



Concept d'évaluation Réadaptation

Mesures spécifiques aux différents domaines

Août 2024/version 6.0 - Les adaptations par rapport à la version 5.1 sont marquées en gris

Codes couleur/journal des modifications

Afin que vous disposiez d'un outil sans cesse actualisé, ce document est mis à jour en cours d'année si nécessaire. Le code couleur vous aide à identifier rapidement la ou les dernières modifications apportées.

Code couleur	Modifié au	Mots-clés
Gris	Août 2024 / Valable à partir de l'année de mesure 2023	A partir de l'année de mesure 2023, les caractéristiques des échantillons de la réadaptation cardiaque, pulmonaire et psychosomatique ne sont uniquement représentées pour l'échantillon global (anciennement échantillon OP/AO) et non plus au moyen d'échantillons spécifiques aux instruments. Une modification jugée et confirmée comme non pertinente par le GQ Réa, puis par le comité de l'ANQ en avril 2024.
		Adaptation formelle aux exigences actualisées des CE et CP : lien

Sommaire

Codes couleur/journal des modifications.....	2
1. Situation de départ.....	4
2. Relevé des données.....	5
2.1. Méthode	5
2.2. Instruments et mesure.....	5
2.3. Critères d'inclusion et d'exclusion	7
3. Saisie, transmission et préparation des données	8
3.1. Transmission des données.....	8
3.2. Qualité des données	9
3.3. Protection des données et sécurité.....	10
4. Méthode d'évaluation.....	11
4.1. Echantillon d'évaluation.....	11
4.2. Evaluation descriptive.....	11
4.3. Evaluation ajustée aux risques	12
4.3.1. Indicateurs de résultat	12
4.3.2. Ajustement aux risques	13
4.4. Comparaisons annuelles.....	15
Littérature et documentation.....	17
Impressum.....	19

1. Situation de départ

Le présent concept d'évaluation décrit l'évaluation comparative nationale des données relevées pour les mesures spécifiques aux différents domaines du plan de mesure Réadaptation. Une attention particulière est accordée à l'ajustement aux risques, qui doit permettre une comparaison équitable des cliniques. L'élaboration du concept est le fruit d'une étroite coopération entre l'ANQ (anciennement : Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques), le Groupe qualité Réadaptation et l'institut d'analyse Charité - Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft – Universitätsmedizin Berlin. Celui-ci a été chargé par l'ANQ d'assurer l'accompagnement scientifique du relevé des données et d'évaluer lesdites données.

Le présent concept d'évaluation tient compte du [Contrat qualité national](#), du « [Règlement des données de l'ANQ](#) » ainsi que des « [Exigences envers les concepts d'évaluation de l'ANQ](#) ». Cette version sera adaptée si nécessaire – à l'aide des données collectées des années de mesure suivantes, des résultats de l'évaluation associés, des retours des différents groupes d'acteurs et des éventuels futurs développements des mesures.

2. Relevé des données

2.1. Méthode

Toutes les cliniques de réadaptation ayant signé le contrat qualité national 2011 et ne disposant pas d'une dispense participent à la mesure nationale des résultats. Un relevé complet est réalisé à cet effet. Pour les mesures des résultats, des résultats de traitement centraux (Outcomes) ont été définis, qui devront être comparés entre les cliniques à l'aide d'indicateurs de résultats appropriés. Le relevé des données des indicateurs de résultats est effectué à l'aide des instruments cités au chapitre 2.2. Dans ce contexte, une mesure est réalisée respectivement à l'admission et à la sortie. Les instruments utilisés sont des évaluations/questionnaires établis et validés, qui ont été développés pour collecter des Outcomes spécifiques à la santé. Les questionnaires contiennent un set de variables/items permettant de réaliser une évaluation standardisée des différents aspects de l'Outcome. Pour l'évaluation, les réponses sont agrégées et un score global ou différents sous-scores sont calculés pour l'Outcome concerné. Il existe trois types d'instruments de mesure en fonction du type de méthode de relevé : une partie des instruments est utilisée en tant qu'évaluation par des tiers. Il s'agit des dénommés Clinician-Reported Outcome Measurements (ClinROMs) : l'évaluation des fonctions ou symptômes demandés dans l'instrument de mesure, ainsi que le remplissage des formulaires sont effectués par le personnel médical sur la base d'observations dans le cadre du quotidien clinique ou d'entretiens diagnostiques. Les autres instruments sont des autoévaluations, appelées Patient-Reported Outcome Measurements (PROMs). Les patientes et patients remplissent eux-mêmes les différents items du questionnaire. Des tests de performance standardisés font office de troisième catégorie d'instruments utilisés dans le plan de mesure national Réadaptation. Ils permettent au personnel clinique de mesurer et de documenter l'Outcome/la performance d'une patiente, d'un patient dans un domaine spécifique (p. ex. capacité fonctionnelle physique) selon des directives définies.

Tant pour les questionnaires patients/PROM que pour les tests de performance, il est en principe possible de renoncer au test (non-réalisation de la mesure), étant donné que les patientes et patients doivent participer activement à ces méthodes de mesure. Une renonciation au test doit également être documentée. Les ClinROMs ne prévoient pas la possibilité de renoncer au test, car les patientes et patients ne jouent qu'un rôle passif dans cette forme de collecte de données.

2.2. Instruments et mesure

Le plan de mesure national Réadaptation prévoit plusieurs instruments spécifiques aux différents domaines de réadaptation pour les mesures des résultats. La Figure 1 présente les instruments qui doivent obligatoirement être utilisés à l'admission et à la sortie pour les différents domaines de réadaptation. Par ailleurs, d'autres données nécessaires à l'évaluation (y compris l'ajustement aux risques) doivent être relevées et transmises pour chaque cas.

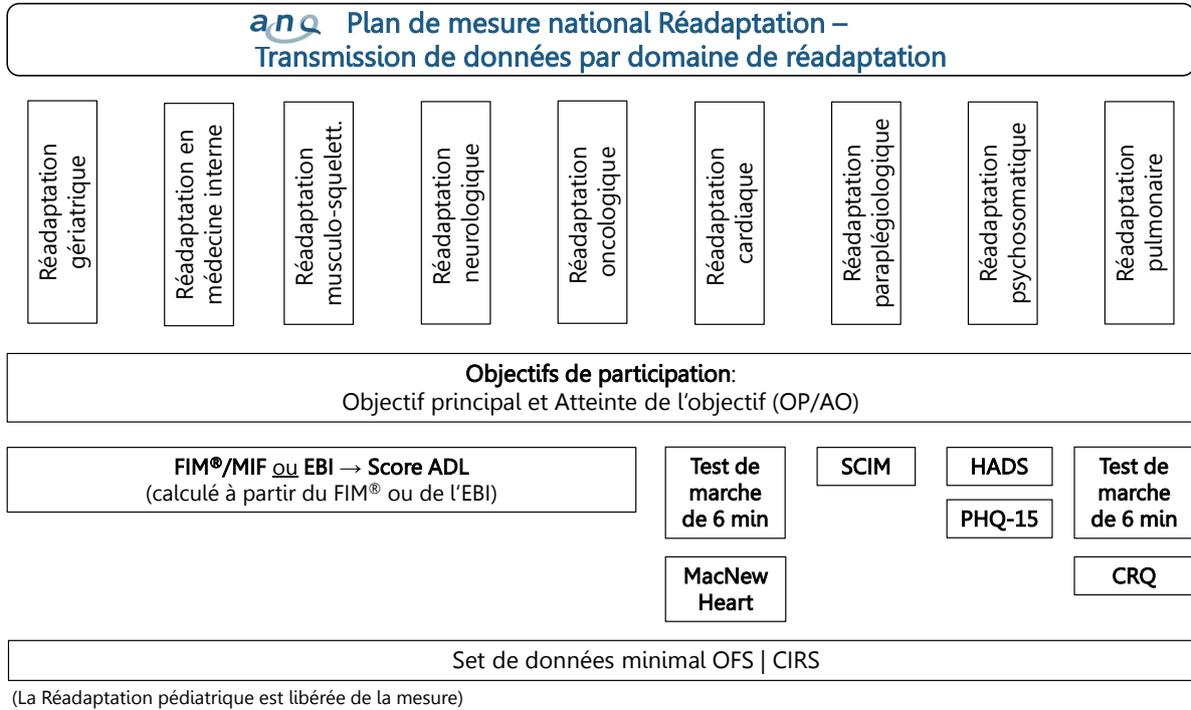


Figure 1 : Plan de mesure national Réadaptation – Domaines de réadaptation et instruments de mesure

Dans les neuf domaines de réadaptation, les objectifs de participation et leur atteinte (OP/AO) sont documentés pour chaque patiente et chaque patient. Les instruments suivants sont en outre utilisés pour mesurer les résultats dans les différents domaines de réadaptation :

En réadaptation gériatrique, en médecine interne, musculo-squelettique, neurologique et oncologique, chaque clinique choisit un instrument pour l'ensemble des patientes et patients afin que le personnel puisse relever leur capacité fonctionnelle. Le choix se porte ici sur l'instrument FIM®/MIF ou l'indice de Barthel étendu (EBI).

En réadaptation cardiaque, le questionnaire patient MacNew Heart et le test de marche de 6 minutes (test de performance) sont utilisés.

En réadaptation paraplégologique, le personnel relève la Spinal Cord Independence Measure (SCIM).

En réadaptation psychosomatique, les questionnaires patients Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15) et Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) sont relevés.

En réadaptation pulmonaire, le test de marche de 6 minutes (test de performance), ainsi que le questionnaire patient Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) sont utilisés pour l'ensemble des patientes et patients.

Les autres données à relever ou à transmettre par cas comprennent :

- **Données de la Statistique médicale de l'OFS** : ces dernières sont déjà obligatoirement relevées par les cliniques pour la Statistique médicale de l'Office fédéral de la statistique (OFS)
- **Comorbidités** : relevé effectué à l'aide de la Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) à l'admission en réadaptation

2.3. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les cliniques de réadaptation et hôpitaux de soins aigus proposant des prestations de réadaptation livrent les données de l'ensemble des patientes et patients traités en milieu stationnaire pendant la période du relevé. Un cas de traitement est un séjour individuel d'une patiente ou d'un patient dans une clinique de réadaptation, conformément à la définition de l'OFS, telle qu'elle est décrite dans le [manuel des données](#).

3. Saisie, transmission et préparation des données

Le relevé des données relève de la responsabilité de chaque clinique et s'effectue sous forme électronique. Les détails du relevé, du format et de la transmission des données sont décrits dans le [manuel des données de l'ANQ](#). Les cliniques attribuent un numéro d'identification du cas unique aux sets de données, garantissant à la fois l'interconnexion entre les différents sets de données personnelles et la protection des données.

3.1. Transmission des données

Les cliniques de réadaptation relèvent différents types de données et les transmettent dans des fichiers séparés à l'institut d'analyse (cf. Figure 2) :

- Données relevées conformément au plan de mesure national (données de mesure spécifiques aux différents domaines de réadaptation)
- Données minimales de la Statistique médicale de l'OFS
- Données supplémentaires pertinentes pour l'évaluation : comorbidité – relevé effectué à l'aide de la Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

Les données des mesures de la qualité sont téléchargées une fois par an par les cliniques sur la plateforme en ligne *ReMoS*. Le format utilisé pour la transmission des différentes sources de données (données médico-administratives, données des mesures de la qualité, données supplémentaires) est le format texte générique CSV (« character separated values ») basé sur le codage de caractères ASCII avec un set de données par ligne.

ANQ Plan de mesure national Réadaptation – Données à relever par cas

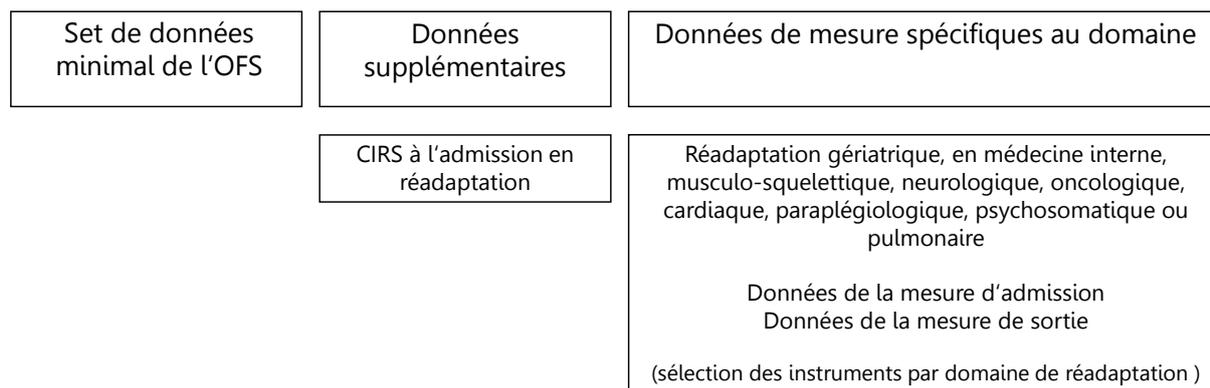


Figure 2 : Données par cas

3.2. Qualité des données

Afin d'obtenir des résultats valables et équitables lors de la comparaison entre les cliniques, la garantie de la meilleure qualité possible des données constitue un élément central des mesures des résultats. Le critère déterminant pour une bonne qualité des données est une proportion élevée de cas intégralement documentés par rapport au nombre total de cas documentés qui ont été traités pendant la période d'observation. Pour chaque cas, les données de mesure devraient idéalement contenir des données de relevé complètes ou des informations sur les dropouts¹ resp. la renonciation au test², l'objectif étant en général d'obtenir de faibles taux de renonciation au test pour augmenter la pertinence des résultats.

Le contrôle de la qualité des données se fait à plusieurs niveaux. A l'échelle clinique, un contrôle des données devrait être réalisé à la fois lors de la saisie des données et avant leur transmission à l'institut d'analyse. L'objectif des prescriptions du manuel des données est de veiller à ce que les données requises soient livrées de manière aussi complète que possible, sans erreur et codées de manière uniforme. Le [manuel des données](#) définit les spécifications des données à relever (plages de valeurs, caractéristiques et définition des valeurs manquantes). La logique de contrôle définie doit être prise en compte par les cliniques lors de la saisie des données afin d'éviter des données manquantes (intégralité du set de données) et erreurs manifestes. Avant la transmission des données, les cliniques doivent par ailleurs vérifier si toutes les informations requises pour chaque cas sont disponibles dans leur intégralité. Depuis l'année de mesure 2021, la plateforme en ligne *ReMoS* peut être utilisée pour le contrôle des données au sein des cliniques. Elle permet aux cliniques de vérifier en cours d'année les données à transmettre conformément à la présente définition des données et de consulter les retours automatisés sur la qualité de leurs données. Cette démarche permet d'identifier rapidement les éventuelles sources d'erreur et d'améliorer la qualité des données dans le cadre du processus de relevé des données en cours. De même, les données sont transmises à l'institut d'analyse exclusivement via *ReMoS* depuis l'année de mesure 2021 (cf. chapitres 3.3 et 3.1).

Après la livraison finale des données via *ReMoS*, l'institut d'analyse procède à une série de contrôles approfondis afin d'identifier prioritairement les valeurs manquantes ou non plausibles. Les vérifications portent notamment sur les aspects suivants :

- Toutes les variables, telles que décrites dans la définition des données, sont-elles disponibles ?
- Chaque ligne de données dans chaque paquet de données contient-elle le numéro d'identification du cas (FID) ?
- Existe-t-il des sets de données à double pour les mesures du plan de mesure ?

¹ Les cas avec un séjour de réadaptation stationnaire de moins de 8 jours, ainsi que les cas pour lesquels la mesure de sortie ne peut pas être (intégralement) effectuée en raison d'une interruption inattendue du traitement (transfert de plus de 24h dans un hôpital de soins aigus, décès, sortie anticipée à la demande de la patiente, du patient) sont traités comme « dropout ». Le cas est clôturé pour la mesure de l'ANQ et exclu des analyses de résultats.

² Lorsqu'une mesure avec un test de performance ou un questionnaire patient ne peut pas être effectuée pour une raison spécifique à la mesure, si le patient refuse de participer ou s'il y renonce pour des raisons médicales, une renonciation au test (non-réalisation de la mesure) doit être documentée pour l'instrument au moment de la mesure en question. Les motifs d'une renonciation au test (non-réalisation de la mesure) sont spécifiques aux différentes mesures et n'entraînent pas - contrairement aux motifs d'exclusion (dropout) - l'exclusion de la patiente, du patient du programme de mesure.

- Les données de mesure disponibles sont-elles évaluables (analyse des valeurs manquantes et des données non valables) ?
- Quelle est la proportion de cas évaluables par rapport à la clientèle traitée durant la période d'observation ?

La qualité des données est évaluée à l'aide de différents indicateurs, séparément pour chacun des neuf domaines de réadaptation. Le rapport présente la proportion de cas intégralement documentés par rapport à l'ensemble des cas transmis. Pour les cas entièrement documentés dans les domaines de réadaptation où les instruments de mesure utilisés se limitent exclusivement à des relevés par des tiers (ClinROMs), le rapport présente par ailleurs la proportion de « cas évaluables » (= instruments de mesure intégralement remplis + autres données complètes sans aucun dropout), ainsi que la proportion de « cas de dropout ». Pour les domaines de réadaptation recourant aussi à des instruments de mesure sous forme de tests de performance ou de PROMs, le rapport indique la proportion de « cas évaluables », la proportion de cas avec « renonciation au test » par instrument, ainsi que la proportion de « cas de dropout ».

Pour chaque année de mesure, les résultats des indicateurs de la qualité des données des différents domaines de réadaptation sont calculés et présentés dans le chapitre consacré à la qualité des données des rapports comparatifs nationaux spécifiques aux différents domaines. Les cliniques reçoivent un retour individuel de l'institut d'analyse sous la forme d'un rapport sur la qualité des données spécifique à chaque clinique. De plus, les résultats de chaque clinique sont mis à disposition dans un tableau de bord sur la plateforme en ligne *ReMoS*.

3.3. Protection des données et sécurité

Dans toutes les phases du relevé, de la transmission, de l'analyse et de la publication des données, le respect des aspects juridiques de la protection des données est garanti. Le « [Règlement envers les données de l'ANQ](#) » sert de base à cet effet. L'ANQ prend toutes les mesures nécessaires à la protection et à la sécurité des données (cf. [Mesures de protection des données prises par l'ANQ](#)).

La transmission des données des cliniques à l'institut d'analyse se fait par téléchargement via la plateforme en ligne *ReMoS* (Rehabilitation Monitoring System) sous forme électronique. Seuls les collaboratrices et collaborateurs des cliniques enregistrés ont accès à la plateforme, leurs connexions étant en outre sécurisées par une authentification à deux facteurs. Les données téléchargées sur la plateforme en ligne sont enregistrées sur des serveurs suisses, l'institut d'analyse peut ensuite télécharger les données cliniques via une connexion sécurisée et les utiliser pour l'évaluation des données. Les données sont cryptées avec le numéro d'identification du cas, la règle d'attribution n'étant pas connue de l'institut d'analyse, mais effectuée et gérée par les cliniques. L'institut d'analyse ne peut donc pas identifier les personnes physiques.

Les processus techniques relatifs au téléchargement et au contrôle des données correspondent aux normes actuelles en matière de protection des données conformément à la loi sur la protection des données (LPD). Les collaboratrices et collaborateurs compétents de l'institut d'analyse sont soumis au secret professionnel dans leurs contrats de travail. Techniquement, les dispositions ont été prises afin que les données et résultats soient gérés dans des environnements hautement protégés et soient inaccessibles aux personnes non autorisées, même au sein de l'institut d'analyse.

4. Méthode d'évaluation

Le [rapport méthodologique](#) décrit la méthode d'évaluation et présente des informations détaillées sur l'évaluation, un glossaire des termes techniques, ainsi que des aides à la lecture pour les illustrations.

4.1. Echantillon d'évaluation

La collecte des données se présente sous la forme d'un relevé complet : les cliniques livrent des données pour l'ensemble des patientes et patients âgés de 18 ans révolus, traités en milieu stationnaire dans une clinique de réadaptation et sortis au cours de l'année de mesure concernée (01.01.-31.12.). Un set de données d'un cas est évaluable lorsque tous les instruments de mesure définis pour un domaine de réadaptation présentent des données complètes pour les mesures réalisées à la fois à l'admission et à la sortie, ainsi les variables supplémentaires requises (données de l'OFS, données de la CIRS).

Tous les cas présentant une documentation complète de tous les instruments de mesure à l'admission et à la sortie, ainsi que les variables requises du modèle d'ajustement (données OFS, données de la CIRS) sont inclus dans les analyses des résultats. Pour les domaines de réadaptation utilisant un test de performance ou un PROM comme instrument de mesure, le fait qu'une renonciation au test ait été documentée dans un autre instrument de mesure spécifique au domaine n'a pas d'importance.

Les données des cas de dropout ou des cas incomplètement documentés (données de mesure ou données de l'OFS ou données CIRS incomplètement documentées) sont en principe exclues des analyses des résultats.

Les échantillons de cliniques présentant moins de 50 cas évaluable (par domaine de réadaptation et instrument de mesure) sont pris en compte dans les analyses. Les résultats de ces cliniques sont toutefois marqués en conséquence, puisque la pertinence des résultats est limitée en raison du faible nombre de cas. Les cliniques présentant moins de 10 cas sont inclus dans les analyses globales, mais ne sont pas présentés dans les graphiques des indicateurs de résultats. En présence d'un aussi petit nombre de cas, les résultats sont en effet soumis à de fortes fluctuations aléatoires.

4.2. Evaluation descriptive

Pour une meilleure évaluation des données analysées, une préparation descriptive des données des échantillons d'évaluation est primordiale. Le rapport décrit d'une part les caractéristiques sociodémographiques du casemix comme p. ex. l'âge, le sexe et la nationalité et présente d'autre part les caractéristiques médicales du casemix telles que la fréquence des différents groupes de diagnostic au sein d'un domaine de réadaptation resp. d'un échantillon d'évaluation, ainsi que l'ampleur des comorbidités. Les caractéristiques descriptives sont évaluées à la fois au sein de l'échantillon global respectif et en comparaison clinique. Une autre priorité de la description des données réside dans la présentation des valeurs non ajustées des indicateurs de résultats (« valeurs brutes ») à l'admission et à la sortie.

4.3. Evaluation ajustée aux risques

4.3.1. Indicateurs de résultat

Pour les mesures de la qualité des résultats, les valeurs agrégées (scores globaux) des instruments de mesure utilisés sont prioritairement analysées. Pour certains indicateurs de résultats, la valeur de référence évaluée est une valeur unique (p. ex. test de performance). Le Tableau 1 liste les indicateurs de résultats des instruments du plan de mesure national, utilisés pour les mesures comparatives des résultats des différentes cliniques.

A cette fin, les indicateurs de résultat listés sont évalués ajustés aux risques – le résultat de traitement dans le score global respectif est estimé en tenant compte du casemix et du statut à l'admission. En tant que variable dépendante dans les comparaisons des résultats ajustés aux risques, seule la valeur à la sortie (« Outcome ») est utilisée. L'indicateur « objectif de participation/atteinte de l'objectif » fait toutefois uniquement l'objet d'une évaluation descriptive. Une comparaison des résultats ajustés aux risques n'est en effet pas possible resp. utile.

Tableau 1 : Indicateurs de résultat, plan de mesure national Réadaptation

Résultat /Outcome	Indicateur de résultat			Domaine de réadaptation
	Instrument de mesure	Méthode	Valeur(s) de référence	
Objectif de participation/ atteinte des objectifs	Objectif de participation/ atteinte des objectifs	Documentation	Fréquences d'atteinte : objectifs principaux, adaptation des objectifs, atteinte des objectifs	Tous
Capacité fonctionnelle dans les domaines importants de la vie quotidienne (Activities of Daily Life – ADL)	Score ADL (basé sur FIM®/MIF et EBI)	ClinROM	Score global	Géri, Inter, MSQ, Neuro, Onco
	Spinal Cord Independence Measure (SCIM)	ClinROM	Score global	Para
Performance physique	Test de marche de 6 minutes	Test de performance	Distance maximale de marche	Cardia, Pulmo
Qualité de vie liée à la santé, spécifique à l'indication	MacNew Heart	PROM	Score global	Cardia
	Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)	PROM	Score global	Pulmo
Troubles somatiques	Patient Health Questionnaire - 15 (PHQ-15)	PROM	Score global	Psychosoma
Anxiété et dépressivité	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	PROM	Sous-score anxiété (HADS-A), Sous-score dépression (HADS-D)	Psychosoma

En accord avec le Groupe Qualité Réadaptation, des dispositions particulières ont été prises pour l'évaluation de certains indicateurs de résultat :

- Evaluation objectif de participation/atteinte de l'objectif
Une mesure de l'évolution indirecte classique n'est pas possible, étant donné que les informations divergent à l'admission et à la sortie de réadaptation. Cet indicateur n'est donc évalué que de manière descriptive. La répartition des objectifs de participation choisis est présentée à l'aide de graphiques à barres. Il en va de même pour les proportions d'objectifs de participation atteints et adaptés. Les objectifs de participation les plus souvent choisis à des fins d'adaptation sont également documentés.
- Evaluation FIM®/MIF et EBI
En réadaptation gériatrique, en médecine interne, musculo-squelettique, neurologique et oncologique, les cliniques peuvent utiliser à choix le FIM®/MIF ou l'EBI pour mesurer la capacité fonctionnelle dans les fonctions de la vie quotidienne. Afin de pouvoir comparer la qualité des résultats de toutes les cliniques d'un domaine de réadaptation – tous instruments confondus –, le score ADL (Activities of Daily Life) est appliqué. Le score ADL repose sur un algorithme de conversion calculé à partir du FIM®/MIF et de l'EBI, développé et scientifiquement validé par des experts.³

4.3.2. Ajustement aux risques

La comparaison visée de la qualité de traitement des différentes cliniques soulève des questions d'équité. Lors d'une comparaison de la qualité des résultats, il y a lieu de supposer que des cliniques présentant une proportion plus élevée de patientes et patients gravement atteints soient défavorisées par rapport aux cliniques présentant une clientèle de patientes et patients moins gravement atteints. En effet, les atteintes à l'admission ou des constellations sociodémographiques divergentes influencent la mesure. Ce risque, qui résulte d'un casemix différent, doit être pris en compte lors de l'évaluation à l'aide d'un contrôle statistique.

Les méthodes d'analyse de régression sont un standard courant pour l'ajustement (contrôle) du casemix lors de comparaisons cliniques. Ces procédés tiennent compte des influences de variables personnelles pertinentes, comme par exemple l'atteinte à l'admission dans le cadre d'une estimation linéaire. Les régressions évaluent une variable (dépendante) à expliquer (dans ce cas la valeur de sortie de l'indicateur de résultat) à l'aide de variables (indépendantes) explicatives, comme par exemple l'âge et le sexe. Le présent concept d'évaluation tient compte des modifications apportées à la méthode de l'ajustement aux risques. Outre les caractéristiques de la composition de l'échantillon (casemix) qui font office de variables explicatives, le modèle d'évaluation pour la comparaison des résultats ajustée aux risques tient désormais compte d'une variable factorielle pour chaque clinique (facteur clinique). Les valeurs de résultats sont présentées dans l'échelle en fonction des valeurs de référence de l'instrument de mesure concerné. Le rapport « Qualitätsvergleiche psychiatrischer Einrichtungen » (*Comparaisons de la qualité des institutions psychiatriques* – document disponible en allemand) et le rapport technique détaillé (en

³ L'algorithme de conversion du score ADL pour comparaison commune de la qualité des résultats de toutes les cliniques de réadaptation - indépendamment de l'utilisation du FIM®/MIF ou de l'EBI - a été développé et validé par l'institut Charité sur mandat de l'ANQ. Le rapport final est disponible dans l'espace de [téléchargement](#) de l'ANQ.

anglais) du Prof. Lutz Dümbgen, Université de Berne, Département Mathématiques et Statistiques, présentent une description détaillée du modèle statistique appliqué.⁴

A l'aide d'une régression linéaire multiple, un paramètre de qualité (aussi : valeur attendue de la clinique) est estimé pour chaque clinique. Le paramètre de qualité est une valeur de résultat épurée de l'influence des valeurs confondantes pour chaque clinique. Il représente le résultat du traitement de la clinique calculé dans le score ADL à la sortie, si tous les cas de l'échantillon global (de toutes les cliniques) avaient été traités dans cette clinique.

Pour la comparaison des cliniques, les paramètres de qualité des cliniques sont corrélés. A cette fin, des valeurs comparatives sont calculées à partir de la différence entre le paramètre de qualité d'une clinique et la valeur moyenne des paramètres de qualité des autres cliniques pondérée en fonction du nombre de cas. Cette valeur comparative permet de réaliser une comparaison équitable des cliniques, puisque les structures de patients divergentes (casemix) et les caractéristiques des différentes cliniques (facteur clinique) sont prises en compte. Un intervalle de confiance de 95% est calculé pour les valeurs comparatives des cliniques, qui contient la valeur comparative inconnue réelle avec une probabilité définie de 95%.

Si l'intervalle de confiance appartenant à la valeur comparative d'une clinique est supérieur à zéro, alors cette clinique a obtenu un meilleur résultat qu'il n'aurait pu être attendu au regard de sa structure de patients et en comparaison avec les autres cliniques. Inversement, une valeur comparative avec un intervalle de confiance inférieur à zéro signifie que la clinique a atteint une qualité des résultats significativement inférieure aux attentes au regard de sa structure de patients et en comparaison avec les autres cliniques.

En règle générale, il convient d'effectuer un ajustement uniquement pour les variables qui a) ne peuvent pas être directement influencées par la clinique et b) qui, outre une importance statistique, présentent également une pertinence clinique. Pour déterminer si une variable est une valeur confondante et pourrait potentiellement provoquer une distorsion des résultats d'une comparaison clinique, il convient de réaliser d'une part un contrôle à l'aide de procédés de test statistiques. D'autre part, l'évaluation clinique est également importante.

L'objectif d'un modèle statistique pour l'ajustement aux risques n'est pas d'expliquer, c.à.d. de niveler les variations des résultats des différentes cliniques à l'aide d'un nombre de variables aussi élevé que possible, mais d'utiliser pour l'ajustement uniquement les variables qui, d'un point de vue clinique et statistique, nuisent à une comparaison équitable de la qualité des résultats.

Les variables présentées au Tableau 2, ont été choisies comme potentielles valeurs confondantes pour l'ajustement en fonction de leur influence clinique et statistique sur le résultat de traitement. La présélection de ces variables a été définie en collaboration avec le GQ Réadaptation.

⁴ [Rapport technique](#) «Qualitätsvergleiche psychiatrischer Einrichtungen»; L. Dümbgen, A. Mühlemann und C. Strähl, Universität Bern 2016

Tableau 2 : Potentiels valeurs confondantes, plan de mesure Réadaptation et sources de données

Potentielles valeurs confondantes	Variables associées	Source
Caractéristiques démographiques	Sexe Age Nationalité	Statistique OFS : données minimales de la statistique médicale
Caractéristiques du séjour de réadaptation	Durée de traitement Statut d'assurance Prise en charge des soins de base Séjour avant l'admission Séjour après la sortie Diagnostic principal selon CIM-10	Statistique OFS : données minimales de la statistique médicale
Statut à l'admission : degré de gravité de la limitation à l'admission	Valeur d'admission... ...Score ADL (calculé à partir du FIM®/MIF ou EBI) ...MacNew Heart ...Test de marche de 6 minutes ...SCIM ...HADS-A ...HADS-D ...PHQ-15 ...CRQ	Evaluation/mesure spécifique aux différents domaines de réadaptation au sein de la clinique*
Comorbidités	Valeur d'admission Cumulative Illness Rating Scale CIRS	Evaluation au sein de la clinique
Facteur clinique	Variable factorielle de la clinique	Numéro de la clinique

* Le plan de mesure Réadaptation définit les instruments de mesure à utiliser par domaine de réadaptation pour mesurer les résultats, cf. Figure 1.

4.4. Comparaisons annuelles

La répartition des caractéristiques de l'échantillon (casemix) et de la qualité des données, ainsi que les résultats de la qualité des résultats ajustée aux risques sont résumés en comparaison annuelle. Dans un souci d'amélioration constante de la qualité, il est possible de vérifier l'efficacité des mesures visant à améliorer la qualité.

La présentation des comparaisons annuelles de la qualité des résultats veille à ce que les valeurs clés de la qualité des résultats communiquées soient calculées selon la même méthode d'ajustement que celle de l'année de rapport actuelle (cf. section 4.3). Lors de l'interprétation des résultats de la qualité des résultats, il convient de noter qu'aucune déclaration ne peut être faite au sujet d'une amélioration ou d'une détérioration significative observée de la qualité des résultats par rapport à l'année précédente. Les calculs des valeurs ajustées sont basés sur les échantillons des années de relevé respectives et ne peuvent donc pas être directement corrélés.

Si la méthode d'ajustement ou le set d'indicateurs est fondamentalement modifié d'une année de relevé à l'autre, il n'est pas possible de comparer la qualité des résultats à ceux de l'année précédente.



Dans ce cas, la présentation se limite à une comparaison annuelle du casemix et de la qualité des données. La méthodologie exacte et le type de représentation des comparaisons annuelles sont déterminés individuellement pour chaque année de rapport, en consultation avec l'ANQ.

Littérature et documentation

1. ANQ. Règlement des données de l'ANQ. version 1.0. Berne: ANQ; 2011.
2. ANQ. Plan de mesure national Réadaptation. Concept de mise en œuvre. Berne: ANQ; 2012.
3. ANQ. Plan de mesure national Réadaptation. Manuel des procédures. Version 9.0. Berne: ANQ; 2022.
4. ANQ. Exigences à l'égard des concepts d'évaluation de l'ANQ y compris rapports comparatifs nationaux Version 3.0. Berne: ANQ; 2014.
5. Brünger M, Köhn S, Schlumbohm A, Spyra K. Development and validation of an algorithm to convert FIM® and EBI to an ADL score. Berne/Berlin: ANQ; 2017.
6. ANQ, Charité - Universitätsmedizin Berlin. Plan de mesure national Réadaptation. Manuel des données. Version 9.0. Berne: 2022.
7. Dümbgen, L. (2016): (Ab)Using Regression for Data Adjustment. Technical report 78. Bern, IMSV, University of Bern: Download at <https://arxiv.org/abs/1202.1964>, last download 2018-08-23.
8. Dümbgen, L., Mühlemann, A., Strähl, C. (2016): Qualitätsvergleiche psychiatrischer Einrichtungen. Bern, Universität Bern.
9. Farin E. Die Anwendung Hierarchischer Linearer Modelle für Einrichtungsvergleiche in der Qualitätssicherung und Rehabilitationsforschung. Rehabilitation 2005; 44(3): 157-164.
10. Gerdes N, Funke UN, Schüwer U, Kunze H, Walle E, Kleinfeld A, Reiland M, Jäckel WH. Ergebnisorientierte Vergütung der Rehabilitation nach Schlaganfall – Entwicklungsschritte eines Modellprojekts 2001–2008. Rehabilitation 2009, 48(4): 190-201.
11. Hardin JW, Hilbe JM, Hilbe J. Generalized linear models and extensions: Stata Press; 2007.
12. Langer W. Mehrebenenanalyse. Eine Einführung für Forschung und Praxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2009.
13. Neuburger, J., Cromwell, D. A., Hutchings, A., Black, N., van der Meulen, J. H. (2011): Funnel plots for comparing provider performance based on patient-reported outcome measures. BMJ Qual Saf 20(12): 1020-1026.
14. Académie suisse des sciences médicales. Relevé, analyse et publication de données concernant la qualité des traitements médicaux. Recommandations de l'ASSM; 2009.
15. Spiegelhalter, D J. Funnel plots for comparing institutionale performance. Statistics in Medicine 2005, 24:1185-1202.
16. Widera T. Was hat die Adjustierung gebracht? DRV-Schriften 2010; 88: 66-69.

Les versions actuelles des documents de l'ANQ, disponibles sur le [portail web](#), s'appliquent.

Documentation

1. Variables de la Statistique médicale. Spécifications valables dès le 1.1.2020. Office Fédéral de la Statistique OFS, 01/2020.
2. Documentation de l'objectif de participation en allemand, français et italien. ANQ V_2013/03.
3. Evaluation de l'atteinte des objectifs (AO) en allemand, français et italien. ANQ V_2013/04.
4. Explications relatives au relevé et à la documentation de l'objectif principal et à l'atteinte des objectifs en allemand, français et italien. ANQ V_2014/11.
5. Instrument FIM®/MIF : instrument de relevé en allemand, français et italien. ANQ V_2014/11.
6. EBI : instrument de relevé Indice de Barthel étendu en allemand, français et italien. ANQ V_2013/03.
7. TM6M : instrument de relevé Test de marche de 6 minutes en allemand, français et italien. ANQ V_2016/01.
8. MacNew Heart: instrument de relevé MacNew Heart en allemand, français et italien. ANQ V_2013/03.
9. CRQ : instrument de relevé Chronic Respiratory Questionnaire en allemand, français et italien. ANQ V_2013/03.
10. CIRS : instrument de relevé Cumulative Illness Rating Scale en allemand, français et italien. ANQ V_2016/10.

Les versions actuelles des documents de l'ANQ, disponibles sur le [portail web](#), s'appliquent.



Impressum

Titre	Plan de mesure national Réadaptation. Concept d'évaluation.
Auteurs et auteurs	Frederike Basedow, Charité – Universitätsmedizin Berlin Gaia Garuffi, ANQ Manuela Marquardt, Charité – Universitätsmedizin Berlin Stephan Tobler, ANQ Anika Zembic, Charité – Universitätsmedizin Berlin
Lieu/date de publication	Berne/Berlin, août 2024 (v6.0)
Groupe Qualité Réadaptation	Michela Battelli, EOC Faido Caroline Beeckmans, Leukerbad Clinic Dr. sc. med. Gavin Brupbacher, Privatklinik Oberwaid Annette Egger, MPH, Gesundheitsdepartement Basel-Stadt Matthias Mühlheim, Reha Rheinfelden PD Dr. med. Anke Scheel-Sailer, Schweizer Paraplegiker-Zentrum Dr. med. Thomas Sigrist, Klinik Barmelweid AG Marianne Steimle, H+ Dr. med. Christian Sturzenegger, Rehaklinik Bellikon Dr. med. Jan Vontobel, Hochgebirgsklinik Davos AG
Mandant représentée par	ANQ Dr. phil. Stephan Tobler, Responsable Réadaptation
Copyright	ANQ Secrétariat Weltpoststrasse 5 CH-3015 Berne Charité – Universitätsmedizin Berlin Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft Charitéplatz 1 D-10117 Berlin
Traduction	Sonja Funk-Schuler – The Team