
Résumé

Rapports comparatifs nationaux 2019

Plan de mesure national Réadaptation

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

Mars 2021

Sommaire

1.	A propos de ce résumé.....	3
2.	Mesures de la qualité sur mandat de l'ANQ.....	3
3.	Aperçu du plan de mesure national Réadaptation.....	4
3.1.	Mesure de la qualité des résultats : procédure et instruments.....	5
3.2.	Evaluation des résultats de mesure.....	6
4.	Réadaptation gériatrique : mesure de la qualité 2019.....	7
5.	Réadaptation en médecine interne : mesure de la qualité 2019.....	8
6.	Réadaptation cardiaque : mesure de la qualité 2019.....	9
7.	Réadaptation musculo-squelettique : mesure de la qualité 2019.....	11
8.	Réadaptation neurologique : mesure de la qualité 2019.....	12
9.	Réadaptation oncologique : mesure de la qualité 2019.....	13
10.	Réadaptation pulmonaire : mesure de la qualité 2019.....	14

1. A propos de ce résumé

Le résumé des rapports comparatifs nationaux présente les principaux résultats des mesures de la qualité réalisées dans les cliniques et unités de réadaptation suisses en 2019 sur mandat de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ).

Ce résumé est destiné à un public intéressé qui souhaite avoir un aperçu du processus de mesure, du relevé, de l'évaluation et des résultats des mesures de la qualité 2019.

Pour des informations détaillées, les versions complètes des rapports comparatifs nationaux sont disponibles sur le portail internet de l'ANQ. Les rapports comparatifs présentent les résultats centraux de la mesure de la qualité pour chaque domaine de réadaptation, les caractéristiques de l'échantillon analysé, ainsi que les résultats spécifiques à chaque clinique annexés. Ils offrent ainsi une comparaison complète de la qualité des résultats des cliniques participantes. Un rapport méthodologique est à nouveau disponible sur le portail internet qui fournit des informations interdisciplinaires sur les données relevées, les instruments de mesure, la méthode d'analyse et la présentation des résultats. Il contient également un glossaire complet. Les listes des cliniques participantes, ainsi que des tableaux comparatifs nationaux peuvent être consultés en ligne ([résultats des mesures réalisées en réadaptation](#)).

2. Mesures de la qualité sur mandat de l'ANQ

L'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) est responsable des mesures de la qualité. Ses membres sont l'association des hôpitaux H+, santésuisse, curafutura, les assurances sociales fédérales, les cantons et la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. Les activités de l'association sont basées sur la loi sur l'assurance-maladie (LAMal).

La mise en œuvre, le financement et la publication des mesures de l'ANQ sont régis par le contrat national de la qualité, auquel tous les hôpitaux et cliniques suisses, ainsi que tous les assureurs et cantons, ont adhéré à ce jour. Le contrat national de la qualité oblige les hôpitaux et cliniques à réaliser les mesures de l'ANQ, et les assureurs et cantons à cofinancer les mesures de l'ANQ par le biais de conventions de prestations et tarifaires. En signant le contrat, les partenaires contractuels acceptent également la publication des résultats de mesure. L'objectif des mesures est de permettre une comparabilité nationale transparente et de fournir aux cliniques participantes des éléments ciblés pour initier des mesures d'amélioration.

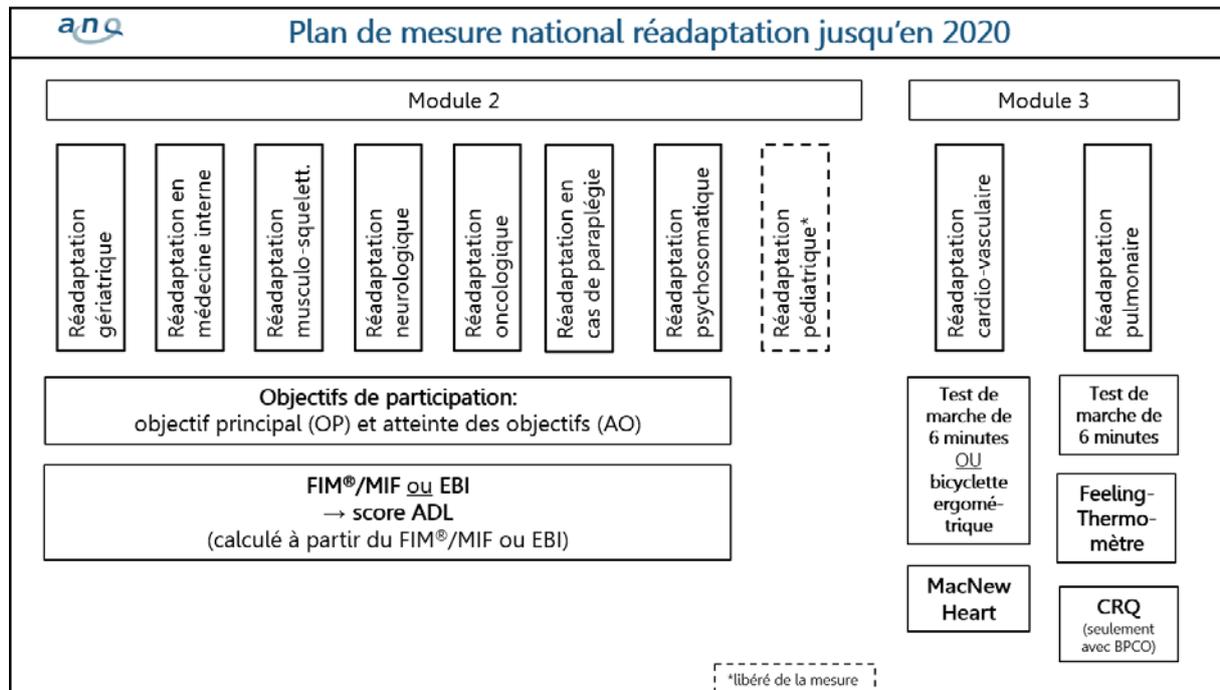
Dans le cadre du plan de mesure national Réadaptation (cf. chapitre 3), les données des patientes et patients sont relevées dans toutes les cliniques et unités de réadaptation suisses. Les cliniques fournissent les données de l'ensemble des patientes et patients âgés de 18 ans révolus traités en milieu stationnaire et ayant quitté l'établissement en 2019.

Mandat de l'Institut de sociologie médicale et des sciences de la réadaptation de la Charité

L'Institut de sociologie médicale et des sciences de la réadaptation de la Charité Universitätsmedizin Berlin a été chargé par l'ANQ de procéder à un accompagnement scientifique du relevé des données, de réaliser une analyse comparative des données recueillies dans toute la Suisse et de rédiger les rapports comparatifs nationaux. L'ANQ est responsable du texte et de la rédaction du résumé.

3. Aperçu du plan de mesure national Réadaptation

Le plan de mesure national Réadaptation précise comment mesurer la qualité des résultats pour chaque domaine de réadaptation (cf. Figure). Afin d'évaluer les progrès individuels des patientes et patients au cours de la réadaptation, les mesures sont réalisées au début et à la fin de la réadaptation.



Instruments de mesure utilisés dans les domaines de réadaptation du module 2

- L'instrument FIM®/MIF resp. l'indice de Barthel étendu (EBI) sont utilisés pour mesurer la capacité fonctionnelle des patientes et patients admis en réadaptation dans les actes ordinaires de la vie quotidienne.
- L'objectif de participation à atteindre jusqu'à la sortie de réadaptation, est convenu avec les patientes et patients. L'objectif et l'atteinte de l'objectif sont documentés.

En **réadaptation paraplégiologique et psychosomatique**, des mesures alternatives sont réalisées sous dispense. Leurs résultats ne sont pas publiés, raison pour laquelle ils ne sont pas présentés dans ce résumé.

Instruments de mesure utilisés dans la réadaptation cardiaque

- Les patientes et patients consignent leur qualité de vie liée à la santé dans le questionnaire MacNew Heart.
- Le test de marche de 6 minutes resp. la bicyclette ergométrique permettent de mesurer la capacité fonctionnelle physique des patientes et patients.

Instruments de mesure utilisés dans la réadaptation pulmonaire

- Le test de marche de 6 minutes permet de relever la capacité fonctionnelle physique.
- Les patientes et patients utilisent le Feeling-Thermomètre pour évaluer leur état de santé général.
- Dans le questionnaire Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ), les patientes et patients atteints de maladies pulmonaires chroniques obstructives (BPCO) indiquent comment ils évaluent leur qualité de vie liée à la santé.

Dans tous les domaines de réadaptation, les **données minimales selon l'Office fédéral de la statistique**, ainsi que **la comorbidité** (présence d'autres maladies en plus de la maladie principale) sont en outre relevées pour l'ensemble des patientes et patients à l'aide de la Cumulative Illness Rating Scale (CIRS).

3.1. Mesure de la qualité des résultats : procédure et instruments

Documentation de l'objectif de participation et de l'atteinte de l'objectif

Au début de la réadaptation, le principal objectif de participation à atteindre jusqu'à la fin du séjour de réadaptation est convenu avec les patientes et patients. Il existe dix objectifs de participation différents dans les domaines Logement, Travail et Vie socioculturelle. Lorsque l'objectif de participation fixé à l'admission en réadaptation s'avère irréaliste pendant la réadaptation, ce dernier doit être adapté au cours du séjour de réadaptation. L'atteinte de l'objectif fixé ou adapté est documentée à la fin de la réadaptation.

Mesure de la capacité fonctionnelle à l'aide des instruments FIM®/MIF et EBI

Pour mesurer la capacité fonctionnelle dans les actes ordinaires de la vie quotidienne (Activities of Daily Life – ADL), les cliniques participantes utilisent soit l'instrument FIM®/MIF (Functional Independence Measure) soit l'EBI (indice de Barthel étendu). Ces deux instruments sont complétés par le personnel clinique sur la base de ses observations à propos des patientes ou patients au cours du quotidien clinique. La capacité fonctionnelle des patientes et patients est relevée sur une échelle à plusieurs réponses. Pour l'EBI, elles vont de 0 (« pas possible ») à 4 (« autonome ») et pour le FIM®/MIF de 1 (« assistance totale ») à 7 (« indépendance complète »). Afin de garantir une comparaison équitable par-delà toutes les cliniques, indépendamment de l'instrument choisi, un dénommé score ADL (Activities of Daily Life Score) est calculé à partir du résultat FIM®/MIF ou EBI. Le score ADL sert uniquement à comparer la qualité des résultats et ne remplace pas les instruments FIM®/MIF et EBI.

Mesure de la capacité fonctionnelle physique à l'aide du test de marche de 6 minutes

Durant le test de marche de 6 minutes, les patientes et patients doivent marcher aussi loin que possible en l'espace de six minutes. La distance parcourue est consignée en mètres. En guise d'assistance pour le test de marche de 6 minutes, des auxiliaires de marche et/ou de l'oxygène peuvent être utilisés.

Mesure de la capacité fonctionnelle physique à l'aide de la bicyclette ergométrique

La bicyclette ergométrique relève également la capacité fonctionnelle physique. Cet instrument est uniquement utilisé lorsque les patientes et patients possèdent une résistance physique suffisante et que la présence d'une assistance d'urgence est garantie. La performance maximale fournie en watts, ainsi que la durée de la phase d'effort réalisées sont documentées. Le nombre maximal de watts atteint est évalué à titre d'indicateur de résultat.

Mesure de la qualité de vie liée à la santé en cas de maladie cardiaque à l'aide du questionnaire MacNew Heart

Le questionnaire MacNew Heart est directement rempli par les patientes et patients atteints de maladies cardiaques. A l'aide de 27 items, le MacNew Heart mesure la qualité de vie liée à la santé dans les domaines de la qualité de vie physique, émotionnelle et sociale. A cet effet, une échelle à sept niveaux allant de 1 (« extrêmement limité ») à 7 (« aucune limitation ») est utilisée. Le score global du MacNew Heart est calculé à partir de la valeur moyenne de tous les items.

Mesure de l'état de santé général à l'aide du Feeling-Thermomètre

Les patientes et patients utilisent le Feeling-Thermomètre pour indiquer leur état de santé général au cours des trois derniers jours à l'aide d'une échelle de réponses allant de 0 (« pire état de santé imaginable ») à 100 (« meilleur état de santé imaginable »), représentée sous forme de thermomètre.

Mesure de la qualité de vie liée à la santé en cas de maladies pulmonaires chroniques à l'aide du CRQ

Le Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) est rempli par les patientes et patients atteints de maladies pulmonaires chroniques obstructives (BPCO) et mesure leur qualité de vie liée à la santé. Le CRQ est composé de 20 questions, chacune allant de 1 (« limitation maximale ») à 7 (« aucune limitation »). Les questions s'appliquent aux domaines de la respiration (dyspnée), de la fatigue, de l'humeur et de la maîtrise de la maladie. La valeur moyenne est calculée pour chaque domaine. La moyenne des valeurs moyennes des différents domaines permet ainsi de calculer le score global.

3.2. Evaluation des résultats de mesure

Une comparaison équitable des résultats exige un contrôle statistique des facteurs d'influence sur lesquels les cliniques n'ont aucun contrôle. La structure des patients d'une clinique est donc prise en compte dans le procédé statistique de l'**ajustement des risques** (âge, sexe, capacité fonctionnelle à l'admission en réadaptation, comorbidité, etc.)

Pour comparer les cliniques, les résultats de traitement des cliniques épurés des potentiels facteurs d'influence, sont ensuite corrélés. L'évaluation ajustée aux risques montre si les cliniques obtiennent des résultats de traitement qui se situent dans la fourchette statistiquement attendue par rapport aux autres cliniques ou s'ils diffèrent significativement des valeurs attendues.

À l'exception des objectifs de participation, toutes les données de mesure collectées sont évaluées dans le cadre d'une analyse descriptive et d'une analyse ajustée aux risques. Les résultats des mesures sont également comparés à ceux de l'année précédente.

Information sur les résultats de mesure

Les mesures servent à l'assurance et au développement de la qualité à l'échelle clinique, ainsi qu'à la comparaison nationale. Les résultats de mesure fournissent aux cliniques participantes des informations complètes sur un domaine spécifique et couvrent ainsi un aspect choisi de la qualité de traitement. Il n'est pas possible de tirer des conclusions générales sur la qualité de traitement globale et les prestations de service d'une clinique. Les résultats de mesure ne se prêtent donc pas à l'établissement de classements des cliniques.

De même, les résultats de mesure à l'admission en réadaptation ne permettent pas de tirer des conclusions sur la gravité de l'état des patientes et patients, ainsi que l'ampleur des ressources liées au traitement de réadaptation dans les différentes cliniques.

4. Réadaptation gériatrique : mesure de la qualité 2019

Base de données

Au total, 49 cliniques (2018 : 44) ont transmis les données de 21'249 patientes et patients ayant achevé une réadaptation gériatrique en 2019 (2018 : 19'185). Parmi celles-ci, 47 cliniques (2018 : 42) présentaient 69.1% de données complètes (2018 : 64.8%). Dans l'ensemble, 14'693 sets de données ont été évalués. L'âge moyen des cas analysés était de 83,0 ans. La proportion de femmes s'élevait à 64.4%. La réadaptation a duré en moyenne 21,9 jours.

Mesure de la capacité fonctionnelle

Toutes les cliniques participantes ont obtenu en moyenne des améliorations de la capacité fonctionnelle de leurs patientes et patients. En 2019, la moyenne générale du score ADL, calculé à partir des instruments de mesure FIM®/MIF et EBI, s'élevait à 35,7 points à l'admission en réadaptation (2018 : 35,1) et à 42,9 points à la sortie de réadaptation (2018 : 42,7). Les deux valeurs moyennes globales sont donc légèrement supérieures à celles de l'année précédente.

L'amélioration moyenne de la capacité fonctionnelle pendant la réadaptation variait entre les cliniques. Par ailleurs, le niveau moyen de la capacité fonctionnelle des patientes et patients diverge fortement dans les cliniques, tant à l'admission qu'à la sortie. Afin d'évaluer si une clinique a obtenu une amélioration comparativement élevée ou faible de la capacité fonctionnelle de ses patientes et patients, une analyse ajustée aux risques de la qualité des résultats a été effectuée dans le score ADL.

Dans le cadre de l'analyse ajustée aux risques du score ADL, l'année de mesure 2019 se présente comme suit :

- 18 cliniques ont obtenu une qualité des résultats qui se situe dans la fourchette des résultats statistiquement attendus.
- 12 cliniques présentent une qualité des résultats significativement supérieure aux résultats des autres cliniques sur le plan statistique.
- 13 cliniques présentent une qualité des résultats significativement inférieure à la valeur moyenne calculée des autres cliniques sur le plan statistique.

Pour les 4 dernières cliniques, la pertinence des résultats ajustés aux risques est limitée ou ne peut pas être interprétée (<10 cas) en raison du faible nombre de cas (10–49 cas).

Documentation de l'objectif de participation et de l'atteinte de l'objectif

L'objectif de participation convenu a été atteint par 96% des patientes et patients (2018 : 96%). Les objectifs de participation ont été principalement convenus dans le domaine du logement à domicile avec les patientes et patients gériatriques des cliniques de réadaptation : près de 90% avaient pour objectif de pouvoir vivre - avec ou sans assistance - à domicile au terme de leur réadaptation, dont près de la moitié avec leur partenaire. Par rapport à l'année précédente, la répartition des objectifs de participation convenus n'a guère changé.

L'objectif de participation choisi a été adapté dans 9.6% des cas (2018 : 10.6%) au cours de la réadaptation. Lorsque les objectifs ont été adaptés, cela s'appliquait avant tout à la forme de logement et au besoin d'assistance. Contrairement aux prévisions, l'intégration d'une institution (établissement médico-social ou autre logement accompagné dans une institution) ou la planification d'aides extérieures pour le logement à domicile se sont avérées nécessaires.

Pour cet instrument, les résultats sont comparables à ceux de l'année précédente.

5. Réadaptation en médecine interne : mesure de la qualité 2019

Base de données

Au total, 35 cliniques (2018 : 36) ont transmis les données de 5'600 patientes et patients ayant achevé une réadaptation en médecine interne en 2019 (2018 : 6'589). Parmi celles-ci, 33 cliniques (2018 : 35) présentaient 74.4% de données complètes (2018 : 68.7%). Dans l'ensemble, 4'168 sets de données ont été évalués. L'âge moyen des cas analysés était de 69.8 ans. La proportion de femmes s'élevait à 49.6%. La réadaptation a duré en moyenne 21.4 jours.

Mesure de la capacité fonctionnelle

Dans l'ensemble, toutes les cliniques participantes ont obtenu en moyenne des améliorations de la capacité fonctionnelle de leurs patientes et patients. En 2019, la moyenne générale du score ADL, calculé à partir des instruments de mesure FIM®/MIF et EBI, s'élevait à 44,1 points à l'admission en réadaptation (2018 : 44,1) et à 50,5 points à la sortie de réadaptation (2018 : 50,0). La valeur moyenne globale à la sortie était donc légèrement supérieure à celle de l'année précédente, tandis que la valeur moyenne à l'admission n'a pas changé.

L'amélioration moyenne de la capacité fonctionnelle pendant la réadaptation variait entre les cliniques. Par ailleurs, le niveau moyen de la capacité fonctionnelle des patientes et patients diverge fortement dans les cliniques, tant à l'admission qu'à la sortie. Afin d'évaluer si une clinique a obtenu une amélioration comparativement élevée ou faible de la capacité fonctionnelle de ses patientes et patients, une analyse ajustée aux risques de la qualité des résultats a été effectuée dans le score ADL.

Dans le cadre de l'analyse ajustée aux risques du score ADL, l'année de mesure 2019 se présente comme suit :

- 12 cliniques ont obtenu une qualité des résultats qui se situe dans la fourchette des résultats statistiquement attendus.
- 4 cliniques présentent une qualité des résultats significativement supérieure aux résultats des autres cliniques sur le plan statistique.
- 4 cliniques présentent une qualité des résultats significativement inférieure à la valeur moyenne calculée des autres cliniques sur le plan statistique.

Pour les 13 dernières cliniques, la pertinence des résultats ajustés aux risques est limitée ou ne peut pas être interprétée (<10 cas) en raison du faible nombre de cas (10–49 cas).

Documentation de l'objectif de participation et de l'atteinte de l'objectif

L'objectif de participation choisi a été atteint par 95% des patientes et patients (2018 : 93%). Les objectifs de participation ont été principalement fixés dans le domaine du logement à domicile avec les patientes et patients admis en médecine interne au sein des cliniques de réadaptation. D'autres objectifs du domaine « Logement », ainsi que des domaines « Travail » et « Rétablissement de la capacité de participer à la vie publique » ont été nettement moins documentés.

L'objectif de participation choisi a été adapté dans 4.7% des cas (2018 : 5.4%) au cours de la réadaptation. Les objectifs du domaine « Logement » ont été le plus souvent adaptés. Dans l'ensemble, ces objectifs sont toutefois aussi les objectifs de participation les plus fréquents. Les adaptations des objectifs concernent en général un changement du besoin d'assistance ou de la forme de logement (à domicile vs intégration d'un établissement-médico-social ou d'un autre logement accompagné dans une institution).

Pour cet instrument, les résultats sont comparables à ceux de l'année précédente.

6. Réadaptation cardiaque : mesure de la qualité 2019

Base de données

Au total, 15 cliniques (2018 : 15) ont transmis les données de 7'168 patientes et patients ayant achevé une réadaptation cardiaque en 2019 (2018 : 7'278). Parmi-celles-ci, 15 cliniques (2018 : 14) présentaient 52.1% de données complètes (2018 : 54.6%). Dans l'ensemble, 3'735 sets de données ont été évalués. L'âge moyen des cas analysés était de 68,3 ans. La proportion de femmes s'élevait à 32.0%. La réadaptation a duré en moyenne 20,7 jours.

Les résultats

En moyenne, toutes les cliniques ont obtenu des améliorations de la qualité de vie liée à la santé et de la capacité fonctionnelle physique de leurs patientes et patients. L'ampleur de l'amélioration moyenne pendant la réadaptation et les valeurs moyennes à l'admission et à la sortie variaient entre les cliniques dans tous les domaines de résultats mesurés. Des analyses ajustées aux risques ont été effectuées afin d'évaluer si une clinique a obtenu une amélioration comparativement élevée ou faible de la capacité fonctionnelle de ses patientes et patients.

Mesure de la qualité de vie liée à la santé

En 2019, la moyenne globale du MacNew Heart s'élevait à 5.04 points à l'admission en réadaptation (2018 : 5.02) et à 5.91 points à la sortie de réadaptation (2018 : 5.89). Les valeurs moyennes globales sont ainsi quasiment identiques à celles de l'année précédente, à la fois à l'admission et à la sortie de réadaptation.

Dans le cadre de l'analyse ajustée aux risques de l'année de mesure 2019 :

- 10 cliniques ont obtenu une qualité des résultats qui se situe dans la fourchette des résultats statistiquement attendus.
- 2 cliniques ont atteint une qualité des résultats significativement supérieure aux résultats attendus sur le plan statistique.
- 1 clinique présente une qualité des résultats significativement inférieure aux résultats attendus sur le plan statistique.

Pour 2 cliniques, la pertinence des résultats ajustés aux risques est limitée en raison du faible nombre de cas (10-49 cas).

Mesure de la capacité fonctionnelle physique

8 des 15 cliniques ont exclusivement utilisé le test de marche de 6 minutes. Les 7 autres cliniques ont opté soit pour le test de marche de 6 minutes, soit pour la bicyclette ergométrique. Dans les 7 cliniques ayant utilisé les deux instruments, l'échantillon évalué dans le cadre du test de marche de 6 minutes représente donc plutôt les personnes les plus fortement limitées.

Pour le **test de marche de 6 minutes**, la distance moyenne parcourue est passée de 315 mètres à l'admission en réadaptation (2018 : 316) à 440 mètres à la sortie de réadaptation (2018 : 438). Les deux valeurs moyennes globales se situent donc au même niveau que l'année précédente.

Dans le cadre de l'analyse ajustée aux risques :

- 6 des 15 cliniques ont obtenu une qualité des résultats qui se situe dans la fourchette des résultats statistiquement attendus.
- 2 cliniques présentent une qualité des résultats significativement supérieure à la valeur moyenne calculée des autres cliniques sur le plan statistique.
- 5 cliniques présentent une qualité des résultats significativement inférieure à la valeur moyenne calculée des autres cliniques sur le plan statistique. Toutes ces cliniques ont utilisé la bicyclette ergométrique pour les patients les moins limités. L'échantillon clinique évalué dans le cadre du test de marche de 6 minutes représente donc les personnes les plus fortement limitées. Une comparaison avec les cliniques qui n'utilisent que le test de marche de 6 minutes n'est donc guère possible.

Pour 2 cliniques, la pertinence des résultats ajustés aux risques est limitée en raison du faible nombre de cas (10-49 cas).

Pour la **bicyclette ergométrique**, qui a été utilisée par 7 des 15 cliniques pour mesurer la capacité fonctionnelle physique, le nombre moyen de watts atteint est passé de 86 watts à l'admission en réadaptation (2018 : 87) à 111 watts à la sortie de réadaptation (2018 : 114). Les deux valeurs moyennes globales se situent donc au même niveau que l'année précédente.

Dans le cadre de l'analyse ajustée aux risques :

- 3 des 7 cliniques ont obtenu une qualité des résultats qui se situe dans la fourchette des résultats statistiquement attendus.
- 1 clinique présente une qualité des résultats significativement supérieure à la valeur moyenne calculée des autres cliniques sur le plan statistique.
- 1 clinique présente une qualité des résultats des résultats significativement inférieure à la valeur moyenne calculée des autres cliniques sur le plan statistique.

Pour 2 cliniques, la pertinence des résultats ajustés aux risques est limitée en raison du faible nombre de cas (10-49 cas).

7. Réadaptation musculo-squelettique : mesure de la qualité 2019

Base de données

Au total, 70 cliniques (2018 : 70) ont transmis les données de 29'566 patientes et patients ayant achevé leur réadaptation musculo-squelettique en 2019 (2018 : 30'245). Toutes les 70 cliniques (2018 : 66) présentaient 85.8% de données complètes (2018 : 79.1%). Dans l'ensemble, 25'362 sets de données ont été évalués. L'âge moyen des cas analysés était de 70.7 ans. La proportion de femmes s'élevait à 63.4%. La réadaptation a duré en moyenne de 21.9 jours.

Mesure de la capacité fonctionnelle

Dans l'ensemble, toutes les cliniques participantes ont obtenu en moyenne des améliorations de la capacité fonctionnelle de leurs patientes et patients. En 2019, la moyenne générale du score ADL, calculé à partir des instruments de mesure FIM[®]/MIF et EBI, s'élevait à 44.6 points à l'admission en réadaptation (2018 : 44.7) et à 52.6 points à la sortie de réadaptation (2018 : 52.1). La valeur moyenne globale à la sortie est donc légèrement supérieure à celle de l'année précédente, tandis que la valeur moyenne à l'admission ne présente aucun changement notable.

L'amélioration moyenne de la capacité fonctionnelle pendant la réadaptation variait entre les cliniques. Par ailleurs, le niveau moyen de la capacité fonctionnelle des patientes et patients diverge fortement dans les cliniques, tant à l'admission qu'à la sortie. Afin d'évaluer si une clinique a obtenu une amélioration comparativement élevée ou faible de la capacité fonctionnelle de ses patientes et patients, une analyse ajustée aux risques de la qualité des résultats a été effectuée dans le score ADL.

Dans le cadre de l'analyse ajustée aux risques du score ADL, l'année de mesure 2019 se présente comme suit :

- 27 cliniques ont obtenu une qualité des résultats qui se situe dans la fourchette des résultats statistiquement attendus.
- 15 cliniques présentent une qualité des résultats significativement supérieure aux résultats des autres cliniques sur le plan statistique.
- 16 cliniques présentent une qualité des résultats significativement inférieure à la valeur moyenne calculée des autres cliniques sur le plan statistique.

Pour les 12 dernières cliniques, la pertinence des résultats ajustés aux risques est limitée ou ne peut pas être interprétée (<10 cas) en raison du faible nombre de cas (10-49 cas).

Documentation de l'objectif de participation et de l'atteinte de l'objectif

L'objectif de participation choisi a été atteint par 97% des patientes et patients (2018 : 97%). Les objectifs de participation ont été principalement convenus dans le domaine du logement à domicile avec les patientes et patients musculo-squelettiques au sein des cliniques de réadaptation. Dans certaines cliniques – dont les patientes et patients étaient en moyenne plus jeunes – les objectifs de participation liés au travail ont été plus souvent cités.

L'objectif de participation choisi a été adapté dans 3.1% des cas (2018 : 3.3%) au cours de la réadaptation. Lorsque les objectifs ont été adaptés, l'intégration d'un établissement médico-social ou d'un autre logement accompagné dans une institution est acceptée comme un objectif de participation modifié. Dans l'ensemble, il convient de noter que les objectifs adaptés impliquent en général un degré d'assistance plus élevé que l'objectif initialement convenu.

Pour cet instrument, les résultats sont comparables à ceux de l'année précédente.

8. Réadaptation neurologique : mesure de la qualité 2019

Base de données

Au total, 40 cliniques (2018 : 39) ont transmis les données de 14'265 patientes et patients ayant achevé une réadaptation neurologique en 2019 (2018 : 13'380). Parmi celles-ci, 39 cliniques (2018 : 38) présentaient 84.1% de données complètes (2018 : 81.3%). Dans l'ensemble, 12'002 sets de données ont été évalués. L'âge moyen des cas analysés était de 65,7 ans. La proportion de femmes s'élevait à 46.3%. La réadaptation a duré en moyenne 37,2 jours.

Mesure de la capacité fonctionnelle

Dans l'ensemble, toutes les cliniques participantes ont obtenu en moyenne des améliorations de la capacité fonctionnelle de leurs patientes et patients. En 2019, la moyenne générale du score ADL, calculé à partir des instruments de mesure FIM®/MIF et EBI, s'élevait à 35,2 points à l'admission en réadaptation (2018 : 35,4) et à 44,9 points à la sortie de réadaptation (2018 : 44,5). Les deux valeurs moyennes globales se situent donc au même niveau que l'année précédente.

L'amélioration moyenne de la capacité fonctionnelle pendant la réadaptation variait entre les cliniques. Par ailleurs, le niveau moyen de la capacité fonctionnelle des patientes et patients diverge fortement dans les cliniques, tant à l'admission qu'à la sortie. Afin d'évaluer si une clinique a obtenu une amélioration comparativement élevée ou faible de la capacité fonctionnelle de ses patientes et patients, une analyse ajustée aux risques de la qualité des résultats a été effectuée dans le score ADL.

Dans le cadre de l'analyse ajustée aux risques du score ADL, l'année de mesure 2019 se présente comme suit :

- 21 cliniques ont obtenu une qualité des résultats qui se situe dans la fourchette des résultats statistiquement attendus.
- 8 cliniques présentent une qualité des résultats significativement supérieure aux résultats des autres cliniques sur le plan statistique.
- 5 cliniques présentent une qualité des résultats significativement inférieure à la valeur moyenne calculée des autres cliniques sur le plan statistique.

Pour les 5 dernières cliniques, la pertinence des résultats ajustés aux risques est limitée ou ne peut pas être interprétée (<10 cas) en raison du faible nombre de cas (10-49 cas).

Documentation de l'objectif de participation et de l'atteinte de l'objectif

L'objectif de participation convenu a été atteint par 96% des patientes et patients (2018 : 96%). Les objectifs de participation ont été principalement fixés dans le domaine du logement à domicile avec les patientes et patients neurologiques au sein des cliniques de réadaptation. Dans certaines cliniques – dont les patientes et patients étaient en moyenne plus jeunes – les objectifs de participation liés au travail ont été plus souvent cités.

Les objectifs de participation ont été adaptés dans 5.2% des cas (2018 : 4.3%) au cours de la réadaptation. Lorsque les objectifs ont été adaptés, l'intégration d'un établissement médico-social ou d'un autre logement accompagné dans une institution est acceptée comme un objectif de participation modifié. Dans l'ensemble, il convient de noter que les objectifs adaptés impliquent en général un degré d'assistance plus élevé que l'objectif initialement convenu.

Pour cet instrument, les résultats sont comparables à ceux de l'année précédente

9. Réadaptation oncologique : mesure de la qualité 2019

Base de données

Au total, 15 cliniques (2018 : 13) ont transmis les données de 1'416 patientes et patients ayant achevé une réadaptation oncologique (2018 : 1'140). Toutes les 15 cliniques (2018 : 13) présentaient 70.8% de données complètes (2018 : 70.4%). Dans l'ensemble, 1'002 sets de données ont été évalués. L'âge moyen des cas analysés était de 67.8 ans. La proportion de femmes s'élevait à 53.4%. La réadaptation a duré en moyenne 20.8 jours.

Mesure de la capacité fonctionnelle

Dans l'ensemble, toutes les cliniques participantes ont obtenu en moyenne des améliorations de la capacité fonctionnelle de leurs patientes et patients. En 2019, la moyenne générale du score ADL, calculé à partir des instruments de mesure FIM®/MIF et EBI, s'élevait à 49,3 points à l'admission en réadaptation (2018 : 48,1) et à 54,6 points à la sortie de réadaptation (2018 : 53,1). Les deux valeurs moyennes globales étaient donc supérieures à celles de l'année précédente.

L'amélioration moyenne de la capacité fonctionnelle pendant la réadaptation variait entre les cliniques. Par ailleurs, le niveau moyen de la capacité fonctionnelle des patientes et patients diverge fortement dans les cliniques, tant à l'admission qu'à la sortie. Afin d'évaluer si une clinique a obtenu une amélioration comparativement élevée ou faible de la capacité fonctionnelle de ses patientes et patients, une analyse ajustée aux risques de la qualité des résultats a été effectuée dans le score ADL.

Dans le cadre de l'analyse ajustée aux risques du score ADL, l'année de mesure 2019 se présente comme suit :

- 4 cliniques ont obtenu une qualité des résultats qui se situe dans la fourchette des résultats statistiquement attendus.
- 1 clinique présente une qualité des résultats significativement supérieure aux résultats des autres cliniques sur le plan statistique.
- aucune clinique présente une qualité des résultats significativement inférieure à la valeur moyenne calculée des autres cliniques sur le plan statistique.

Pour 7 cliniques, la pertinence des résultats ajustés aux risques est limitée en raison du faible nombre de cas (10-49 cas), pour 3 cliniques les résultats ne sont pas interprétables (<10 cas).

Documentation de l'objectif de participation et de l'atteinte de l'objectif

En 2019, les objectifs de participation à l'admission en réadaptation ont été principalement fixés dans le domaine du « Logement ». L'objectif de participation le plus souvent convenu avec les patientes et patients oncologiques était de pouvoir vivre à nouveau à domicile – avec ou sans assistance - avec leur partenaire au terme de la réadaptation. Le second objectif le plus souvent formulé était de pouvoir vivre à nouveau de manière autonome à domicile après le traitement. D'autres objectifs du domaine « Logement », ainsi que des domaines « Travail » et « Rétablissement de la capacité de participer à la vie publique » ont été nettement moins documentés.

L'objectif de participation convenu a été atteint par 93% des patientes et patients (2018: 96%). Cet objectif a été adapté dans 2.3% des cas au cours de la réadaptation (2018 : 2.5%). Les objectifs «Vivre à domicile de manière autonome» – avec ou sans besoin d'assistance – ont été le plus souvent modifiés.

Pour cet instrument, les résultats sont comparables à ceux de l'année précédente.

10. Réadaptation pulmonaire : mesure de la qualité 2019

Base de données

Au total, 13 cliniques (2018 : 12) ont transmis les données de 4'220 patientes et patients ayant achevé une réadaptation pulmonaire en 2019 (2018 : 4'140). Parmi celles-ci, 12 cliniques (2018 : 12) présentaient 54.1% de données complètes (2018 : 56.2%). Dans l'ensemble, 2'282 sets de données ont été évalués. L'âge moyen des cas analysés était de 68,4 ans. La proportion de femmes s'élevait à 48.7%. La réadaptation a duré en moyenne 20,7 jours.

Pour l'évaluation du Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ), seuls les cas atteints de maladies pulmonaires obstructives chroniques (BPCO) ont été utilisés comme diagnostic principal. Ce critère s'appliquait à 1'969 cas parmi tous ceux transmis pour l'année de mesure 2019 (2018 : 1'845). La proportion de cas avec BPCO représentait 44.4% de tous les cas transmis (2018 : 45.3%).

Les résultats

En moyenne, toutes les cliniques ont obtenu des améliorations de la capacité fonctionnelle physique, de l'état de santé général et de la qualité de vie liée à la santé de leurs patientes et patients atteints de BPCO.

L'ampleur des améliorations moyennes obtenues pendant la réadaptation dans ces trois domaines de résultats de la réadaptation pulmonaire, ainsi que les valeurs moyennes à l'admission et à la sortie variaient entre les cliniques. Afin d'évaluer si une clinique a obtenu une amélioration comparativement élevée ou faible dans le domaine de résultat respectif, des analyses ajustées aux risques ont été effectuées.

Mesure de la capacité fonctionnelle physique

Pour le test de marche de 6 minutes, la distance moyenne parcourue est passée de 280 mètres à l'admission en réadaptation (2018 : 268) à 361 mètres à la sortie de réadaptation (2018 : 355). Les deux valeurs moyennes globales étaient donc légèrement supérieures à celles de l'année précédente.

Dans le cadre de l'analyse ajustée aux risques de l'année de mesure 2019 :

- 8 cliniques ont obtenu une qualité des résultats qui se situe dans la fourchette des résultats statistiquement attendus.
- 2 cliniques présentent une qualité des résultats significativement supérieure aux résultats des autres cliniques sur le plan statistique.
- 1 clinique présente une qualité des résultats significativement inférieure aux résultats attendus.

Pour 1 clinique, les résultats ajustés aux risques ne sont pas interprétables en raison du faible nombre de cas (<10 cas).

Mesure de l'état de santé général

Sur l'échelle du Feeling-Thermomètre, l'état de santé général s'élevait en moyenne à 49,6 points à l'admission en réadaptation (2018 : 49,2) et à 69,5 points à la sortie de réadaptation (2018 : 69,8). Les deux valeurs moyennes globales se situent donc à peu près au même niveau que l'année précédente.

Dans le cadre de l'analyse ajustée aux risques :

- 8 cliniques ont obtenu une qualité des résultats qui se situe dans la fourchette des résultats statistiquement attendus.
- 1 clinique présente une qualité des résultats significativement supérieure à la valeur moyenne calculée des autres cliniques sur le plan statistique.
- 2 cliniques présentent un résultat ajusté aux risques significativement inférieur à la valeur moyenne calculée des autres cliniques sur le plan statistique.

Pour 1 clinique, les résultats ajustés aux risques ne sont pas interprétables en raison du faible nombre de cas (<10 cas).

Mesure de la qualité de vie liée à la santé en cas de BPCO

Le Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) est uniquement utilisé pour les patientes et patients atteints d'une maladie pulmonaire chronique (BPCO). Il s'élevait en moyenne à 3.71 points (2018 : 3.72) à l'admission en réadaptation et à 4.83 points (2018: 4.84) à la sortie de réadaptation. Les deux valeurs moyennes globales se situent donc au même niveau que l'année précédente.

Dans le cadre de l'analyse ajustée aux risques :

- 5 cliniques ont obtenu une qualité des résultats qui se situe dans la fourchette des résultats statistiquement attendus.
- 1 clinique présente une qualité des résultats significativement supérieure à la valeur moyenne calculée des autres cliniques sur le plan statistique.
- 1 clinique présente une amélioration jugée significativement inférieure à la valeur moyenne calculée des autres cliniques sur le plan statistique.

Pour 4 cliniques, la pertinence des résultats ajustés aux risques est limitée en raison du faible nombre de cas (10-49 cas), pour 1 clinique le résultat n'est pas interprétable (<10 cas).