
Résumé

Rapports comparatifs nationaux

2020

Plan de mesure national Réadaptation

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

Novembre 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.	Évaluation des résultats des mesures.....	6
4.	Réadaptation gériatrique : mesure 2020.....	7
5.	Réadaptation en médecine interne : mesure 2020.....	8
6.	Réadaptation cardiaque : mesure 2020.....	9
7.	Réadaptation musculo-squelettique : mesure 2020.....	11
8.	Réadaptation neurologique : mesure 2020.....	12
9.	Réadaptation oncologique : mesure 2020.....	13
10.	Réadaptation pulmonaire : mesure de la qualité 2020.....	14

1. A propos de ce résumé

Le résumé des rapports comparatifs nationaux présente les principaux résultats des mesures de la qualité réalisées en 2020 dans les cliniques et unités de réadaptation suisses 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 lectorat intéressé qui souhaite avoir un aperçu du processus de mesure, du relevé, de l'évaluation et des résultats des mesures de la qualité 2020.

Pour des informations détaillées, les versions complètes des rapports comparatifs nationaux sont disponibles sur le portail web de l'ANQ. Ces rapports présentent les principaux résultats de la mesure de la qualité et les caractéristiques de l'échantillon analysé par domaine de réadaptation. Les résultats spécifiques à chaque clinique sont présentés dans l'annexe. Ils offrent ainsi une comparaison complète de la qualité des résultats des cliniques participantes. Un rapport méthodologique est à nouveau disponible sur le portail web 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 l'organisme 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.

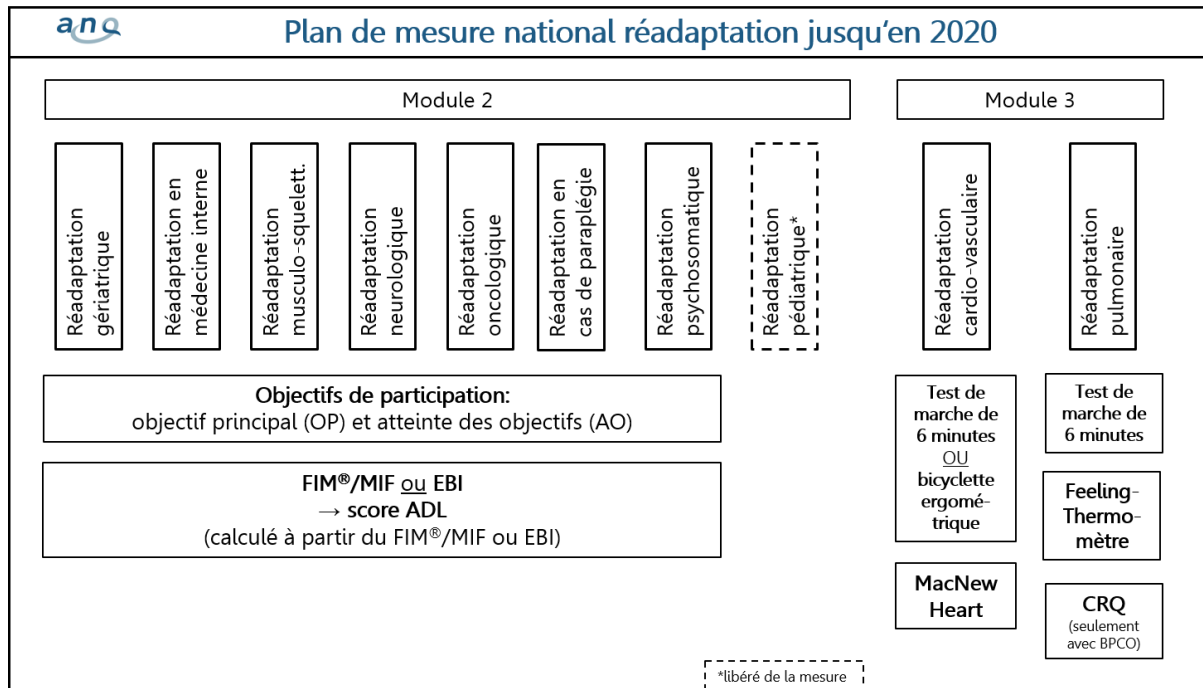
Dans le cadre du plan de mesure national Réadaptation (cf. chapitre 3), les données des patientes et patients sont relevées dans toutes les cliniques et unités de réadaptation suisses. Les cliniques fournissent les données de l'ensemble des patientes et patients âgés de 18 ans révolus traités en milieu stationnaire et ayant quitté l'établissement en 2020.

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 (« très limité ») à 7 (« pas du tout limité ») 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. Évaluation des résultats des mesures

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 2020

Base de données

Au total, 48 cliniques (2019 : 49) ont transmis les données de 21'705 patients ayant achevé leur réadaptation gériatrique en 2020 (2019 : 21'294). Au cours de la première année de la pandémie de Covid-19, aucun changement significatif ne peut être observé quant au nombre de cas transmis. Toutefois, une baisse des taux d'occupation à court terme et des effets de rattrapage ultérieurs ne peuvent être exclus. La proportion de cas évaluables était nettement plus élevée qu'en 2019 et s'élevait à 75,2% (2019 : 69,1%). Au total, 16'317 sets de données (2019 : 14'639) provenant de 47 cliniques (2019 : 47) ont été analysés. L'âge moyen des cas analysés était de 83,0 ans. La proportion de femmes s'élevait à 63,7%. La réadaptation a duré en moyenne 21,5 jours. Par rapport à l'année précédente, il n'y a pas eu de changement significatif pour la plupart des caractéristiques de l'échantillon.

Mesure de la capacité fonctionnelle

En moyenne, toutes les cliniques participantes ont obtenu une amélioration de la capacité fonctionnelle de leurs patientes et patients. La moyenne générale du score ADL, calculé à partir des instruments de mesure FIM®/MIF et EBI, s'élevait à 35,5 points à l'admission en réadaptation (2019 : 35,7) et à 42,7 points à la sortie de réadaptation (2019 : 42,9). Les deux valeurs moyennes globales sont donc légèrement inférieures à celles de l'année précédente.

L'amélioration moyenne de la capacité fonctionnelle au cours de 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 2020 se présente comme suit :

- 15 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.
- 12 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 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 95,2% des patientes et patients (2019 : 95,5%). Les objectifs de participation ont été principalement convenus dans le domaine du logement à domicile. 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 10,4% des cas (2019 : 9,6%) au cours de la réadaptation. Il s'agissait avant tout d'un changement de la forme de logement ou du besoin d'assistance. Dans de nombreux cas et contrairement aux prévisions initiales, l'intégration d'un logement accompagné dans une institution ou une aide extérieure 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 2020

Base de données

Au total, 34 cliniques (2019 : 35) ont transmis les données de 5'583 patientes et patients ayant achevé leur réadaptation en médecine interne en 2020 (2019 : 5'600). Au cours de la première année de la pandémie de Covid-19, aucun changement significatif ne peut donc être observé quant au nombre de cas transmis, bien qu'une baisse des taux d'occupation à court terme et des effets de rattrapage ultérieurs ne puissent être exclus. Avec 77,1%, la proportion de cas analysables est légèrement supérieure à celle de l'année précédente (2019 : 74,4%). Au total, 4'304 sets de données (2019 : 4'168) provenant de 34 cliniques (2019 : 33) ont été évalués. L'âge moyen des cas analysés était de 69,7 ans. La proportion de femmes s'élevait à 48,3%. La réadaptation a duré en moyenne 21,4 jours. Par rapport à l'année précédente, l'échantillon n'a guère changé au niveau des caractéristiques rapportées. Des analyses plus approfondies devraient montrer si la légère hausse des maladies de l'appareil respiratoire avec une réduction simultanée des maladies de l'appareil circulatoire ainsi qu'une proportion légèrement plus élevée d'admissions directes des hôpitaux de soins aigus sont liées à la pandémie de Covid-19.

Mesure de la capacité fonctionnelle

Dans l'ensemble, toutes les cliniques ont obtenu en moyenne des améliorations de la capacité fonctionnelle de leurs patientes et patients. La moyenne générale du score ADL, calculé à partir des instruments de mesure FIM®/MIF et EBI, s'élevait à 44,5 points à l'admission en réadaptation (2019 : 44,1) et à 51,6 points à la sortie de réadaptation (2019 : 50,5). 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. Afin d'évaluer si une clinique a obtenu une amélioration plutôt élevée ou faible de la capacité fonctionnelle par rapport à la population globale de toutes les cliniques, 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 2020 se présente comme suit :

- 11 cliniques ont obtenu une qualité des résultats qui se situe dans la fourchette des résultats statistiquement attendus.
- 7 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 11 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 dans 94,7% des cas (2019 : 94,9%). Les objectifs de participation convenus ont été principalement fixés dans le domaine du logement à domicile. Les autres objectifs de participation du domaine « Logement » (intégration d'un établissement médico-social ou d'une autre institution) ainsi que des domaines « Travail » et « Rétablissement de la capacité de participer à la vie publique » ont été nettement moins documentés. Par rapport à l'année précédente, la répartition des objectifs de participation choisis n'a guère changé.

L'objectif de participation choisi a été adapté dans 4,8% des cas (2019 : 4,7%). 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 2020

Base de données

Au total, 17 cliniques (2019 : 15) ont transmis les données de 6'640 patientes et patients ayant achevé leur réadaptation cardiaque en 2020 (2019 : 7'168). Au cours de la première année de la pandémie de Covid-19, une légère diminution du nombre de cas transmis est donc observée. La proportion de cas évaluables était également plus faible que l'année précédente, à savoir 47,6% (2019 : 52,1%). Au total, 3'163 sets de données (2019 : 3'735) provenant de 17 cliniques (2019 : 15) ont été évalués. L'âge moyen des cas inclus dans l'analyse était de 68,0 ans. La proportion de femmes s'élevait à 30,0%. La durée moyenne de la réadaptation était de 20,7 jours. Par rapport à l'année précédente, l'échantillon n'a guère changé au niveau des caractéristiques rapportées. Les influences éventuelles de la pandémie de Covid-19 sur la composition de l'échantillon ne sont pas clairement identifiables et devraient être analysées en détail.

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 dans le domaine de résultats respectif.

Mesure de la qualité de vie liée à la santé

En 2020, la moyenne globale du MacNew Heart s'élevait à 5,04 points à l'admission en réadaptation (2019 : 5,04) et à 5,94 points à la sortie de réadaptation (2019 : 5,91). Les valeurs moyennes globales sont donc quasiment identiques à celles de l'année précédente.

Dans le cadre de l'analyse ajustée aux risques de l'année de mesure 2020 :

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

Pour 4 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).

Mesure de la capacité fonctionnelle physique

Les 17 cliniques ont utilisé le **test de marche de 6 minutes** en tant que test de performance et 10 cliniques ont utilisé exclusivement le test de marche de 6 minutes pour l'ensemble de leurs patientes et patients. Les 7 autres cliniques ont opté soit pour le test de marche de 6 minutes, soit pour la bicyclette ergométrique, conformément aux directives de l'ANQ. Pour ces 7 cliniques, l'échantillon évalué lors du test de marche de 6 minutes comprend les personnes les plus fortement limitées. Pour les personnes moins limitées, elles ont utilisé la bicyclette ergométrique. Une comparaison des résultats avec les cliniques qui n'ont utilisé que le test de marche de 6 minutes n'est donc guère possible.

Pour le test de marche de 6 minutes, la distance moyenne parcourue est passée de 311 mètres à l'admission en réadaptation (2019 : 315) à 442 mètres à la sortie de réadaptation (2019 : 440). Les deux valeurs moyennes globales se situent donc au même niveau que l'année précédente.

Dans le cadre de l'analyse ajustée aux risques :

- 9 des 17 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.
- 1 clinique présente une qualité des résultats significativement inférieure à la valeur moyenne calculée des autres cliniques sur le plan statistique.

Dans 5 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 81 watts à l'admission en réadaptation (2019 : 86) à 107 watts à la sortie de réadaptation (2019 : 111). Les deux valeurs moyennes générales sont donc légèrement inférieures à celles de l'année précédente.

Dans le cadre de l'analyse ajustée aux risques :

- 1 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.

Dans 4 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).

7. Réadaptation musculo-squelettique : mesure 2020

Base de données

Au total, 67 cliniques (2019 : 70) ont transmis les données de 28'243 patientes et patients ayant achevé leur réadaptation musculo-squelettique en 2020 (2019 : 29'566). Au cours de la première année de la pandémie de Covid-19, une légère diminution du nombre de cas transmis peut donc être observée, bien qu'une réduction des taux d'occupation à court terme et des effets de rattrapage ultérieurs ne puissent être exclus. La proportion de cas évaluables était de 85,2% (2019 : 85,5%). Au total, 24'070 sets de données (2019 : 25'362) provenant de 65 cliniques (2019 : 70) ont été analysés. L'âge moyen des cas analysés était de 71,0 ans. La proportion de femmes s'élevait à 62,7%. La durée moyenne de la réadaptation était de 22,1 jours. Par rapport à l'année précédente, l'échantillon n'a guère changé au niveau des caractéristiques rapportées. Des analyses plus approfondies permettraient de montrer si la légère augmentation des transferts des soins aigus vers la réadaptation ainsi que la réduction simultanée des admissions de personnes vivant à domicile sont liées à la pandémie de Covid-19.

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. La moyenne générale du score ADL, calculé à partir des instruments de mesure FIM®/MIF et EBI, s'élevait à 43,8 points à l'admission en réadaptation (2019 : 44,6) et à 52,4 points à la sortie de réadaptation (2019 : 52,6). La valeur moyenne globale à l'admission est donc légèrement inférieure à celle de l'année précédente, tandis que la valeur moyenne à la sortie n'a pas changé de manière significative.

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 2020 se présente comme suit :

- 23 cliniques ont obtenu une qualité des résultats qui se situe dans la fourchette des résultats statistiquement attendus.
- 20 cliniques présentent une qualité des résultats significativement supérieure aux résultats des autres cliniques sur le plan statistique.
- 18 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 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 97,0% des patientes et patients (2019 : 97,4%). Les objectifs de participation ont été principalement convenus dans le domaine du logement à domicile. 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. 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 3,1% des cas au cours de la réadaptation (2019 : 3,1%). 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 2020

Base de données

Au total, 40 cliniques (2019 : 40) ont transmis les données de 14'017 patientes et patients ayant achevé leur réadaptation neurologique en 2020 (2019 : 14'265). Au cours de la première année de la pandémie de Covid-19, aucun changement significatif ne peut être observé quant au nombre de cas transmis. Toutefois, une baisse des taux d'occupation à court terme et des effets de rattrapage ultérieurs ne peuvent être exclus. La proportion de cas évaluable s'élevait à 83,1% (2019 : 84,1%). Au total, 11'653 sets de données (2019 : 12'002) provenant de 40 cliniques (2019 : 39) ont été analysés. L'âge moyen des cas analysés était de 66,2 ans. La proportion de femmes s'élevait à 44,5%. La réadaptation a duré en moyenne 37,4 jours. Par rapport à l'année précédente, l'échantillon n'a guère changé au niveau des caractéristiques rapportées. La légère hausse des transferts en soins aigus avec moins d'admissions de personnes vivant à domicile et la légère augmentation des maladies cérébrovasculaires pourraient être liées à la pandémie. Toutefois, des analyses plus approfondies sont nécessaires à cette fin.

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. La moyenne générale du score ADL, calculé à partir des instruments de mesure FIM®/MIF et EBI, s'élevait à 34,7 points à l'admission en réadaptation (2019 : 35,2) et à 44,7 points à la sortie de réadaptation (2019 : 44,9). Les deux valeurs moyennes globales sont donc légèrement inférieures 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 2020 se présente comme suit :

- 19 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.
- 8 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 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 95,6% des patientes et patients (2019 : 96,4%). Les objectifs de participation ont été principalement fixés dans le domaine du logement à domicile. 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. Par rapport à l'année précédente, la répartition des objectifs de participation convenus n'a que légèrement changé.

Les objectifs de participation ont été adaptés dans 5,9% des cas (2019 : 5,2%) 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 2020

Base de données

Au total, 14 cliniques (2019 : 15) ont transmis les données de 1'321 patientes et patients ayant achevé leur réadaptation oncologique en 2020 (2019 : 1'416). Le nombre de cas transmis a donc légèrement diminué au cours de la première année de la pandémie de Covid-19, bien qu'une réduction des taux d'occupation à court terme et des effets de rattrapage ultérieurs ne puissent être exclus. La proportion de cas évaluable était de 78,4%, soit plus que l'année précédente (2019 : 70,8%). Au total, 1'036 sets de données (2019 : 1'002) provenant des 14 cliniques (2019 : 15) ont été analysés. L'âge moyen des cas inclus dans l'analyse était de 68,1 ans. La proportion de femmes s'élevait à 52,6%. La durée moyenne de la réadaptation était de 22,1 jours. Par rapport à l'année précédente, l'échantillon n'a guère changé au niveau des caractéristiques rapportées.

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 2020, la moyenne générale du score ADL, calculé à partir des instruments de mesure FIM®/MIF et EBI, s'élevait à 49,2 points à l'admission en réadaptation (2019 : 49,3) et à 54,0 points à la sortie de réadaptation (2019 : 54,6). La valeur moyenne à l'admission n'a donc pratiquement pas changé, la valeur moyenne globale à la sortie étant légèrement inférieure à celle 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 2020 se présente comme suit :

- 2 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 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 2 cliniques les résultats ne sont pas interprétables (<10 cas).

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

En 2020, les objectifs de participation à l'admission en réadaptation ont été principalement fixés dans les domaines « Logement » et « Rétablissement de la capacité de participer à la vie publique ». Par rapport à 2019, l'objectif « Rétablissement de la capacité de participer à la vie publique » a été plus souvent choisi comme objectif principal, tandis que la proportion d'objectifs axés sur le logement a diminué.

L'objectif de participation convenu a été atteint par 96,8% des patientes et patients, soit une augmentation par rapport à l'année précédente (2019 : 93,2%). L'objectif de participation n'a été adapté que dans 0,9% des cas (2019 : 2,3%).

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

10. Réadaptation pulmonaire : mesure de la qualité 2020

Base de données

Au total, 12 cliniques (2019 : 13) ont transmis les données de 4'118 patientes et patients ayant achevé leur réadaptation pulmonaire en 2020 (2019 : 4'220). Au cours de la première année de la pandémie de Covid-19, aucun changement significatif ne peut être observé quant au nombre de cas transmis. Toutefois, une baisse des taux d'occupation à court terme et des effets de rattrapage ultérieurs ne peuvent être exclus. La proportion de cas évaluable était de 54,0% (2019 : 54,1%). Au total, 2'223 sets de données (2019 : 2'282) provenant de 12 cliniques (2019 : 12) ont été analysés. L'âge moyen des cas analysés était de 67,9 ans. La proportion de femmes s'élevait à 44,1%. La réadaptation a duré en moyenne 21,1 jours.

Le Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) a uniquement été utilisés chez les patientes et patients atteints de maladies pulmonaires obstructives chroniques (BPCO). Ce critère s'appliquait à 1'522 cas (2019 : 1'969) pour l'année de mesure 2020. Les cas BPCO transmis représentaient 37% de tous les cas transmis pour la réadaptation pulmonaire (2019 : 46,7%).

Pour la réadaptation pulmonaire, les influences de la pandémie de Covid-19 sur la composition de l'échantillon sont identifiables. Une forte hausse - probablement due aux patientes et patients du Covid-19 - peut en particulier être observée dans le groupe de diagnostic « grippe et pneumopathie ». Cependant, les cas de Covid-19 pourraient également avoir été saisis dans d'autres groupes de diagnostic, car il n'y avait pas de pratique de codage uniforme au début de la pandémie. A cet égard, il n'est pas possible d'estimer précisément la proportion réelle de cas de Covid-19 sur la base des données disponibles. Dans les autres catégories de diagnostic, en particulier dans les trois groupes de diagnostic de la BPCO, le nombre de cas a parfois considérablement diminué par rapport à l'année précédente. Des analyses plus approfondies sont nécessaires pour catégoriser ces résultats.

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, 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 273 mètres à l'admission en réadaptation (2019 : 280) à 366 mètres à la sortie de réadaptation (2019 : 361). La valeur moyenne globale à l'admission en réadaptation est légèrement inférieure à celle de 2019, tandis que la valeur moyenne à la sortie était plus élevée.

Dans le cadre de l'analyse ajustée aux risques de l'année de mesure 2020 :

- 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 aux résultats des autres cliniques sur le plan statistique.
- 1 clinique présente une qualité des résultats significativement inférieure aux résultats attendus.

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

Mesure de l'état de santé général

Sur l'échelle du Feeling-Thermomètre, l'état de santé général s'élevait en moyenne à 49,3 points à l'admission en réadaptation (2019 : 49,6) et à 69,9 points à la sortie de réadaptation (2019 : 69,5). Les deux valeurs moyennes globales se situent à peu près au même niveau que celles de 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.
- 3 cliniques présentent 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 2 cliniques, la pertinence des résultats ajustés aux risques est limitée en raison du faible nombre de cas (10–49 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). La moyenne générale du CRQ était de 3,61 points à l'admission en réadaptation (2019 : 3,71), et de 4,71 points à la sortie (2019 : 4,83). Ces deux valeurs sont légèrement inférieures à celles de l'année précédente. Cela porte à croire qu'au cours de la première année de la pandémie de Covid-19, la réadaptation était plus susceptible d'être entreprise par les patientes et patients atteints de BPCO dont la qualité de vie liée à la santé était plus limitée. Là encore, une analyse plus approfondie est nécessaire pour confirmer cette hypothèse.

Dans le cadre de l'analyse ajustée aux risques :

- 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 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.

Dans 6 cliniques, la pertinence des résultats ajustés aux risques est limitée (10–49 cas) ou ne peut pas être interprétée en raison du faible nombre de cas (<10 cas).