



Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche



Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft

Réadaptation musculo-squelettique

Module 2a

Rapport comparatif national | Résumé
Mesure 2016

Novembre 2018 / Version 1.0

1. Situation initiale

L'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) a introduit en 2013 le « **plan de mesure national Réadaptation** » qui comprend au total neuf instruments de mesure de la qualité des résultats. Toutes les cliniques de réadaptation et unités de réadaptation des hôpitaux de soins aigus en Suisse (ci-après : cliniques) ayant adhéré au contrat national de la qualité sont depuis lors tenues de participer aux mesures des résultats. Le relevé et l'évaluation des données font l'objet d'un accompagnement scientifique par la Charité - Universitätsmedizin Berlin. Les rapports comparatifs nationaux présentent les résultats de ces mesures, la qualité des données et la structure des patients sur une base annuelle et comparative.

Le **troisième rapport comparatif national sur les données de l'année 2016 relevées en réadaptation musculo-squelettique** est désormais disponible. Sur cette base, les résultats des mesures sont publiés pour la première fois de manière transparente, ce qui répond aux exigences du contrat national de la qualité.

Ce **résumé** présente les principaux contenus du troisième rapport comparatif national. Des informations détaillées, graphiques supplémentaires et résultats spécifiques aux cliniques sont disponibles dans la version complète.

2. Méthodes

2.1. Relevé, saisie et transmission des données

La réalisation du relevé, la saisie et la transmission des données incombent aux cliniques participant aux mesures de l'ANQ. La collecte des données se présente sous forme de **relevé complet** : le rapport actuel englobe les données de tous les patients et patientes admis en réadaptation musculo-squelettique présentant une durée de traitement de 7 jours ou plus, âgés de minimum 18 ans et sortis d'une clinique durant la période du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2016.

2.2. Thèmes et instruments de mesure

Dans le domaine de la réadaptation musculo-squelettique, la qualité des résultats des cliniques est relevée à l'aide de deux indicateurs de résultat (instruments de mesure) :

Avec le concours du patient, un **objectif de participation** des domaines Logement, Travail et Vie socioculturelle est fixé à l'admission en réadaptation et, si nécessaire, adapté au cours de la réadaptation – la documentation adéquate de l'atteinte de l'objectif est réalisée à la sortie de réadaptation.

A l'admission et à la sortie de réadaptation, la **capacité fonctionnelle dans les domaines importants de la vie quotidienne (actes ordinaires)** est relevée à l'aide de l'instrument FIM® (par 34 cliniques) resp. alternativement à l'aide de l'indice de Barthel étendu EBI (par 17 cliniques), sur la base des observations du personnel clinique au sujet des patients.

Afin de pouvoir réaliser une comparaison équitable de la qualité des résultats entre les cliniques, indépendamment du choix de l'instrument utilisé, un algorithme de conversion nouvellement développé permet de calculer un **score ADL** commun (Activities of Daily Life) à partir du FIM® resp. de l'EBI. Le score ADL ne remplace pas le FIM® ou l'EBI, mais sert exclusivement à des fins de comparaison de la qualité des résultats. Une comparaison de la qualité des résultats de l'année 2016 avec les années précédentes n'est pas possible, puisqu'en 2014 et 2015, le Health Assessment Questionnaire (HAQ) faisait encore office d'instrument de mesure en lieu et place des instruments FIM® resp. EBI.

Par ailleurs, des données supplémentaires sont relevées afin de pouvoir procéder à l'ajustement des risques: l'ampleur de la **comorbidité**¹ à l'admission en réadaptation à l'aide du Cumulative Illness Rating Scale (CIRS), ainsi que **les données minimales selon l'Office fédéral de la Statistique** (données sociodémographiques, durée de traitement, statut d'assurance, prise en charge des soins de base, séjour avant l'admission/après la sortie, diagnostic principal à la sortie d'après CIM-10).

2.3. Analyse des données

Dans un premier temps, toutes les données sont évaluées dans le cadre d'une **analyse descriptive**. Le rapport comparatif national présente dans une série de graphiques les répartitions des différentes caractéristiques sociodémographiques et médicales des patients, ainsi que les valeurs non ajustées du FIM®, resp. de l'EBI à l'admission et à la sortie. Il expose en outre les objectifs de participation définis et la fréquence de leur adaptation et atteinte.

Afin de pouvoir réaliser une comparaison équitable des indicateurs de résultat entre les cliniques, une **analyse ajustée aux risques (épurée des risques)** est requise. Etant donné que certaines caractéristiques de patients peuvent être liées au succès du traitement de réadaptation, la structure de patients d'une clinique doit également être prise en compte pour établir une comparaison équitable entre les cliniques. Pour l'ajustement des risques, il convient de contrôler les caractéristiques individuelles des patients qui ne peuvent pas être directement influencées par la clinique. A l'aide d'une régression linéaire multiple, une valeur de sortie attendue du score ADL (valeur attendue) est estimée pour chaque patient. Celle-ci tient compte des facteurs confondants (sexe, âge, nationalité, diagnostic principal, durée de traitement, statut d'assurance, prise en charge des soins de base, séjour avant l'admission/après la sortie, comorbidité, valeur d'admission du score ADL calculée à partir de la valeur d'admission du FIM® resp. de l'EBI). Ces valeurs individuelles attendues sont comparées aux valeurs individuelles réelles (mesurées) – puis la différence moyenne est calculée par clinique. Le score ADL est utilisé en réadaptation musculo-squelettique en tant qu'indicateur de succès central de l'amélioration de la capacité fonctionnelle dans les actes ordinaires de la vie quotidienne. Les résultats des cliniques ajustés aux risques sont présentés dans un graphique en entonnoir, appelé Funnel plot (voir chapitre 3.4 « Capacité fonctionnelle dans les actes ordinaires de la vie quotidienne »).

¹ Comorbidité: présence d'une/de plusieurs maladie/s associée/s à une maladie primaire et délimitée/s sur le plan diagnostique.

3. Résultats

3.1. Qualité des données

Pour l'année de mesure 2016, 55 cliniques ont transmis les données de 28'237 cas. Suite à une analyse de la **qualité et de l'intégralité** des données, il a été possible de tenir compte des données de 23'644 cas de 51 cliniques pour le rapport comparatif national (2015: 18'099 cas de 46 cliniques; 2014: 15'672 cas de 41 cliniques). Cela correspond à une proportion de 83,7% de tous les cas transmis pour l'année de mesure 2016, un résultat nettement supérieur à celui des deux années précédentes (2015: 65,9%; 2014: 66,5%).

La proportion de cas évaluable sur l'ensemble des cas transmis variait en partie considérablement entre les cliniques. Le rapport comparatif national met en exergue les cliniques ayant atteint une proportion élevée (ou faible) de données évaluable (resp. non évaluable), ce qui signale une bonne qualité des données (resp. optimisable). Pour 4 des 55 cliniques, les données transmises n'ont pas pu être prises en compte: trois cliniques n'ont transmis aucun cas évaluable, une clinique un seul cas évaluable. Les cliniques reçoivent chaque année un **rapport individuel sur la qualité de leurs données**.

Pour les cas pris en compte, l'indicateur de résultat FIM® resp. EBI, l'instrument Objectif de participation/atteinte de l'objectif, la comorbidité et toutes les caractéristiques conformes aux données minimales de l'OFS sont évaluable.

3.2. Description de l'échantillon

L'échantillon analysé comprend 23'644 cas de 51 cliniques. L'âge moyen des patientes et patients est de 69,9 ans; 63,5% sont de sexe féminin et 36,5% de sexe masculin. La durée de traitement moyenne est de 21,5 jours. La valeur moyenne du CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) en tant que mesure de la comorbidité s'élève à 11,7 points. Avec 22,1%, les maladies traumatiques constituent le groupe de diagnostic le plus fréquent en réadaptation musculo-squelettique.

En comparaison avec les années précédentes, la **structure des patients** ne présente dans l'ensemble aucun changement notable. Il convient cependant de noter que les valeurs moyennes des cliniques varient en partie considérablement pour certaines caractéristiques.

3.3. Objectifs de participation et atteinte des objectifs

Pour 50,2% des patientes et patients musculo-squelettiques, l'objectif de participation fixé était de pouvoir vivre à nouveau à domicile avec leur partenaire (avec/sans assistance). Pour 38,8%, l'objectif était de pouvoir vivre de manière indépendante à domicile après le traitement (avec/sans assistance). Pour 2,9%, l'objectif était le rétablissement de la capacité de participer à la vie publique. Tous les autres objectifs ont été nettement moins documentés. Les objectifs de participation choisis ont été rarement adaptés au cours de la réadaptation: 96,9% des objectifs principaux ont été conservés. Le taux d'atteinte des objectifs non adaptés et adaptés était de 97,2% resp. 97,8%. Les objectifs de participation et l'atteinte des objectifs sont présentés de manière descriptive et sans ajustement des risques.

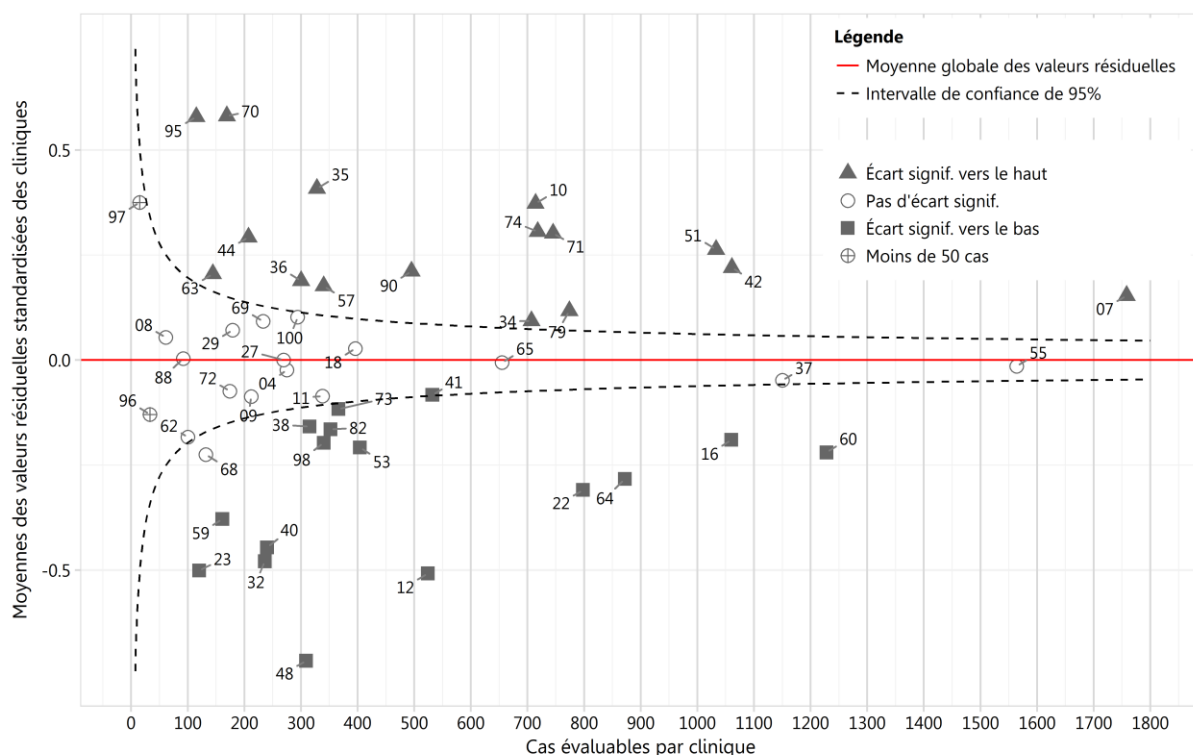
3.4. Capacité fonctionnelle dans les actes ordinaires de la vie quotidienne

Présentation descriptive avec FIM® / EBI: les 34 cliniques ayant utilisé le FIM® ont enregistré une amélioration moyenne entre l'admission et la sortie. Dans une clinique, cette amélioration n'était pas statistiquement significative. La moyenne globale du FIM® de toutes les cliniques s'élevait à 95,5 points à l'admission et à 107,6 points à la sortie de réadaptation. L'échelle globale va de 18 points (assistance complète) à 126 points (indépendance complète).

Dans les 17 cliniques ayant utilisé l'EBI, la valeur globale a enregistré une hausse statistiquement significative au cours de la réadaptation. Dans l'ensemble, la valeur globale de l'EBI s'élevait en moyenne à 53,2 points à l'admission en réadaptation et à 58,2 points à la sortie de réadaptation. L'échelle globale va à ce titre de 0 point (assistance complète) à 64 points (indépendance complète).

Présentation ajustée aux risques à l'aide du score ADL: 19 des 51 cliniques ont atteint une qualité des résultats attendue au regard de la structure de patients (cercle vide). Les résultats de 2 cliniques ne sont à ce titre pas pertinents, étant donné que le nombre de cas évaluable est inférieur à 50 (cercle vide avec une croix). 16 cliniques présentaient un résultat de traitement supérieur aux attentes (triangle gris). 16 cliniques ont obtenu un résultat nettement inférieur à celui attendu sur la base de la structure de patients (carré gris).

Valeurs moyennes des résidus standardisés pour la valeur de sortie du score ADL en fonction des cas évaluable par clinique



Clinique 84 n'est pas présentée en raison de leur faible nombre de cas disponibles (N<10).

Ce Funnel plot peut être consulté sur le [site internet de l'ANQ](#). Il est pourvu d'informations détaillées (p.ex. avec les commentaires des cliniques concernées).

Aide à la lecture: l'ajustement des risques a pour objectif de permettre une comparaison équitable des cliniques, malgré des structures de patients divergentes. Sur la base de la structure de patients différente de chaque clinique, des valeurs individuelles attendues sont calculées. Celles-ci sont comparées aux valeurs individuelles réelles (mesurées). Les différences qui en résultent sont appelées résidus. Lorsque la valeur moyenne d'une clinique est nettement supérieure à la valeur moyenne globale (càd. au-dessus de l'intervalle de confiance / du triangle gris), cela signifie que la clinique concernée a atteint un résultat supérieur aux valeurs attendues au regard de la structure de patients. À l'inverse, une valeur moyenne des résidus d'une clinique nettement inférieure à la valeur moyenne globale (càd. en dessous de l'intervalle de confiance / carré gris) signifie que la clinique a obtenu une qualité de résultat inférieure aux attentes au regard de la structure de patients. Lorsque les valeurs moyennes d'une clinique se situent dans l'intervalle de confiance (cercle vide), cela signifie que l'établissement a atteint la qualité des résultats attendue.

4. Conclusion

L'échantillon analysé englobait 23'644 cas évaluable de 51 cliniques. La proportion de cas évaluable sur la totalité des cas transmis s'élevait à 83,7% et s'avère donc nettement supérieure à celle des années précédentes (2015: 65,9%, 2014: 66,5%). Seules quatre cliniques présentaient une proportion de cas évaluable inférieure à 50%. Le changement d'instruments opéré au 1^{er} janvier 2016 a probablement contribué à cette amélioration de la **qualité des données**: par rapport aux autoévaluations antérieures, un nombre de cas nettement supérieur est à présent intégralement documenté grâce à l'évaluation par des tiers.

Dans l'ensemble, la qualité des données peut être qualifiée de bonne à très bonne pour la plupart des cliniques. Les rapports annuels sur la qualité des données, élaborés à l'échelle nationale et spécifiquement pour les différentes cliniques, aident à assurer une qualité des données élevée. Des informations concrètes au sujet des données incomplètes permettent aux cliniques d'améliorer la qualité de leurs données.

Développé et validé par la Charité sur mandat de l'ANQ, le score ADL calculé à partir du FIM® et de l'EBI à l'aide d'un algorithme de conversion a été utilisé pour la première fois pour la **comparaison de la qualité des résultats**. 19 des 51 cliniques ont obtenu une qualité des résultats attendue au regard de la structure de patients. 16 cliniques ont même dépassé cette attente. En revanche, 16 des 51 cliniques ont atteint une qualité des résultats inférieure aux attentes. Que les cliniques enregistrent des résultats supérieurs, moyens ou inférieurs à la moyenne ne semble pas dépendre du nombre de cas évalués par clinique. Le FIM® et l'EBI, resp. le score ADL présentent une grande variabilité au sein des cliniques, à la fois sur le plan descriptif et après ajustement pour la structure de patients. Ils semblent donc bien adaptés pour illustrer les éventuelles différences entre les cliniques.

L'**objectif de participation** choisi a été atteint à 97,2%. L'objectif de participation fixé n'a été ajusté que dans 3,1% des cas au cours de la réadaptation. Des analyses plus approfondies de la répartition des objectifs alternatifs choisis reposent donc sur un faible nombre de cas et doivent être interprétées avec la précaution nécessaire. Les objectifs de participation choisis dans les cliniques de réadaptation s'appliquent surtout au logement à domicile. Les objectifs de participation professionnels ont été cités plus souvent dans certaines cliniques. Un constat qui reflète surtout la structure d'âge différente des patientes et patients au sein des cliniques. Les résultats de la mesure 2016 pour cet instrument sont comparables à ceux de l'année précédente.

Une analyse ajustée aux risques n'est pas réellement possible pour l'instrument Objectif de participation/atteinte de l'objectif en raison de la conception actuelle de l'instrument. Depuis 2017, des commissions d'experts de l'ANQ développent un concept pour le développement ultérieur de la documentation des objectifs.

Une **comparaison équitable des résultats** nécessite un **ajustement des risques approprié** pour la structure de patients d'une clinique. A cet effet, les **facteurs confondants pertinents** ont été pris en compte. Il n'est pas exclu que d'autres facteurs ne figurant pas dans les directives de mesure de la réadaptation musculo-squelettique, influencent la qualité des résultats. Certains résultats pourraient ainsi avoir été sous-estimés ou surestimés.

En raison de l'influence dominante de la valeur d'admission du score ADL pour la prédiction de la valeur de sortie du score ADL par rapport à tous les autres facteurs confondants pris en compte, il y a lieu de partir du principe que la non-prise en compte d'autres valeurs confondantes entraînerait tout au plus de légères distorsions.

Lors de l'interprétation des résultats présentés dans le rapport comparatif national pour la réadaptation musculo-squelettique, il convient de noter que la comparaison des résultats ajustée aux risques des cliniques participantes se base exclusivement sur le score ADL, qui mesure la capacité fonctionnelle dans les domaines importants de la vie quotidienne.

Outre le rapport comparatif national, chaque clinique participante reçoit un **rapport spécifique**. Il contient des informations comprimées sur la structure des patients et les résultats de mesure obtenus, et permet à chaque clinique de comparer ses résultats avec ceux des autres cliniques. Cette démarche a pour objectif de faciliter l'identification de potentielles améliorations dans certaines cliniques de réadaptation et l'initiation de processus de changement.

Pour les données de l'année 2017, un rapport comparatif national sera à nouveau publié.