
Résumé

Rapports comparatifs nationaux 2021

Plan de mesure national Réadaptation

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

Janvier 2023

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 2021	4
3.1.	Mesure de la qualité des résultats : procédure et instruments	4
3.2.	Évaluation des résultats des mesures.....	6
4.	Réadaptation gériatrique : mesure 2021.....	7
5.	Réadaptation en médecine interne : mesure 2021.....	8
6.	Réadaptation cardiaque : mesure 2021.....	9
7.	Réadaptation musculo-squelettique : mesure 2021	11
8.	Réadaptation neurologique : mesure 2021	12
9.	Réadaptation oncologique : mesure 2021	13
10.	Réadaptation paraplégiologique : mesure 2021	14
11.	Réadaptation psychosomatique	15
12.	Réadaptation pulmonaire : mesure 2021.....	17

1. A propos de ce résumé

Le résumé des rapports comparatifs nationaux présente les principaux résultats des mesures de la qualité réalisées en 2021 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 2021.

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+, les associations faîtières des assureurs santésuisse et curafutura, les assurances sociales fédérales (assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité), tous les cantons et la Principauté du Liechtenstein. 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 qualité national de l'ANQ, auquel tous les hôpitaux et cliniques suisses, ainsi que tous les assureurs et cantons, ont adhéré à ce jour. Le contrat qualité national de l'ANQ 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 2021.

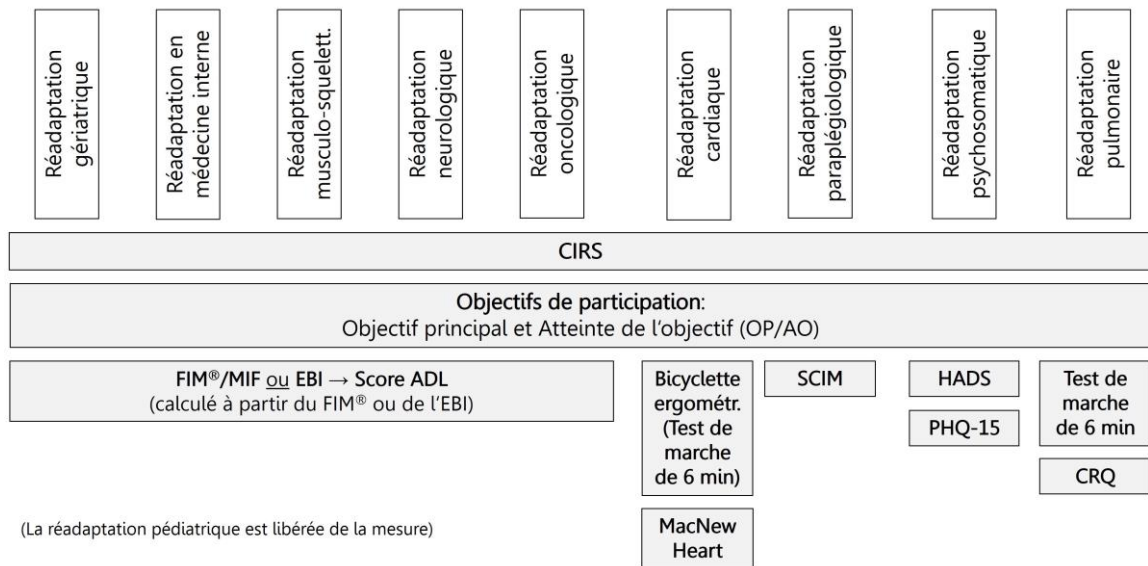
Mandat de l'Institut de sociologie médicale et des sciences de la réadaptation de la Charité

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 2021

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.

Plan de mesure national Réadaptation 2021 – Relevé des données par domaine de réadaptation



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, les patientes et patients choisissent ensemble avec le personnel soignant le principal objectif de participation qu'ils souhaitent atteindre jusqu'à la fin du séjour de réadaptation. Il existe 10 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. L'objectif de participation et son atteinte sont relevés dans tous les domaines de réadaptation.

Mesure de limitations physiques et psychiques supplémentaires

La Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) sert à relever et à évaluer les maladies concomitantes à la maladie de base (comorbidités). L'échelle est remplie par le personnel au début de la réadaptation. Les diagnostics sont répartis entre 14 systèmes d'organes et le personnel attribue jusqu'à 4 points en fonction du degré de gravité. Le score global s'élève à 56 points au maximum en cas de limitation sévère. L'échelle CIRS est utilisée dans tous les domaines de 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 au cours du quotidien clinique (évaluation par des tiers) et se présentent sous forme d'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 s'élève au maximum à 60 points en cas de capacité fonctionnelle optimale. Le score ADL sert uniquement à comparer la qualité des résultats et ne remplace pas les instruments FIM®/MIF et EBI. Les deux instruments sont utilisés dans la réadaptation gériatrique, la réadaptation en médecine interne, la réadaptation musculo-squelettique, neurologique et oncologique.

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 6 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. Le test de marche de 6 minutes est réalisé dans le cadre de la réadaptation pulmonaire et cardiaque. En réadaptation cardiaque, il ne s'applique toutefois qu'aux patientes et patients pour lesquels la bicyclette ergométrique est trop contraignante.

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 médicale d'urgence est garantie. Le nombre maximal de watts atteint est évalué à titre d'indicateur de résultat. La bicyclette ergométrique est utilisée dans le cadre de la réadaptation cardiaque. Les patientes et patients moins résistants réalisent le test de marche de 6 minutes.

Mesure de la qualité de vie liée à la santé 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 et s'élève à 7 points en cas de qualité de vie liée à la santé optimale. La mesure est réalisée dans le cadre de la réadaptation cardiaque.

Mesure de la capacité fonctionnelle à l'aide du SCIM

Le Spinal Cord Independence Measure (SCIM) relève la capacité fonctionnelle chez les patientes et patients atteints d'une paralysie médullaire/lésion de la moelle épinière. Le score SCIM se base sur les observations du personnel soignant dans le quotidien clinique (évaluation par des tiers) et comprend 19 items dans les domaines des soins personnels, de la respiration, du contrôle sphinctérien et de la mobilité. Les patientes et patients peuvent obtenir 100 points au maximum (capacité fonctionnelle maximale) sur l'ensemble des items. La mesure est réalisée dans le cadre de la réadaptation paraplégologique.

Mesure de l'anxiété et de la dépression à l'aide de la HADS

L'échelle Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) est un questionnaire de 14 items que les patientes et patients remplissent eux-mêmes. L'échelle relève et distingue l'anxiété et la dépression chez les personnes souffrant de maladies physiques ou d'éventuels troubles physiques d'origine psychique. L'échelle d'anxiété HADS et l'échelle de dépression HADS totalisent ensemble jusqu'à 21 points maximum (symptomatologie la plus sévère). Les échelles HADS sont utilisées dans le cadre de la réadaptation psychosomatique.

Mesure des troubles anxieux à l'aide du PHQ-15

Le Patient Health Questionnaire (PHQ-15) est un questionnaire d'autoévaluation rempli par les patientes et patients. Il mesure, à l'aide de 15 items, la gêne occasionnée par des symptômes somatiques tels que les douleurs, les vertiges ou la fatigue. Les personnes présentant la symptomatologie la plus sévère obtiennent 28 points. Le questionnaire PHQ-15 est utilisé dans le cadre de la réadaptation psychosomatique.

Mesure de la qualité de vie liée à la santé à l'aide du CRQ

Le questionnaire patient Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) est rempli par les patientes et patients pulmonaires et mesure leur qualité de vie liée à la santé. Le CRQ est composé de 20 questions, allant chacune 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 de chaque domaine est calculée, puis la moyenne des valeurs moyennes des divers domaines permet de calculer le score global final. Celui-ci s'élève à maximum 7 points en cas de qualité de vie liée à la santé optimale. Le CRQ est utilisé dans le cadre de la réadaptation pulmonaire.

Dans tous les domaines de réadaptation, les **données minimales selon l'Office fédéral de la statistique (OFS)** sont en outre collectées pour l'ensemble des patientes et patients.

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 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 à la fois de manière descriptive et ajustée aux risques. Dans la mesure du possible, les rapports comparatifs nationaux et le résumé présentent également les valeurs de l'année précédente. Etant donné que l'échantillon change chaque année, les comparaisons avec l'année précédente doivent être interprétées avec la précaution nécessaire.

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 des domaines spécifiques. Etant donné que les mesures ne couvrent que des aspects choisis, il n'est pas possible de tirer des conclusions générales sur la qualité 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 2021

Base de données

Au total, 51 cliniques (2020 : 48) ont transmis les données de 24'195 patientes et patients ayant achevé leur réadaptation gériatrique en 2021 (2020 : 21'705). 92,5% des sets de données étaient intégralement documentés (2020 : 90,7%). La proportion de cas évaluables s'élevait à 78,2% (2020 : 75,2%). En raison de la meilleure qualité des données et de la hausse du nombre de cas, l'échantillon évalué était nettement plus grand qu'en 2020 : au total, 18'929 sets de données (2020 : 16'317) provenant de 50 cliniques (2020 : 47) ont été évalués. L'âge moyen des cas analysés était de 83,1 ans. La proportion de femmes s'élevait à 63,7%. La réadaptation a duré en moyenne 21,4 jours. Le score global moyen de la CIRS s'élevait à 18,1 (2020 : 17,9). Par rapport aux années précédentes, il n'y a pas eu de changement notable pour la plupart des caractéristiques de l'échantillon évalué.

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 globale du score ADL, calculé à partir des instruments de mesure FIM®/MIF et EBI, s'élevait à 35,6 points à l'admission en réadaptation (2020 : 35,5) et à 43,0 points à la sortie de réadaptation (2020 : 42,7). La valeur moyenne globale était donc comparable à celle de l'année précédente à l'admission en réadaptation et légèrement supérieure à la sortie de réadaptation.

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.

L'analyse ajustée aux risques du score ADL se présente comme suit :

- pour 18 cliniques, la qualité des résultats se situe dans la fourchette des résultats statistiquement attendus.
- pour 14 cliniques, la qualité des résultats est significativement supérieure aux résultats des autres cliniques sur le plan statistique.
- pour 14 cliniques, la qualité des résultats est 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 convenu a été atteint dans 95,0% des cas (2019 : 95,2%). Les objectifs de participation concernaient principalement le logement à domicile. Parmi les personnes vivant seules, 90% souhaitent faire appel à une assistance externe à domicile, contre 85,0% des personnes vivant en couple. Par rapport à l'année précédente, la répartition des objectifs de participation convenus n'a guère changé.

Les objectifs de participation ont été adaptés dans 9,1% des cas (2020 : 10,4%) 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'admission dans un logement accompagné dans une institution ou une assistance externe pour le logement à domicile se sont avérées nécessaires.

5. Réadaptation en médecine interne : mesure 2021

Base de données

Au total, 39 cliniques (2020 : 34) ont transmis les données de 5'991 patientes et patients ayant achevé leur réadaptation en médecine interne en 2021 (2020 : 5'583). 94,3% des sets de données étaient intégralement documentés (2020 : 95,5%). La proportion de cas évaluables s'élevait à 77% (2020 : 77,1%). En raison de la légère hausse du nombre de cas, l'échantillon évalué était sensiblement plus grand qu'en 2020 : au total, 4'613 sets de données (2020 : 4'304) provenant de 38 cliniques (2020 : 34) ont été évalués. L'âge moyen des cas analysés était de 70,0 ans. La proportion de femmes s'élevait à 50,5%. La réadaptation a duré en moyenne 21,4 jours. Le score global moyen de la CIRS s'élevait à 18,1 (2020 : 17,5). Par rapport aux années précédentes, l'échantillon évalué n'a guère changé au niveau des caractéristiques rapportées.

Mesure de la capacité fonctionnelle

Dans l'ensemble, toutes les cliniques ont obtenu en moyenne 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 43,9 points à l'admission en réadaptation (2020 : 44,5) et à 51,2 points à la sortie de réadaptation (2020 : 51,6). Les deux valeurs moyennes globales étaient 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 à l'admission et à la sortie divergeait 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.

L'analyse ajustée aux risques du score ADL se présente comme suit :

- pour 16 cliniques, la qualité des résultats se situe dans la fourchette des résultats statistiquement attendus.
- pour 6 cliniques, la qualité des résultats est significativement supérieure aux résultats des autres cliniques sur le plan statistique.
- pour 5 cliniques, la qualité des résultats est 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 en raison du faible nombre de cas (10–49 cas) ou ne peut pas être interprétée (<10 cas).

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

L'objectif de participation convenu a été atteint dans 93,5% des cas (2020 : 94,8%). Les objectifs de participation concernaient principalement le logement à domicile. Parmi les personnes vivant en couple, 60,0% souhaitaient faire appel à une assistance externe à domicile, contre 69,0% pour les personnes vivant seules. Les autres objectifs de participation du domaine « Logement » (admission dans un établissement médico-social ou 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 4,7% des cas (2020 : 4,8%). 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 admission dans un établissement-médico-social ou d'un autre logement accompagné dans une institution).

6. Réadaptation cardiaque : mesure 2021

Base de données

Au total, 18 cliniques (2020 : 17) ont transmis les données de 7'157 patientes et patients ayant achevé leur réadaptation cardiaque en 2021 (2020 : 6'640). 89,4% des sets de données étaient intégralement documentés. Pour la première fois cette année, l'échantillon évalué a été déterminé spécifiquement en fonction des différents instruments (cf. description de chaque instrument). En raison de cette adaptation, aucune comparaison avec l'année précédente n'est possible.

Les résultats

En moyenne, toutes les cliniques ont obtenu une amélioration 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. Afin d'évaluer si une clinique a obtenu une amélioration comparativement élevée ou faible, des analyses ajustées aux risques ont été réalisées pour le MacNew Heart, le test de marche de 6 minutes et la bicyclette ergométrique.

Mesure de la qualité de vie liée à la santé

L'échantillon évalué du MacNew Heart comprend les données de 3'908 patientes et patients. L'âge moyen était de 67,4 ans et la proportion de femmes s'élevait à 27,9%. La réadaptation a duré en moyenne 20,3 jours. Le score global moyen de la CIRS était de 18,0.

La moyenne globale du MacNew Heart s'élevait à 5,03 points à l'admission en réadaptation et à 5,95 points à la sortie de réadaptation.

L'analyse ajustée aux risques du MacNew Heart se présente comme suit :

- pour 10 cliniques, la qualité des résultats se situe dans la fourchette des résultats statistiquement attendus.
- pour 1 clinique, la qualité des résultats est significativement supérieure aux résultats attendus sur le plan statistique.
- pour 3 cliniques, la qualité des résultats est significativement inférieure aux résultats attendus sur le plan statistique.

Pour 4 cliniques, la pertinence des résultats ajustés aux risques est limitée en raison du faible nombre de cas (10–49 cas) ou ne peut pas être interprétée (<10 cas).

Mesure de la capacité fonctionnelle physique

L'échantillon évalué du test de marche de 6 minutes et de la bicyclette ergométrique comprend les données de 5'120 patientes et patients. L'âge moyen était de 67,8 ans et la proportion de femmes s'élevait à 30,0%. La réadaptation a duré en moyenne 20,5 jours. Le score global moyen de la CIRS était de 18,3.

Toutes les 18 cliniques ont utilisé le test de marche de 6 minutes en tant que test de performance. 11 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 dans le cadre du test de marche de 6 minutes comprend les personnes les plus fortement limitées. Les personnes moins limitées ont utilisé la bicyclette ergométrique. Une comparaison des résultats avec les cliniques ayant uniquement utilisé 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 287 mètres à l'admission en réadaptation, à 414 mètres à la sortie de réadaptation.

L'analyse ajustée aux risques du test de marche de 6 minutes se présente comme suit :

- pour 6 des 18 cliniques, la qualité des résultats se situe dans la fourchette des résultats statistiquement attendus.
- pour 2 des 18 cliniques, la qualité des résultats est significativement supérieure à la valeur moyenne calculée des autres cliniques sur le plan statistique.
- pour 6 des 18 cliniques, la qualité des résultats est 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 en raison du faible nombre de cas (10–49 cas) ou ne peut pas être interprétée (<10 cas).

Pour la **bicyclette ergométrique**, qui a été utilisée par 7 des 18 cliniques pour mesurer la capacité fonctionnelle physique, le nombre moyen de watts atteint est passé de 82 watts à l'admission en réadaptation à 107 watts à la sortie de réadaptation.

L'analyse ajustée aux risques de la bicyclette ergométrique se présente comme suit :

- pour 1 des 7 cliniques, la qualité des résultats se situe dans la fourchette des résultats statistiquement attendus.
- pour 2 des 7 cliniques, la qualité des résultats est significativement supérieure à la valeur moyenne calculée des autres cliniques sur le plan statistique.
- Pour 3 des 7 cliniques, la qualité des résultats des résultats est significativement inférieure à la valeur moyenne calculée des autres cliniques sur le plan statistique.

Dans 1 clinique, la pertinence des résultats ajustés aux risques ne peut pas être interprétée en raison du faible nombre de cas (<10 cas).

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

En réadaptation cardiaque, la documentation de l'objectif de participation et de son atteinte fait partie du plan de mesure depuis début 2021. Elle est donc évaluée pour la première fois.

L'échantillon évalué comprend les données de 5'900 patientes et patients. L'âge moyen était de 67,9 ans. La proportion de femmes s'élevait à 30,3%. La réadaptation a duré en moyenne 20,6 jours. Le score global moyen de la CIRS était de 18,2.

L'objectif de participation convenu a été atteint dans 98,4% des cas. Les objectifs de participation concernaient principalement le logement à domicile. Chez les personnes vivant en couple, environ un tiers souhaitait faire appel à une assistance externe à domicile, quant aux personnes vivant seules, cela s'appliquait à 4 patientes et patients sur 10. D'autres objectifs de participation du domaine « Logement » ainsi que des objectifs des domaines « Travail » et « Rétablissement de la capacité de participer à la vie publique » ont été nettement moins souvent documentés. Les objectifs de participation convenus variaient en partie considérablement entre les cliniques.

Une adaptation des objectifs au cours de la réadaptation a eu lieu dans 2,4% des cas. Les objectifs du domaine « Logement » ont été le plus souvent modifiés – dans l'ensemble, ces objectifs sont toutefois aussi les objectifs de participation les plus fréquents.

7. Réadaptation musculo-squelettique : mesure 2021

Base de données

Au total, 66 cliniques (2020 : 67) ont transmis les données de 29'319 patientes et patients ayant achevé leur réadaptation musculo-squelettique en 2021 (2020 : 28'243). 97,2% des sets de données étaient intégralement documentés (2020 : 93,5%). La proportion de cas évaluables était de 85,6% (2020 : 85,2%). En raison de la légère hausse du nombre de cas, l'échantillon évalué était sensiblement plus grand qu'en 2020 : au total, 25'092 sets de données (2020 : 24'070) provenant de 65 cliniques (2020 : 65) ont été évalués. L'âge moyen des cas analysés était de 70,2 ans. La proportion de femmes s'élevait à 62,4%. La durée moyenne de la réadaptation était de 22 jours. La valeur moyenne globale de la CIRS s'élevait à 13,4 (2020 : 13,3). Par rapport aux années précédentes, 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 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 43,7 points à l'admission en réadaptation (2020 : 43,8) et à 52,3 points à la sortie de réadaptation (2020 : 52,4). Les deux valeurs moyennes globales sont donc comparables 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.

L'analyse ajustée aux risques du score ADL se présente comme suit :

- pour 29 cliniques, la qualité des résultats se situe dans la fourchette des résultats statistiquement attendus.
- pour 14 cliniques, la qualité des résultats est significativement supérieure aux résultats des autres cliniques sur le plan statistique.
- pour 16 cliniques, la qualité des résultats est significativement inférieure à la valeur moyenne calculée des autres cliniques sur le plan statistique.

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

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

L'objectif de participation convenu a été atteint dans 96,9% des cas (2020 : 97%). Les objectifs de participation concernaient principalement le logement à domicile. 60,0% des personnes vivant en couple souhaitent faire appel à une assistance externe à domicile, contre 65,0% des personnes vivant seules. Dans certaines cliniques avec des patientes et patients en moyenne plus jeunes, les objectifs de participation liés au travail étaient plus fréquents. 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 3,0% des cas au cours de la réadaptation (2020 : 3,1%). Lorsque les objectifs ont été adaptés, l'admission dans un établissement médico-social ou un autre logement accompagné dans une institution a été souvent convenu. Les objectifs adaptés impliquent souvent un degré d'assistance plus élevé que l'objectif initialement convenu.

8. Réadaptation neurologique : mesure 2021

Base de données

Au total, 38 cliniques (2020 : 40) ont transmis les données de 14'757 patientes et patients ayant achevé leur réadaptation neurologique en 2021 (2020 : 14'017). 94,2% des sets de données étaient intégralement documentés (2020 : 95,3%). La proportion de cas évaluables s'élevait à 83% (2020 : 83,1%). En raison de la légère hausse du nombre de cas, l'échantillon évalué était sensiblement plus grand qu'en 2020 : au total, 12'254 sets de données (2020 : 11'653) provenant de 37 cliniques (2020 : 40) ont été évalués. L'âge moyen des cas analysés était de 66,1 ans. La proportion de femmes s'élevait à 44,5%. La réadaptation a duré en moyenne 36,9 jours. Le score global moyen de la CIRS s'élevait à 15,1 (2020 : 15,7). Par rapport aux années précédentes, 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 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 34,3 points à l'admission en réadaptation (2020 : 34,7) et à 44,2 points à la sortie de réadaptation (2020 : 44,7). 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.

L'analyse ajustée aux risques du score ADL se présente comme suit :

- pour 18 cliniques, la qualité des résultats se situe dans la fourchette des résultats statistiquement attendus.
- pour 7 cliniques, la qualité des résultats est significativement supérieure aux résultats des autres cliniques sur le plan statistique.
- pour 8 cliniques, la qualité des résultats est 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 convenu a été atteint par 95,7% des patientes et patients (2020 : 95,7%). Les objectifs de participation concernaient principalement le logement à domicile. Environ 70,0% des personnes vivant seules et en couple souhaitaient faire appel à une assistance externe à domicile. 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 6,2% des cas (2020 : 5,9%) au cours de la réadaptation. Lorsque les objectifs ont été adaptés, l'admission dans un établissement médico-social ou un autre logement accompagné dans une institution a souvent été convenue. Les objectifs adaptés impliquent souvent un degré d'assistance plus élevé que l'objectif initialement convenu.

9. Réadaptation oncologique : mesure 2021

Base de données

Au total, 15 cliniques (2020 : 14) ont transmis les données de 1'245 patientes et patients ayant achevé leur réadaptation oncologique en 2021 (2020 : 1'321). 98,9% des sets de données étaient intégralement documentés (2020 : 96,3%). La proportion de cas évaluables était de 83,8% (2020 : 78,4%). En raison d'une meilleure qualité des données, l'échantillon évalué était légèrement plus grand qu'en 2020 : au total, 1'043 sets de données (2020 : 1'036) provenant des 15 cliniques (2020 : 14) ont été évalués. L'âge moyen des cas analysés était de 67,4 ans. La proportion de femmes s'élevait à 57,5%. La durée moyenne de la réadaptation était de 20,8 jours. Le score global moyen de la CIRS s'élevait à 16,8 (2020 : 16,6). Par rapport aux années précédentes, 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 une amélioration 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 47,5 points à l'admission en réadaptation (2020 : 49,2) et à 53,5 points à la sortie de réadaptation (2020 : 54,0). Les deux valeurs moyennes globales étaient ainsi inférieures à celles de l'année 2020.

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.

L'analyse ajustée aux risques du score ADL se présente comme suit :

- pour 3 cliniques, la qualité des résultats se situe dans la fourchette des résultats statistiquement attendus.
- pour 1 clinique, la qualité des résultats est significativement supérieure aux résultats des autres cliniques sur le plan statistique.
- pour 1 clinique, la qualité des résultats est 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 3 cliniques les résultats ne pouvaient pas être interprétés (<10 cas).

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

L'objectif de participation convenu à l'admission en réadaptation a été atteint dans 93,1% des cas (2020 : 96,8%). Les objectifs de participation concernaient principalement le logement à domicile. Parmi les personnes vivant en couple, un bon tiers souhaitait faire appel à une assistance externe à domicile, contre 56,0% pour les personnes vivant seules. Par rapport à 2020, l'objectif « Rétablissement de la capacité de participer à la vie publique » a été nettement moins documenté.

L'objectif de participation a été adapté dans 2,9% des cas (2020 : 1,1%).

10. Réadaptation paraplégiologique : mesure 2021

Base de données

Au total, 4 cliniques ont transmis les données de 975 patientes et patients ayant achevé leur réadaptation paraplégiologique en 2021. 99,6% des sets de données étaient intégralement documentés. La qualité des données des cliniques est très bonne : la proportion de données évaluables s'élevait à 94,1%. Au total, l'échantillon évalué comprend les sets de données de 917 patientes et patients des 4 cliniques. L'âge moyen était de 55,7 ans et la proportion de femmes s'élevait à 34,7%. La durée de la réadaptation était en moyenne de 77,5 jours. Le score global moyen de la CIRS était de 20,9.

Les mesures de la qualité réalisées en réadaptation paraplégiologique sont obligatoires depuis l'année de mesure 2021. Etant donné qu'il s'agit de la première publication des résultats, aucune comparaison avec l'année précédente n'est possible.

Mesure de la capacité fonctionnelle

Dans l'ensemble, toutes les cliniques participantes ont obtenu en moyenne une amélioration de la capacité fonctionnelle de leurs patientes et patients. L'ampleur des améliorations moyennes durant 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 de la capacité fonctionnelle de ses patientes et patients, une analyse ajustée aux risques de la qualité des résultats du SCIM a été effectuée.

Les patientes et patients paraplégiologiques ont obtenu en moyenne un score SCIM de 35,6 points à l'admission en réadaptation et de 44,1 points à la sortie de réadaptation.

L'analyse ajustée aux risques du SCIM se présente comme suit :

- pour 3 cliniques, la qualité des résultats se situe dans la fourchette des résultats statistiquement attendus.
- pour 1 clinique, la qualité des résultats est significativement inférieure à la valeur moyenne calculée des autres cliniques sur le plan statistique.

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

L'objectif de participation convenu à l'admission en réadaptation a été atteint dans 96,7% des cas. Les objectifs de participation concernaient presque exclusivement le domaine du « Logement ». 52,9% des patientes et patients ont défini comme objectif l'admission dans un établissement médico-social. 28,1% souhaitaient pouvoir vivre à nouveau à domicile avec leur partenaire au terme de la réadaptation et 12,2% avaient pour but de vivre de manière indépendante à domicile. Parmi les personnes vivant seules et en couple, 70,0% souhaitaient faire appel à une assistance externe à domicile. Tous les autres objectifs ont été nettement moins documentés au début de la réadaptation.

Les objectifs de participation ont été adaptés dans 51,5% des cas. Les objectifs modifiés concernaient les trois domaines de participation Vie socioculturelle, Logement et Travail.

11. Réadaptation psychosomatique

Base de données

Au total, 14 cliniques ont transmis les données de 3'033 patientes et patients ayant achevé leur réadaptation psychosomatique en 2021. 87,2% des sets de données étaient intégralement documentés. Les comparaisons de la qualité des résultats sont réalisées sur la base de trois échantillons évalués spécifiquement en fonction des instruments. Ceux-ci sont décrits ci-après pour chaque instrument

Les mesures de la qualité réalisées en réadaptation psychosomatique sont obligatoires depuis l'année de mesure 2021. Etant donné qu'il s'agit de la première publication des résultats, aucune comparaison avec l'année précédente n'est possible.

Les résultats

En moyenne, toutes les cliniques ont obtenu une amélioration de l'importance des symptômes chez leurs patientes et patients. L'ampleur des améliorations moyennes durant 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 de la capacité fonctionnelle de ses patientes et patients, des analyses ajustées aux risques ont été effectuées pour l'échelle d'anxiété HADS, l'échelle de dépression HADS et le PHQ-15.

Mesure de l'anxiété et de la dépression

L'échantillon évalué de l'échelle d'anxiété HADS et de l'échelle de dépression HADS comprend les données de 1'965 patientes et patients de 13 cliniques. L'âge moyen était de 50,4 ans et la proportion de femmes s'élevait à 65,5%. La réadaptation a duré en moyenne 29,3 jours. Le score global moyen de la CIRS était de 8,3.

Sur **l'échelle d'anxiété HADS**, le score global était en moyenne de 10,9 points à l'admission en réadaptation et de 7,8 points à la sortie de réadaptation.

L'analyse ajustée aux risques de l'échelle d'anxiété HADS se présente comme suit :

- pour 11 cliniques, la qualité des résultats se situe dans la fourchette des résultats statistiquement attendus.

Pour 2 cliniques, la pertinence des résultats ajustés aux risques est limitée en raison du faible nombre de cas (10–49 cas) ou ne peut pas être interprétée (<10 cas).

Sur **l'échelle de dépression HADS**, le score global était en moyenne de 10,6 points à l'admission en réadaptation et de 6,9 points à la sortie de réadaptation.

L'analyse ajustée aux risques de l'échelle de dépression HADS se présente comme suit :

- pour 11 cliniques, la qualité des résultats se situe dans la fourchette des résultats statistiquement attendus.

Pour 2 cliniques, la pertinence des résultats ajustés aux risques est limitée en raison du faible nombre de cas (10–49 cas) ou ne peut pas être interprétée (<10 cas).

Mesure des symptômes somatiques

L'échantillon évalué du PHQ-15 comprend les données de 1'961 patientes et patients de 12 cliniques. L'âge moyen était de 50,4 ans et la proportion de femmes s'élevait à 65,7%. La réadaptation a duré en moyenne 29,3 jours. Le score global moyen de la CIRS était de 8,2.

Pour le PHQ-15, la valeur moyenne globale était de 11,9 points à l'admission en réadaptation et de 8,9 points à la sortie de réadaptation.

L'analyse ajustée aux risques du PHQ-15 se présente comme suit :

- 9 cliniques présentent la qualité des résultats statistiquement attendue sur la base de leur propre structure de patients.
- pour 1 clinique, la qualité des résultats est statistiquement inférieure aux valeurs attendues.

Pour 2 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'échantillon évalué comprend les données de 2'417 patientes et patients de 13 cliniques. L'âge moyen était de 50,4 ans et la proportion de femmes s'élevait à 65,7%. La réadaptation a duré en moyenne 29,8 jours. Le score global moyen de la CIRS était de 8,2.

L'objectif de participation convenu avec les patientes et patients à l'admission en réadaptation a été atteint dans 93,0% des cas. Les objectifs concernaient les trois domaines de participation : les objectifs des domaines « Vie socioculturelle » et « Logement » étaient à ce titre les plus fréquents, à raison d'environ 40,0% chacun, tandis que les objectifs du domaine « Travail » représentaient environ 15,0%. Les proportions des objectifs choisis variaient fortement entre les cliniques.

Les objectifs de participation ont été adaptés dans 3,3% des cas. Les objectifs les plus souvent modifiés sont ceux du domaine « Travail » et « Vivre à domicile avec le partenaire ».

12. Réadaptation pulmonaire : mesure 2021

Base de données

Au total, 13 cliniques (2020 : 12) ont transmis les données de 5'569 patientes et patients ayant achevé leur réadaptation pulmonaire en 2021 (2020 : 4'118). 81,4% des sets de données étaient intégralement documentés. La proportion relativement élevée de cas incomplètement documentés est probablement liée à l'adaptation complète du plan de mesure de la réadaptation pulmonaire. A cela s'ajoute une modification de la détermination de l'échantillon, qui s'effectue pour la première fois de manière spécifique aux différents instruments (cf. description de chaque instrument). En raison de ces adaptations, aucune comparaison avec l'année précédente n'est possible.

Les résultats

En moyenne, toutes les cliniques ont obtenu une amélioration de la qualité de vie liée à la santé et de la capacité fonctionnelle physique de leurs patientes et patients. L'ampleur des améliorations moyennes durant 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, des analyses ajustées aux risques ont été effectuées pour le questionnaire patient CRQ et le test de marche de 6 minutes.

Mesure de la qualité de vie liée à la santé

L'échantillon évalué du CRQ comprend les données de 2'581 patientes et patients. L'âge moyen était de 66 ans et la proportion de femmes s'élevait à 40,4%. La réadaptation a duré en moyenne 21,1 jours. Le score global moyen de la CIRS était de 15.

La moyenne générale du CRQ était de 3,95 points à l'admission en réadaptation et de 5,06 points à la sortie de réadaptation.

L'analyse ajustée aux risques du CRQ se présente comme suit :

- pour 7 cliniques, la qualité des résultats se situe dans la fourchette des résultats statistiquement attendus.
- pour 2 cliniques, la qualité des résultats est significativement supérieure à la valeur moyenne calculée des autres cliniques sur le plan statistique.
- pour 2 cliniques, la qualité des résultats est significativement inférieure à la valeur moyenne calculée des autres cliniques sur le plan statistique.

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

Mesure de la capacité fonctionnelle physique

L'échantillon évalué du test de marche de 6 minutes comprend les données de 3'687 patientes et patients. L'âge moyen était de 66,2 ans et la proportion de femmes s'élevait à 41,8%. La réadaptation a duré en moyenne 21,2 jours. Le score global moyen de la CIRS était de 15,1.

Pour le test de marche de 6 minutes, la distance moyenne parcourue est passée de 259 mètres à l'admission en réadaptation à 367 mètres à la sortie de réadaptation.

L'analyse ajustée aux risques du test de marche de 6 minutes se présente comme suit :

- pour 8 cliniques, la qualité des résultats se situe dans la fourchette des résultats statistiquement attendus.
- pour 3 cliniques, la qualité des résultats est significativement supérieure aux résultats des autres cliniques sur le plan statistique.
- pour 1 clinique, la qualité des résultats est 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).



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

En réadaptation pulmonaire, la documentation de l'objectif de participation et de son atteinte fait partie du plan de mesure depuis début 2021, raison pour laquelle elle est évaluée pour la première fois.

L'échantillon évalué comprend les données de 4'086 patientes et patients. L'âge moyen était de 66,4 ans. La proportion de femmes s'élevait à 42,0%. La réadaptation a duré en moyenne 21,2 jours. Le score global moyen de la CIRS était de 15,1.

L'objectif de participation convenu a été atteint dans 98,1% des cas. Les objectifs de participation concernaient principalement le logement à domicile. Parmi les personnes vivant en couple, 4 sur 10 souhaitaient faire appel à une assistance externe à domicile. Chez les personnes vivant seules, il s'agissait de la moitié. Les autres objectifs de participation des domaines « Logement », « Travail » et « Rétablissement de la capacité de participer à la vie publique » ont été nettement moins souvent documentés. Les objectifs de participation varient toutefois fortement entre les cliniques.

Une adaptation des objectifs au cours de la réadaptation a eu lieu dans 3,5% des cas. Les objectifs du domaine « Logement » ont été le plus souvent modifiés - ces objectifs sont toutefois aussi les objectifs de participation les plus fréquents.