



*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 2017

Septembre 2019 / 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 huit 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 **quatrième rapport comparatif national sur les données de l'année 2017 relevées en réadaptation musculo-squelettique** est désormais disponible. Sur cette base, les résultats des mesures sont publiés pour la deuxième fois de manière transparente, ce qui répond aux exigences du contrat national de la qualité.

Ce **résumé** présente les principaux contenus du quatrième 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 l'ensemble des patientes et patients (ci-après : patients) 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 2017 au 31 décembre 2017.

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[®]/MIF (par 44 cliniques) resp. alternativement à l'aide de l'indice de Barthel étendu EBI (par 16 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 par-delà toutes les cliniques, indépendamment du choix de l'instrument utilisé, un algorithme de conversion est utilisé pour calculer un **score ADL** commun (Activities of Daily Life) à partir du FIM[®]/MIF resp. de l'EBI. Le score ADL ne remplace pas le FIM[®]/MIF ou l'EBI, mais sert exclusivement à des fins de comparaison de la qualité des résultats.

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®/MIF, 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 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, comme p.ex. le sexe, l'âge et la valeur d'admission du score ADL. Les résultats des cliniques ajustés aux risques sont corrélés pour la comparaison entre les cliniques : pour chaque clinique, la différence est calculée entre la propre valeur attendue et les valeurs attendues des autres cliniques. 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.

Pour la première fois, le rapport comparatif national avec les données de mesure de l'année 2017 présente la qualité des résultats **comparée à celle de l'année précédente**. Par ailleurs, les modifications apportées à la méthode d'évaluation de la comparaison des résultats ajustée aux risques ont été prises en compte conformément à la version actuelle du concept d'évaluation. Pour la comparaison avec l'année précédente, les résultats de l'année 2016 ont été recalculés à l'aide de la nouvelle méthode d'ajustement des risques – raison pour laquelle les valeurs 2016 présentées ce jour divergent des valeurs 2016 publiées précédemment. Les résultats des cliniques ajustés aux risques sont illustrés dans un graphique en entonnoir appelé Funnel plot. Quant à la comparaison avec l'année précédente, elle est présentée à l'aide d'un Dumbbell plot (cf. section 3.4 « Capacité fonctionnelle dans les actes ordinaires de la vie quotidienne »).

3. Résultats

3.1. Qualité des données

Pour l'année de mesure 2017, 62 cliniques ont transmis les données de 28'835 cas. Suite à une analyse de la **qualité et de l'intégralité** des données, il a été possible de tenir compte des données de 24'631 cas de 60 cliniques pour le rapport comparatif national (2016 : 23'644 cas de 51 cliniques). Cela correspond à une proportion de 85,4% de tous les cas transmis pour l'année de mesure 2017, un résultat légèrement supérieur à celui de l'année précédente (2016 : 83,7%).

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

La proportion de cas évaluables 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 évaluables (resp. non évaluables), ce qui signale une bonne qualité des données (resp. optimisable). 2 des 62 cliniques n'ont transmis aucun cas évaluable.

Pour les cas pris en compte, l'indicateur de résultat FIM®/MIF 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 évaluables.

3.2. Description de l'échantillon

L'**échantillon analysé** comprend 24'631 cas de 60 cliniques. L'âge moyen des patients est de 70,2 ans; 62,5% sont de sexe féminin. La durée de traitement moyenne est de 21,7 jours. La valeur moyenne du CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) en tant que mesure de la comorbidité s'élève à 12,4 points. Par rapport aux 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 48,3% des patients musculo-squelettiques, l'objectif de participation fixé était de pouvoir vivre à nouveau à domicile avec leur partenaire (avec/sans assistance). Pour 40,5%, l'objectif était de pouvoir vivre de manière indépendante à domicile après le traitement (avec/sans assistance). Pour 3,8%, 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 : 97% des objectifs principaux ont été conservés. Le taux d'atteinte des objectifs non adaptés et adaptés était de 97,2% resp. 96,5%. Les objectifs de participation et l'atteinte des objectifs sont **uniquement présentés de manière descriptive et sans ajustement des risques**.

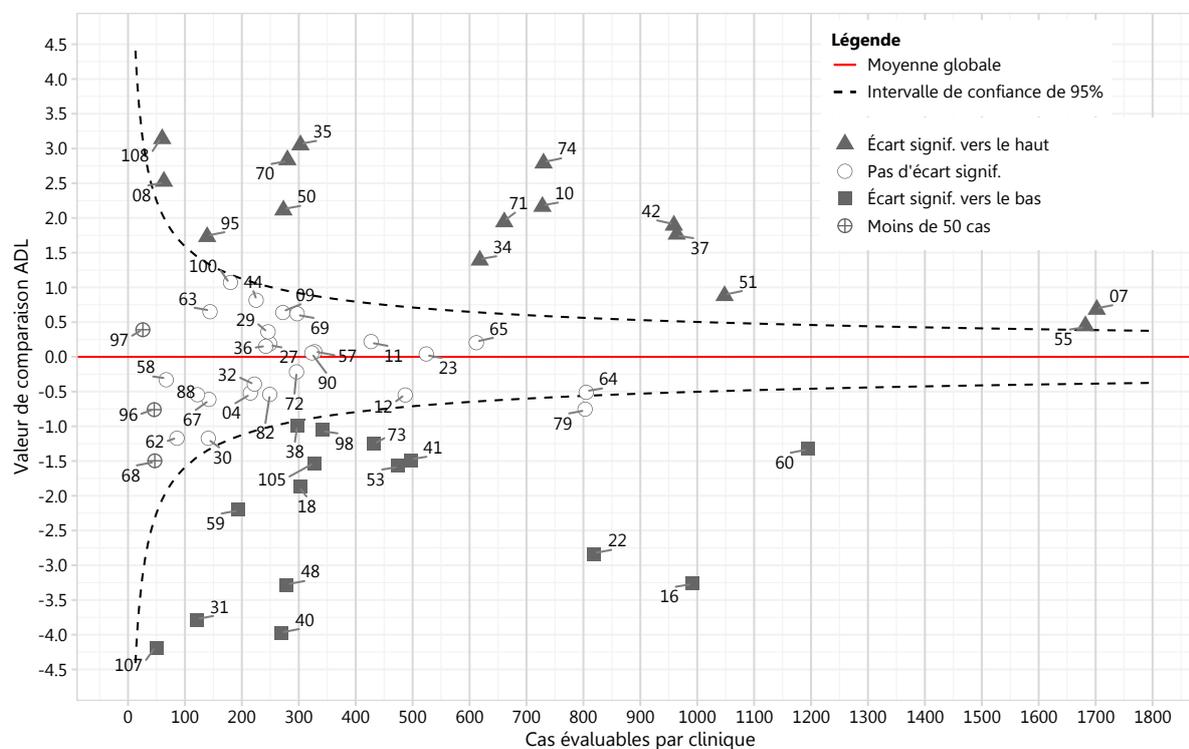
3.4. Capacité fonctionnelle dans les actes ordinaires de la vie quotidienne

Présentation descriptive avec FIM®/MIF et EBI : les 44 cliniques ayant utilisé le FIM®/MIF ont enregistré une amélioration moyenne entre l'admission et la sortie. La moyenne globale du FIM®/MIF de toutes les cliniques s'élevait à 94,1 points à l'admission et à 106,6 points à la sortie de réadaptation. L'échelle globale va de 18 points (assistance complète) à 126 points (indépendance complète).

Dans les 16 cliniques ayant utilisé l'EBI, la valeur globale a augmenté au cours de la réadaptation. Dans l'ensemble, la valeur globale de l'EBI s'élevait en moyenne à 53,3 points à l'admission et à 58,5 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 avec score ADL (cf. Figure 1) : 28 des 60 cliniques ont atteint une qualité des résultats attendue après prise en compte de la structure de patients (cercle vide). La pertinence des résultats de 3 cliniques est à ce titre limitée, étant donné que le nombre de cas évaluables est inférieur à 50 (cercle barré d'une croix). 15 cliniques présentaient un résultat de traitement nettement supérieur aux attentes (triangle gris). 15 cliniques ont obtenu un résultat nettement inférieur à celui attendu sur la base de leur structure de patients (carré gris). En raison du petit nombre de cas de 2 cliniques, aucune déclaration ne peut être faite au sujet de la qualité de leurs résultats.

Figure 1 : Graphique en entonnoir : valeur comparative score ADL en fonction des cas évaluables par clinique en 2017

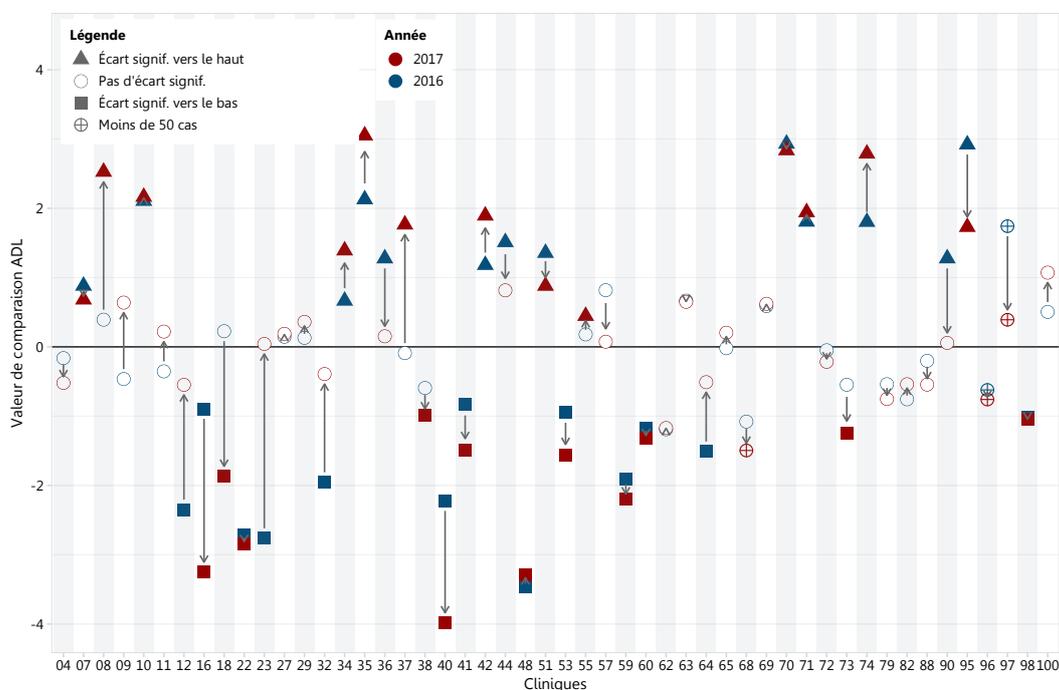


Les cliniques 84, 110 ne sont pas présentées en raison de leur faible nombre de cas disponibles (N<10).

Ce graphique en entonnoir peut être consulté sur le [site internet de l'ANQ](#). Il est pourvu d'informations détaillées (p.ex. avec les commentaires des cliniques concernées). [Lien](#) vers l'aide à la lecture.

Présentation ajustée aux risques avec score ADL – comparaison 2016-2017 (cf. Figure 2) : dans ce graphique, les valeurs comparatives de l'année de rapport 2017 (symboles rouges) sont présentées par clinique avec les valeurs comparatives des données de l'année de rapport 2016 (symboles bleus). Les symboles utilisés sont identiques à ceux du graphique en entonnoir. Les flèches intégrées au graphique mènent de la valeur de l'année précédente à la valeur actuelle. Une manière simple d'identifier un changement de la valeur comparative entre les années 2016 et 2017. La qualité des résultats des cliniques est déterminée par comparaison mutuelle et sur la base de l'échantillon de l'année de relevé respective. Il n'est donc pas possible de déterminer si l'évolution de la qualité des résultats d'une clinique est statistiquement significative. Le Dumbbell plot présente uniquement les cliniques ayant livré au moins 10 cas évaluables pour les deux années de rapport.

Figure 2 : Dumbbell plot. : valeur comparative score ADL par clinique – comparaison des années 2016/2017



4. Remarques finales

La qualité des données a enregistré une nouvelle hausse. Dans l'ensemble, elle peut être qualifiée de bonne à très bonne pour la plupart des cliniques. Que les cliniques aient obtenu des résultats moyens, supérieurs ou inférieurs à la moyenne ne semble pas dépendre du nombre de cas évalués par clinique. Par-delà l'ensemble des cliniques, le FIM®/MIF et l'EBI, resp. le score ADL présentaient une grande variabilité, tant sur le plan descriptif qu'après ajustement des risques pour la structure de patients. Ils semblent donc parfaitement adaptés pour mettre en exergue les éventuelles différences entre les cliniques.

Pour la première fois, une comparaison de la qualité des données a été effectuée entre 2017 et 2016. Lors de l'interprétation de ces résultats, il y a lieu de noter qu'aucune déclaration ne peut être faite au sujet d'une amélioration ou d'une détérioration statistiquement significative observée par rapport à l'année précédente : les calculs des valeurs ajustées sont basés sur les échantillons des années de relevé respectives et ne peuvent donc pas être directement corrélés.

Une comparaison équitable des résultats requiert un ajustement des risques adéquat au niveau de la structure de patients et des particularités respectives d'une clinique. Les facteurs confondants pertinents ont été pris en compte, il n'est toutefois pas exclu que d'autres facteurs ne figurant pas dans les directives de mesure de la réadaptation musculo-squelettique influencent la qualité des résultats. Il convient toutefois de partir du principe que la prise en compte d'autres facteurs confondants entraînerait, tout au plus, des distorsions minimales.

Outre le rapport comparatif national, chaque clinique de réadaptation participante reçoit chaque année un rapport individuel sur la qualité de ses données, ainsi qu'un rapport sur ses propres résultats. Tous deux ont pour objectif de soutenir le travail interne de développement de la qualité.

Le prochain rapport comparatif national pour les données de l'année 2018 sera publié à l'automne 2020.