
Rapport méthodologique 2018

Plan de mesure national Réadaptation – Modules 2 & 3

Période de relevé : 1er janvier au 31 décembre 2018

9 décembre 2019 / Version 1.0



Charité – Universitätsmedizin Berlin

Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft

E-mail : anq-messplan@charite.de

Sommaire

1.	Introduction	3
2.	Relevé et transmission des données.....	3
3.	Données relevées	4
3.1.	Instruments pour mesurer la qualité des résultats	4
3.1.1.	Documentation de l'objectif de participation et de son atteinte	5
3.1.2.	Instrument FIM®/MIF	5
3.1.3.	Indice de Barthel étendu (EBI)	6
3.1.4.	Score ADL.....	6
3.1.5.	MacNew Heart	6
3.1.6.	Test de marche de 6 minutes	7
3.1.7.	Bicyclette ergométrique	7
3.1.8.	Feeling-Thermomètre	7
3.1.9.	Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)	8
3.2.	Autres données	8
3.2.1.	Set de données minimal de l'Office fédéral de la statistique (OFS).....	8
3.2.2.	Comorbidités (CIRS).....	17
4.	Analyse des données et présentation des résultats	18
4.1.	Qualité des données	18
4.2.	Qualité des résultats	19
4.2.1.	Analyse descriptive.....	19
4.2.2.	Analyse ajustée aux risques.....	20
5.	Exemples de lecture pour les types de graphiques utilisés	24
6.	Littérature	28
7.	Glossaire	32
	Liste des illustrations	37
	Liste des tableaux.....	37
	Liste des abréviations	38
	Impressum.....	39

1. Introduction

Chaque année, les cliniques de réadaptation et unités de réadaptation d'hôpitaux de soins aigus en Suisse (ci-après : cliniques de réadaptation/cliniques) ayant adhéré au contrat national de la qualité relèvent des données sur les résultats de traitement dans le cadre du « plan de mesure national Réadaptation ». L'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), qui a introduit le « plan de mesure national Réadaptation » en 2013, est responsable des mesures de la qualité.

Les données relevées pour les mesures des résultats font l'objet d'une évaluation comparative nationale entre les cliniques de réadaptation. L'Institut d'analyse compétent est l'Institut de sociologie médicale et des sciences de la réadaptation de la Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Ce rapport méthodologique sert de complément aux rapports comparatifs nationaux spécifiques aux différents domaines de réadaptation, publiés pour l'année de mesure 2018 dans le cadre des mesures de la qualité nationales réalisées en réadaptation stationnaire.¹

2. Relevé et transmission des données

La réalisation du relevé, la saisie et la transmission des données incombent aux cliniques participant au plan de mesure national Réadaptation. Les directives contraignantes relatives à la réalisation et à la documentation des mesures sont définies dans le « manuel des procédures » (ANQ, 2018) et le « manuel des données » (ANQ, Charité, 2018). Les deux manuels sont régulièrement actualisés.

Le plan de mesure national Réadaptation comprend divers instruments de mesure de la qualité des résultats, dont deux à trois instruments sont utilisés à l'admission et à la sortie, selon le domaine de réadaptation (cf. chapitre 3.1 – Instruments pour mesurer la qualité des résultats). La réalisation des mesures est obligatoire pour toutes les cliniques ayant adhéré au contrat national de la qualité. Par ailleurs, d'autres données nécessaires à l'évaluation doivent être relevées et transmises. Il s'agit notamment des données administratives et de l'ampleur des comorbidités (cf. chapitre 3.2 – Autres données).

La collecte des données se présente sous forme de relevé complet. Les cliniques livrent les données de l'ensemble des patientes et patients âgés de 18 ans révolus, traités en milieu stationnaire au sein d'une clinique de réadaptation et ayant quitté l'établissement au cours de l'année respective (01.01.-31.12.). La définition des cas correspond à celle de l'Office fédéral de la statistique (OFS) : un cas de traitement est une unité de relevé. Un seul séjour d'une patiente ou d'un patient dans une clinique de réadaptation est à ce titre considéré comme un cas de traitement.

Les cliniques transmettent directement leurs données à l'institut d'analyse par voie électronique. Ce dernier se charge du traitement et de l'analyse des données.

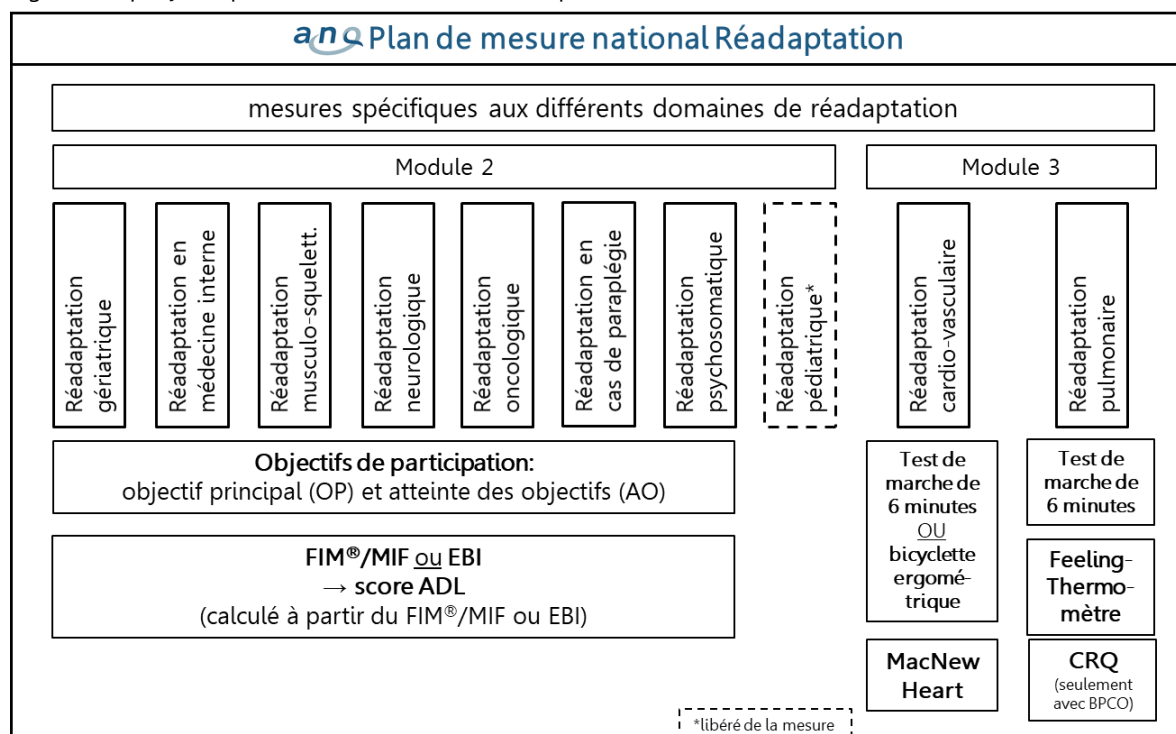
¹ Des rapports comparatifs nationaux 2018 ont été publiés pour la réadaptation gériatrique, en médecine interne, cardiaque, musculo-squelettique, neurologique, oncologique et pulmonaire, ainsi que la catégorie « Autres cas » (ANQ, Charité, 2019a; ANQ, Charité, 2019b; ANQ, Charité, 2019c; ANQ, Charité, 2019d; ANQ, Charité, 2019e; ANQ, Charité, 2019f; ANQ, Charité, 2019g; ANQ, Charité, 2019h).

3. Données relevées

3.1. Instruments pour mesurer la qualité des résultats

Différents instruments sont utilisés pour mesurer la qualité des résultats dans les différents domaines de la réadaptation. La Figure 1 fournit un aperçu des instruments utilisés par domaine de réadaptation.

Figure 1 : Aperçu du plan de mesure national Réadaptation – modules 2 & 3



Comme indicateurs de résultats du *module 2* (réadaptation gériatrique, en médecine interne, musculo-squelettique, neurologique, oncologique, paraplégologie et psychosomatique), la capacité fonctionnelle dans les actes ordinaires de la vie quotidienne est évaluée à l'aide de l'instrument FIM®/MIF ou, alternativement, de l'indice de Barthel étendu (EBI) à l'admission et à la sortie de réadaptation. Un score ADL calculé à partir du FIM®/MIF ou de l'EBI est utilisé pour la comparaison ajustée de la qualité des résultats des différentes cliniques. Les objectifs de participation, y compris leur atteinte, sont également documentés.

Dans le *module 3* – Réadaptation cardiaque – le MacNew Heart est utilisé comme indicateur de résultat à l'admission et à la sortie de réadaptation pour évaluer la qualité de vie liée à la santé. Selon l'état de santé, les cliniques de réadaptation concernées utilisent soit le test de marche de 6 minutes, soit la bicyclette ergométrique comme deuxième indicateur de résultat pour mesurer la capacité fonctionnelle physique. Si l'état de santé le permet, la bicyclette ergométrique est à privilégier par rapport au test de marche de 6 minutes.

Dans le *module 3* – Réadaptation pulmonaire – le test de marche de 6 minutes pour mesurer la capacité fonctionnelle physique et le Feeling-Thermomètre pour évaluer l'état de santé général à l'admission et à la sortie de réadaptation sont utilisés comme indicateurs de résultats. En outre, les cliniques de réadaptation concernées utilisent le Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) comme troisième indicateur de résultat pour les patientes et patients pulmonaires atteints de maladies pulmonaires chroniques obstructives (BPCO).

Tous les instruments de mesure, ainsi que le score ADL pour convertir le FIM®/MIF ou l'EBI (chapitres 3.1.1 à 3.1.9) sont décrits ci-après. Le manuel des procédures (ANQ, 2018) propose une description détaillée des instruments utilisés.

3.1.1. Documentation de l'objectif de participation et de son atteinte

Pour documenter l'objectif de participation et son atteinte, il convient de choisir avec la patiente / le patient au début de la réadaptation l'objectif principal à atteindre au cours du séjour de réadaptation parmi dix différents objectifs des domaines Logement, Travail et Vie socioculturelle. La formulation des objectifs de participation est basée sur la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) (DIMDI, 2005).

L'atteinte de l'objectif est par ailleurs documentée. Lorsque l'objectif de participation initialement fixé n'est pas atteint, il y a lieu d'indiquer « l'objectif alternatif » atteint à la sortie de réadaptation. Lorsque l'objectif fixé à l'admission semble irréaliste pendant la réadaptation, ce dernier doit alors être adapté au cours du séjour de réadaptation et son atteinte documentée. A la sortie de réadaptation, l'atteinte de cet objectif adapté est alors évaluée. Une analyse ajustée aux risques n'est pas possible pour l'instrument Objectif de participation/atteinte de l'objectif en raison de la conception de l'instrument. En principe, l'utilisation d'instruments basés sur la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) reste pertinente, puisque la CIF constitue la base des concepts de traitement dans la réadaptation stationnaire.

3.1.2. Instrument FIM®/MIF

A l'aide de 18 items, le FIM®/MIF (Functional Independence Measure) relève la capacité fonctionnelle dans les actes ordinaires de la vie quotidienne (Activities of Daily Life – ADL) sur une échelle de 7 réponses allant de 1 (« assistance totale ») à 7 (« indépendance complète ») (Keith et al., 1987). Il regroupe les domaines ADL soins personnels, contrôle des sphincters, transferts, déambulation, communication et capacités relationnelles cognitives. En additionnant les valeurs de tous les items, le champ de valeurs potentiel du score global varie entre 18 (« assistance totale ») et 126 points (« indépendance complète »). L'échelle globale est composée d'une sous-échelle motrice et d'une sous-échelle cognitive. Seule la valeur globale est utilisée pour comparer la qualité des résultats. Les observations du personnel clinique relatives aux « actes ordinaires de la vie quotidienne » (ADL) au cours du séjour clinique standard constituent à ce titre la base du relevé FIM®/MIF. L'étude portant sur la différence minimale cliniquement importante est très limitée. Selon une enquête réalisée auprès de patientes et patients victimes d'une attaque apoplectique, la différence minimale cliniquement importante est plus élevée pour la

sous-échelle motrice que pour la sous-échelle cognitive. Quant à l'échelle globale, il est estimé qu'une différence de minimum 22 points est cliniquement importante (Beninato et al., 2006).

3.1.3. Indice de Barthel étendu (EBI)

L'EBI relève également la capacité fonctionnelle dans les actes ordinaires de la vie quotidienne et a été développé en tant qu'alternative au FIM®/MIF (Prosiegel et al., 1996). A l'instar du FIM®/MIF, les observations du personnel clinique à propos des patientes et patients constituent la base du relevé. Par item, il est possible d'attribuer 0 (« pas possible ») à 4 points (« autonome »). Le score global est calculé en additionnant les différents items et peut englober des valeurs allant de 0 (« assistance totale ») à 64 (« indépendance complète »). Comme pour le FIM®/MIF, il comprend deux sous-échelles, une motrice et une cognitive. La valeur globale de l'EBI est utilisée pour comparer la qualité des résultats. Pour l'EBI, il n'existe a priori pas d'études connues qui définissent une différence minimale cliniquement importante. Pour l'indice de Barthel simple (uniquement la partie motrice de l'EBI) et selon une étude réalisée, un écart de 1.85 points sur une échelle de 0 à 20 est décrit comme une différence minimale cliniquement importante (Hsieh et al., 2007).

3.1.4. Score ADL

Afin de pouvoir réaliser une comparaison équitable de la qualité des résultats par-delà toutes les cliniques, indépendamment de l'instrument utilisé (FIM®/MIF ou EBI), des expertes et experts ont développé un algorithme de conversion, le score ADL (Activities of Daily Life). Celui-ci a été empiriquement validé, avant d'être finalisé et approuvé au sein d'un atelier d'experts (Brünger et al., 2017). L'algorithme de conversion repose sur l'affectation d'items du FIM®/MIF et de l'EBI similaires, ainsi que sur les catégories de réponse compatibles au sein des items affectés. 15 des 16 items de l'EBI et tous les items du FIM®/MIF ont été intégrés dans le score ADL. Par item, 0 à 4 points peuvent être atteints. Au niveau de l'échelle, le score ADL comprend une plage de valeurs de 0 à 60 points en additionnant 15 affectations d'items. Le score ADL ne remplace pas le FIM®/MIF ou l'EBI, mais sert uniquement à la comparaison de la qualité des résultats, indépendamment de l'utilisation du FIM®/MIF ou de l'EBI.

3.1.5. MacNew Heart

A l'aide de 27 items, l'instrument d'autoévaluation MacNew Heart relève la qualité de vie liée à la santé sur une échelle à sept niveaux allant de 1 (« très limité ») à 7 (« pas du tout limité ») (Höfer et al., 2004). Le score global du MacNew Heart est calculé à partir de la valeur moyenne de tous les items et intègre également des valeurs entre 1 (« limitation élevée ») et 7 (« pas du tout de limitation »). Outre le score global, des échelles secondaires peuvent être calculées pour les trois domaines fonctionnels « qualité de vie physique, émotionnelle et sociale », par établissement de la moyenne. Le score global est utilisé pour la comparaison de la qualité des résultats. Il convient de répondre au moins à 50% des items pour chacun des trois domaines afin d'obtenir le score global. Dans les études, une amélioration du MacNew Heart de près de 0.5 points est qualifiée de différence minimale cliniquement importante (Dixon et al., 2002; Höfer et al., 2012).

3.1.6. Test de marche de 6 minutes

Le test de marche de 6 minutes mesure la capacité fonctionnelle physique (Guyatt et al., 1985). A cet effet, la patiente ou le patient doit marcher aussi loin que possible en l'espace de six minutes. La distance parcourue à l'admission et à la sortie est consignée en mètres. En cas de douleurs thoraciques, de forte détresse respiratoire, d'épuisement, de douleurs de l'appareil locomoteur ou autres problèmes de santé graves, le test est interrompu. Ces motifs d'interruption sont documentés. En guise d'assistance pour le test de marche de 6 minutes, des auxiliaires de marche et/ou de l'oxygène peuvent être utilisés. Les études quant à une différence minimale cliniquement importante chez les patientes et patients pulmonaires est hétérogène. Selon l'indication et la population étudiée, les améliorations de la distance de marche d'environ 24 à 80 mètres (avec un focus aux alentours de 30 mètres) ou de 10% sont considérées comme cliniquement pertinentes (Redelmeier et al., 1997; Morr, 2006; Puhan et al., 2008b; du Bois et al., 2011; Mathai et al., 2012). En réadaptation cardiaque, aucune étude notoire n'est connue en matière de différence minimale cliniquement importante. Selon une méta-analyse, la réactivité du test de marche de 6 minutes à un changement de l'état clinique après une réadaptation cardiaque ambulatoire est bien établie. Sur la base des onze études prises en compte, l'amélioration moyenne estimée de la distance de marche est d'environ 60 mètres (Bellet et al., 2012).

3.1.7. Bicyclette ergométrique

La bicyclette ergométrique mesure également la capacité fonctionnelle physique (Pantet et al., 2012). Les conditions sont une résistance physique suffisante et la présence d'une assistance d'urgence sur le lieu du test. Le protocole d'effort standard s'inspire du « Statement on cardiopulmonary exercise testing » de l'American Thoracic Society (ATS) et de l'American College of Chest Physicians (ACCP). Il comprend une phase de préparation et d'échauffement, suivie d'une phase d'effort et d'une phase de récupération optionnelle. La performance maximale fournie en watts, ainsi que la durée de la phase d'effort réalisée sont documentées. Le motif de cessation/d'interruption de la bicyclette ergométrique est en outre relevé. Le nombre maximal de watts atteint est évalué à titre d'indicateur de résultat.

Dans la littérature, les améliorations d'environ 5 à 10 watts sont considérées comme différence cliniquement importante, en particulier pour les diagnostics pulmonaires (Sutherland, Make, 2005; Puhan et al., 2011; Andrianopoulos et al., 2014).

3.1.8. Feeling-Thermomètre

A l'aide du Feeling-Thermomètre, la patiente ou le patient relève par soi-même son état de santé général au cours des trois derniers jours à l'aide d'une échelle visuelle analogique allant de 0 (« pire état de santé imaginable ») à 100 (« meilleur état de santé imaginable »). L'échelle de réponse est à ce titre représentée sous forme de thermomètre. Pour une meilleure comparabilité des résultats, le thermomètre utilisé dans le cadre du plan de mesure national Réadaptation devrait mesurer environ 20 cm. Les Feeling-Thermomètres sont largement utilisés, notamment en réadaptation pulmonaire (Puhan et al., 2004). Conformément à une étude, les changements de l'état de santé général d'environ 8 points sont considérés comme des différences minimales cliniquement importantes (Schünemann et al., 2003).

3.1.9. Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)

L'instrument d'autoévaluation Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) mesure la qualité de vie liée à la santé des patientes et patients atteints de maladies pulmonaires chroniques. Le CRQ est utilisé dans le cadre du « plan de mesure national Réadaptation » pour les patientes et patients atteints de maladies pulmonaires chroniques obstructives (BPCO), sous forme d'une version de 20 questions réparties en quatre domaines, avec une échelle allant de 1 (« limitation maximale ») à 7 (« aucune limitation »). Les domaines comprennent la dyspnée, la fatigue, l'humeur et la maîtrise de la maladie. La valeur moyenne de chaque domaine est calculée, puis la moyenne des scores des divers domaines permet d'obtenir le score global final. Ainsi, ce dernier évolue également entre 1 et 7. Les études précisent qu'un changement de près de 0.5 points pour le CRQ est considéré comme une différence minimale cliniquement importante (Jones, 2002; Schünemann et al., 2005; Puhan et al., 2008a).

3.2. Autres données

En plus des données des instruments de mesure relevées pour les différents domaines de réadaptation (cf. 3.1), le set de données minimal de la statistique de l'OFS (cf. 3.2.1), ainsi que le Cumulative Illness Rating Scale (CIRS, cf. 3.2.2) doivent être relevés pour chaque cas.

3.2.1. Set de données minimal de l'Office fédéral de la statistique (OFS)

Les données minimales de l'OFS contiennent notamment des caractéristiques sociodémographiques et informations sur le séjour en réadaptation (Bundesamt für Statistik, 2017). Les données sociodémographiques englobent l'âge, le sexe et la nationalité. Pour l'ajustement des risques, toutes les nationalités non suisses sont regroupées. D'autres caractéristiques du set de données minimal transmises sont la durée de traitement (différence entre le moment de l'admission et celui de sortie en jours), le statut d'assurance, la prise en charge des soins de base, ainsi que le séjour avant l'admission et après la sortie de réadaptation. Pour les trois dernières caractéristiques, des valeurs caractéristiques rarement citées ont été regroupées pour des raisons méthodologiques à des fins d'ajustement des risques.

Pour chaque domaine de réadaptation, les diagnostics principaux à la sortie ont été regroupés en catégories de diagnostic selon les sous-chapitres respectifs de la CIM-10 (DIMDI, 2015). En présence d'un faible nombre de cas, certains chapitres de la CIM-10 ont parfois été regroupés suivant leur contenu, de sorte à obtenir un nombre de cas suffisant dans la catégorie de diagnostic. Les catégories de diagnostic indiquées sont utilisées pour l'ajustement des risques. Le regroupement des diagnostics de sortie en catégories de diagnostic est présenté ci-après pour tous les domaines de réadaptation.

3.2.1.1. Catégories de diagnostic – réadaptation gériatrique

En réadaptation gériatrique, dix catégories de diagnostic ont été constituées (Tableau 1). Les diagnostics principaux à la sortie ont été regroupés selon les sous-chapitres des chapitres de la CIM-10 (DIMDI, 2015). En fonction du nombre de cas, les différents chapitres de la CIM-10 sont regroupés suivant leur contenu, de sorte à obtenir un nombre de cas suffisant dans la catégorie de diagnostic. Il s'agit d'une part des « Maladies du système nerveux » (chapitre G) et des « Maladies de l'œil et de l'oreille » (chapitre H). Par ailleurs, les chapitres de la CIM-10 consacrés aux « Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques » (chapitre E), les « Maladies de l'appareil digestif » (chapitre K) et les « Maladies de l'appareil génito-urinaire » (N) ont été regroupés en une seule catégorie de diagnostic. Cette catégorie fait aussi office de catégorie de référence pour l'ajustement des risques.

Tableau 1 : Catégories de diagnostic dans la réadaptation gériatrique

Catégories de diagnostic	Codes CIM-10 attribués (diagnostic principal)*
Tumeurs	C00-D48
Troubles mentaux et du comportement	F00-F99
Maladies du système nerveux, Maladies de l'oeil et de l'oreille	G00-G99; H00-H95
Maladies de l'appareil circulatoire	I00-I59, I70-I99
Maladies de l'appareil respiratoire	J00-J99
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques & maladies de l'appareil digestif et de l'appareil génito-urinaire	E00-E90; K00-K93; N00-N99
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	M00-M99
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	R00-R94
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	S00-T98
Autres maladies	Tous les codes CIM-10 restants

* Les codes CIM-10 Z03.9, Z45.01, Z46.3, Z47.8, Z50.7, Z50.8, Z50.9, Z74.2, Z75.8, Z76.8, Z85.8, Z86.7, Z90.4, Z94.0, Z94.4, Z96.64, Z98.1 ou Z98.2 ont uniquement été attribués lorsque le diagnostic supplémentaire ou un diagnostic secondaire contient un code CIM-10 comme indiqué dans le tableau.

3.2.1.2. Catégories de diagnostic – réadaptation musculo-squelettique

En réadaptation musculo-squelettique, onze catégories de diagnostic ont été constituées (Tableau 2). Les diagnostics principaux à la sortie ont été regroupés selon les sous-chapitres du chapitre M de la CIM-10 (DIMDI, 2015). En raison de leur prévalence élevée, les arthropathies ont été réparties en « Coxarthrose », « Gonarthrose » et « Autres arthropathies ». Les « Lésions traumatiques » des chapitres S et T constituent une autre catégorie de diagnostics. Une catégorie distincte comprend les « Complications de prothèses, implants ou greffes orthopédiques propres à une réimplantation ou amputation ». Les diagnostics développés dans d'autres chapitres liés aux maladies musculo-squelettiques ont également été catégorisés en conséquence. Dans ce contexte, une orientation aux références croisées de la CIM-10 a été réalisée. Tous les cas présentant un autre diagnostic ont été regroupés dans une catégorie « Autres maladies ». La catégorie « Coxarthrose » fait office de catégorie de référence pour l'ajustement des risques.

Tableau 2 : Catégories de diagnostic dans la réadaptation musculo-squelettique

Catégories de diagnostic	Codes CIM-10 attribués (diagnostic principal)
Coxarthrose	M16 *
Gonarthrose	M17 *
Autres arthropathies	M00-M15, M18-M25 *
Dorsopathies	M40-M54
Ostéopathies et chondropathies	M80-M94
Autres atteintes systémiques du tissu conjonctif	M30-M36
Affections des tissus mous	M60-M79
Autres maladies musculo-squelettiques	M95-M99, R26, R52
Lésions traumatiques	S02, S12, S13, S20.2, S22, S23, S28, S29, S30.0, S32, S33, S40.0, S42, S43, S46-S49, S50.0, S50.1, S52, S53, S56-S59, S60.0-S60.2, S62, S63, S65-69, S70.0, S70.1, S72, S73, S75-79, S80.0, S80.1, S82, S83, S86-S89, S90.0-S90.3, S92, S93, S96-99, T02-T08, T09.05, T09.2, T09.5-T09.9, T10, T11.05, T11.2, T11.5-T11.9, T12, T13.05, T13.2, T13.5-T13.9, T14.05, T14.2, T14.3, T14.6-T14.9, T79.6, T81, T90-T94 **
Complications de prothèses, implants ou greffes orthopédiques, propres à une réimplantation ou amputation	T84, T87
Autres maladies	Tous les codes CIM-10 restants

* Les codes CIM-10 Z46.7, Z47, Z48, Z50.7, Z50.8, Z50.9, Z89, Z96.6, Z96.9, Z96.88, Z98.1, Z98.8 ont uniquement été attribués lorsque le diagnostic supplémentaire ou un diagnostic secondaire contient un code CIM-10 comme indiqué dans le tableau.

** Les codes CIM-10 V99, W49.9, X59.9, X84.9, Y09.9, Y34.9, Y35.7, Y36.9, Y69, Y82.8, Y84.9 ont uniquement été attribués lorsque le diagnostic supplémentaire ou un diagnostic secondaire contient un code CIM-10 des chapitres S et T comme indiqué dans le tableau.

3.2.1.3. Catégories de diagnostic – réadaptation neurologique

En réadaptation neurologique, 13 catégories de diagnostic ont été constituées (Tableau 3). Les diagnostics principaux à la sortie ont été regroupés selon les sous-chapitres du chapitre G de la CIM- 10 (DIMDI, 2015). Les « Tumeurs du système nerveux » des chapitres C et D, les « Maladies cérébrovasculaires » du chapitre I et les « Lésions traumatiques » des chapitres S et T constituent d'autres catégories de diagnostic. Les diagnostics développés dans d'autres chapitres liés aux maladies neurologiques ont également été catégorisés en conséquence. Dans ce contexte, une orientation aux références croisées de la CIM-10 a été réalisée. Tous les cas présentant un autre diagnostic ont été regroupés dans une catégorie « Autres maladies ». La catégorie « Maladies inflammatoires du SNC » fait office de catégorie de référence pour l'ajustement des risques.

Tableau 3 : Catégories de diagnostic dans la réadaptation neurologique

Catégories de diagnostic	Codes CIM-10 attribués (diagnostic principal)*
Maladies inflammatoires du SNC	G00-G09, A17, A32.1, A39.1-A39.4, A39.9, A40, A41, A52.1, A52.3, A69.2, A80-A89, B00.3, B00.4, B01.0, B01.1, B02.0, B02.1, B02.2, B05.0, B05.1, B06.0, B15.0, B16.0, B16.2, B19.0, B26.1, B50.0, B58.2, B69.0, B90.0, B94.1, F07.1
Affections dégénératives du système nerveux et analogues	G10-G32, B91, E51.2, E53.8, F00-F05, F06.7, R25-R29
Affections démyélinisantes du SNC	G35-G37
Affections épisodiques et paroxystiques du SN	G40-G47
Affections des nerfs, des racines et plexus nerveux, spondylopathies, autres dorsopathies	G50-G59, M45-M49, M50-M54, R51, R52
Polynévrites et autres affections du SN périphérique	G60-G64
Maladies de la jonction neuro-musculaire et des muscles	G70-G73
Paralysie cérébrale et autres syndromes paralytiques	G80-G83
Autres affections du SN	G90-G99, H81, Q00-Q07, Q85, R41-R44, R47-R49
Maladies cérébrovasculaires	I60-I69
Lésions traumatiques	S01-S08, S12-S14, S22-S24, S32-S34, S42-S44, S52-S54, S62-S64, S72-S74, S82-84, S92-94, T01-T14, T79, T90.1-T90.9, T91.1, T92.1, T91.3
Tumeurs du SN	C70-C72, C79.3-C79.5, D32, D33, D35.1-D35.5, D36.1
Autres maladies	Tous les codes CIM-10 restants

* Les codes CIM-10 V99, X59.9, Y57, Y84.9, Z44.1, Z46.8, Z50.7, Z50.8, Z50.9, Z89, Z90, Z96.9, Z98.2 ou Z98.8 ont uniquement été attribués lorsque le diagnostic supplémentaire ou un diagnostic secondaire contient un code CIM-10 du tableau ci-dessus.

3.2.1.4. Catégories de diagnostic – réadaptation en médecine interne

Dans la réadaptation en médecine interne, douze catégories de diagnostic ont été constituées (Tableau 4). Les diagnostics principaux à la sortie ont été regroupés selon les sous-chapitres des chapitres de la CIM-10 (DIMDI, 2015). En fonction du nombre de cas, les différents chapitres de la CIM-10 sont regroupés suivant leur contenu, de sorte à obtenir un nombre de cas suffisant dans la catégorie de diagnostic. Il s'agit d'une part des « Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif » (chapitre M), ainsi que des « Lésions, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes » (chapitres S, T00-T14 et T80-T89). Les « Maladies du système nerveux » (chapitre G) et les « Maladies de l'œil et de l'oreille » (chapitre H) ont été regroupées en une seule catégorie de diagnostic. La catégorie « Maladies de l'appareil digestif » fait office de catégorie de référence pour l'ajustement des risques.

Tableau 4 : Catégories de diagnostic dans la réadaptation en médecine interne

Catégories de diagnostic	Codes CIM-10 attribués (diagnostic principal)*
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	A00-B99
Tumeurs	C00-D48
Maladies de l'appareil circulatoire	I00-I59, I70-I99
Maladies de l'appareil respiratoire	J00-J99
Maladies de l'appareil digestif	K00-K93
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, lésions & complications	M00-M99, S00-T14, T80-T89
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire	R00-R94
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	E00-E90
Maladies de l'appareil génito-urinaire	N00-N99
Maladies du système nerveux, de l'œil et de l'oreille	G00-G99, H00-H95, I60-I69
Troubles mentaux et du comportement	F00-F99
Autres maladies	Tous les codes CIM-10 restants

* Les codes CIM-10 Z43.2, Z50.7, Z50.8, Z50.9 ou Z95.4 ont uniquement été attribués lorsque le diagnostic supplémentaire ou un diagnostic secondaire contient un code CIM-10 comme indiqué dans le tableau.

3.2.1.5. Catégories de diagnostic – réadaptation oncologique

En réadaptation oncologique, huit catégories de diagnostic ont été constituées, principalement subdivisées en sous-chapitres du chapitre « Tumeurs malignes » (C00-D48) de la CIM-10 (Tableau 5). Les « tumeurs malignes du tractus gastro-intestinal inférieur » (C17-C21, C26) ont été différenciées de celles « du tractus gastro-intestinal supérieur et du foie » (C15, C16, C22-C25). Les sous-chapitres dont les diagnostics ont été rarement documentés ont été regroupés sous « Autres tumeurs malignes ». Tous les diagnostics non oncologiques sont regroupés sous « Autres maladies ». La catégorie « Tumeurs malignes du tractus gastro-intestinal inférieur » fait office de catégorie de référence pour l'ajustement des risques.

Tableau 5 : Catégories de diagnostic dans la réadaptation oncologique

Catégories de diagnostic	Codes CIM-10 attribués (diagnostic principal)
Tumeurs malignes du tractus gastro-intestinal supérieur et du foie	C15, C16, C22-25
Tumeurs malignes du tractus gastro-intestinal inférieur	C17-C21, C26
Tumeurs malignes des organes respiratoires et intrathoraciques	C30-C39
Tumeurs malignes des organes génitaux	C51-C68
Tumeurs malignes du sein	C50
Tumeurs malignes primitives ou présumées primitives des tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentés	C81-C96
Autres tumeurs malignes	C00-C14, C40-C49, C69-C80, C97, D00-D09
Autres maladies	Tous les codes CIM-10 restants

3.2.1.6. Catégories de diagnostic – réadaptation cardiaque

En réadaptation cardiaque, huit catégories de diagnostic ont été constituées (Tableau 6). Pour les patientes et patients cardiaques, les diagnostics principaux à la sortie ont été regroupés selon les sous-chapitres du chapitre I de la CIM-10 (DIMDI, 2015). En raison de leur prévalence élevée, les cardiopathies ischémiques ont été subdivisées en « Cardiopathies ischémiques chroniques » (I25) et « Autres cardiopathies ischémiques » (I20-I24). Le sous-chapitre « Autres formes de cardiopathies » (I30-I52) a aussi été subdivisé en « Atteintes non rhumatismales de la valvule mitrale » (I34), « Atteintes non rhumatismales de la valvule aortique » (I35) et « Autres formes de cardiopathies » (I30-I33, I36-I52). D'autres sous-chapitres avec des diagnostics rarement codés ont cependant été regroupés. Les diagnostics liés aux cardiopathies, développés dans d'autres chapitres, ont également été catégorisés en conséquence. Dans ce contexte, une orientation aux références croisées de la CIM-10 a été réalisée. Tous les cas présentant un autre diagnostic ont été regroupés dans une catégorie « Autres maladies ». La catégorie « Cardiopathies ischémiques chroniques » fait office de catégorie de référence pour l'ajustement des risques.

Tableau 6 : Catégories de diagnostic dans la réadaptation cardiaque

Catégories de diagnostic	Codes CIM-10 attribués (diagnostic principal)*
Cardiopathie ischémique chronique	I25, Q24.5
Autres cardiopathies ischémiques	I20-I24
Atteintes non rhumatismales de la valvule mitrale	I34, Q23.2, Q23.3
Atteintes non rhumatismales de la valvule aortique	I35, Q23.0, Q23.1, Q23.4-Q23.9
Autres formes de cardiopathies	I30-I33, I36-52, A01.0, A18.8, A36.8, A39.5, A52.0, A54.8, B26.8, B37.6, B57.0, B57.2, B58.8, B65, D86.8, E63.9, E05.0, E85, J09, J10.8, J11.8, M05.3, M10.0, M32.1, N18, O08.8, O75.4, O90.3, O99.4, Q20-28, R00, R57.0, R94.3, S26, Z94.1, Z94.3
Maladies des artères, artérioles et capillaires	I70-I79, D22, G45.9, K55.0, M30-36, N28.0, Q82.5
Autres cardiopathies	I00-I15, I26-I28, I60-I69, I80-I99, A67.2, B74, D15.1, F01, G08, G10, G25.5, G45, G90.3, K75.1, L03, L04, N50.8, O22, O26.5, O87.8, Q82.0, Q88, R03.1, R57.9, R59, S06, S25, S35, S45, S55, S65, S75, S85, S95, T80-T82
Autres maladies	Tous les codes CIM-10 restants

* Les codes CIM-10 Y57, Y84.9, Z46.8, Z50.0, Z50.8, Z50.9, Z94.1, Z95 ou Z96.9 ont uniquement été attribués lorsque le diagnostic supplémentaire ou un diagnostic secondaire contient un code CIM-10 du tableau ci-dessus.

3.2.1.7. Catégories de diagnostic – réadaptation pulmonaire

En réadaptation pulmonaire, huit catégories de diagnostic ont été constituées (Tableau 7). Pour les patientes et patients pulmonaires, les diagnostics principaux à la sortie ont été regroupés selon les sous-chapitres du chapitre J de la CIM-10 (DIMDI, 2015). En raison de la fréquence et des différents degrés de gravité des maladies, le sous-chapitre « Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures » a été subdivisé en quatre catégories, surtout à l'aide du volume expiratoire forcé en 1 seconde (VEF1). Le sous-chapitre « Grippe et pneumopathie » constitue une autre catégorie. Les autres sous-chapitres du chapitre J, avec des diagnostics rarement codés, ont toutefois été regroupés dans une même catégorie. Une catégorie de diagnostic supplémentaire englobe les « Maladies oncologiques des voies respiratoires » des chapitres C et D. Les diagnostics liés aux maladies pulmonaires, développés dans d'autres chapitres de la CIM-10, ont également été catégorisés en conséquence. Dans ce contexte, une orientation aux références croisées de la CIM-10 a été réalisée. Tous les cas présentant un autre diagnostic ont été regroupés dans une catégorie « Autres maladies ». Dans le cadre de l'ajustement des risques pour les comparaisons des résultats du test de marche de 6 minutes et du Feeling-Thermomètre, la catégorie de référence est « Grippe et pneumopathie » pour l'évaluation du CRQ ajustée aux risques la catégorie de référence est « BPCO avec VEF1 <35% ».

Tableau 7 : Catégories de diagnostic dans la réadaptation pulmonaire

Catégories de diagnostic	Codes CIM-10 attribués (diagnostic principal)*
Grippe et pneumopathie	J09-J18, A01.0, A02.2, A21.2, A22.1, A37, A42.0, A43.0, A48.1, A49.2, A69.8, A70, A78, B01.2, B05.2, B06.8, B25.0, B37.1, B38.0-B38.2, B39, B44.0, B44.1, B58.3, B59, B65, B77.8, G00, I00, O29.0, O74.0, O89.0, P23, P35.0
BPCO avec VEF1 <35%	J44.00, J44.10, J44.80, J44.90
BPCO avec VEF1 ≥35% et <50%	J44.01, J44.11, J44.81, J44.91
BPCO avec VEF1 ≥50% ou inconnu	J44.02-J44.09, J44.12-J44.19, J44.82-J44.89, J44.92-J44.99
Autres maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	J40-J43, J45-J47, A15, A16, P25, Q33.4, T79.7, T81.8
Autres maladies des voies respiratoires	J00-J06, J30-J39, J60-J99, I26-I28
Maladies oncologiques des voies respiratoires	C00-C14, C30-C39, C45.0, C45.9, C47.0, C47.3, C49.0, C49.3, C76.0, C76.1, C77.0, C78.0-CC78.4, C85.2, D00, D14.2-D14.4, D15.2, D15.7, D15.9
Autres maladies	Tous les codes CIM-10 restants

* Les codes CIM-10 Z50.0, Z50.8, Z50.9, Z94.2 ou Z94.3 ont uniquement été attribués lorsque le diagnostic supplémentaire ou un diagnostic secondaire contient un code CIM-10 du tableau ci-dessus.

3.2.1.8. Catégories de diagnostic « Autres cas »

Pour les « Autres cas », les 21 catégories principales de la CIM-10 sont utilisées à des fins de catégorisation (Tableau 8).

Tableau 8 : Catégories de diagnostic dans la catégorie « Autres cas »

Catégories de diagnostic	Codes CIM-10 attribués (diagnostic principal)
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	A00-B99
Tumeurs	C00-D48
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	D50-D90
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	E00-E90
Troubles mentaux et du comportement	F00-F99
Maladies du système nerveux	G00-G99
Maladies de l'œil et de ses annexes	H00-H59
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	H60-H95
Maladies de l'appareil circulatoire	I00-I99
Maladies de l'appareil respiratoire	J00-J99
Maladies de l'appareil digestif	K00-K93
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	L00-L99
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	M00-M99
Maladies de l'appareil génito-urinaire	N00-N99
Grossesse, accouchement et puerpéralité	O00-O99
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	P00-P96
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Q00-Q99
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	R00-R94
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	S00-T98
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Z00-Z99
Codes d'utilisation particulière	U00-U99

3.2.2. Comorbidités (CIRS)

L'ampleur des comorbidités à l'admission en réadaptation est relevée à l'aide du Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) (Linn et al., 1968). Pour les mesures de l'ANQ, la version complétée par une 14^{ème} catégorie supplémentaire (« Troubles psychiques ») et le manuel associé sont utilisés (Salvi et al., 2008). Les versions allemande, française et italienne de cet instrument d'évaluation réservé à des tiers ont été élaborées par l'ANQ. Pour chacun des 14 systèmes organiques, le personnel médical attribue une valeur allant de 0 (« aucun problème ») à 4 (« problème très grave ») sur une échelle de cinq réponses. Le score total du CIRS varie entre 0 (« pas de comorbidité ») et 56 points (« potentielle comorbidité maximale »).

4. Analyse des données et présentation des résultats

Les analyses de données relatives à la qualité des résultats et les rapports comparatifs nationaux pour les différents domaines de réadaptation se basent sur le concept d'évaluation actuellement en vigueur (ANQ, Charité, 2019i).

L'intégralité et la qualité des données sont primordiales pour la pertinence des résultats. Dans une première étape d'analyse, la qualité de toutes les données transmises est donc contrôlée (cf. 4.1). Seuls les cas dont les données sont intégralement évaluables sont inclus dans les analyses comparatives de la qualité des résultats. Les évaluations de la qualité des résultats (cf. 4.2) comprennent des analyses descriptives et ajustées aux risques.

4.1. Qualité des données

Sur la base de critères de qualité des données définis, les données relevées (données de mesure, autres données ; cf. chapitre 3) sont analysées quant à leur évaluabilité. La dernière étape des analyses de la qualité des données consiste à identifier la proportion de cas présentant des données intégralement évaluables à des fins d'analyse comparative des résultats.

En collaboration avec le Groupe Qualité Réadaptation, il a été décidé que les données intégralement évaluables suivantes doivent être disponibles pour l'intégration dans les analyses des résultats :

- Instruments de mesure spécifiques aux différents domaines de réadaptation (resp. à l'admission et à la sortie)
- Données minimales de l'OFS
- Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
- Indication par la clinique du domaine de réadaptation selon « DefReha[®], version 2.0 » (H+ Les Hôpitaux de Suisse, 2018)² dans lequel la patiente ou le patient a été traité

² L'affectation d'une patiente / d'un patient à un domaine de réadaptation est réalisée au sein de la clinique de réadaptation et s'oriente au document de définition «DefReha[®] version 2.0».

Les cas livrés sont attribués aux quatre catégories suivantes :

- a) Cas évaluable : toutes les données requises sont disponibles.
- b) Cas de drop-out : le cas est codé comme drop-out. Il s'agit des cas présentant un séjour stationnaire en réadaptation inférieur à 7 jours, ainsi que des cas pour lesquels des mesures n'ont pas pu être réalisées en raison d'une interruption inattendue du traitement (transfert de plus de 24h dans un autre hôpital de soins aigus, décès, sortie anticipée à la demande de la patiente ou du patient).
- c) Cas avec une renonciation au test : pour certains instruments de mesure (questionnaire patient, test de performance), une renonciation au test a été indiquée. Pour cet instrument, il manque alors des données de mesure évaluable pour l'un ou les deux moments de mesure, toutes les autres informations requises sont complètes.
- d) Cas présentant des données incomplètes : il manque des données importantes des instruments de mesure et/ou de la statistique OFS et/ou du CIRS pour l'évaluation.

Les cas attribués aux catégories a) à c) sont intégralement documentés, même si les cas de la catégorie a) sont les seuls à pouvoir être utilisés pour les analyses liées à la comparaison de la qualité des résultats. Le critère pour une bonne qualité des données est une proportion élevée de cas intégralement documentés sur le nombre total de cas documentés traités pendant la période d'observation. Pour chaque cas, les données complètes, y compris les informations sur la renonciation au test ou sur les drop-outs sont idéalement incluses dans les données de mesure.

Les cliniques reçoivent chaque année des rapports individuels sur la qualité de leurs données. Elles y trouvent des informations sur leur proportion de cas évaluable et intégralement documentés, comparée à l'échantillon global. Ces rapports mettent également en exergue les sources d'erreur et présentent des suggestions d'optimisation de la qualité des données. L'objectif est d'améliorer la qualité des données et de générer une base de données aussi importante et représentative que possible pour les comparaisons nationales des résultats.

4.2. Qualité des résultats

4.2.1. Analyse descriptive

Dans un premier temps, toutes les données sont analysées sous forme descriptive. La description porte d'une part sur les caractéristiques sociodémographiques du case-mix comme p.ex. l'âge, le sexe et la nationalité, et d'autre part sur les caractéristiques médicales du case-mix telles que les fréquences de certains groupes de diagnostic au sein d'un indicateur principal et l'ampleur des comorbidités.

La description des données porte par ailleurs sur la présentation des valeurs non ajustées des indicateurs de résultats (« valeurs brutes ») à l'admission et à la sortie (score ADL, test de marche de 6 minutes ou bicyclette ergométrique, MacNew Heart, Feeling-Thermomètre, CRQ). L'évaluation des objectifs de participation (réadaptation gériatrique, en médecine interne, musculo-squelettique, neurologique, oncologique, paraplégologie et psychosomatique) montre les objectifs de participation définis et la fréquence à laquelle ils ont été atteints avec ou sans adaptation. En outre, la fréquence de l'adaptation des objectifs initialement choisis au cours de la réadaptation est également présentée. Pour les trois objectifs de participation les plus souvent adaptés, les objectifs alternatifs formulés sont indiqués.

Pour la description de l'échantillon, les distributions des différentes caractéristiques de patients pour l'ensemble de l'échantillon sont présentées dans la partie principale des rapports comparatifs nationaux.

Les résultats spécifiques aux cliniques sont présentés dans l'annexe aux rapports. Pour la présentation des données catégorielles, des graphiques à colonnes ont été choisis pour les résultats de l'échantillon global et des graphiques à barres empilées pour les résultats spécifiques aux cliniques. Pour les données métriques, des histogrammes et boîtes à moustaches simplifiées sont utilisés (cf. chapitre 5 – Exemples de lecture pour les types de graphiques utilisés).

4.2.2. Analyse ajustée aux risques

Certaines caractéristiques de patients (p.ex. âge ou comorbidités) peuvent être liées au succès du traitement de réadaptation. Ces caractéristiques (également appelées « valeurs confondantes ») ne font toutefois pas l'objet d'une répartition équitable entre les cliniques. Une comparaison des indicateurs de résultat entre les cliniques, sans ajustement pour la structure de patients respective, n'est donc pas suffisante. Il s'agit surtout de tenir compte du case-mix de la clinique concernée. Ce procédé est aussi appelé « ajustement des risques ». Il doit être vérifié sur le plan statistique pour les caractéristiques dont l'importance ne peut pas être influencée par la clinique: p.ex. caractéristiques de patients au début du traitement (Farin, 2005).

Les procédés d'analyse régressionnelle sont un standard courant pour l'ajustement du case-mix lors de comparaisons cliniques. Les régressions évaluent une variable (dépendante) à expliquer (dans ce cas la valeur de sortie de l'indicateur de résultat, p.ex. score ADL calculé à partir FIM®/MIF ou de l'EBI, score global du MacNew Heart, distance parcourue en mètres lors du test de marche de 6 minutes) à l'aide de variables (indépendantes) explicatives comme par exemple l'âge et le sexe. Outre les caractéristiques de la composition de l'échantillon (case-mix) qui font office de variables explicatives, le modèle d'évaluation pour la comparaison des résultats ajustée aux risques tient également compte d'une variable factorielle pour chaque clinique (facteur clinique) (Dümbgen et al., 2016).

Les variables listées dans le Tableau 9 ont été choisies comme potentielles valeurs confondantes pour l'ajustement, ceci au regard de leur influence clinique et statistique sur le résultat de traitement.

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 de traitement de la clinique calculé dans chaque instrument concerné (p.ex. score ADL, score global MacNew Heart, distance parcourue en mètres lors du test de marche de 6 minutes) 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 et centrés autour de la valeur de référence zéro. À 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 une comparaison équitable des cliniques, puisqu'elle tient compte des différentes structures de patients (case mix) et des caractéristiques de chaque clinique (facteur clinique). Un intervalle de confiance de 95%, calculé pour les valeurs comparatives des cliniques, contient la valeur comparative réelle et inconnue avec une probabilité définie de 95% (Dümbgen, 2016).

Tableau 9 : Valeurs confondantes et variables associées

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® ou EBI) ...MacNew Heart ...Test de marche de 6 minutes ...Bicyclette ergométrique ...Feeling Thermomètre ...Chronic Respiratory Questionnaire (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

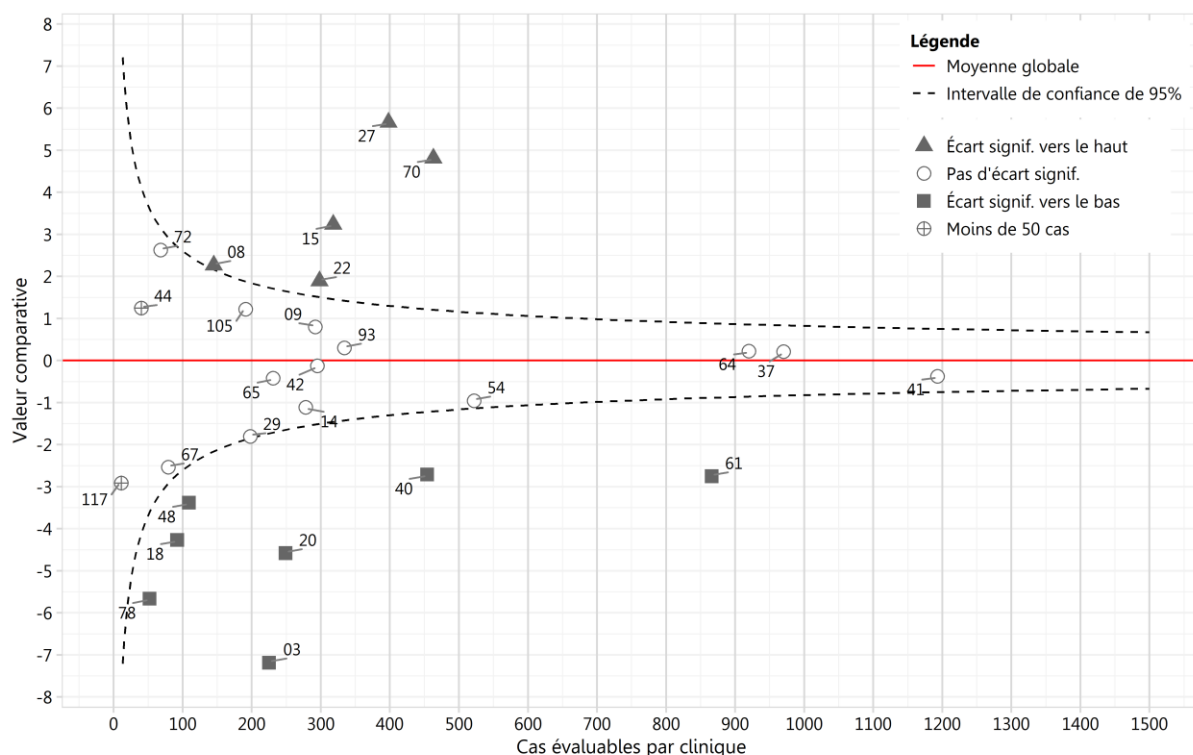
* Le plan de mesure Réadaptation définit les instrument à utiliser par domaine de réadaptation pour mesurer les résultats, voir Figure 1, page 4.

Les résultats ajustés aux risques de l'indicateur de résultat étudié sont présentés à l'aide de graphiques en entonnoir (Spiegelhalter, 2005; Neuburger et al., 2011). L'entonnoir (ligne pointillée en forme d'entonnoir) présente l'intervalle de confiance de 95% de la valeur de référence zéro par rapport au nombre de cas inclus dans l'analyse. Dans le graphique en entonnoir, les valeurs comparatives spécifiques à chaque clinique sont présentées en fonction du nombre de cas par clinique inclus dans l'analyse. Toute corrélation entre la qualité des résultats ajustée aux risques et la taille de la clinique peut ainsi être mise en exergue. La mise à l'échelle des valeurs comparatives présentées dans le graphique en entonnoir correspond à la mise à l'échelle de l'instrument de mesure utilisé pour comparer la qualité des résultats (cf. Figure 2).

Si l'intervalle de confiance appartenant à la valeur comparative d'une clinique est supérieur à zéro, alors cette clinique a obtenu un résultat nettement supérieur aux valeurs attendues sur le plan statistique au regard de sa structure de patients et en comparaison avec les autres cliniques (symbole dans le graphique en entonnoir : triangle gris). Inversement, une valeur comparative avec un intervalle de confiance inférieur à zéro signifie que la clinique a atteint une qualité des résultats nettement inférieure aux attentes sur le plan statistique au regard de sa structure de patients et en comparaison avec les autres cliniques (symbole dans le graphique en entonnoir : carré gris). Les cliniques dont l'intervalle de con-

fiance couvre la valeur de référence zéro présentent une qualité des résultats attendue sur le plan statistique et sur la base du case-mix de chaque clinique. Elles ne se distinguent pas significativement de la valeur de référence zéro sur le plan statistique (symbole dans le graphique en entonnoir : cercle vide). Les cliniques présentant moins de 50 cas évaluable et dont les résultats sont donc plus incertains sont marquées d'un cercle barré d'une croix dans le graphique en entonnoir. Les cliniques dont le nombre de cas est inférieur à dix ne figurent pas dans les graphiques liés aux indicateurs de résultats. En présence d'un aussi petit nombre de cas, les résultats sont en effet soumis à de fortes fluctuations aléatoires (cf. également chapitre 5 – Exemples de lecture pour les types de graphiques utilisés).

Figure 2 : Graphique en entonnoir – Modèle de graphique



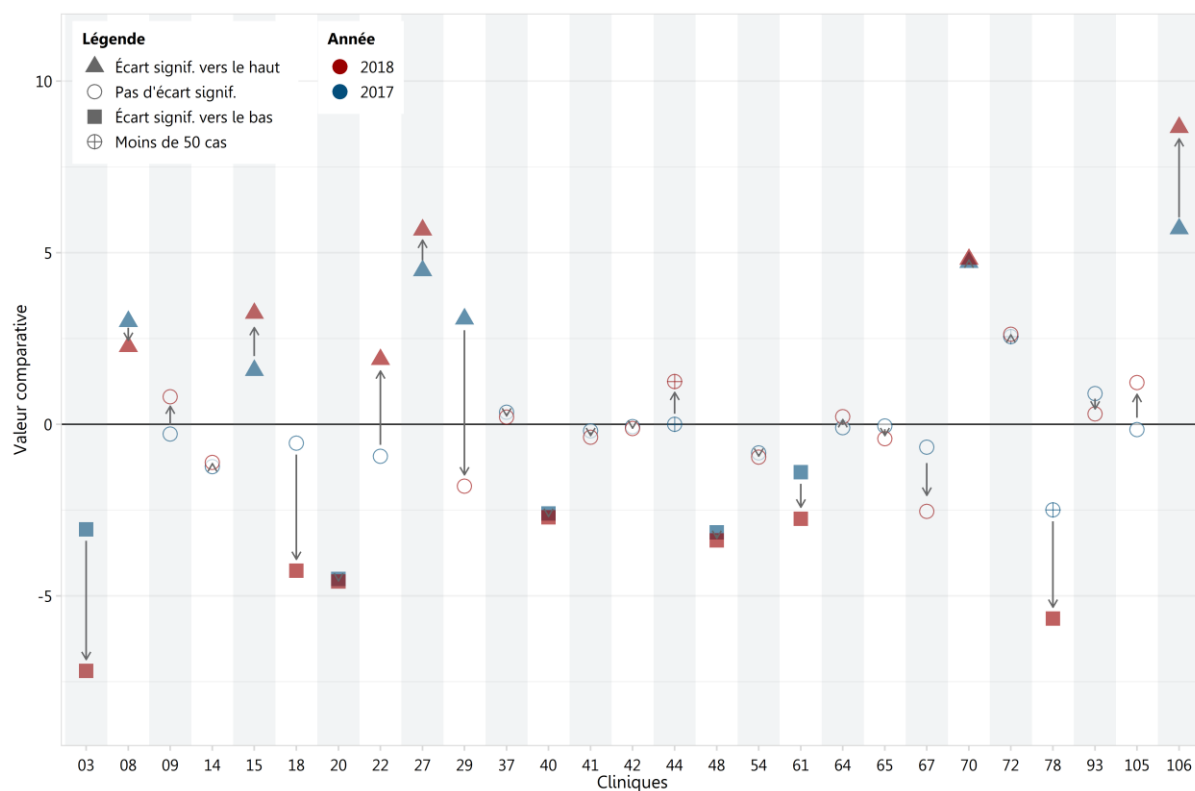
Clinique 30 n'est pas présente en raison de leur faible nombre de cas disponibles (N<10).

La comparaison des indicateurs de résultat ajustés aux risques avec ceux de l'année précédente s'effectue à l'aide d'un Dumbbell plot. Ce graphique présente les valeurs comparatives par clinique des années de rapport 2018 (année de référence : symboles rouges) et 2017 (année précédente : symboles bleus) (cf. Figure 3). Les symboles utilisés sont identiques à ceux du graphique en entonnoir (voir section précédente). Les flèches intégrées au graphique mènent de la valeur de l'année précédente à la valeur actuelle. Une manière simple d'identifier un changement de la valeur comparative entre les années 2017 et 2018 (cf. également chapitre 5 – Exemples de lecture pour les types de graphiques utilisés).

A noter que la qualité des résultats des cliniques est déterminée par comparaison mutuelle et sur la base de l'échantillon de l'année de mesure respective. Il n'est donc pas possible de vérifier si l'évolution de la qualité des résultats d'une clinique est statistiquement significative d'une année à l'autre. Le

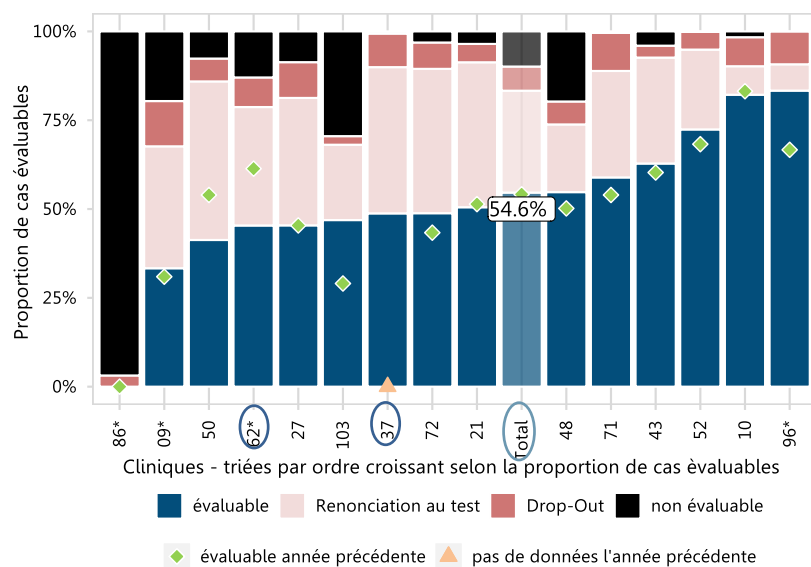
Dumbbell plot présente uniquement les cliniques ayant livré au moins 10 cas évaluables pour les deux années de rapport. Pour la catégorie « Autres cas », aucune évaluation ajustée aux risques n'est réalisée.

Figure 3 : Dumbbell Plot – Modèle de graphique



5. Exemples de lecture pour les types de graphiques utilisés

Figure 4 : Exemple de lecture : Graphique à colonnes empilées – Qualité des données

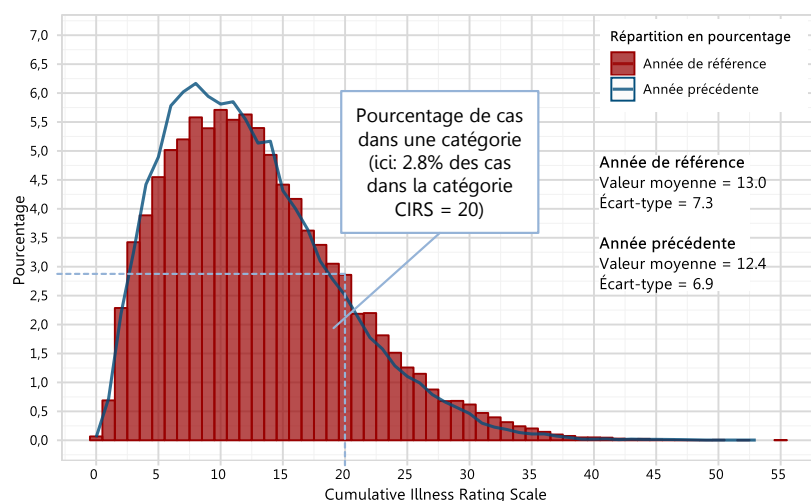


Pour l'année de rapport, la clinique 62 a livré env. 40% de cas évaluables ■. Le numéro de la clinique est marqué d'un *. Cela signifie qu'elle a fourni au total moins de 50 cas évaluables. Les 60% restants ne peuvent pas être évalués. En effet, environ 40% sont intégralement documentés comme renonciation au test ■ et 10% comme drop-outs ■. 10% sont erronés ou documentés de manière incomplète ■. L'année précédente ◆ la proportion de cas évaluables de la clinique 62 était supérieure à celle de l'année de rapport actuelle.

La proportion de cas évaluables dans l'échantillon global (54.6%) est supérieure à celle de la clinique 62.

La clinique 37 ▲ n'a pas livré de données l'année précédente.

Figure 5 : Exemple de lecture : Histogramme – Variables métriques (comparaison annuelle)

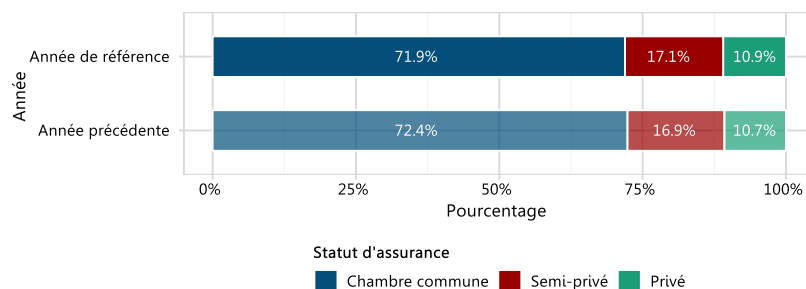


L'histogramme rouge ■ illustre la fréquence en pourcentage de certaines catégories d'une variable métrique de l'échantillon global au cours de l'année de rapport. La ligne bleue — montre la répartition des catégories de l'année précédente.

Environ 2.8% des cas présentent une comorbidité moyenne de 20 points au cours de l'année de rapport.

L'année précédente, les catégories CIRS inférieures étaient légèrement plus fréquentes et les catégories supérieures un peu moins fréquentes par rapport à l'année de rapport. Cela se reflète également dans la moyenne globale (année de rapport 13.0, année précédente 12.4).

Figure 6 : Exemple de lecture : Graphique à barres empilées – Variables catégorielles (comparaison annuelle)

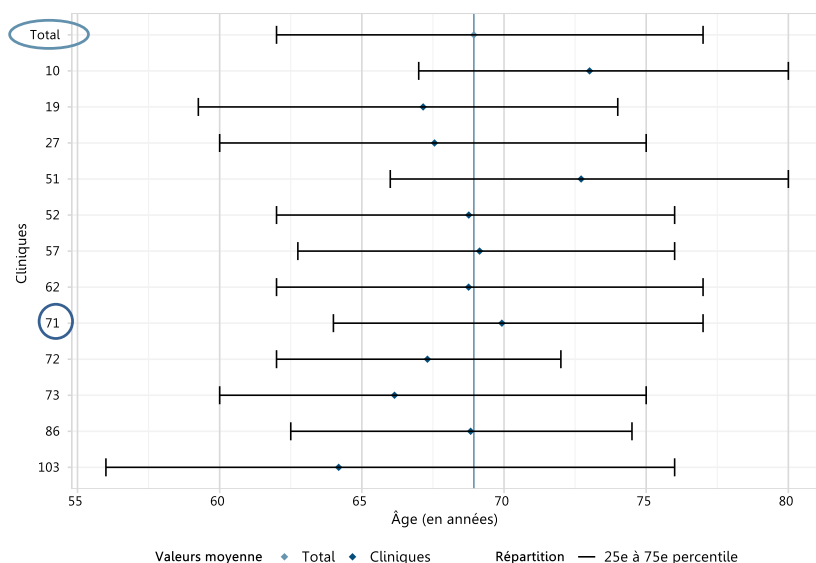


Le graphique illustre la fréquence en pourcentage des différentes catégories d'une variable catégorielle de l'échantillon global au cours de l'année de rapport (partie supérieure du graphique) par rapport à l'année précédente (partie inférieure du graphique, couleurs plus pâles).

Les répartitions ne divergent guère entre les années.

Au cours de l'année de rapport, 71.9% étaient assurés en chambre commune ■, 17.1% en semi-privé ■ et 10.9% en privé ■.

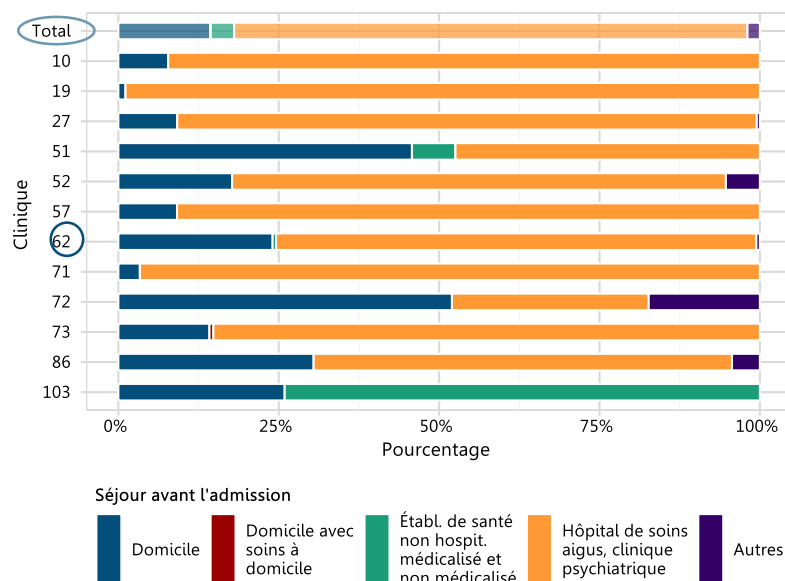
Figure 7 : Exemple de lecture : Boxplot simplifié – Variables métriques (comparaison des cliniques)



Dans la clinique 71, l'âge moyen ◆ était d'environ 70 ans. Les 25e et 75e percentiles sont signalés par de petits traits verticaux à la fin de la ligne horizontale. Dans la clinique 71, ces deux percentiles étaient d'environ 63.5 et 77 ans.

L'âge moyen dans la clinique 71 était supérieur à l'âge de la moyenne globale de l'année de rapport ◆ (environ 69 ans). La moyenne globale est par ailleurs indiquée par une ligne verticale de même couleur.

Figure 8 : Exemple de lecture : Graphique à barres empilées – Variables métriques (comparaison des cliniques)

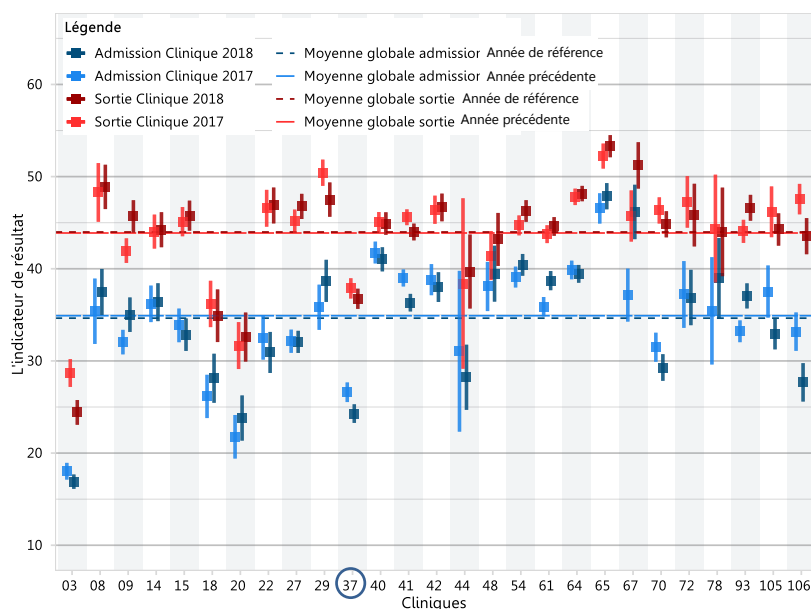


Le graphique illustre la fréquence en pourcentage des différentes catégories d'une variable catégorielle pour les diverses cliniques au cours de l'année de rapport.

Dans la **clinique 62**, près de 25% des patients résidaient avant à domicile lors de l'année de rapport. Près de 75% des patients ont été transférés directement d'un hôpital de soins aigus à la clinique de réadaptation. Une très faible proportion de patients provenait d'un établissement de santé non hospit. médicalisé et non médicalisé.

Par rapport à la répartition de l'échantillon global (barre supérieure), la proportion de patients de la **clinique 62** provenant d'un hôpital de soins aigus était inférieure. La proportion de patients qui résidaient à domicile avant la réadaptation est plus élevée dans la **clinique 62** que dans l'échantillon global.

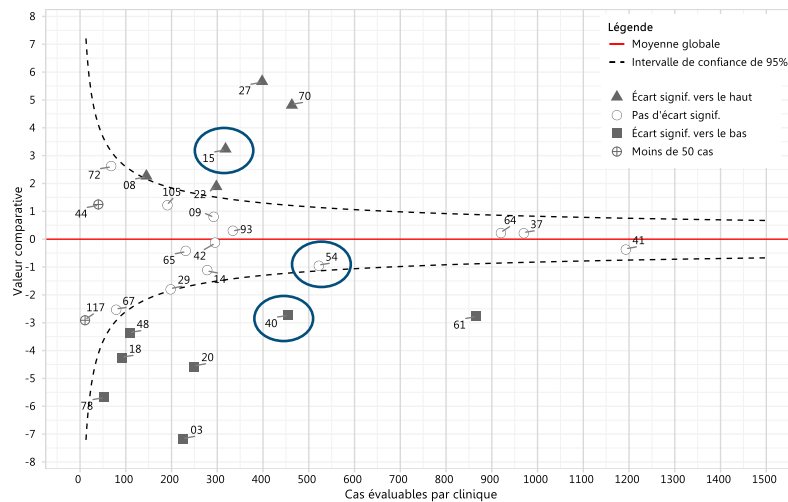
Figure 9 : Exemple de lecture : Graphique avec barres d'erreur – Valeurs indicateurs de résultat (non ajustées)



Dans la **clinique 37**, l'indicateur de résultat pour l'année de rapport est en moyenne d'env. 26 points à l'admission et d'env. 37 points à la sortie. L'année précédente, la valeur moyenne était de 24 points à l'admission et de 36 points à la sortie. Par rapport à l'année précédente, la clinique a donc eu un peu moins de patientes et patients fonctionnellement limités à l'admission et à la sortie de réadaptation. Les extrémités des lignes verticales indiquent les intervalles de confiance respectifs.

Par rapport à l'année précédente, les moyennes des échantillons globaux à l'admission (rouge) et à la sortie (bleu) ont à peine changé au cours de l'année de rapport.

Figure 10 : Exemple de lecture : Graphique en entonnoir – Valeurs comparatives des indicateurs de résultat



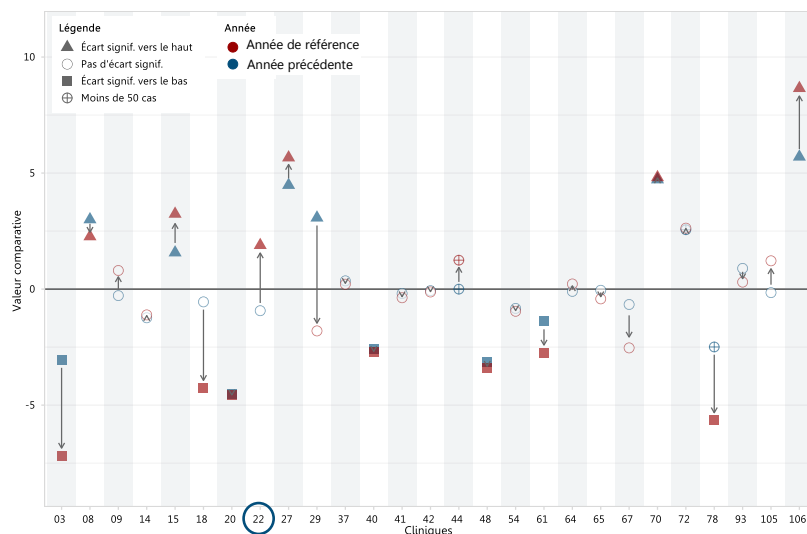
Clinique 30 n'est pas présentée en raison de leur faible nombre de cas disponibles (N<10).

Une valeur comparative de 3.2 a été calculée pour la **clinique 15**. En tenant compte du nombre de cas (n≈320) et du case-mix individuel, le résultat de cette clinique (3.2 unités dans l'indicateur de résultat) est significativement supérieur à la valeur moyenne calculée des autres cliniques (0) ▲.

Une valeur comparative de -2.8 a été calculée pour la **clinique 40**. Le résultat ajusté aux risques (épuré des facteurs d'influence) de cette clinique est significativement inférieur au résultat statistiquement attendu, compte tenu du nombre de cas (n≈460) ■.

Une valeur comparative de -1 a été calculée pour la **clinique 54**. Sur le plan statistique, cette valeur ne diverge pas de la valeur moyenne globale ajustée aux risques ○. La clinique a obtenu un résultat dans l'indicateur de résultat qui se situe dans la fourchette statistiquement attendue.

Figure 11 : Exemple de lecture : Dumbbell plot – Valeurs comparatives en comparaison annuelle



Dans la **clinique 22**, une valeur comparative d'env. 2.4 a été calculée pour l'**année de rapport**. Cette valeur comparative est sensiblement supérieure au résultat statistiquement attendu ▲. Les résultats pour l'année de rapport actuelle sont indiqués en rouge dans ce graphique.

L'année précédente, une valeur comparative d'env. -1 avait été calculée pour la **clinique 22**, qui ne divergeait pas significativement de la valeur moyenne globale ○. Les résultats de l'**année précédente** sont indiqués en bleu.

La flèche ↑ menant de l'année précédente à l'année de rapport actuelle est orientée vers le haut (changement de statut). Etant donné que les résultats sont toujours basés sur une seule année de rapport, il n'est *pas* possible de vérifier si l'évolution de la qualité des résultats d'une clinique est statistiquement significative d'une année à l'autre.

6. Littérature

- Andrianopoulos, V., Wagers, S. S., Groenen, M. T., Vanfleteren, L. E., Franssen, F. M., Smeenk, F. W., Vogiatzis, I., Wouters, E. F., Spruit, M. A. (2014): Characteristics and determinants of endurance cycle ergometry and six-minute walk distance in patients with COPD. *BMC pulmonary medicine*, 14(1). 97.
- ANQ, Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques, Berne (2018). Plan de mesure national Réadaptation (modules 2 et 3). Manuel des procédures. Version 6.0, 2018/01.
- ANQ, Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques, Berne, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (2018). Plan de mesure national Réadaptation (modules 2 et 3). Manuel des données. Version 6.0, 2018/01.
- ANQ, Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques, Berne, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (2019a). Réadaptation gériatrique. Rapport comparatif national 2018.
- ANQ, Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques, Berne, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (2019b). Réadaptation en médecine interne. Rapport comparatif national 2018.
- ANQ, Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques, Berne, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (2019c). Réadaptation cardiaque. Rapport comparatif national 2018.
- ANQ, Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques, Berne, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (2019d). Réadaptation musculo-squelettique. Rapport comparatif national 2018.
- ANQ, Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques, Berne, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (2019e). Réadaptation neurologique. Rapport comparatif national 2018.
- ANQ, Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques, Berne, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (2019f). Réadaptation oncologique. Rapport comparatif national 2018.

- ANQ, Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques, Berne, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (2019g). Réadaptation pulmonaire. Rapport comparatif national 2018.
- ANQ, Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques, Berne, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (2019h). Autres cas. Rapport comparatif national 2018.
- ANQ, Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques, Berne, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (2019i). Plan de mesure national Réadaptation (modules 2 et 3). Concept d'évaluation, Version 4.0.
- Beninato, M., Gill-Body, K. M., Salles, S., Stark, P. C., Black-Schaffer, R. M., Stein, J. (2006): Determination of the minimal clinically important difference in the FIM instrument in patients with stroke. Archives of physical medicine and rehabilitation, 87(1). 32-39.
- Bortz, J., Schuster, C. (2010). Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. Lehrbuch mit Online-Materialien. Heidelberg, Springer.
- Brünger, M., Köhn, S., Schlumbohm, A., Spyra, K. (2017). Entwicklung und Validierung eines ADL-Überföhrungsalgorithmus auf Basis von FIM® und EBI. Bern/Berlin, ANQ.
- Bundesamt für Statistik (2017). Variablen der Medizinischen Statistik. Spezifikationen gültig ab 1.1.2017. Bern.
- DIMDI (2005). ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf, WHO.
- DIMDI (2015). ICD-10 - Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Genf, WHO.
- Dixon, T., Lim, L. L.-Y., Oldridge, N. B. (2002): The MacNew heart disease health-related quality of life instrument: reference data for users. Quality of Life Research, 11(2). 173-183.
- du Bois, R. M., Weycker, D., Albera, C., Bradford, W. Z., Costabel, U., Kartashov, A., Lancaster, L., Noble, P. W., Sahn, S. A., Swarcberg, J. (2011): Six-minute-walk test in idiopathic pulmonary fibrosis: test validation and minimal clinically important difference. American journal of respiratory and critical care medicine, 183(9). 1231.
- 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.
- Dümbgen, L., Mühlemann, A., Strähl, C. (2016). Qualitätsvergleiche psychiatrischer Einrichtungen. Bern, Universität Bern.
- Eid, M., Gollwitzer, M., Schmitt, M. (2015). Statistik und Forschungsmethoden. Weinheim, Beltz.
- Farin, E. (2005): Die Anwendung Hierarchischer Linearer Modelle für Einrichtungsvergleiche in der Qualitätssicherung und Rehabilitationsforschung. Rehabilitation, 44(3). 157-164.

- Guyatt, G. H., Sullivan, M. J., Thompson, P. J., Fallen, E. L., Pugsley, S. O., Taylor, D. W., Berman, L. B. (1985): The 6-minute walk: a new measure of exercise capacity in patients with chronic heart failure. *Can Med Assoc J*, 132(8). 919-23.
- H+ Les Hôpitaux de Suisse (2018). DefReha© - Réadaptation stationnaire: Définition et exigences minimales, version 2.0. Bern.
- Höfer, S., Benzer, W., Brandt, D., Laimer, H., Schmid, P., Bernardo, A., Oldridge, N. B. (2004): MacNew Heart Disease Lebensqualitätsfragebogen nach Herzinfarkt. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33(4). 270-280.
- Höfer, S., Saleem, A., Stone, J., Thomas, R., Tulloch, H., Oldridge, N. (2012): The MacNew Heart Disease Health-Related Quality of Life Questionnaire in patients with angina and patients with ischemic heart failure. *Value in health*, 15(1). 143-150.
- Hsieh, Y. W., Wang, C. H., Wu, S. C., Chen, P. C., Sheu, C. F., Hsieh, C. L. (2007): Establishing the minimal clinically important difference of the Barthel Index in stroke patients. *Neurorehabil Neural Repair*, 21(3). 233-8.
- Jones, P. (2002): Interpreting thresholds for a clinically significant change in health status in asthma and COPD. *European Respiratory Journal*, 19(3). 398-404.
- Keith, R. A., Granger, C. V., Hamilton, B. B., Sherwin, F. S. (1987): The functional independence measure: a new tool for rehabilitation. *Adv Clin Rehabil*, 1. 6-18.
- Krol, B., Lübke, K. (2011). *Wörterbuch Statistik. Die wichtigsten Begriffe mit Formeln*. Dortmund, Hochschule für Oekonomie & Management.
- Linn, B. S., Linn, M. W., Gurel, L. (1968): Cumulative illness rating scale. *J Am Geriatr Soc*, 16(5). 622-6.
- Mathai, S. C., Puhan, M. A., Lam, D., Wise, R. A. (2012): The minimal important difference in the 6-minute walk test for patients with pulmonary arterial hypertension. *American journal of respiratory and critical care medicine*.
- Morr, H. (2006): Therapieziele und Messungen des Therapieerfolgs bei COPD. *Medizinische Klinik*, 101(4). 279-282.
- 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.
- Pantet, O., Monney, P., Aebischer, N. (2012): Die Ergometrie in der Diagnostik der koronaren Herzkrankheit im Jahr 2012 - ein Überblick. *Schweiz Med Forum*, 12(29-30). 578-584.
- Prosiegel, M., Böttger, S., Schenk, T., König, N., Marolf, M., Vaney, C. (1996): Der Erweiterte Barthel-Index (EBI) - eine neue Skala zur Erfassung von Fähigkeitsstörungen bei neurologischen Patienten. *Neurol Rehabil*, 2. 7-13.
- Puhan, M. A., Behnke, M., Devereaux, P. J., Montori, V. M., Braendli, O., Frey, M., Schünemann, H. J. (2004): Measurement of agreement on health-related quality of life changes in response to respiratory rehabilitation by patients and physicians - a prospective study. *Respir Med*, 98(12). 1195-1202.

- Puhan, M. A., Frey, M., Büchi, S., Schünemann, H. J. (2008a): The minimal important difference of the hospital anxiety and depression scale in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Health and quality of life outcomes*, 6(1). 46.
- Puhan, M. A., Mador, M., Held, U., Goldstein, R., Guyatt, G., Schünemann, H. (2008b): Interpretation of treatment changes in 6-minute walk distance in patients with COPD. *European Respiratory Journal*, 32(3). 637-643.
- Puhan, M. A., Chandra, D., Mosenifar, Z., Ries, A., Make, B., Hansel, N., Wise, R., Sciurba, F. (2011): The minimal important difference of exercise tests in severe COPD. *European Respiratory Journal*, 37(4). 784-790.
- Redelmeier, D. A., Bayoumi, A. M., Goldstein, R. S., Guyatt, G. H. (1997): Interpreting small differences in functional status: the Six Minute Walk test in chronic lung disease patients. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 155(4). 1278-1282.
- Salvi, F., Miller, M. D., Towers, A., Grilli, A., Morichi, V., Giorgi, R., Fulgheri, P. D. (2008). Guidelines for Scoring the Modified Cumulative Illness Rating Scale (CIRS). Appignano; National Institute for the Research and Care on Aging (INRCA) ; Ancona, Geriatric Post-Graduate School, University "Politecnica delle Marche" of Ancona ; Pittsburg, PA: University of Pittsburgh.
- Schünemann, H. J., Griffith, L., Jaeschke, R., Goldstein, R., Stubbing, D., Guyatt, G. H. (2003): Evaluation of the minimal important difference for the feeling thermometer and the St. George's Respiratory Questionnaire in patients with chronic airflow obstruction. *J Clin Epidemiol*, 56(12). 1170-6.
- Schünemann, H. J., Puhan, M., Goldstein, R., Jaeschke, R., Guyatt, G. H. (2005): Measurement properties and interpretability of the Chronic respiratory disease questionnaire (CRQ). *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 2(1). 81-89.
- Spiegelhalter, D. J. (2005): Funnel plots for comparing institutional performance. *Statistics in medicine*, 24(8). 1185-1202.
- Sutherland, E. R., Make, B. J. (2005): Maximum exercise as an outcome in COPD: minimal clinically important difference. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 2(1). 137-141.

7. Glossaire

Ajustement : voir →Ajustement des risques.

Ajustement des risques : épuration statistique des paramètres calculés de l'influence des →valeurs confondantes sur lesquelles les cliniques ne peuvent exercer aucune influence, ceci afin de permettre une comparaison équitable entre les cliniques. La composition du →case-mix en fait prioritairement partie.

Atteinte des objectifs : au terme de la réadaptation, il est défini si →l'objectif de participation fixé à l'admission en réadaptation (le cas échéant après adaptation au cours de la réadaptation) a été atteint. Si l'objectif de participation fixé n'est pas atteint, alors il est possible d'indiquer l'objectif alternatif atteint.

Boîte à moustaches simplifiée : diagramme permettant l'illustration graphique de données métriques (p.ex. âge en années) afin de donner un rapide aperçu de leur distribution. Dans ce contexte, la →valeur moyenne est signalée par un point, le →percentile 25% et le percentile 75% sont représentés par des lignes verticales. Entre les deux lignes verticales se trouvent 50% des valeurs moyennes des données.

Bicyclette ergométrique : la bicyclette ergométrique mesure la performance physique (Pantet et al., 2012). Les conditions sont une résistance physique suffisante et la présence d'une assistance d'urgence sur le lieu du test. La performance maximale fournie est documentée en watts.

Cas : une patiente, un patient dont la sortie se situe pendant la période de relevé (année civile).

Case-mix : structure de patients (p.ex. caractéristiques sociodémographiques, comorbidités, diagnostics).

Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) : à l'aide de 20 questions, le CRQ mesure la qualité de vie liée à la santé des patientes et des patients atteints de maladies pulmonaires chroniques obstructives (BPCO) sur une échelle de 1 (« limitation maximale ») à 7 (« aucune limitation »).

Coefficient de régression : indique l'influence estimée d'une →variable indépendante sur la →variable dépendante (→outcome). Le coefficient dépend de l'échelle de la variable respective, c.à.d. qu'à chaque hausse de la variable indépendante sur l'échelle, la variable dépendante augmente (signe positif) ou baisse (signe négatif) à raison de la valeur du coefficient.

Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) : le CIRS est l'instrument d'évaluation complété par des tiers permettant de relever les comorbidités (Linn et al., 1968). Pour chacun des 14 systèmes organiques, le personnel médical peut attribuer sur une échelle à cinq niveaux une valeur allant de 0 (« aucun problème ») à 4 (« problème très grave »). Le score total du CIRS varie entre 0 (« pas de comorbidité ») et 56 points (« potentielle comorbidité maximale »).

Différence minimale cliniquement importante – DMCI (Minimal Clinically Important Difference – MCID) : la plus petite amélioration mesurée (valeur différentielle positive) dans un instrument spécifique qui est jugée pertinente sur le plan thérapeutique ou clinique. Les différences mesurées statistiquement significatives ne sont pas toutes en même temps cliniquement pertinentes, c.à.d. pratiquement importantes pour la situation des patientes et des patients. Il existe différentes méthodes pour déterminer les DMCI : les méthodes basées sur la distribution (basées sur des paramètres statistiques, p.ex. rapport entre la valeur différentielle et l'erreur de mesure de l'instrument), les méthodes basées sur l'ancrage (évaluation subjective d'un changement pertinent par la patiente/le patient) et les méthodes Delphi (évaluations d'un changement cliniquement pertinent par des experts).

Données de base de la Statistique médicale : ces dernières font partie du relevé des données réalisé à l'attention de l'Office fédéral de la statistique (OFS) et comprennent des caractéristiques sociodémographiques, des informations sur l'hospitalisation, ainsi que les frais de diagnostic et de traitement de patientes et patients stationnaires. Les données minimales de l'Office fédéral de la statistique servent à l'ajustement des comparaisons cliniques liées au $\rightarrow$ case-mix.

Drop-out : exclusion de la patiente resp. du patient du programme de mesure 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 ou du patient). Dans ce cas, les mesures ne peuvent pas être intégralement réalisées à l'admission et à la sortie.

Dumbbell plot : illustration graphique de valeurs comparatives à deux moments distincts, liées par une flèche (de l'année précédente à l'année de rapport actuelle).

Ecart-type (ET) : une mesure pour la dispersion des valeurs mesurées, p.ex. autour de leur valeur moyenne. Elle est définie comme la racine de la $\rightarrow$ variance. Elle est nécessitée (avec la $\rightarrow$ valeur moyenne et le $\rightarrow$ nombre de cas) pour calculer $\rightarrow$ l'intervalle de confiance.

Echantillon : sous-ensemble d'une population globale. A l'aide de méthodes statistiques, il est possible de déduire la population globale à partir de l'échantillon. Pour le domaine de réadaptation respectif, l'échantillon se compose des cas ayant terminé leur réadaptation stationnaire durant l'année civile en question et pour lesquels des données complètes sont disponibles à des fins d'évaluation.

Erreur-type : une mesure pour la dispersion du $\rightarrow$ coefficient de régression (ou d'une autre valeur estimée).

Facteur clinique : $\rightarrow$ variable qui indique la clinique dans laquelle la patiente ou le patient a été traité.

Feeling-Thermomètre : le Feeling-Thermomètre mesure l'état de santé général au cours des trois derniers jours à l'aide d'une échelle visuelle analogique de 0 (« pire état de santé imaginable ») à 100 (« meilleur état de santé imaginable »).

Graphique à barres d'erreur : illustration graphique de données numériques, par exemple pour visualiser les $\rightarrow$ valeurs moyennes avec les $\rightarrow$ intervalles de confiance.

Graphique à colonnes : diagramme permettant l'illustration graphique des fréquences de caractéristiques à l'aide de barres verticales. Voir aussi $\rightarrow$ graphique en barres.

Graphique en barres : diagramme à barres horizontales permettant l'illustration graphique de la fréquence des caractéristiques. Les fréquences des différentes valeurs d'une caractéristique peuvent également être disposées côte à côte (graphique à barres empilées). Voir également $\rightarrow$ graphique à colonnes.

Graphique en entonnoir : illustration graphique de données numériques en fonction du nombre de cas. Pour les comparaisons de la qualité des résultats, les $\rightarrow$ valeurs comparatives spécifiques à chaque clinique sont reportées dans le graphique en entonnoir, ainsi que placées sur l'axe y en relation avec le nombre de cas de la clinique inclus dans l'analyse. Cette démarche permet de mettre en exergue les éventuelles corrélations entre qualité des résultats et taille de la clinique. L'entonnoir dessiné symbolise un intervalle de confiance hypothétique, calculé avec la valeur moyenne et l'écart-type de l'échantillon global, ainsi que les nombres croissants de cas.

Histogramme : diagramme permettant l'illustration graphique de la distribution des fréquences des variables métriques (p.ex. âge en années, $\rightarrow$ CIRS). Les surfaces représentent à ce titre les fréquences des

classes de caractéristiques respectives (p.ex. classes d'une année pour l'âge, un point d'échelle pour le CIRS).

Indice de Barthel étendu (EBI) : à l'image du →FIM®/MIF, l'EBI mesure la capacité fonctionnelle dans les actes ordinaires de la vie quotidienne et a été développé comme alternative au FIM®/MIF (Prosiegel et al., 1996). Par item, 0 (« pas possible ») à 4 points (« autonome ») peuvent être attribués. Par l'addition des valeurs des différents items, le score global peut donc varier entre 0 (« assistance totale ») et 64 (« indépendance complète »). Le →score ADL calculé à partir du →FIM®/MIF resp. de l'EBI est utilisé pour la comparaison ajustée aux risques de la qualité des résultats entre les cliniques.

Instrument FIM®/MIF resp. Functional Independence Measure (FIM®)/mesure de l'indépendance fonctionnelle : le FIM®/MIF relève la capacité fonctionnelle dans les actes ordinaires de la vie quotidienne (Activities of Daily Life – ADL) à l'aide de 18 items sur une échelle de 7 réponses allant de 1 (« assistance totale ») à 7 (« indépendance complète ») (Keith et al., 1987). L'addition des valeurs de tous les items permet d'obtenir une plage de valeurs potentielle du score global allant de 18 (« assistance totale ») à 126 points (« indépendance complète »). Le →score ADL calculé à partir du →FIM®/MIF resp. de l'EBI est utilisé pour la comparaison ajustée aux risques de la qualité des résultats entre les cliniques.

Intervalle de confiance (IC) : l'IC décrit la précision de l'estimation d'un paramètre (p.ex. valeur moyenne). Pour un IC de 95%, la réelle valeur moyenne est couverte par l'IC avec une probabilité de 95%. Des intervalles de confiance simultanés sont calculés pour les →valeurs comparatives qui tiennent ainsi compte de la problématique des tests multiples.

Item : question ou tâche individuelle d'un questionnaire (p.ex. MacNew Heart) ou test (p.ex. test de marche de 6 minutes).

MacNew Heart : sur une totalité de 27 →items, la patiente ou le patient souffrant d'une maladie cardiaque évalue personnellement sa qualité de vie liée à la santé sur une échelle à sept niveaux allant de 1 (« très limité ») à 7 (« pas du tout limité ») (Höfer et al., 2004). Le score global est calculé par l'établissement de la moyenne.

Maximum : la valeur maximale atteinte durant la mesure.

Médiane : mesure de la valeur moyenne à des fins de distribution des données métriques (p.ex. âge). A ce titre, la moitié des valeurs mesurées se situe en dessous et au-dessus de la médiane (correspond au →percentile 50%).

Minimum : la valeur minimale atteinte durant la mesure.

Nombre de cas (n) : nombre de cas ayant servi à l'analyse ou à la description des données.

Objectif de participation : au début de la réadaptation, il est possible de choisir le principal objectif de participation parmi dix différents objectifs des domaines Logement, Travail et Vie socioculturelle. Celui-ci doit être atteint durant le séjour de réadaptation. La formulation des objectifs de participation s'oriente à la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) (DIMDI, 2005). L'atteinte de l'objectif de participation fixé est documentée à la sortie de réadaptation à l'aide de →l'atteinte des objectifs.

Outcome : indicateur de résultat (p.ex. →FIM®/MIF, →Feeling-Thermomètre).

Paramètre de qualité : le paramètre de qualité d'une clinique est une mesure de résultat épurée de l'influence des →valeurs confondantes. Il correspond à la valeur de sortie attendue dans l'indicateur de résultat si tous les cas de l'échantillon global avaient été traités dans la clinique concernée. La →valeur

comparative est calculée à partir du paramètre de qualité d'une clinique par rapport aux paramètres de qualité des autres cliniques.

Percentile : pour la →variable observée, valeur qui indique quel pourcentage de tous les →cas se situe en dessous d'une valeur déterminée. Pour le percentile 25%, 25% de toutes les observations se situent en dessous de cette valeur, pour le percentile 75%, ce sont 75% de toutes les observations. Pour le percentile 50%, la moitié des observations se situe au-dessus et la moitié des observations en dessous de la valeur. Également appelé →médiane.

Population globale : totalité des →cas.

Régression : méthode statistique pour l'estimation d'une →variable dépendante (→outcome) sur la base d'une ou plusieurs →variables indépendantes. La variable dépendante est évaluée à l'aide d'une régression *linéaire*, étant donné que la relation présumée entre les variables est linéaire.

Renonciation au test : non-exécution d'une mesure individuelle spécifique. Divers motifs sont à ce titre pris en compte qui doivent être documentés par la clinique : refus de participer de la patiente/du patient, compétences linguistiques insuffisantes ou encore mauvais état de santé de la patiente/du patient et autres motifs, p.ex. omission de la clinique de réaliser la mesure. Il est possible de faire valoir des motifs de non-réalisation du test pour les tests de performance (→test de marche de 6 minutes et →bicyclette ergométrique) et les questionnaires patients (→MacNew Heart, →Feeling-Thermomètre, →CRQ), contrairement aux instruments de relevé réservés aux tiers (p.ex. →FIM®/MIF, →EBI, →CIRS).

Score ADL : le score ADL relève la capacité fonctionnelle dans les actes ordinaires de la vie quotidienne (Activities of Daily Life, ADL). Il est calculé à partir du →FIM®/MIF et →de l'EBI à l'aide d'un algorithme de conversion afin de pouvoir comparer la qualité des résultats de toutes les cliniques de réadaptation, indépendamment de l'instrument utilisé.

Significativité : les différences entre les valeurs de mesure sont qualifiées de significatives lorsque la probabilité qu'elles soient dues au hasard n'évolue pas au-dessus d'un seuil spécifique défini. Cette probabilité d'erreur maximale admissible est qualifiée de niveau de significativité α .

Test de marche de 6 minutes : le test de marche de 6 minutes est un instrument qui mesure la capacité fonctionnelle physique (Guyatt et al., 1985). A cet effet, la patiente ou le patient doit marcher aussi loin que possible en l'espace de six minutes. La distance parcourue est consignée en mètres.

Valeur attendue : mesure de résultat ajustée d'une clinique qui, sur la base du case-mix (donc des →variables indépendantes), est estimée à l'aide d'une →régression, et donc attendue. La valeur attendue correspond au →paramètre de qualité.

Valeur comparative : différence calculée à partir du →paramètre de qualité d'une clinique et de la →valeur moyenne (pondérée en fonction du nombre de cas) des →paramètres de qualité des autres cliniques. La valeur comparative est épurée de l'influence des variables perturbantes afin d'éviter les distorsions résultant des différentes structures de patients des cliniques.

Valeurs confondantes : facteurs perturbants qui peuvent à la fois influencer sur les →variables dépendantes et les →valeurs indépendantes (p.ex. âge ou comorbidités). Les valeurs confondantes sont statistiquement contrôlées dans →l'ajustement des risques.

Valeur moyenne : moyenne arithmétique (moyenne) des valeurs mesurées.

Valeur p : valeur indiquant la probabilité que le $\rightarrow$ coefficient de régression soit nul. Habituellement, il est question de résultat statistiquement significatif à partir de 0.05, c.à.d. le coefficient de régression exerce une influence significative sur la $\rightarrow$ variable dépendante.

Valeur t : valeur qui permet de vérifier si le $\rightarrow$ coefficient de régression estimé est nul. La valeur t est calculée en divisant le coefficient de régression par son $\rightarrow$ erreur-type.

Variable : caractéristique statistique (p.ex. séjour avant l'admission) qui attribue des spécificités (p.ex. hôpital de soins aigus ou domicile) à des unités statistiques (patientes et patients).

Variable dépendante : caractéristique influencée par des $\rightarrow$ variables indépendantes, p.ex. l'âge ou les comorbidités. Dans le cadre d'une comparaison clinique, la variable dépendante correspond à l'indicateur de résultat choisi (p.ex. $\rightarrow$ FIM[®]/MIF, $\rightarrow$ test de marche de 6 minutes).

Variable indépendante : caractéristiques qui peuvent influencer la $\rightarrow$ variable dépendante. Une variable indépendante est souvent aussi qualifiée de prédicteur.

Variance : mesure de la dispersion des valeurs mesurées. Elle est calculée à partir de l'écart quadratique des différentes valeurs par rapport à la $\rightarrow$ valeur moyenne. La racine de la variance est $\rightarrow$ l'écart-type.

Volume expiratoire forcé en 1 seconde (VEF1) : le volume expiratoire forcé en 1 seconde (VEF1) est le volume expiré (exhalé) durant la première seconde et constitue un important paramètre du degré de gravité des maladies pulmonaires obstructives, p.ex. de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO).

Lors de la définition des termes susmentionnés, un langage compréhensible, accessible à un large cercle d'utilisateurs, a été privilégié. Ces explications peuvent être simplifiées et ne pas toujours refléter les évolutions scientifiques dans leur intégralité. Merci de vous référer à la littérature pour les définitions exhaustives des termes statistiques (Bortz, Schuster, 2010; Krol, Lübke, 2011; Eid et al., 2015; Dümbgen et al., 2016).

Liste des illustrations

Figure 1 : Aperçu du plan de mesure national Réadaptation – modules 2 & 3	4
Figure 2 : Graphique en entonnoir – Modèle de graphique.....	22
Figure 3 : Dumbbell Plot – Modèle de graphique	23
Figure 4 : Exemple de lecture : Graphique à colonnes empilées – Qualité des données	24
Figure 5 : Exemple de lecture : Histogramme – Variables métriques (comparaison annuelle)	24
Figure 6 : Exemple de lecture : Graphique à barres empilées – Variables catégorielles (comparaison annuelle)	25
Figure 7 : Exemple de lecture : Boxplot simplifié – Variables métriques (comparaison des cliniques).....	25
Figure 8 : Exemple de lecture : Graphique à barres empilées – Variables métriques (comparaison des cliniques)	26
Figure 9 : Exemple de lecture : Graphique avec barres d'erreur – Valeurs indicateurs de résultat (non ajustées).....	26
Figure 10 : Exemple de lecture : Graphique en entonnoir – Valeurs comparatives des indicateurs de résultat	27
Figure 11 : Exemple de lecture : Dumbbell plot – Valeurs comparatives en comparaison annuelle	27

Liste des tableaux

Tableau 1 : Catégories de diagnostic dans la réadaptation gériatrique.....	9
Tableau 2 : Catégories de diagnostic dans la réadaptation musculo-squelettique.....	10
Tableau 3 : Catégories de diagnostic dans la réadaptation neurologique.....	11
Tableau 4 : Catégories de diagnostic dans la réadaptation en médecine interne	12
Tableau 5 : Catégories de diagnostic dans la réadaptation oncologique	13
Tableau 6 : Catégories de diagnostic dans la réadaptation cardiaque	14
Tableau 7 : Catégories de diagnostic dans la réadaptation pulmonaire.....	15
Tableau 8 : Catégories de diagnostic dans la catégorie « Autres cas »	16
Tableau 9 : Valeurs confondantes et variables associées	21

Liste des abréviations

ADL	Activities of Daily Living (actes ordinaires de la vie ordinaire)
ANQ	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
CIRS	Cumulative Illness Rating Scale (mesure des comorbidités)
CRQ	Chronic Respiratory Questionnaire
BPCO	Chronic obstructive pulmonary disease (broncho-pneumopathie chronique obstructive)
CIF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé)
CIM-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes), 10 ^{ème} révision
EBI	Indice de Barthel étendu
FIM®/MIF	Instrument FIM®/MIF resp. Functional Independence Measure
OFS	Office fédéral de la statistique
SD	Standard deviation (écart type)
SN	Système nerveux
SNC	Système nerveux central
VEF1	Forced Expiratory Volume in 1 second (volume expiratoire force en 1 seconde)

Impressum

Titre	Plan de mesure national Réadaptation : Rapport méthodologique 2018.
Auteurs	Dr. Anna Schlumbohm Martin Brünger, MPH Stefanie Köhn péd. dipl (réadaptation) Manuela Marquardt, MA Prof Dr Karla Spyra
Lieu et année de publication	Berne / Berlin 9 décembre 2019 (v 1.0)
Citation	ANQ, Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques, Berne, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (2019). Plan de mesure national Réadaptation : Rapport méthodologique 2018.
Groupe Qualité Réadaptation	Prof Dr med Stefan Bachmann, Kliniken Valens (jusqu'au 31.12.2019) Annette Egger, MPH, Gesundheitsdepartement Basel-Stadt Dr med Ruth Fleisch, Klinik Schloss Mammern (jusqu'au 31.12.2019) Dr med Stefan Goetz, Hôpital Fribourgeois Angelina Hofstetter, H+ Barbara Lüscher, MHA, Zentralstelle für Medizinaltarife UVG (ZMT) Dr med Pierre-André Rapin, Institution de Lavigny Dr med Isabelle Rittmeyer, Zürcher RehaZentrum Davos Klaus Schmitt, Schweizer Paraplegiker-Zentrum (jusqu'au 31.05.2019) Dr med Anke Scheel-Sailer, Schweizer Paraplegiker-Zentrum (à partir du 01.06.2019) Dr med Thomas Sigrist, Klinik Barmelweid Stephan Tobler, Kliniken Valens
Mandante	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques – ANQ
représentée par	Dr. Luise Menzi, responsable Réadaptation
Copyright	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques – 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