
Résumé

Rapports comparatifs nationaux 2022

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 2024

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 2022	4
3.1.	Mesure de la qualité des résultats : procédure et instruments	4
3.2.	Évaluation des résultats des mesures.....	5
4.	Réadaptation gériatrique : mesure 2022.....	7
5.	Réadaptation en médecine interne : mesure 2022.....	8
6.	Réadaptation cardiaque : mesure 2022.....	9
7.	Réadaptation musculo-squelettique : mesure 2022	11
8.	Réadaptation neurologique : mesure 2022	12
9.	Réadaptation oncologique : mesure 2022	13
10.	Réadaptation paraplégiologique : mesure 2022	14
11.	Réadaptation psychosomatique : mesure 2022.....	15
12.	Réadaptation pulmonaire : mesure 2022.....	17



1. A propos de ce résumé

Le résumé des rapports comparatifs nationaux présente les principaux résultats des mesures de la qualité réalisées en 2022 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 2022.

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 2022.

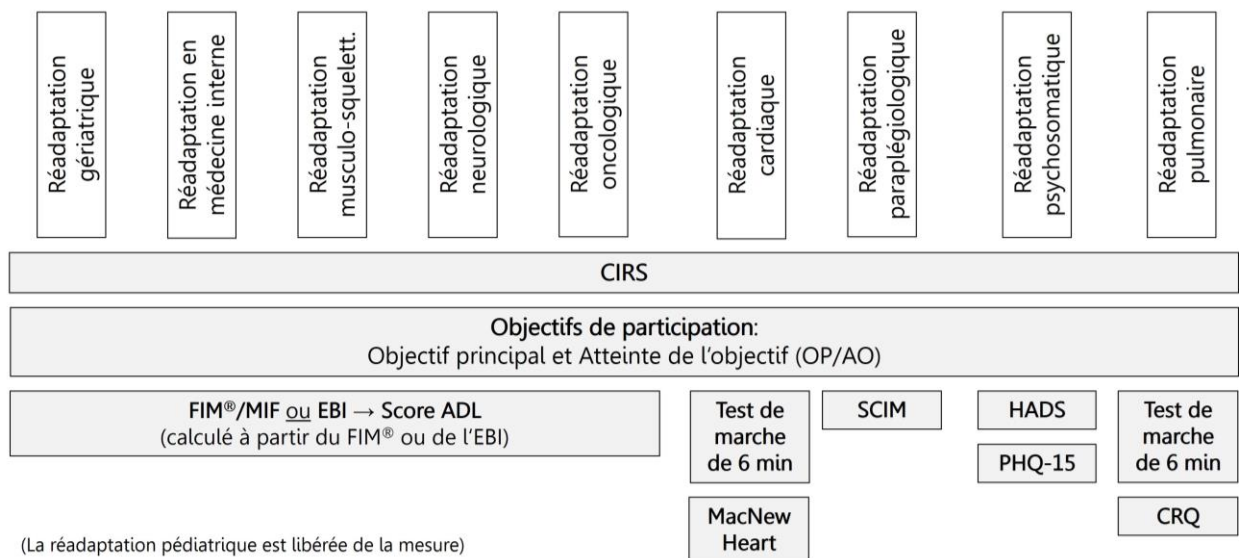
Mandat de l'Institut de sociologie médicale et des sciences de la réadaptation de la Charité

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 2022

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 2022 – 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.

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 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 paraplégié 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 paraplégiologique.

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.

→ [Information sur l'interprétation des résultats des mesures de l'ANQ \(PDF\)](#)

4. Réadaptation gériatrique : mesure 2022

Base de données

Au total, 54 cliniques (2021 : 51) ont transmis les données de 24'815 patientes et patients ayant achevé leur réadaptation gériatrique en 2022 (2021 : 24'195). Le nombre de cas avait déjà légèrement augmenté entre 2020 et 2021 et est à nouveau un peu plus élevé en 2022 que les années précédentes. 92,7% des sets de données étaient intégralement documentés (2021 : 92,5%). La proportion de cas évaluables s'élevait à 78,5% (2021 : 78,2%). En raison de la meilleure qualité des données et de la hausse du nombre de cas, l'échantillon évalué était plus grand qu'en 2021 : au total, 19'475 sets de données (2021 : 18'929) provenant de 54 cliniques (2021 : 50) ont été évalués. L'âge moyen des cas analysés était de 83,7 ans (2021 : 83,1). La proportion de femmes s'élevait à 63,9% (2021 : 63,7). La réadaptation a duré en moyenne 21,9 jours (2021 : 21,4). Avec 18,1, le score global moyen de la CIRS était identique à celui de l'année 2021. 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 35,2 points à l'admission en réadaptation (2021 : 35,6) et à 42,8 points à la sortie de réadaptation (2021 : 43,0). Les valeurs moyennes globales à l'admission et à la sortie sont donc restées au même niveau que 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.

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

- pour 26 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 10 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 94,4% des cas (2021 : 94,9%). Les objectifs de participation concernaient principalement le logement à domicile. 90,0% des patientes et patients ayant choisi un tel objectif souhaitaient faire appel à une assistance externe à domicile. L'objectif de participation « Rétablissement de la capacité de participer à la vie publique » a été documenté dans quelques rares cas. Par rapport à l'année précédente, la répartition des objectifs de participation convenus n'a guère changé. Les objectifs de participation fixés varient parfois considérablement entre les cliniques.

Les objectifs de participation ont été adaptés dans 9,5% des cas (2021 : 9,1%) 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 2022

Base de données

Au total, 41 cliniques (2021 : 39) ont transmis les données de 5'960 patientes et patients ayant achevé leur réadaptation en médecine interne en 2022 (2021 : 5'991). 98,0% des sets de données étaient intégralement documentés (2021 : 94,3%). La proportion de cas évaluables s'élevait à 79,2% (2021 : 77,0%). En raison de la légère hausse du nombre de cas, l'échantillon évalué était sensiblement plus grand qu'en 2021 : au total, 4'721 sets de données (2021 : 4'613) provenant de 41 cliniques (2021 : 38) ont été évalués. L'âge moyen des cas analysés était de 69,3 ans (2021 : 70,0). La proportion de femmes s'élevait à 52,2% (2021 : 50,5%). La réadaptation a duré en moyenne 22,2 jours (2021 : 21,4). A l'image de 2021, le score global moyen de la CIRS s'élevait à 18,1. 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 44,0 points à l'admission en réadaptation (2021 : 43,9) et à 51,5 points à la sortie de réadaptation (2021 : 51,2). Les deux valeurs moyennes globales sont ainsi 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 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 18 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 12 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

Comme l'année précédente, l'objectif de participation convenu a été atteint dans 93,5% des cas. Les objectifs de participation concernaient principalement le logement à domicile. Parmi les personnes vivant en couple qui avaient choisi un tel objectif, près de 60,0% souhaitaient faire appel à une assistance externe à domicile, contre un bon deux tiers 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. Certaines cliniques présentent toutefois une répartition du choix des objectifs de participation qui diverge de celle de l'échantillon global.

L'objectif de participation choisi a été adapté dans 5,8% des cas. Ce taux est légèrement supérieur à celui de l'année précédente (2021 : 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 impliquent en général un changement du besoin d'assistance ou de la forme de logement (à domicile vs admission dans un établissement-médico-social ou un autre logement accompagné dans une institution).

6. Réadaptation cardiaque : mesure 2022

Base de données

Au total, 19 cliniques (2021 : 18) ont transmis les données de 7'616 patientes et patients ayant achevé leur réadaptation cardiaque en 2022 (2021 : 7'157). Une augmentation du nombre de cas peut donc être observée. 95,1% des sets de données étaient intégralement documentés (2021 : 89,4%). L'échantillon évalué a été déterminé spécifiquement en fonction des différents instruments (cf. description de chaque instrument).

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 et le test de marche de 6 minutes.

Mesure de la qualité de vie liée à la santé

L'échantillon évalué du MacNew Heart comprend les données de 4'315 patientes et patients (2021 : 3'908) de 19 cliniques (2021 : 18). L'âge moyen était de 68,2 ans (2021 : 67,4) et la proportion de femmes s'élevait à 28,9% (2021 : 27,9%). La réadaptation a duré en moyenne 20,8 jours (2021 : 20,3). Le score global moyen de la CIRS était de 18,6 (2021 : 18,0).

La moyenne globale du MacNew Heart s'élevait à 4,99 points à l'admission en réadaptation (2021 : 5,03) et à 5,92 points à la sortie de réadaptation (2021 : 5,95). Les résultats sont ainsi comparables à ceux de l'année précédente.

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

- pour 11 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 4 cliniques, la qualité des résultats est significativement inférieure aux résultats attendus sur le plan statistique.

Pour 3 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 5'524 patientes et patients (2021 : 5'120) de 19 cliniques (2021 : 18). L'âge moyen était de 68,4 ans (2021 : 67,8) et la proportion de femmes s'élevait à 29,2% (2021 : 30,0%). La réadaptation a duré en moyenne 20,7 jours (2021 : 20,5). Le score global moyen de la CIRS était de 18,7 (2021 : 18,3).

Jusqu'à l'année de mesure 2022, les cliniques pouvaient, conformément aux directives de l'ANQ, utiliser la bicyclette ergométrique en plus du test de marche de 6 minutes. Les patientes et patients moins atteints dans leur santé effectuaient alors le test de performance au moyen de la bicyclette ergométrique. En 2022, la bicyclette ergométrique a été abandonnée. Etant donné que les patientes et patients moins atteints dans leur santé ont également réalisé le test de marche de 6 minutes, le nombre de cas et les distances moyennes parcourues ont augmenté par rapport aux années précédentes.

Pour le test de marche de 6 minutes, la distance moyenne parcourue est passée de 313 mètres à l'admission en réadaptation (2021 : 287) à 440 mètres à la sortie de réadaptation (2021 : 414). Tant la valeur à l'admission que la valeur à la sortie se situaient donc à un niveau plus élevé qu'en 2021. Les distances moyennes parcourues sont plus élevées, surtout dans les cliniques qui ont renoncé pour la première fois à la bicyclette ergométrique.

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

- pour 7 cliniques, la qualité des résultats se situe dans la fourchette des résultats statistiquement attendus.
- pour 3 cliniques, la qualité des résultats est significativement supérieure à la valeur moyenne calculée des autres cliniques sur le plan statistique.
- pour 6 cliniques, la qualité des résultats est significativement inférieure à la valeur moyenne calculée des autres cliniques sur le plan statistique.

Dans 3 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 6'487 patientes et patients (2021 : 5'900). L'âge moyen était de 68,5 ans (2021 : 67,9). La proportion de femmes s'élevait à 29,2% (2021 : 30,3%). La réadaptation a duré en moyenne 20,7 jours (2021 : 20,6). Le score global moyen de la CIRS était de 18,6 (2021 : 18,2).

L'objectif de participation convenu a été atteint dans 96,3% des cas (2021 : 98,4%). Le taux d'atteinte des objectifs était donc légèrement inférieur à celui de l'année précédente. Ce résultat est principalement dû à la détérioration du taux d'une seule clinique. Les objectifs de participation concernaient principalement le logement à domicile. Chez les personnes vivant en couple ayant choisi un tel objectif, environ un tiers souhaitait faire appel à une assistance externe à domicile. Quant aux personnes vivant seules, cela s'appliquait à 40,0% des patientes et patients, sachant que les objectifs du domaine « Rétablissement de la capacité de participer à la vie publique » ont été convenus un peu plus souvent que l'année précédente. 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 variaient en partie considérablement entre les cliniques.

Une adaptation des objectifs au cours de la réadaptation a eu lieu dans 2,3% des cas (2021 : 2,4%). 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. Les adaptations impliquent souvent un changement du besoin d'assistance, un changement de la forme de logement ainsi qu'un passage du domaine « Logement » à l'objectif « Rétablissement de la capacité de participer à la vie publique ».

7. Réadaptation musculo-squelettique : mesure 2022

Base de données

Au total, 67 cliniques (2021 : 66) ont transmis les données de 29'791 patientes et patients ayant achevé leur réadaptation musculo-squelettique en 2022 (2021 : 29'319). 96,1% des sets de données étaient intégralement documentés (2021 : 92,7%). La proportion de cas évaluables était de 89,4% (2021 : 85,6%). Au total, 26'630 sets de données (2021 : 25'092) provenant de 67 cliniques (2021 : 65) ont été évalués. L'âge moyen des cas analysés était de 71,2 ans (2021 : 70,2). La proportion de femmes s'élevait à 63,1% (2021 : 62,4%). La durée moyenne de la réadaptation était de 22,1 jours (2021 : 22). La valeur moyenne globale de la CIRS s'élevait à 13,3 (2021 : 13,4). 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 (2021 : 43,7) et à 52,3 points à la sortie de réadaptation (2021 : 52,3). Les deux valeurs moyennes globales se situent donc au même niveau que 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 31 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 17 cliniques, la qualité des résultats est 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 dans 97,2% des cas (2021 : 96,9%). Les objectifs de participation concernaient principalement le logement à domicile. 60,0% des personnes vivant en couple qui ont choisi un tel objectif souhaitaient faire appel à une assistance externe à domicile. Quant aux personnes vivant seules, elles étaient également près de 60,0%. Les autres objectifs de participation dans le domaine du « Logement », ainsi que les objectifs des domaines « Travail » et « Rétablissement de la capacité de participer à la vie publique » ont été nettement moins souvent documentés. Par rapport à l'année précédente, la répartition des objectifs de participation convenus n'a guère changé. Certaines cliniques présentent toutefois une répartition du choix des objectifs de participation qui diverge de celle de l'échantillon global.

L'objectif de participation choisi a été adapté dans 3,1% des cas au cours de la réadaptation (2021 : 3,0%). Les modifications les plus fréquentes s'appliquent aux objectifs du domaine « Logement », mais ce sont aussi les objectifs de participation les plus fréquents. Les adaptations impliquent le plus souvent un changement du besoin d'assistance ou de la forme de logement.

8. Réadaptation neurologique : mesure 2022

Base de données

Au total, 38 cliniques (2021 : 38) ont transmis les données de 14'602 patientes et patients ayant achevé leur réadaptation neurologique en 2022 (2021 : 14'757). 97,0% des sets de données étaient intégralement documentés (2021 : 94,2%). La proportion de cas évaluables s'élevait à 85,7% (2021 : 83,0%). L'échantillon évalué était donc sensiblement plus grand que l'année précédente. Au total, 12'516 sets de données (2021 : 12'254) provenant de 38 cliniques (2021 : 37) ont été évalués. L'âge moyen des cas analysés était de 66,2 ans (2021 : 66,1). La proportion de femmes s'élevait à 44,4% (2021 : 44,5%). La réadaptation a duré en moyenne 36,5 jours (2021 : 36,9). Le score global moyen de la CIRS s'élevait à 14,8 (2021 : 15,1). 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 35,5 points à l'admission en réadaptation (2021 : 34,3) et à 44,9 points à la sortie de réadaptation (2021 : 44,2). 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, 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 21 cliniques, la qualité des résultats se situe dans la fourchette des résultats statistiquement attendus.
- pour 8 cliniques, la qualité des résultats est significativement supérieure aux résultats des autres cliniques sur le plan statistique.
- pour 7 cliniques, la qualité des résultats est significativement inférieure à la valeur moyenne calculée des autres cliniques sur le plan statistique.

Pour les 2 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 par 95,8% des patientes et patients (2021 : 95,7%). Les objectifs de participation concernaient principalement le logement à domicile. Environ 70,0% des personnes vivant seules et en couple, qui ont choisi un tel objectif, 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. Quelques cliniques présentent une répartition du choix des objectifs de participation qui diverge nettement de celle de l'échantillon global.

Les objectifs de participation ont été adaptés dans 5,5% des cas (2021 : 6,2%) au cours de la réadaptation. Les objectifs du domaine « Logement » ont été le plus souvent modifiés – il s'agit toutefois aussi des objectifs de participation les plus fréquents. Les adaptations impliquent le plus souvent un changement de la forme de logement ou du besoin d'assistance.

9. Réadaptation oncologique : mesure 2022

Base de données

Au total, 21 cliniques (2021 : 15) ont transmis les données de 1'835 patientes et patients ayant achevé leur réadaptation oncologique en 2022 (2021 : 1'245). 99,3% des sets de données étaient intégralement documentés (2021 : 98,9%). La proportion de cas évaluables était de 80,3% (2021 : 83,8%). L'échantillon évalué était 40,0% plus grand qu'en 2021 : au total, 1'473 sets de données (2021 : 1'043) provenant des 21 cliniques (2021 : 15) ont été évalués. La hausse du nombre de cas est liée à un nombre plus élevé de cliniques proposant (pour la première fois) des prestations de réadaptation oncologique en 2022. Parmi les causes possibles figurent une demande accrue (également dans le sens d'un effet de rattrapage après la pandémie de Covid-19), une modification de la pratique d'attribution des mandats de prestations dans les cantons ou une modification de l'attribution des cas dans le cadre de la structure tarifaire stationnaire ST Reha. Les potentiels facteurs d'influence cités peuvent servir de base à des analyses approfondies de l'augmentation du nombre de cas.

L'âge moyen des cas analysés était de 68,9 ans (2021 : 67,4). La proportion de femmes s'élevait à 53,8% (2021 : 57,5%). La durée moyenne de la réadaptation était de 20,6 jours (2021 : 20,8). Le score global moyen de la CIRS s'élevait à 16,7 (2021 : 16,8). 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 2022, 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 (2021 : 47,5) et à 52,0 points à la sortie de réadaptation (2021 : 53,5). Les deux valeurs moyennes globales étaient ainsi inférieures à celles de l'année 2021.

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 6 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 2 cliniques, la qualité des résultats est significativement inférieure à la valeur moyenne calculée des autres cliniques sur le plan statistique.

Pour 9 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 95,5% des cas (2021 : 93,1%). Les objectifs de participation concernaient principalement le logement à domicile. Parmi les personnes vivant en couple qui ont choisi un tel objectif, un peu moins de la moitié souhaitait faire appel à une assistance externe à domicile, contre 60,0% chez les personnes vivant seules. Par rapport à 2021, l'objectif « Rétablissement de la capacité de participer à la vie publique » a été un peu plus souvent documenté. Ce changement est principalement dû à 2 cliniques qui, comparativement, ont souvent convenu de cet objectif de participation.

L'objectif de participation a été adapté dans 3,3% des cas (2021 : 2,9%).

10. Réadaptation paraplégiologique : mesure 2022

Base de données

Au total, 4 cliniques (2021 : 4) ont transmis les données de 960 patientes et patients ayant achevé leur réadaptation paraplégiologique en 2022 (2021 : 975). 99,7% des sets de données étaient intégralement documentés (2021 : 99,6%). La qualité des données des cliniques est très bonne : la proportion de données évaluables s'élevait à 93,4% (2021 : 94,1%). Etant donné que le nombre de cas transmis et la proportion de cas évaluables se situent au même niveau que l'année précédente, l'échantillon d'évaluation correspond également à peu près à celui de l'année précédente. Celui-ci comprend les sets de données de 897 patientes et patients (2021 : 917) des 4 cliniques (2021 : 4). L'âge moyen était de 56,6 ans (2021 : 55,7) et la proportion de femmes s'élevait à 34,9% (2021 : 34,7%). La durée de la réadaptation était en moyenne de 74,8 jours (2021 : 77,5). Le score global moyen de la CIRS était de 21,1 (2021 : 20,9).

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 41,3 points à l'admission en réadaptation (2021 : 40,9) et de 53,2 points à la sortie de réadaptation (2021 : 50,3). La valeur moyenne globale à la sortie de réadaptation était donc supérieure à celle de 2021, tandis que la valeur moyenne à l'admission de la SCIM se rapprochait de celle de l'année précédente.

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

- pour les 4 cliniques, la qualité des résultats se situe dans la fourchette des résultats statistiquement attendus.

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 97,8% des cas (2021 : 96,7%). Les objectifs de participation concernaient presque exclusivement le domaine du « Logement ». 52,1% des patientes et patients (2021 : 52,9%) ont défini l'admission dans un établissement médico-social comme objectif. 27,8% souhaitaient pouvoir vivre à nouveau à domicile avec leur partenaire au terme de la réadaptation (2021 : 28,1%) et 12,7% avaient pour but de vivre de manière indépendante à domicile (2021 : 12,2%). Parmi les personnes vivant seules et en couple, 70,0% souhaitaient faire appel – comme l'année précédente – à une assistance externe à domicile. Tous les autres objectifs ont été nettement moins documentés au début de la réadaptation.

Une clinique a initialement choisi l'admission dans un établissement médico-social pour 100% de ses patientes et patients, mais a adapté cet objectif pour un grand nombre d'entre eux au cours de la réadaptation. Dans les 3 autres cliniques, l'admission dans un établissement médico-social a été très rarement choisie.

Les objectifs de participation ont été adaptés dans 49,4% des cas (2021 : 51,5%). Les objectifs modifiés concernaient les trois domaines de participation « Vie socioculturelle », « Logement » et « Travail ».

11. Réadaptation psychosomatique : mesure 2022

Base de données

Au total, 14 cliniques (2021 : 14) ont transmis les données de 2'801 patientes et patients ayant achevé leur réadaptation psychosomatique en 2022 (2021 : 3'033). 92,8% des sets de données étaient intégralement documentés (2021 : 87,2%). 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 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 2'037 patientes et patients (2021 : 1'965) de 13 cliniques (2021 : 13). L'âge moyen était de 51,3 ans (2021 : 50,4) et la proportion de femmes s'élevait à 66,0% (2021 : 65,5%). La réadaptation a duré en moyenne 26,7 jours (2021 : 29,3). Le score global moyen de la CIRS était de 9,3 (2021 : 8,3).

Sur l'échelle d'anxiété HADS, le score global était en moyenne de 10,5 points à l'admission en réadaptation (2021 : 10,9) et de 7,8 points à la sortie de réadaptation (2021 : 7,8). Les résultats se situent donc au même niveau que l'année précédente.

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

- pour 9 cliniques, la qualité des résultats se situe dans la fourchette des résultats statistiquement attendus.
- pour 1 clinique, la qualité des résultats est inférieure aux valeurs statistiquement attendues.

Pour 3 cliniques, la pertinence des résultats ajustés aux risques est limitée en raison du faible nombre de cas (10–49 cas).

Sur l'échelle de dépression HADS, le score global était en moyenne de 10,3 points à l'admission en réadaptation (2021 : 10,6) et de 6,9 points à la sortie de réadaptation (2021 : 6,9). Les résultats sont ainsi comparables à ceux de l'année précédente.

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

- pour 10 cliniques, la qualité des résultats se situe dans la fourchette des résultats statistiquement attendus.

Pour 3 cliniques, la pertinence des résultats ajustés aux risques est limitée en raison du faible nombre de cas (10–49 cas).

Mesure des symptômes somatiques

L'échantillon évalué du PHQ-15 comprend les données de 2'022 patientes et patients (2021 : 1'961) de 13 cliniques (2021 : 12). L'âge moyen était de 51,3 ans (2021 : 50,4) et la proportion de femmes s'élevait à 65,9% (2021 : 65,7%). La réadaptation a duré en moyenne 26,7 jours (2021 : 29,3). Le score global moyen de la CIRS était de 9,4 (2021 : 8,2).

Pour le PHQ-15, la valeur moyenne globale était de 12,1 points à l'admission en réadaptation (2021 : 11,9) et de 9 points à la sortie de réadaptation (2021 : 8,9). Les résultats sont ainsi comparables à ceux de l'année précédente.

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

- 8 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 supérieure aux valeurs attendues.

Pour 4 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 2'391 patientes et patients (2021 : 2'417) de 13 cliniques (2021 : 13). L'âge moyen était de 51,8 ans (2021 : 50,4) et la proportion de femmes s'élevait à 65,9% (2021 : 65,7%). La réadaptation a duré en moyenne 26,4 jours (2021 : 29,8). Le score global moyen de la CIRS était de 9,4 (2021 : 8,2).

L'objectif de participation convenu avec les patientes et patients à l'admission en réadaptation a été atteint dans 94,1% des cas (2021 : 93,0%). Les objectifs concernaient les trois domaines de participation : les objectifs des domaines « Vie socioculturelle » et « Logement » étaient à ce titre les plus fréquents avec 40,0%, resp. 50,0% des cas. Les objectifs du domaine « Travail » représentaient environ 7,0%. Les proportions des objectifs choisis variaient fortement entre les cliniques.

Les objectifs de participation ont été adaptés dans 3,2% des cas (2021 : 3,3%). Les objectifs les plus souvent modifiés sont ceux du domaine « Vivre à domicile », ainsi que l'objectif « Rétablissement de la capacité de participer à la vie sociale » - ces objectifs sont toutefois aussi dans l'ensemble les plus fréquents.

12. Réadaptation pulmonaire : mesure 2022

Base de données

Au total, 14 cliniques (2021 : 13) ont transmis les données de 5'115 patientes et patients ayant achevé leur réadaptation pulmonaire en 2022 (2021 : 5'569). 85,3% des sets de données étaient intégralement documentés, ce qui représente une hausse par rapport à l'année précédente (2021 : 81,4%). Les comparaisons de la qualité des résultats sont réalisées sur la base de trois échantillons d'évaluation spécifiques aux différents instruments, qui sont décrits ci-après pour chaque instrument concerné. Les trois échantillons d'évaluation présentent des caractéristiques d'échantillons en partie différentes. En 2022, les cliniques ont par ailleurs traité moins de cas avec des diagnostics de « grippe et pneumopathie » et plus de cas avec un diagnostic de BPCO. Pour classer ces résultats, il serait nécessaire de procéder à des analyses supplémentaires. Une éventuelle explication pourrait résider dans le fait que la pandémie de Covid-19 a eu moins d'impact sur le déroulement des traitements qu'en 2021.

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 2'520 patientes et patients (2021 : 2'581) de 14 cliniques (2021 : 13). L'âge moyen était de 67,7 ans (2021 : 66,0) et la proportion de femmes s'élevait à 47,2% (2021 : 40,4%). La réadaptation a duré en moyenne 21,6 jours (2021 : 21,1). Le score global moyen de la CIRS était de 16,5 (2021 : 15,0).

La moyenne générale du CRQ était de 3,87 points à l'admission en réadaptation (2021 : 3,95) et de 5,0 points à la sortie de réadaptation (2021 : 5,06). Les résultats sont ainsi comparables à ceux de l'année précédente.

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

- pour 8 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 3'439 patientes et patients (2021 : 3'687) de 14 cliniques (2021 : 13). L'âge moyen était de 67,9 ans (2021 : 66,2) et la proportion de femmes s'élevait à 45,9% (2021 : 41,8%). La réadaptation a duré en moyenne 21,5 jours (2021 : 21,2). Le score global moyen de la CIRS était de 16,6 (2021 : 15,1).

Pour le test de marche de 6 minutes, la distance moyenne parcourue est passée de 256 mètres à l'admission en réadaptation (2021 : 259) à 347 mètres à la sortie de réadaptation (2021 : 367). La valeur à l'admission se situe donc au même niveau que celle de 2021, tandis que la distance moyenne parcourue à la sortie de réadaptation est légèrement plus courte.

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

- pour 9 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 1 clinique, 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 3'815 patientes et patients (2021 : 4'086) provenant de 14 cliniques (2021 : 13). L'âge moyen était de 68,1 ans (2021 : 66,4). La proportion de femmes s'élevait à 45,9% (2021 : 42,0%). La réadaptation a duré en moyenne 21,5 jours (2021 : 21,2). Le score global moyen de la CIRS était de 16,7 (2021 : 15,1).

L'objectif de participation convenu a été atteint dans 97,9% des cas (2021 : 98,1%). Les objectifs de participation concernaient principalement le logement à domicile. Parmi les personnes vivant en couple ou vivant seules qui ont choisi un tel objectif, près de la moitié souhaitait faire appel à une assistance externe à domicile. 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 divergent toutefois fortement entre les cliniques.

Une adaptation des objectifs au cours de la réadaptation a eu lieu dans 3,6% des cas (2021 : 3,5%). Les objectifs du domaine « Logement » ont été le plus souvent modifiés - ces objectifs sont toutefois aussi les objectifs de participation les plus fréquents.