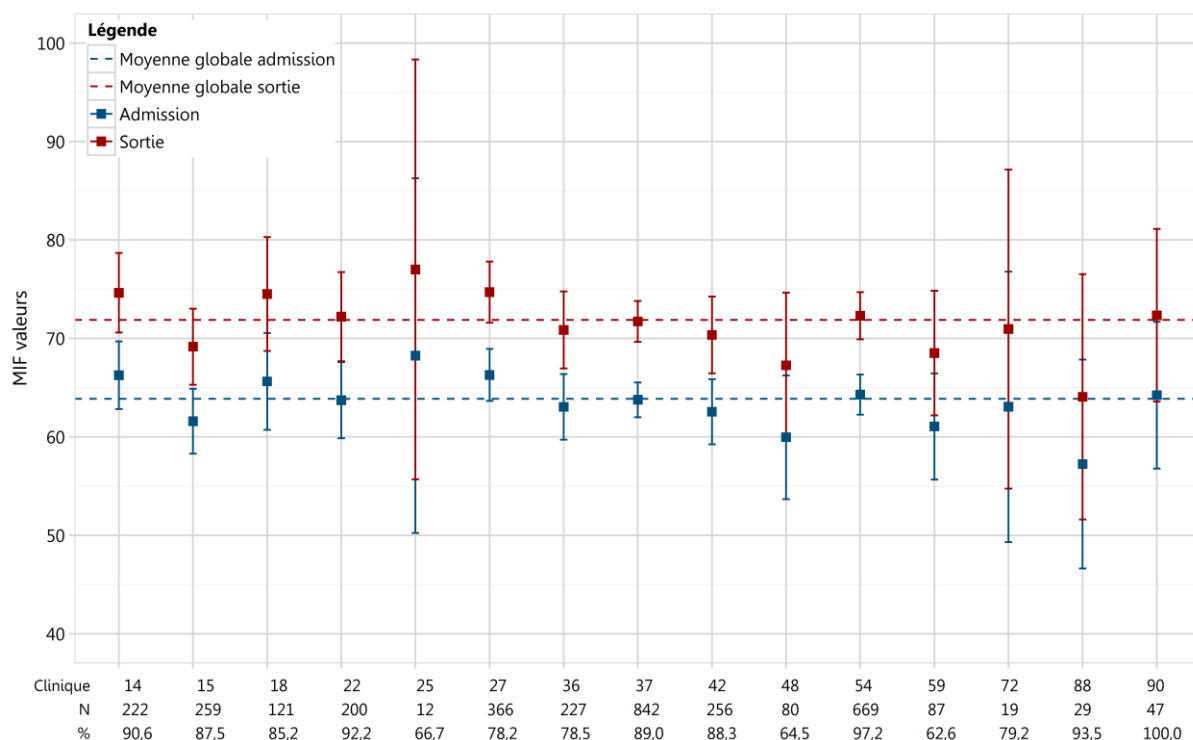
Qualité des résultats en comparaison clinique

⁵ La structure du rapport comparatif national „Autre réadaptation” est différente, puisqu’il contient quatre chapitres séparés consacrés aux résultats des domaines de réadaptation présentés. Le reste de la structure et l’ordre des chapitres sont identiques aux autres rapports.

5.1.2. Présentation des résultats

La répartition des caractéristiques de patients intégrée à l'ajustement des risques fait l'objet d'une description dans la partie principale du rapport comparatif national. Cette présentation des valeurs confusionnelles est réalisée sous forme de graphiques à colonnes et barres empilées pour les pourcentages (p.ex. sexe, nationalité) et sous forme d'histogrammes resp. box plots pour les variables métriques (p.ex. âge, durée de séjour, CIRS). La répartition des valeurs confusionnelles à l'échelle clinique est présentée dans l'annexe du rapport comparatif national, sous forme tabellaire et graphique.

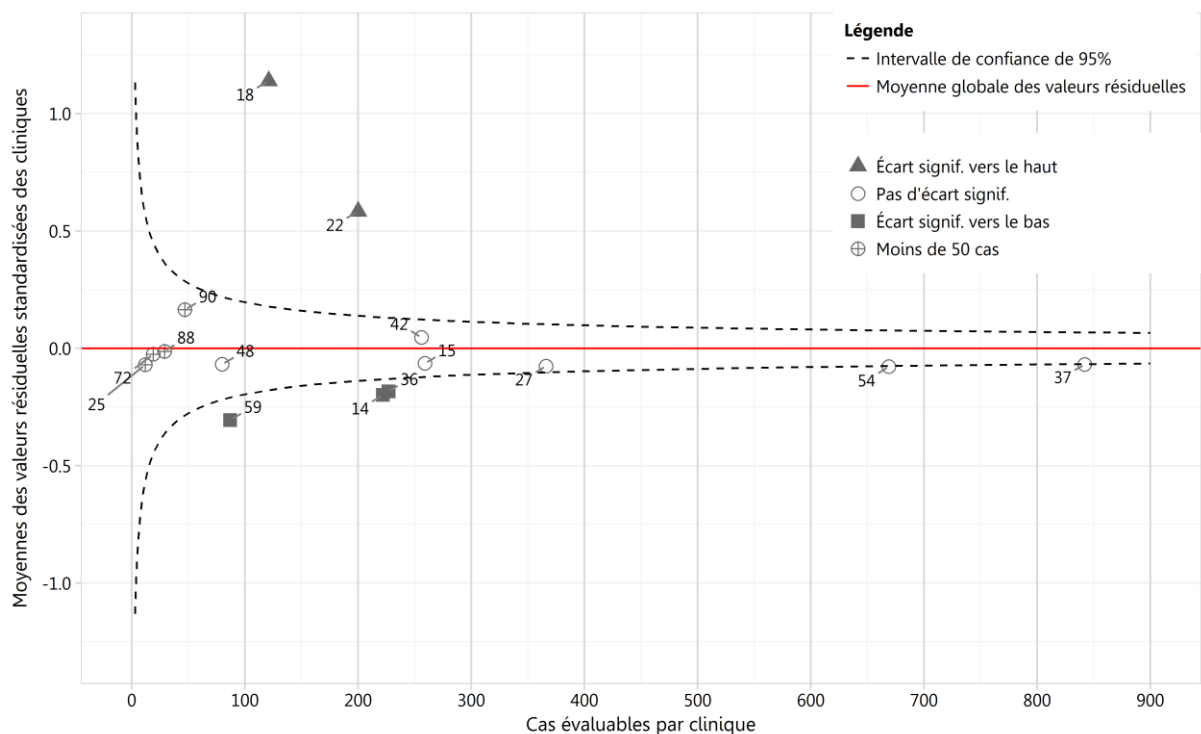
Pour les indicateurs de résultat, les valeurs moyennes observées par clinique (« valeurs brutes »), y compris l'intervalle de confiance de 95% pour la valeur à l'admission (marquée en rouge) et la valeur à la sortie (marquée en bleu) sont consignées dans un diagramme de dispersion (cf. modèle de graphique 1). Les moyennes globales des valeurs à l'admission resp. à la sortie sont indiquées dans le graphique par une ligne pointillée horizontale bleue ou rouge. Par ailleurs, les ID des cliniques, le nombre de cas par clinique utilisé pour les analyses et la proportion que représente ce nombre de cas par rapport à la totalité de cas transmis pour le module de mesure (=proportion de cas évaluable sur la totalité de cas transmis) sont indiqués sur l'axe x. Ces informations ont pour objectif de permettre une meilleure estimation de la significativité et de la représentativité des résultats de chaque clinique.



Modèle de graphique 1 : Moyennes des valeurs à l'admission et à la sortie par clinique, sur l'exemple du FIM®/MIF

Les résultats ajustés aux risques sont présentés à l'aide de Funnel Plots (graphiques en entonnoir). La différence pour chaque clinique est calculée à partir des valeurs attendues après ajustement des risques et des valeurs réellement observées. Cette valeur est qualifiée de valeur résiduelle (standardisée). Pour la présentation des résultats, les valeurs résiduelles standardisées sont indiquées dans le graphique en entonnoir en relation avec le nombre de cas par clinique intégrés à l'analyse (cf. modèle de graphique 2). Ainsi, les éventuels liens entre la qualité des résultats et la taille de la clinique peuvent être mis en exergue. Les cliniques présentant une qualité des résultats nettement supérieure à celle attendue se situent au-dessus de l'intervalle de confiance supérieur de la moyenne globale (marquées par un triangle gris).

Les cliniques dont les valeurs sont nettement inférieures aux valeurs attendues après ajustement des risques se situent en dessous de l'intervalle de confiance inférieur (marquées par un carré gris). Les cliniques indiquées par un cercle vide sont celles qui présentent une qualité des résultats moyenne; pour ces cliniques, aucun écart significatif n'est dénoté entre le résultat attendu et observé. Les cliniques présentant moins de 50 cas évaluables (observations), sont marquées d'un cercle barré d'une croix, puisqu'en raison du faible nombre de cas, la pertinence des résultats est limitée.



Modèle de graphique 2 : Funnel Plot: Moyennes des valeurs résiduelles standardisées sur l'exemple de la valeur de sortie du score ADL, consignées en fonction du nombre de cas des cliniques

5.2. Rapports individuels des cliniques

Les rapports spécifiques aux cliniques s'orientent à la démarche de base et au type de présentation des résultats du rapport comparatif national. Ils sont élaborés chaque année et comprennent une synthèse des résultats de tous les modules pour lesquels une clinique a transmis des données de mesure. Les rapports cliniques doivent permettre aux différentes cliniques de réadaptation de réaliser des analyses précises de la qualité de leurs résultats. Les résultats sont présentés de telle sorte à ce que chaque clinique de réadaptation puisse rapidement se positionner par rapport aux résultats globaux. Les caractéristiques du case-mix des différentes cliniques sont ainsi présentées en comparaison avec le résultat de l'échantillon global. Toutes les cliniques sont illustrées dans les présentations des comparaisons des résultats non ajustés resp. ajustés, sachant que la propre clinique est mise en exergue à l'aide d'un marquage.

Grâce à la présentation comprimée des résultats, ces derniers sont aisément compréhensibles et peuvent ainsi être utilisés à des fins d'amélioration de la qualité au sein des cliniques.

Littérature et documentation

Littérature

1. ANQ. Règlement des données ANQ. Version 1.0. Berne: ANQ; 2011
2. ANQ. Plan de mesure national Réadaptation. Concept de mise en oeuvre. Berne: ANQ; 2012
3. ANQ. Plan de mesure national Réadaptation (modules 2 et 3). Manuel des procédures. Version 2018/01. Berne: ANQ; 2018
4. ANQ. Exigences envers les concepts d'évaluation de l'ANQ, y compris exigences envers les rapports comparatifs nationaux. Version 3.0 Berne: ANQ; 2014
5. Brünger M, Köhn S, Schlumbohm A, Spyra K. Développement et validation d'un algorithme de conversion du score ADL sur la base du FIM®/MIF et de l'EBI. Berne/Berlin: ANQ; 2017
6. Charité - Universitätsmedizin Berlin. Plan de mesure national Réadaptation (modules 2 et 3). Manuel des données. Version 6.0. Berne: ANQ; 2018
7. Farin E. Die Anwendung Hierarchischer Linearer Modelle für Einrichtungsvergleiche in der Qualitätssicherung und Rehabilitationsforschung. Rehabilitation 2005; 44: 157-164
8. Gerdes, N., Funke, U. N., Schüwer, U., Kunze, H., Walle, E., Kleinfeld, A., Reiland, M., Jäckel, W. H. (2009): Ergebnisorientierte Vergütung der Rehabilitation nach Schlaganfall – Entwicklungsschritte eines Modellprojekts 2001–2008. Rehabilitation, 48(04). 190-201.
9. Hardin JW, Hilbe JM, Hilbe J. Generalized linear models and extensions: Stata Press; 2007
10. Langer W. Mehrebenenanalyse. Eine Einführung für Forschung und Praxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2009
11. Académie suisse des sciences médicales. Relevé, analyse et publication de données concernant la qualité des traitements médicaux. Recommandations de l'ASSM; 2009
12. Spiegelhalter, D J. Funnel plots for comparing institutionale performance. Statistics in Medicine 2005, 24:1185-1202
13. Widera T. Was hat die Adjustierung gebracht? DRV-Schriften 2010; 88: 66-69

Les versions actuelles des conditions cadres de l'ANQ (manuel des procédures, manuel des données) s'appliquent.

Documentation

1. Variables de la Statistique médicale. Spécifications valables dès le 1.1.2017. Office Fédéral de la Statistique OFS, 01/2017.
2. Documentation de l'objectif de participation en allemand, français et italien. ANQ V_2013/03
3. Evaluation de l'atteinte des objectifs (AO) en allemand, français et italien. ANQ V_2013/04.
4. Explications relatives au relevé et à la documentation de l'objectif principal et à l'atteinte des objectifs en allemand, français et italien. ANQ V_2014/11.
5. Instrument FIM®/MIF en allemand, français et italien. ANQ V_2014/11.
6. EBI: instrument de relevé Indice de Barthel étendu en allemand, français et italien. ANQ V_2013/03.
7. TM6M: instrument de relevé Test de marche de 6 minutes en allemand, français et italien. ANQ V_2016/01.
8. Bicyclette ergométrique: instrument de relevé Bicyclette ergométrique en allemand, français et italien. ANQ V_2016/01.
9. MacNew Heart: instrument de relevé MacNew Heart en allemand, français et italien. ANQ V_2013/03.
10. Feeling: instrument de relevé Feeling Thermomètre en allemand, français et italien. ANQ V_2013/03.
11. CRQ: instrument de relevé Chronic Respiratory Questionnaire en allemand, français et italien. ANQ V_2013/03.
12. CIRS: instrument de relevé Cumulative Illness Rating Scale en allemand, français et italien. ANQ V_2016/10.

Impressum

Titre	Plan de mesure national Réadaptation (modules 2 et 3). Concept d'évaluation.
Auteurs	Péd. Dipl. (Réadaptation) Stefanie Köhn Martin Brünger, MPH Dr. phil. Anna Schlumbohm, M.Sc. Prof. Dr. Karla Spyra
Lieu/date de publication	Berne / Berlin 13 février 2018 (v 2.0)
Groupe Qualité Réadaptation	PD Dr. med. Stefan Bachmann, centre de réadaptation, Cliniques Valens Annette Egger, Département de la santé publique de Bâle-Ville Dr. med. Ruth Fleisch, Clinique Schloss Mammern Dr. med. Stefan Goetz, Hôpital Fribourgeois Angelina Hofstetter, H+, statut d'observatrice Barbara Lüscher, MHA, Service central des tarifs médicaux (SCTM) Dr. med. Pierre-André Rapin, Institution de Lavigny Dr. med. Isabelle Rittmeyer, Zürcher Rehasentrum Davos Dr. Gianni Roberto Rossi, Rehaklinik Bellikon Klaus Schmitt, Centre suisse des paraplégiques Nottwil Dr. med. Thomas Sigrist, Clinique Barmelweid Stephan Tobler, Cliniques Valens Dr. med. Marcel Weber, Stadtspital Triemli, Zurich
Mandant représenté par	Association suisse pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques – ANQ Dr. Luise Menzi, Responsable Réadaptation
Copyright	Association suisse pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques – ANQ Secrétariat Weltpoststrasse 5 CH-3015 Berne Charité – Universitätsmedizin Berlin Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft Charitéplatz 1 D-10117 Berlin