



*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

Autre réadaptation

- Réadaptation gériatrique
- Réadaptation en médecine interne
- Réadaptation oncologique
- Autres cas

Module 2

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.

„**Autre réadaptation**” comprend les domaines de la réadaptation gériatrique, de la réadaptation en médecine interne, de la réadaptation oncologique, paraplégiologique, psychosomatique et pédiatrique.

Le **troisième rapport comparatif national sur les données de l'année 2016 relevées dans le domaine "Autre réadaptation"** est désormais disponible. Pour la première fois, les domaines de la réadaptation gériatrique, de la réadaptation en médecine interne et de la réadaptation oncologique sont évalués après ajustement des risques et publiés de manière transparente. Les exigences du contrat national de la qualité sont ainsi remplies.

Dans la catégorie "Autres cas", l'évaluation porte sur les données transmises pour le domaine "Autre réadaptation" mais qui n'ont pas été attribuées aux domaines de réadaptation gériatrique, en médecine interne ou oncologique. Cette catégorie continue d'être évaluée de manière descriptive et n'est pas publiée de manière transparente.

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 dans le domaine Autre réadaptation, 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 Autre réadaptation, 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[®], resp. alternativement à l'aide de l'indice de Barthel étendu EBI, 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 parallèlement aux 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.

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

Pour l'année de mesure 2016, les résultats pour la réadaptation gériatrique, la réadaptation en médecine interne et la réadaptation oncologique sont comparés pour la première fois ajustés aux risques et par-delà l'ensemble des cliniques. Dans la catégorie Autres cas, l'évaluation est réalisée de manière descriptive en raison de l'hétérogénéité des cas resp. des – en partie - très faibles nombres de cas par clinique. Le score ADL est utilisé dans le domaine Autre réadaptation 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.

3. Résultats

3.1. Réadaptation gériatrique

3.1.1. Qualité des données

Pour l'année de mesure 2016, 35 cliniques ont transmis les données de 16'180 cas. Suite à une analyse de la **qualité et de l'intégralité** des données, il a été possible de tenir compte des données de 8'129 cas de 29 cliniques pour le rapport comparatif national. Cela correspond à une proportion de 50,2% de tous les cas transmis pour l'année de mesure 2016.

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 6 des 35 cliniques, les données transmises n'ont pas pu être prises en compte: cinq 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.

3.1.2. Description de l'échantillon

L'échantillon analysé comprend 8'129 cas de 29 cliniques. L'âge moyen des patientes et patients est de 82,6 ans; 64,6% sont de sexe féminin et 35,4% de sexe masculin. La durée de traitement moyenne est de 22,2 jours. La valeur moyenne du CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) en tant que mesure de la comorbidité s'élève à 16,9 points. Avec 27,0%, les maladies traumatiques constituent le groupe de diagnostic le plus fréquent en réadaptation gériatrique.

Il convient de noter que les valeurs moyennes des cliniques varient en partie considérablement pour certaines caractéristiques.

3.1.3. Objectifs de participation et atteinte des objectifs

Pour 49,7% des patientes et patients gériatriques, l'objectif de participation fixé était de pouvoir vivre de manière indépendante à domicile après la réadaptation (avec/sans assistance). Pour 38,0%, l'objectif était de pouvoir vivre à nouveau à domicile avec leur partenaire après le traitement (avec/sans assistance). Pour 6,3%, l'objectif était un logement assisté en institution, pour 5,4% l'admission dans un établissement de soins. Tous les autres objectifs n'ont guère été documentés. Les objectifs de participation choisis ont été parfois adaptés au cours de la réadaptation: 90,3% des objectifs principaux ont été conservés. Le taux d'atteinte des objectifs non adaptés et adaptés était de 94,9% resp. 97,5%. Les objectifs de participation et l'atteinte des objectifs sont présentés de manière descriptive et sans ajustement des risques.

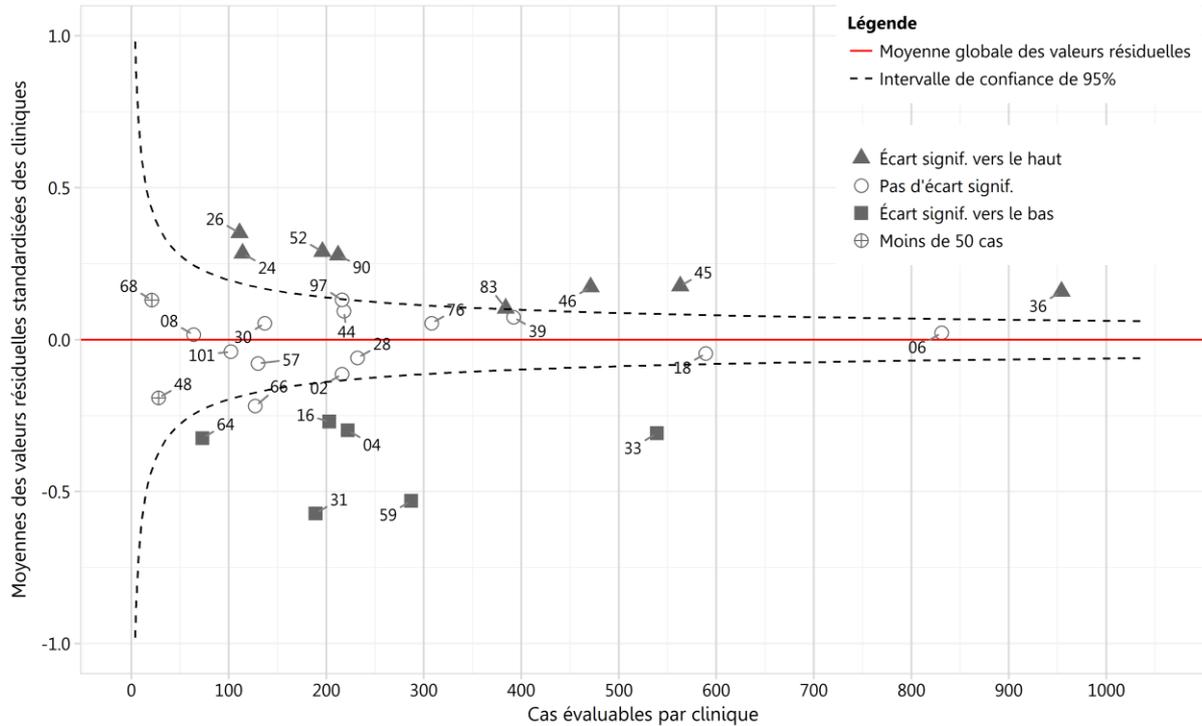
3.1.4. Capacité fonctionnelle dans les actes ordinaires de la vie quotidienne

Présentation descriptive avec FIM® / EBI: les 26 cliniques ayant utilisé le FIM® ont enregistré une amélioration moyenne entre l'admission et la sortie. Cette amélioration n'était cependant pas statistiquement significative dans certaines cliniques, ce qui s'explique surtout par le faible nombre de cas évaluable au sein des cliniques. La moyenne globale du FIM® de toutes les cliniques s'élevait à 80,4 points à l'admission et à 93,0 points à la sortie de réadaptation. L'échelle globale va de 18 points (assistance complète) à 126 points (indépendance complète).

Dans les 3 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 43,1 points à l'admission en réadaptation et à 50,5 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 à l'aide du score ADL: 15 des 29 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). 8 cliniques présentaient un résultat de traitement supérieur aux attentes (triangle gris). 6 cliniques ont obtenu un résultat nettement inférieur à celui attendu sur la base de leur structure de patients (carré gris).

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



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. A 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.

3.2. Réadaptation en médecine interne

3.2.1. Qualité des données

Pour l'année de mesure 2016, 27 cliniques ont transmis les données de 5'029 cas. Suite à une analyse de la **qualité et de l'intégralité** des données, il a été possible de tenir compte des données de 3'529 cas de 26 cliniques pour le rapport comparatif national. Cela correspond à une proportion de 70,2% de tous les cas transmis pour l'année de mesure 2016.

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). Pour 1 des 27 cliniques, les données transmises n'ont pas pu être prises en compte: celle-ci a transmis 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 évaluables.

3.2.2. Description de l'échantillon

L'échantillon analysé comprend 3'529 cas de 26 cliniques. L'âge moyen des patientes et patients est de 69,7 ans; 51,7% sont de sexe féminin et 48,3% de sexe masculin. La durée de traitement moyenne est de 20,6 jours. La valeur moyenne du CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) en tant que mesure de la comorbidité s'élève à 15,5 points. Avec 25,8%, les maladies oncologiques constituent le groupe de diagnostic le plus fréquent dans la réadaptation en médecine interne.

Il convient de noter que les valeurs moyennes des cliniques varient en partie considérablement pour certaines caractéristiques

3.2.3. Objectifs de participation et atteinte des objectifs

Pour 53,8% des patientes et patients traités en médecine interne, l'objectif de participation fixé était de pouvoir vivre à nouveau à domicile avec leur partenaire après le traitement (avec/sans assistance). Pour 39,6%, l'objectif était de pouvoir vivre de manière indépendante à domicile après la réadaptation (avec/sans assistance). Pour 2,1%, l'objectif fixé était un logement assisté en institution, pour 1,6% l'admission dans un établissement de soins. Tous les autres objectifs ont été nettement moins documentés. Les objectifs de participation choisis ont été rarement adaptés au cours de la réadaptation: 95,4% des objectifs principaux ont été conservés. Le taux d'atteinte des objectifs non adaptés et adaptés était de 94,7% resp. 95,0%. Les objectifs de participation et l'atteinte des objectifs sont présentés de manière descriptive et sans ajustement des risques.

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

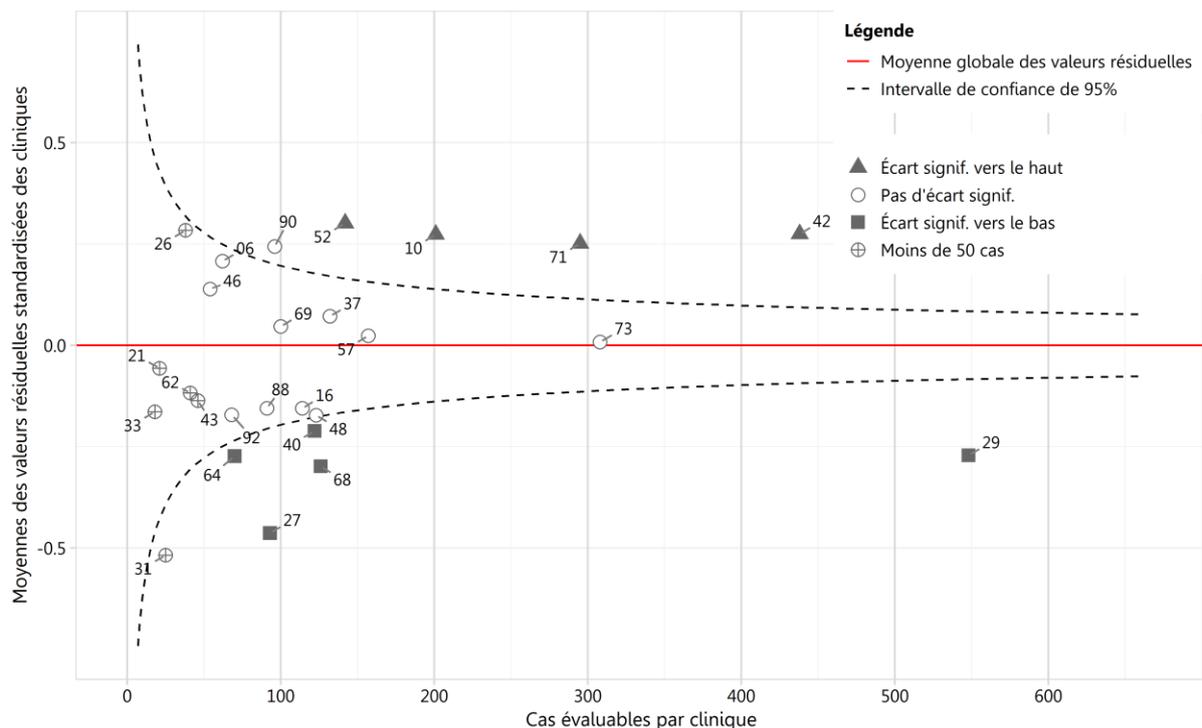
Présentation descriptive avec FIM® / EBI: les 21 cliniques ayant utilisé le FIM® ont enregistré une amélioration moyenne entre l'admission et la sortie. Cette amélioration n'était cependant pas statistiquement significative dans certaines cliniques, ce qui s'explique surtout par le faible nombre de cas évaluables au sein de ces cliniques.

La moyenne globale du FIM® de toutes les cliniques s'élevait à 97,8 points à l'admission et à 107,8 points à la sortie de réadaptation. L'échelle globale va de 18 points (assistance complète) à 126 points (indépendance complète).

Dans les 5 cliniques ayant utilisé l'EBI, la valeur globale a augmenté au cours de la réadaptation, cette hausse était cependant statistiquement significative dans une seule clinique. Dans l'ensemble, la valeur globale de l'EBI s'élevait en moyenne à 52,1 points à l'admission en réadaptation et à 57,2 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: 17 des 26 cliniques ont atteint une qualité des résultats attendue au regard de la structure de patients (cercle vide). Les résultats de 6 cliniques ne sont à ce titre pas pertinents, étant donné que le nombre de cas évaluables est inférieur à 50 (cercle vide avec une croix). 4 cliniques présentaient un résultat de traitement supérieur aux attentes (triangle gris). 5 cliniques ont obtenu un résultat nettement inférieur à celui attendu sur la base de leur structure de patients (carré gris).

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



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 Funnel plot: voir chapitre 3.1.4 „Capacité fonctionnelle dans les actes ordinaires de la vie quotidienne”

3.3. Réadaptation oncologique

3.3.1. Qualité des données

Pour l'année de mesure 2016, 11 cliniques ont transmis les données de 1'123 cas. Suite à une analyse de la **qualité et de l'intégralité** des données, il a été possible de tenir compte des données de 709 cas de 10 cliniques pour le rapport comparatif national. Cela correspond à une proportion de 63,1% de tous les cas transmis pour l'année de mesure 2016.

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). Pour 1 des 11 cliniques, les données transmises n'ont pas pu être prises en compte: celle-ci n'a transmis aucun 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 évaluables.

3.3.2. Description de l'échantillon

L'échantillon analysé comprend 709 cas de 10 cliniques. L'âge moyen des patientes et patients est de 69,6 ans; 55,1% sont de sexe féminin et 44,9% de sexe masculin. La durée de traitement moyenne est de 19,6 jours. La valeur moyenne du CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) en tant que mesure de la comorbidité s'élève à 15,0 points. En réadaptation oncologique, les tumeurs malignes du tractus gastro-intestinal supérieur et du foie (21,0%) et du tractus gastro-intestinal inférieur (20,9%) constituaient le groupe de diagnostic le plus fréquent.

Il convient de noter que les valeurs moyennes des cliniques varient en partie considérablement pour certaines caractéristiques

3.3.3. Objectifs de participation et atteinte des objectifs

Pour 59,5% des patientes et patients oncologiques, l'objectif de participation fixé était de pouvoir vivre à nouveau à domicile avec leur partenaire après le traitement (avec/sans assistance). Pour 33,6%, l'objectif était de pouvoir vivre de manière indépendante à domicile après la réadaptation (avec/sans assistance). Pour 3,2%, l'objectif fixé 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 très rarement adaptés au cours de la réadaptation: 98,6% des objectifs principaux ont été conservés. Le taux d'atteinte des objectifs non adaptés et adaptés était de 94,3% resp. 100%. Les objectifs de participation et l'atteinte des objectifs sont présentés de manière descriptive et sans ajustement des risques.

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

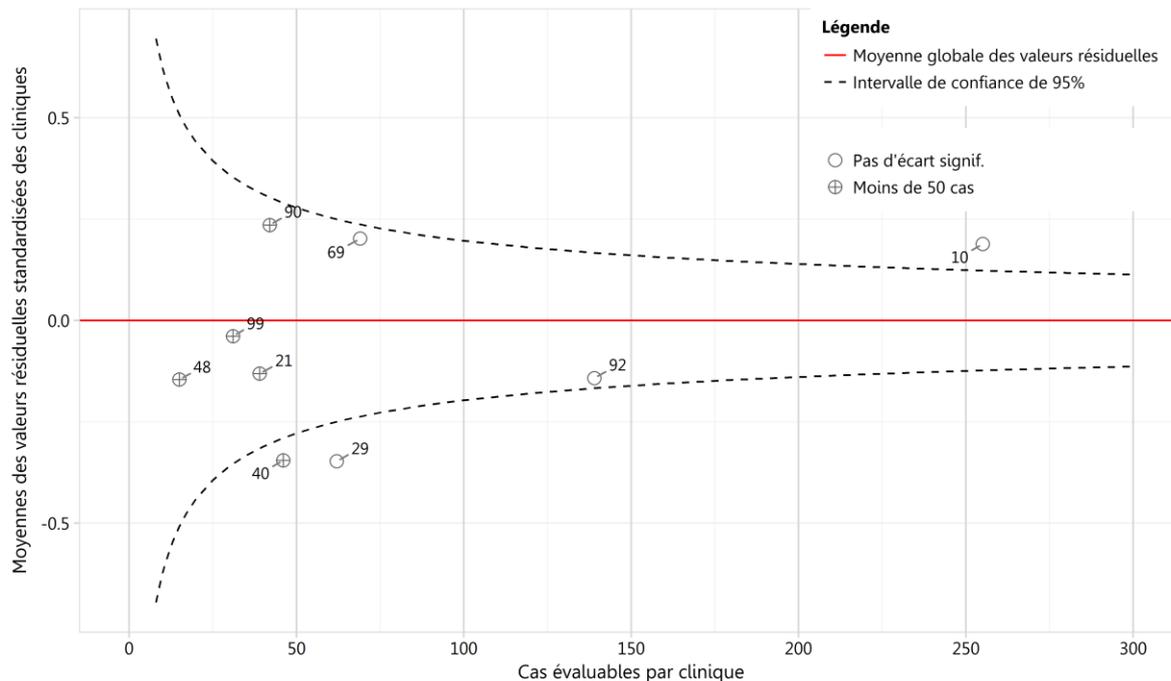
Présentation descriptive avec FIM® / EBI: les 7 cliniques ayant utilisé le FIM® ont enregistré une amélioration moyenne entre l'admission et la sortie.

Cette amélioration n'était cependant pas statistiquement significative dans certaines cliniques, ce qui s'explique surtout par le faible nombre de cas évaluables au sein de ces cliniques. La moyenne globale du FIM® de toutes les cliniques s'élevait à 94,6 points à l'admission et à 106,1 points à la sortie de réadaptation. L'échelle globale va de 18 points (assistance complète) à 126 points (indépendance complète).

Dans les 3 cliniques ayant utilisé l'EBI, la valeur globale a augmenté au cours de la réadaptation, aucune clinique ne présentait cependant une hausse statistiquement significative. Dans l'ensemble, la valeur globale de l'EBI s'élevait en moyenne à 56,4 points à l'admission en réadaptation et à 58,4 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: les 10 cliniques ont atteint une qualité des résultats attendue au regard de la structure de patients (cercle vide). Les résultats de 5 cliniques ne sont à ce titre pas pertinents, étant donné que le nombre de cas évaluables est inférieur à 50 (cercle vide avec une croix). Une clinique a livré moins de 10 cas évaluables et n'est donc pas représentée dans le graphique.

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



Clinique 31 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 Funnel plot: voir chapitre 3.1.4 „Capacité fonctionnelle dans les actes ordinaires de la vie quotidienne”

3.4. Autres cas

3.4.1. Qualité des données

Pour l'année de mesure 2016, 15 cliniques ont transmis les données de 2'888 cas. Suite à une analyse de la **qualité et de l'intégralité** des données, il a été possible de tenir compte des données de 1'861 cas de 11 cliniques pour le rapport comparatif national. Cela correspond à une proportion de 64,4% de tous les cas transmis pour l'année de mesure 2016.

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 évaluables (resp. non évaluables), ce qui signale une bonne qualité des données (resp. optimisable). Pour 4 des 15 cliniques, les données transmises n'ont pas pu être prises en compte: ces 4 cliniques n'ont transmis aucun 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 évaluables.

3.4.2. Description de l'échantillon

L'échantillon analysé comprend 1'861 cas de 11 cliniques. L'âge moyen des patientes et patients est de 71,1 ans; 64,8% sont de sexe féminin et 35,2% de sexe masculin. La durée de traitement moyenne est de 23,4 jours. La valeur moyenne du CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) en tant que mesure de la comorbidité s'élève à 14,3 points. Dans le domaine "Autre réadaptation – Autres cas", les diagnostics proviennent de quasiment tous les chapitres de la CIM-10. Les troubles mentaux et du comportement constituent à ce titre le groupe de diagnostic le plus fréquent.

Il convient de noter que les valeurs moyennes des cliniques varient en partie considérablement pour certaines caractéristiques,

3.4.3. Objectifs de participation et atteinte des objectifs

Pour 43,6% des patientes et patients de la catégorie "Autres cas", l'objectif de participation fixé était de pouvoir vivre de manière indépendante à domicile après la réadaptation (avec/sans assistance). Pour 32,6% des cas, l'objectif était de pouvoir vivre à nouveau à domicile avec leur partenaire après le traitement (avec/sans assistance). Pour 8,1% des cas, l'objectif était le rétablissement de la capacité de participer à la vie publique. Tous les autres objectifs ont été moins documentés. Les objectifs de participation choisis ont été rarement adaptés au cours de la réadaptation: 93,2% des objectifs principaux ont été conservés. Le taux d'atteinte des objectifs non adaptés et adaptés était de 93,4% resp. 94,4%. Les objectifs de participation et l'atteinte des objectifs sont présentés de manière descriptive et sans ajustement des risques.

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

La catégorie "Autres cas" regroupe toutes les données indiquées dans le type "Autre Réadaptation" et qui n'ont pas pu être affectées aux domaines de la réadaptation gériatrique, de la réadaptation en médecine interne ou de la réadaptation oncologique.

En raison de l'hétérogénéité des cas dans cette catégorie ou, en partie, du très faible nombre de cas par clinique, une comparaison des résultats ajustée aux risques via le score ADL n'est pas possible. Dans la catégorie "Autres cas", l'évaluation du FIM®/MIF resp. de l'EBI est donc uniquement réalisée sous forme descriptive.

Présentation descriptive avec FIM® / EBI: les 9 cliniques ayant utilisé le FIM® ont enregistré une amélioration moyenne entre l'admission et la sortie. Cette amélioration n'était cependant pas statistiquement significative dans certaines cliniques, ce qui s'explique surtout par le faible nombre de cas évaluables au sein de ces cliniques. La moyenne globale du FIM® de toutes les cliniques s'élevait à 95,0 points à l'admission et à 105,7 points à la sortie de réadaptation. L'échelle globale va de 18 points (assistance complète) à 126 points (indépendance complète).

Dans les 2 cliniques ayant utilisé l'EBI, la valeur globale a augmenté au cours de la réadaptation, une seule clinique présentait cependant une hausse statistiquement significative. Dans l'ensemble, la valeur globale de l'EBI s'élevait en moyenne à 60,6 points à l'admission en réadaptation et à 61,8 points à la sortie de réadaptation. L'échelle globale va à ce titre de 0 point (assistance complète) à 64 points (indépendance complète).

4. Conclusion

Ce rapport englobe les résultats de 14'228 cas de 47 cliniques du domaine "Autre réadaptation".

Pour l'année de mesure 2016, les résultats de la catégorie **Autre réadaptation** sont présentés pour la première fois de **manière différenciée par domaine de réadaptation**. Les analyses de la qualité des données, de la composition des échantillons et de la qualité des résultats ont été réalisées séparément pour les domaines de la réadaptation gériatrique, de la réadaptation en médecine interne et de la réadaptation oncologique. Tous les autres cas du type "Autre réadaptation" ont été évalués dans la catégorie "Autres cas". Au sein des domaines de la réadaptation gériatrique, de la réadaptation en médecine interne et de la réadaptation oncologique, des comparaisons des résultats ajustées aux risques ont été réalisées pour la première fois par-delà l'ensemble des cliniques. Le score ADL a été utilisé à cet effet, calculé à partir du FIM® et de l'EBI à l'aide d'un algorithme de conversion. La catégorie "Autres cas" a uniquement été évaluée sous forme descriptive.

En raison des analyses des données désormais stratifiées par domaines de réadaptation et de la méthode d'évaluation étendue (comparaisons des résultats ajustées aux risques), les **résultats 2016 ne peuvent pas être comparés avec ceux des années 2015 et 2014**. Outre les résultats dans les indicateurs de résultat, cela s'applique également aux chiffres clés de la qualité des données et aux caractéristiques des échantillons.

Pour l'année calendaire 2016, 35 cliniques ont livré 16'180 cas présentant une **indication de réadaptation gériatrique**. Au total, les données de 8'129 patientes et patients gériatriques de 29 cliniques ont été intégrées aux analyses du présent rapport, ce qui correspond à une proportion de cas évaluables de 50,2%. Pour la **réadaptation en médecine interne**, 5'029 cas de 27 cliniques ont été transmis. Parmi ceux-ci, les données de 3'529 cas de 26 cliniques ont pu être intégrés dans les analyses.

La proposition de cas évaluable s'élevait ainsi à 70,2% pour la réadaptation en médecine interne. Quant à la **réadaptation oncologique**, les données de 1'123 cas de 11 cliniques ont pu être intégrées à l'évaluation, pour les comparaisons des résultats 709 données de 10 cliniques ont pu être prises en compte. La proportion de cas évaluable évoluait à nouveau à un bon niveau (63,1%). Pour la catégorie "**Autres cas**", les données de 2'888 cas de 15 cliniques ont été transmises, dont 1'861 cas de 11 cliniques ont été pris en compte. La proportion de cas évaluable s'élevait à 64,4%. Dans l'ensemble, la base de données dans les trois domaines de la réadaptation gériatrique, de la réadaptation en médecine interne et de la réadaptation oncologique est suffisante pour réaliser des analyses par domaine de réadaptation.

Pour le rapport comparatif national "Autre Réadaptation", il a été possible de tenir compte de la majorité des données de cas transmises. Dans le domaine de la réadaptation gériatrique, il convient d'émettre de grandes réserves quant à l'optimisation de la **qualité des données**. En effet, seule la moitié des données transmises a pu être utilisée pour les analyses. Dans les trois autres domaines, la proportion était d'environ deux tiers. Dans l'ensemble, la qualité des données peut être considérée comme satisfaisante pour la plupart des cliniques, elle se situe en partie à un très bon niveau. La proportion de cas évaluable, par-delà l'ensemble des cliniques, divergeait toutefois fortement dans les quatre groupes analysés et s'élevait, en partie, à moins de 15%. Il reste à savoir si les cas évaluable sont représentatifs de tous les cas d'une clinique. Par ailleurs, de nombreuses cliniques présentaient moins de 50 cas évaluable, ce qui engendre une plus grande incertitude des résultats. D'après les expériences faites à ce jour, il y a lieu de partir du principe que la qualité des données augmentera encore à l'avenir. 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.

La **comparaison de la composition des échantillons** de la réadaptation gériatrique, de la réadaptation en médecine interne et de la réadaptation oncologique met notamment en exergue des différences considérables au niveau de la répartition de l'âge, du sexe, de la durée de séjour, des comorbidités, du traitement préalable et suivi médical, ainsi que du spectre des diagnostics de sortie et confirme ainsi la démarche d'une évaluation séparée.

Le score ADL développé et validé par la Charité sur mandat de l'ANQ, calculé à l'aide d'un algorithme de conversion à partir du FIM® et de l'EBI a été utilisé pour la première fois pour la **comparaison de la qualité des résultats**. Pour la réadaptation gériatrique, 15 des 29 cliniques ont atteint une qualité des résultats attendue sur la base de la structure de patients, 8 cliniques ont pu dépasser les attentes, 6 cliniques ont obtenu une qualité des résultats inférieure aux attentes. Dans la réadaptation en médecine interne, 17 de 26 cliniques présentent une qualité des résultats attendue, 4 cliniques ont dépassé les attentes, 5 cliniques ont atteint une qualité des résultats inférieure aux attentes. Dans la réadaptation oncologique, la qualité des résultats ne présentait aucune différence significative – les 10 cliniques évoluaient dans la fourchette attendue. Pour les Autres cas, les résultats ont uniquement été décrits de manière descriptive.

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 – surtout pour la réadaptation gériatrique –, 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 dans les quatre groupes analysés à 95%. Pour la réadaptation gériatrique, l'objectif de participation choisi a été adapté dans 9,7% des cas au cours du traitement. Pour la réadaptation en médecine interne et oncologique, ainsi que les "Autres cas", le taux d'adaptation de l'objectif est même inférieur pour s'élever à resp. 4,6%, 1,4% et 6,8%. Les analyses supplémentaires liées à la répartition des objectifs alternatifs choisis reposent donc sur un faible nombre de cas et devraient être interprétées avec la précaution nécessaire. Les objectifs de participation choisis au sein des cliniques de réadaptation s'appliquent surtout au logement à domicile. Les objectifs de participation professionnels ont été plus souvent cités dans certaines cliniques. Un constat qui reflète surtout la structure d'âge différente des patientes et patients dans les cliniques. 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 du domaine Autre réadaptation, 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 gériatrique, la réadaptation en médecine interne et la réadaptation oncologique, 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.