



*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 pulmonaire

## Module 3b

---

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 pulmonaire** 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 pulmonaire 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<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 décembre 2017.

### 2.2. Thèmes et instruments de mesure

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

Le **test de marche de 6 minutes** permet de relever la capacité fonctionnelle physique à l'admission et à la sortie de réadaptation. Grâce au **Feeling-Thermomètre**, la patiente ou le patient évalue à l'admission et à la sortie de réadaptation son état de santé général au cours des trois derniers jours. Pour les patients atteints d'une maladie pulmonaire chronique obstructive (BPCO), le **Chronic Respiratory Questionnaire** (CRQ) est utilisé en sus. Cet instrument d'autoévaluation relève la qualité de vie liée à la santé à l'admission et à la sortie de réadaptation.

Par ailleurs, des données supplémentaires sont relevées afin de pouvoir procéder à l'ajustement des risques : l'ampleur de la **comorbidité**<sup>1</sup> 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).

---

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

### 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 des indicateurs de résultat test de marche de 6 minutes, Feeling-Thermomètre et Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) à l'admission et à la sortie.

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. La comparaison des résultats ajustée aux risques en réadaptation pulmonaire englobe trois paramètres de résultat qui font office d'indicateurs de succès centraux : le test de marche de 6 minutes, le Feeling-Thermomètre et, pour les patients souffrant d'une BPCO, le Chronic Respiratory Questionnaire. A l'aide d'une régression linéaire multiple, une valeur de sortie attendue (valeur attendue) par paramètre 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, valeurs d'admission test de marche de 6 minutes / Feeling-Thermomètre / Chronic Respiratory Questionnaire). 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.

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. chapitre 3 « Résultats »).

## 3. Résultats

---

### 3.1. Qualité des données

Pour l'année de mesure 2017, 13 cliniques ont transmis les données de 4'111 cas. Suite à une analyse de la **qualité et de l'intégralité** des données, il a été possible de tenir compte des données de 2'318 cas des 13 cliniques pour le rapport comparatif national (2016 : 1'999 cas de 9 cliniques). Cela correspond à une proportion de 56,4% de tous les cas transmis pour l'année de mesure 2017, un résultat légèrement supérieur à celui de l'année précédente (2016 :55,4%).

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 les cas pris en compte, les indicateurs de résultat test de marche de 6 minutes, Feeling-Thermomètre et, le cas échéant, Chronic Respiratory Questionnaire, la comorbidité et toutes les caractéristiques conformes aux données minimales de l'OFS sont évaluable.

### 3.2. Description de l'échantillon

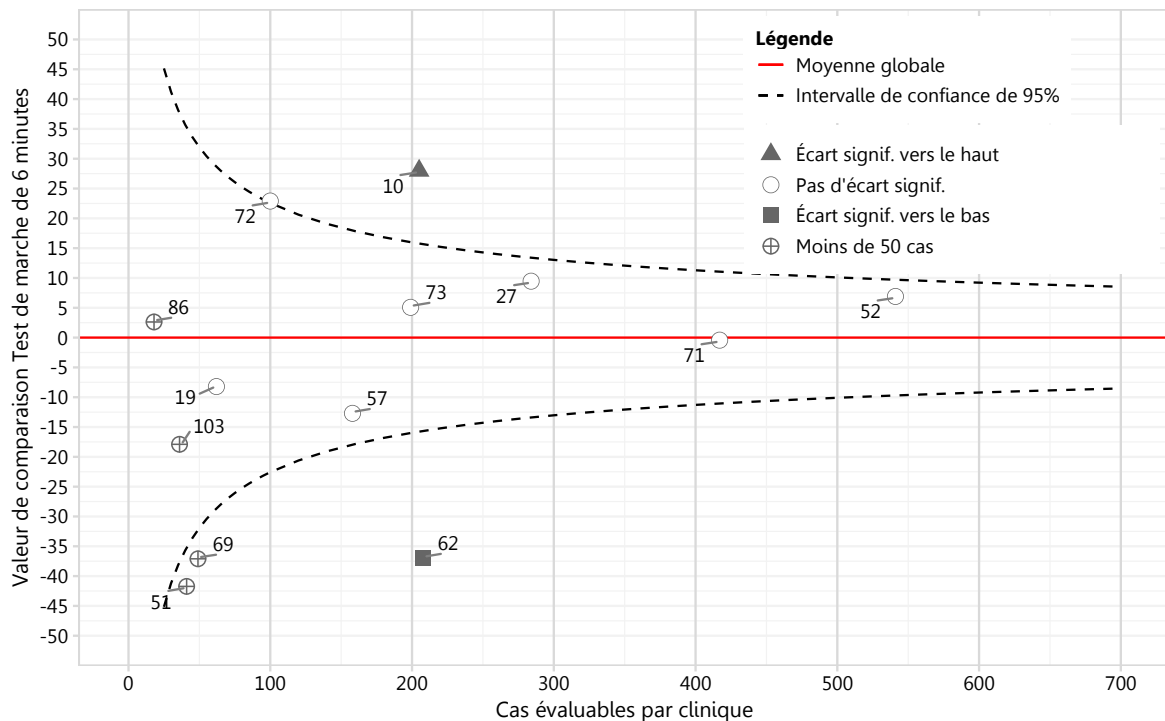
L'**échantillon analysé** comprend 2'318 cas de 13 cliniques. L'âge moyen des patients est de 68,5 ans; 49,1% sont de sexe féminin. La durée de traitement moyenne est de 19,8 jours. La valeur moyenne du CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) en tant que mesure de la comorbidité s'élève à 15,5 points. 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. Capacité fonctionnelle physique : test de marche de 6 minutes

**Présentation descriptive** : toutes les cliniques ayant utilisé le test de marche de 6 minutes ont enregistré une amélioration moyenne entre l'admission et la sortie. La moyenne globale du test de marche de 6 minutes de toutes les cliniques s'élevait à 261 mètres à l'admission en réadaptation et à 349 mètres à la sortie de réadaptation.

**Présentation ajustée aux risques (cf. Figure 1)** : 11 des 13 cliniques ont atteint une qualité des résultats attendue après prise en compte de la structure de patients (cercle vide). La pertinence des résultats de 4 cliniques est à ce titre limitée, étant donné que le nombre de cas évaluables est inférieur à 50 (cercle barré d'une croix). 1 clinique présentait un résultat nettement supérieur aux attentes (triangle gris). 1 clinique a obtenu une qualité des résultats nettement inférieure à ce qui aurait pu être attendu sur la base de sa structure de patients (carré gris).

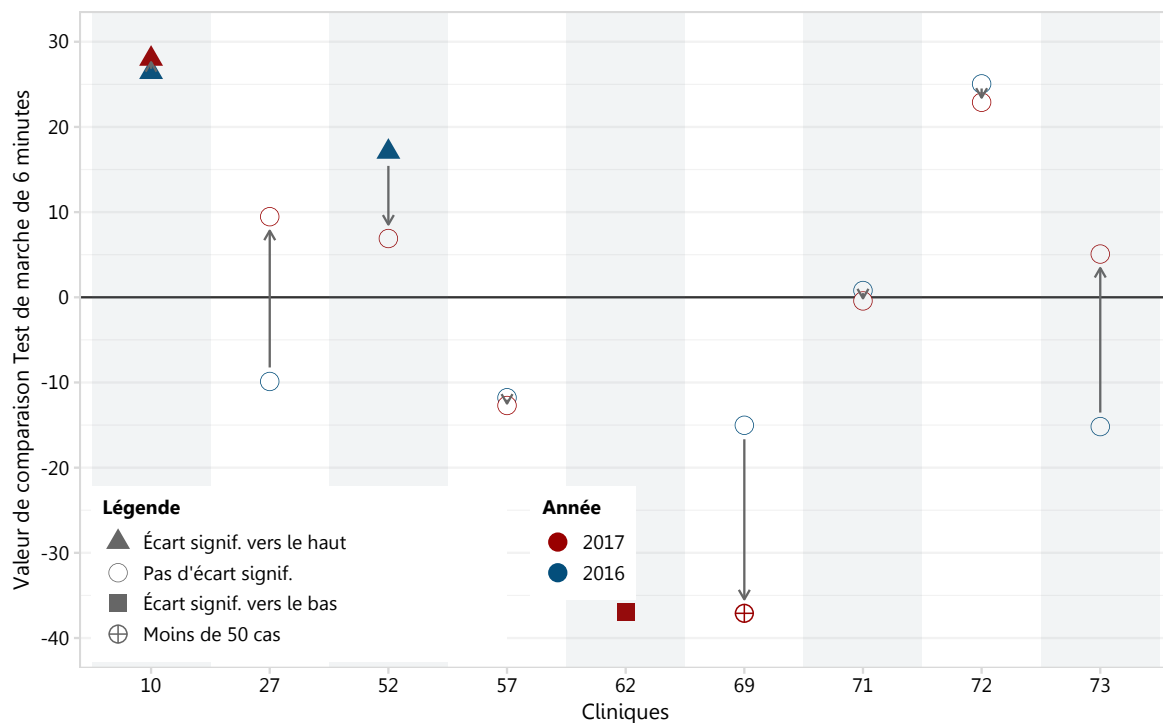
Figure 1 : Graphique en entonnoir : valeur comparative test de marche de 6 minutes en fonction des cas évaluables par clinique en 2017



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 – 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 test de marche de 6 minutes par clinique – comparaison des années 2016/2017

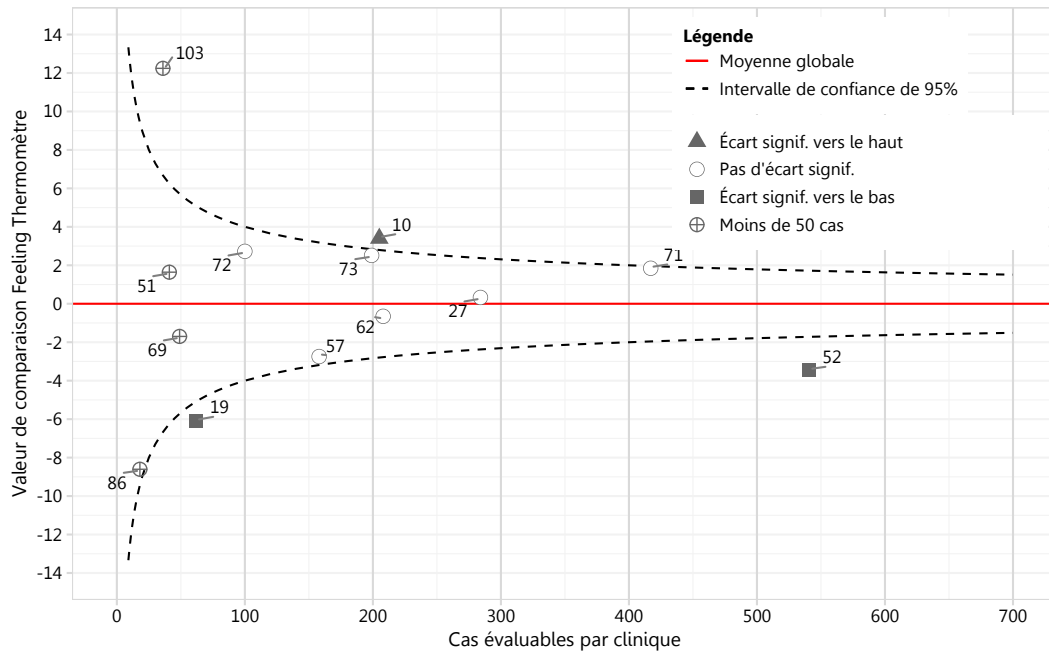


### 3.4. Etat de santé général : Feeling-Thermomètre

**Présentation descriptive :** les 13 cliniques ayant utilisé le Feeling-Thermomètre ont enregistré une amélioration moyenne de l'état de santé général entre l'admission et la sortie. La moyenne globale du Feeling-Thermomètre de toutes les cliniques s'élevait à 50,5 points à l'admission en réadaptation et à 69,5 points à la sortie de réadaptation. L'échelle globale va de 0 („pire état de santé imaginable”) à 100 („meilleur état de santé imaginable”).

**Présentation ajustée aux risques (cf. Figure 3) :** 10 des 13 cliniques ont atteint une qualité des résultats attendue au regard de la structure de patients (cercle vide). La pertinence des résultats de 4 cliniques est à ce titre limitée, étant donné que le nombre de cas évaluables est inférieur à 50 (cercle barré d'une croix). 1 clinique présentait un résultat nettement supérieur aux attentes (triangle gris). 2 cliniques ont obtenu une qualité des résultats nettement inférieure à ce qui aurait pu être attendu sur la base de leur structure de patients (carré gris).

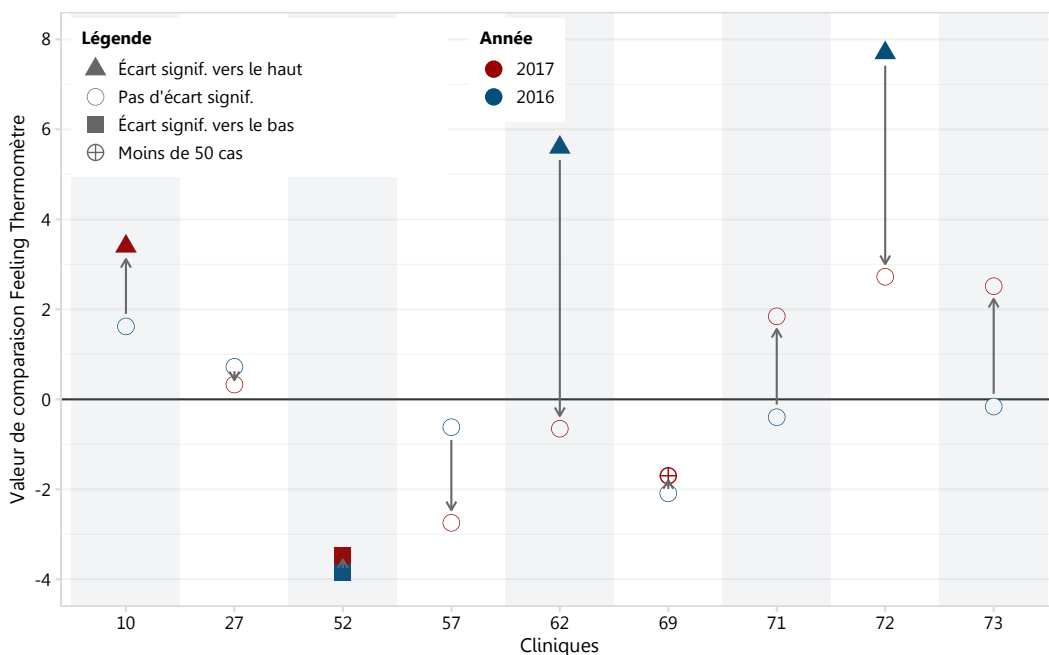
Figure 3 : Graphique en entonnoir : valeur comparative Feeling-Thermomètre en fonction des cas évaluables par clinique en 2017



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 – comparaison 2016-2017 (cf. Figure 4) :** vous trouverez les explications relatives à la présentation au chapitre 3.3 Capacité fonctionnelle physique : test de marche de 6 minutes.

Figure 4 : Dumbbell plot :valeur comparative Feeling-Thermomètre par clinique – comparaison des années 2016/2017



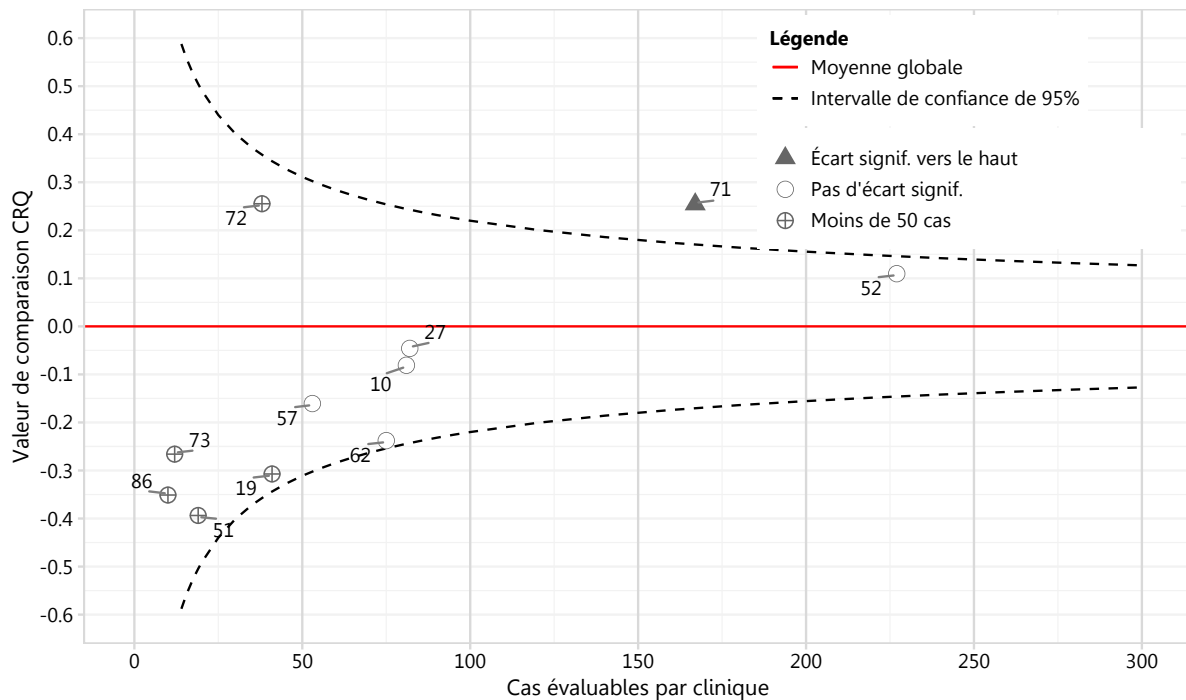
### 3.5. Qualité de vie liée à la santé : Chronic Respiratory Questionnaire

Le Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) est uniquement utilisé pour les patients souffrant d'une BPCO, ce qui explique le petit nombre de cas par rapport aux autres indicateurs de résultat.

**Présentation description :** toutes les cliniques présentent une amélioration de la qualité de vie liée à la santé entre l'admission et la sortie de réadaptation. La moyenne globale de toutes les cliniques s'élevait à 3,7 points à l'admission en réadaptation et à 4,8 points à la sortie de réadaptation. L'échelle va de 1 („limitation maximale“) à 7 („aucune limitation“).

**Présentation ajustée aux risques (cf. Figure 5) :** 10 des 12 cliniques ont atteint une qualité des résultats attendue au regard de leur structure de patients (cercle vide). La pertinence des résultats de cinq cliniques est à ce titre limitée, étant donné que le nombre de cas évaluables est inférieur à 50 (cercle vide barré d'une croix). 1 clinique présentait un résultat nettement supérieur aux attentes (triangle gris). Une autre clinique ne figure pas dans le graphique en entonnoir, étant donné que son nombre de cas évaluables est inférieur à 10.

Figure 5 : Graphique en entonnoir : valeur comparative CRQ en fonction des cas évaluables par clinique en 2017

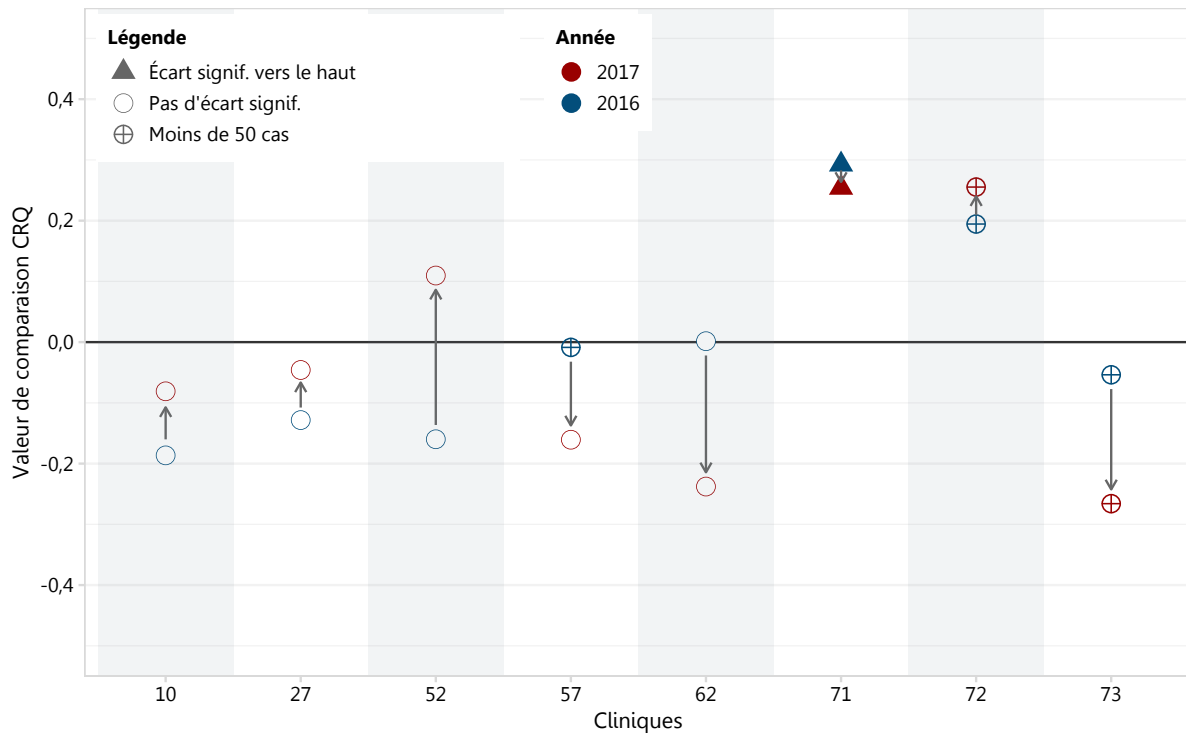


Clinique 69 n'est pas présentée en raison de leur faible nombre de cas disponibles (N<10).

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 – comparaison 2016-2017 (cf. Figure 6) :** vous trouverez les explications relatives à la présentation au chapitre 3.3 Capacité fonctionnelle physique : test de marche de 6 minutes.

Figure 6 : Dumbbell plot : valeur comparative CRQ par clinique – comparaison des années 2016/2017



#### 4. Remarques finales

La qualité des données a enregistré une légère hausse. Dans l'ensemble, elle peut être qualifiée de satisfaisante à bonne. Que les cliniques aient obtenu des résultats moyens, supérieurs ou inférieurs à la moyenne pour les trois indicateurs de résultat ne semble pas dépendre du nombre de cas évalués par clinique.

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 cardiaque 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.