



issa

INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY ASSOCIATION
ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL
INTERNATIONALE VEREINIGUNG FÜR SOZIALE SICHERHEIT

Bonnes pratiques en sécurité sociale

Bonne pratique mise en œuvre depuis: 2017

Analyse comparative de la qualité des institutions de réadaptation par un prestataire d'assurance sociale: une procédure externe de contrôle de la qualité dans le cadre de la réadaptation médicale des personnes hospitalisées et en traitement ambulatoire suite à des blessures musculosquelettiques

Assurance sociale allemande des accidents de travail et maladies professionnelles
Allemagne

Résumé

La procédure d'analyse comparative de la qualité (ACQ) de l'Assurance sociale allemande des accidents de travail et maladies professionnelles pour le secteur administratif (Verwaltungs-Berufsgenossenschaft – VBG) contribue au contrôle externe de la qualité des institutions de réadaptation dans le domaine de la réadaptation médicale. Elle se distingue par une approche longitudinale aux perspectives multiples: l'analyse se base en effet sur des données objectives et subjectives recueillies au cours du processus de réadaptation auprès de l'ensemble des acteurs impliqués, à savoir les personnes en réadaptation, les institutions qui les traitent et les gestionnaires de cas.

La procédure d'évaluation externe a été mise en œuvre sur l'ensemble du territoire en septembre 2017 afin d'examiner les services de réadaptation proposant des thérapies complexes pour les blessures musculosquelettiques. Elle comprend des critères de résultat et de processus qui, obtenus au moyen de listes de contrôle et d'évaluations établies au niveau international, servent d'indicateurs aux comparaisons de qualité entre les établissements. L'objectif de l'ACQ est de se servir de l'analyse des processus et des résultats pour montrer l'état actuel des travaux de la médecine de réadaptation, évaluer la qualité de la mise en œuvre de la thérapie au moyen de critères d'analyse et donner un élan durable au développement futur. L'ACQ soutient en outre la coopération entre les personnes qui suivent une réadaptation, les institutions qui les traitent et les gestionnaires de cas. Elle fournit également un retour aux institutions participantes, qui peuvent utiliser les résultats pour leur gestion interne de la qualité. Les analyses permanentes doivent permettre une comparaison équitable des résultats de la réadaptation entre les établissements.

Problème ou défi

Quel problème ou défi votre bonne pratique devait-elle permettre de résoudre ou de relever? Veuillez fournir une brève description.

La VBG oriente les assurés qui souffrent de blessures musculosquelettiques, graves dans la plupart des cas, vers des institutions de réadaptation spécialisées. Le rôle de l'ACQ est d'enregistrer de manière systématique la qualité des services de réadaptation offerts par ces établissements et de la documenter régulièrement. Le principal défi consistait à en assurer une comparaison équitable, dans la mesure où les assurés sont répartis entre les institutions en fonction du type et de la gravité de leur blessure.

Relever le défi

Quels étaient les principaux objectifs du projet ou de la stratégie mis en œuvre pour résoudre le problème ou relever le défi? Veuillez énumérer et décrire brièvement les principaux éléments de ce projet ou de cette stratégie en mettant plus particulièrement l'accent sur ses aspects innovants et ses effets attendus ou visés.

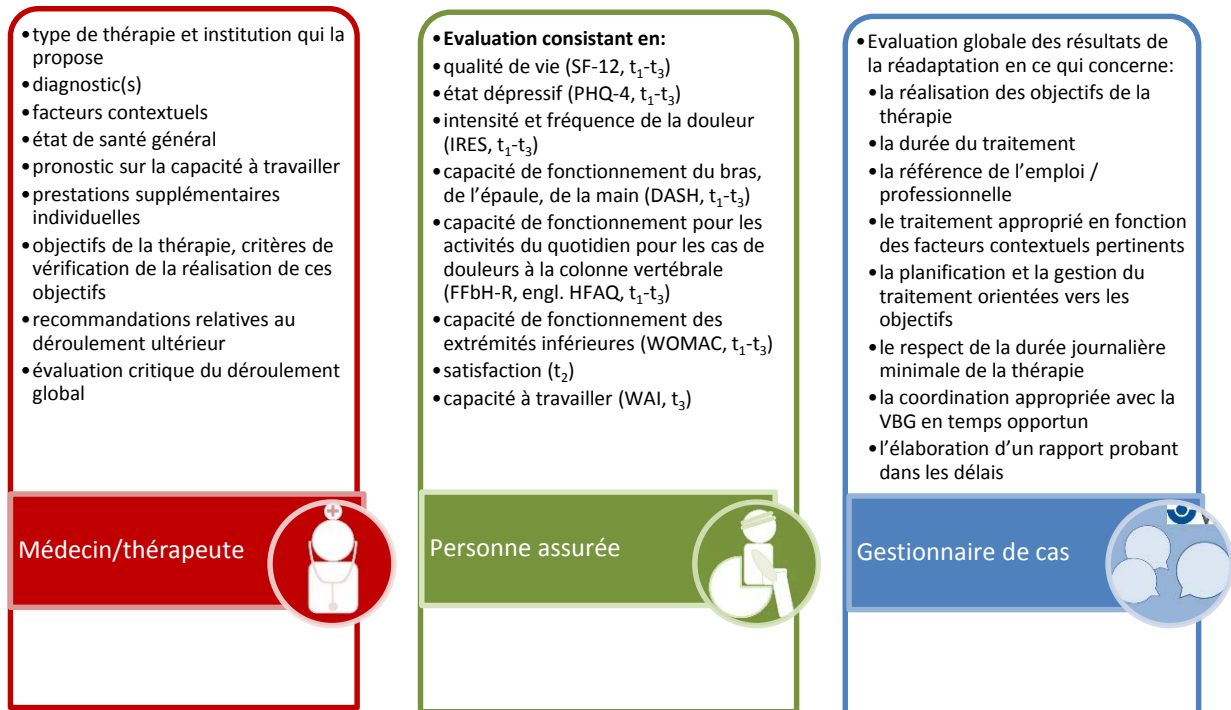
Afin de garantir une comparaison équitable entre les différentes institutions de réadaptation, les objectifs principaux suivants ont été visés:

- Le recensement des services de réadaptation a nécessité de recueillir des données de façon longitudinale afin de permettre l'évaluation des changements survenus au cours du processus de réadaptation et dans la période de suivi (dite de «follow-up»). L'ACQ devait donc se fonder sur des données prospectives recueillies au début de la réadaptation (t1), à la fin (t2) et trois mois plus tard (t3).
- Dans un domaine tel que la réadaptation médicale, le subjectif revêt une importance particulière, par exemple dans l'évaluation de la qualité, de l'intensité et de la fréquence de la douleur ressentie par le patient, dont il est le seul à pouvoir juger. En outre, des études ont montré que les points de vue divergeaient largement entre patients et médecins/thérapeutes. Dans ce contexte, l'ACQ – en tant qu'approche aux informateurs multiples – devait considérer chacune des parties concernées (patient, gestionnaire de cas et institution de réadaptation) comme une source d'information. Il lui a fallu par conséquent se fonder sur des indicateurs de la qualité du processus et du résultat à la fois subjectifs et objectifs et collectés de manière systématique, normalisée, continue et selon des perspectives multiples tout au long du processus de réadaptation.
- Dans la mesure où les assurés étaient répartis entre les établissements en fonction du type et de la gravité de leur blessure, la comparaison devait se baser sur des indicateurs de qualité «pondérés» (pour tenir compte de variables telles que l'âge, le sexe, la gravité de la lésion, etc.).

Le graphique 1 donne un aperçu des sources d'information et de données regroupées dans l'ACQ, brièvement décrites ci-dessous.

- Les médecins ou thérapeutes documentent à des moments déterminés les paramètres essentiels du processus et des résultats de la mesure de réadaptation dans un rapport normalisé conçu spécialement à cet effet. Ces paramètres comprennent:
 - des renseignements sur l'état de santé général, sur les facteurs importants du contexte professionnel, social et personnel et sur le pronostic quant à la capacité à travailler;
 - des objectifs «SMART», réalistes et définis conjointement au début de la thérapie par le médecin/thérapeute et le patient, qui sont en accord avec les contraintes professionnelles et sociales rencontrées par le patient dans son quotidien;
 - des renseignements relatifs aux capacités fonctionnelles actuelles du patient, évaluées en fonction des contraintes quotidiennes (mentionnées ci-dessus);
 - des renseignements relatifs au pronostic, des recommandations concernant la suite du traitement et une évaluation critique de son déroulement.
- Afin de décrire l'état à l'admission et d'illustrer le déroulement et la réussite de la réadaptation, les assurés doivent répondre à des évaluations établies au niveau international au moment de commencer la réadaptation (t1), à la fin (t2) et trois mois plus tard (t3).
- Au plus tard deux semaines après la clôture d'un cas, le gestionnaire de cas responsable évalue, en tant qu'acteur clé de l'examen du processus, la qualité de la thérapie au moyen d'une liste de contrôle de 12 éléments.
- Les données de routine sont utilisées comme variables d'étalonnage pour la comparaison clinique, comme variables de perturbation à contrôler statistiquement (en tant que facteurs de confusion) et comme variables auxiliaires (par exemple pour le calcul d'une date).

Graphique 1 Collecte de données issues de perspectives multiples au cours de la réadaptation: évaluations et moments de référence.



Enfin, l'ACQ n'est pas uniquement réservée au contrôle externe de la qualité:

- Les résultats de l'ACQ doivent en effet figurer dans un rapport annuel mis à la disposition des institutions participantes afin qu'elles puissent s'en servir pour leur gestion interne de la qualité. Ce rapport doit rendre compte des indicateurs de qualité enregistrés pour chaque établissement de réadaptation en comparaison avec les autres institutions. Cela devrait ainsi permettre aux institutions, d'une part, de se situer les unes par rapport aux autres (étalonnage) et, d'autre part, d'identifier les domaines de compétence et les potentiels d'amélioration de leur propre gestion de la qualité. Ainsi, l'ACQ encourage une concurrence pour l'amélioration de la qualité.
- En outre, l'ACQ doit servir de base à une rencontre annuelle d'évaluation mutuelle entre les deux parties – l'institution de réadaptation et la VBG –, au cours de laquelle celles-ci examineront dans un dialogue collégial si et de quelle manière la qualité peut être améliorée. L'objectif d'un tel *examen de cas* est en effet l'amélioration continue, durable et axée sur le patient de l'ensemble des soins de réadaptation.
- A terme, l'ACQ devra également servir au contrôle de ces soins.

Objectifs à atteindre

Quels objectifs quantitatifs et/ou qualitatifs ou indicateurs clés de performance avaient été définis pour le projet ou la stratégie? Veuillez les décrire brièvement.

Lors de l'élaboration du concept, il a fallu identifier et décrire les données, les processus d'enquête, les procédures et les outils en mesure d'enregistrer et de documenter de manière régulière la qualité des institutions de réadaptation ambulatoire et en interne (c'est-à-dire de permettre leur comparaison en termes de qualité). Les points suivants ont reçu une attention particulière:

- l'identification des évaluations appropriées dans le cadre d'un projet de recherche scientifique;
- la clarification de la praticabilité dans le cadre des procédures des institutions de réadaptation et de la VBG, dans la mesure où une plus grande facilité de réalisation du contrôle de la qualité dans le cadre de la pratique des soins diminuera les dépenses qui y sont liées (meilleure acceptation);
- la mise à disposition d'un outil favorisant la coopération entre l'ensemble des parties grâce à des objectifs de réadaptation définis conjointement et permettant une orientation continue des patients ainsi qu'un suivi et un contrôle constants des résultats;
- la création d'une base pour un dialogue structuré dans lequel des indicateurs de processus et de résultats subjectifs et objectifs issus de perspectives différentes – celles des assurés, des gestionnaires de cas et des médecins/thérapeutes – sont enregistrés et rassemblés;
- la mise à disposition d'un rapport sur la qualité permettant de situer ses propres compétences en matière de soins (travail de réadaptation adapté au cas, qualité de la documentation, etc.) et donc de reconnaître ses propres forces et les actions à entreprendre.

Evaluation des résultats

La bonne pratique a-t-elle été évaluée? Veuillez fournir des données sur l'impact et les résultats de la bonne pratique à partir d'une comparaison entre les objectifs visés et les résultats réellement obtenus, d'indicateurs avant-après et/ou d'autres types de statistiques ou indicateurs.

Les résultats présentés ici se fondent sur la première évaluation intermédiaire. En novembre 2018, 74 institutions avaient participé à l'ACQ, déclarant n=2 142 cas d'assurés. Les résultats de l'enquête réalisée auprès des patients sont présentés ici à titre d'exemple.

Seuls les cas des 30 établissements qui ont contribué à au moins n=10 cas ont été intégrés dans les analyses. Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des n=1 342 cas traités par ces institutions. Environ deux tiers des assurés sont des hommes; l'âge moyen s'élève à 46,8 ans (voir tableau 1).

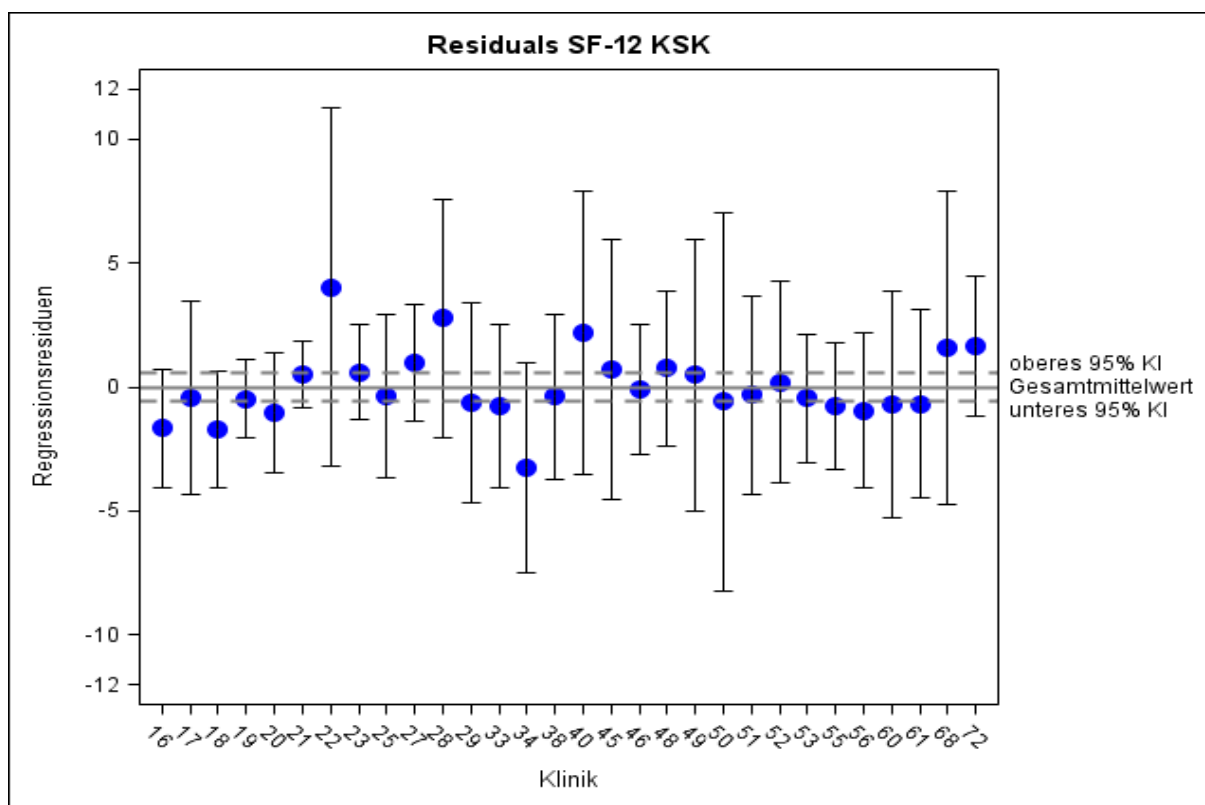
L'analyse à plusieurs niveaux (*Multilevel Model* – MLM), prenant en compte le niveau des patients (niveau 1) et celui des cliniques (niveau 2), a repris les données de n=635 cas pour lesquels les questionnaires de début (t1) et de fin de réadaptation (t2), au minimum, étaient disponibles au moment de l'évaluation. Le graphique 2 montre les résidus de la valeur physique totale pour SF-12 (KSK SF-12) pour t2. Les valeurs de base (t1) du KSK SF-12 et du PHQ-4,

l'âge et le sexe ont été utilisés comme facteurs de prédiction. On a observé qu'environ 7 pour cent de la variation dans les données peuvent s'expliquer par le niveau clinique et donc être attribués aux différences entre les établissements de réadaptation.

Tableau 1. *Caractéristiques sociodémographiques de l'enquête réalisée auprès des patients: nombre, moyenne d'âge et proportion d'hommes parmi les participants pour chaque établissement de réadaptation (n=30 institutions, n=1342 cas).*

Klinik	N	Alter MW (STD)	Mann (in %)
16	45	43,2 (14,2)	77,8
17	71	50,8 (10,9)	76,1
18	27	44,7 (13)	81,5
19	83	50,0 (10,1)	60,2
20	73	47,7 (12,3)	64,4
21	206	46,5 (12,2)	61,2
22	24	48,2 (10,4)	62,5
23	196	44,8 (13,3)	62,8
25	52	46,6 (12,2)	73,1
27	54	41,3 (15,6)	59,3
28	28	44,3 (14,4)	50,0
29	13	56,1 (12,1)	61,5
33	39	55,7 (13,9)	66,7
34	23	43,3 (13,1)	78,3
38	28	45,3 (10,6)	64,3
40	27	42,3 (13,2)	77,8
45	15	40,5 (13,9)	53,3
46	47	48,0 (12,6)	70,2
48	29	42,7 (14,1)	96,6
49	26	51,9 (8,6)	53,9
50	11	41,1 (13,8)	63,6
51	11	44,5 (13,2)	72,7
52	30	38,9 (14,3)	73,3
53	29	47,3 (13)	75,9
55	56	48,4 (12,6)	66,1
56	25	52,7 (12,6)	72,0
60	19	41,9 (11,1)	36,8
61	24	52,8 (12,3)	66,7
68	14	50,4 (11,7)	50,0
72	17	51,9 (13,5)	41,2

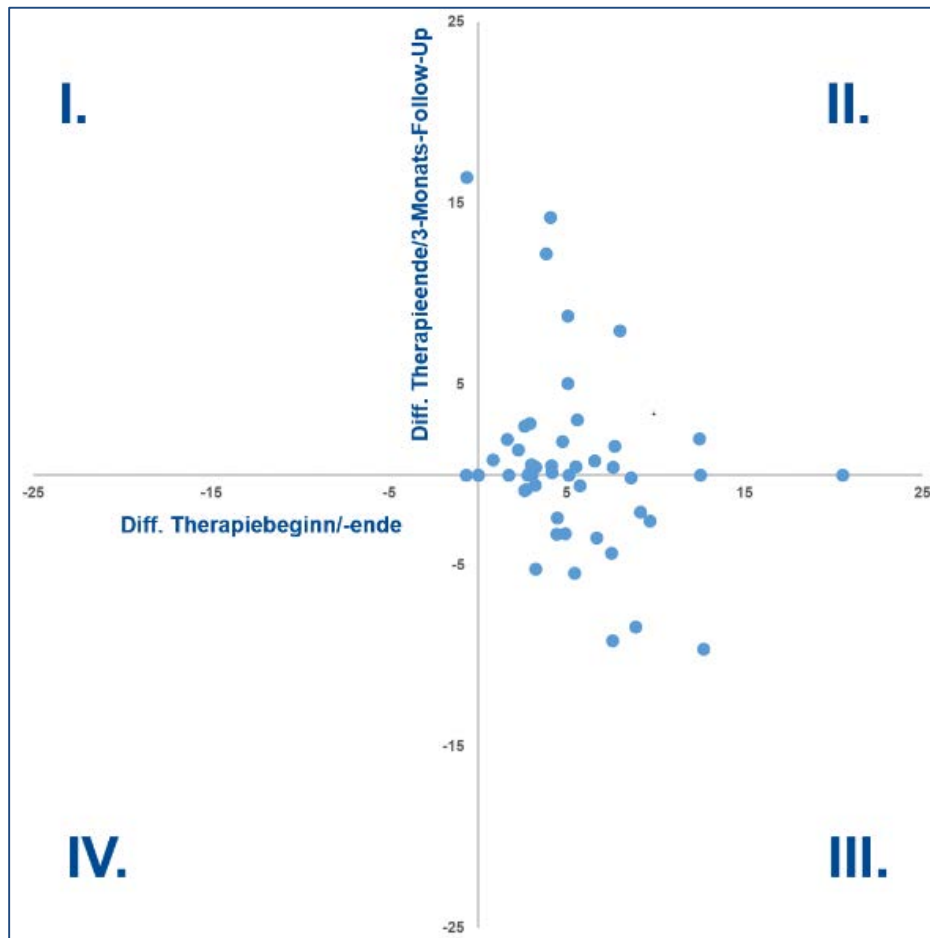
Graphique 2. Résultats de l'analyse à plusieurs niveaux ($n=30$ institutions, $n=635$ cas). Critère: KSK SF-12 (t2), facteurs de prédiction: KSK SF-12 (t1), PHQ-4 (t1), âge, sexe.



Légende: Les valeurs résiduelles positives montrent que l'institution de réadaptation a obtenu des valeurs meilleures que celles auxquelles on pouvait s'attendre en tenant compte des facteurs de prédiction. Les valeurs résiduelles négatives indiquent que l'institution a obtenu des valeurs inférieures aux valeurs attendues.

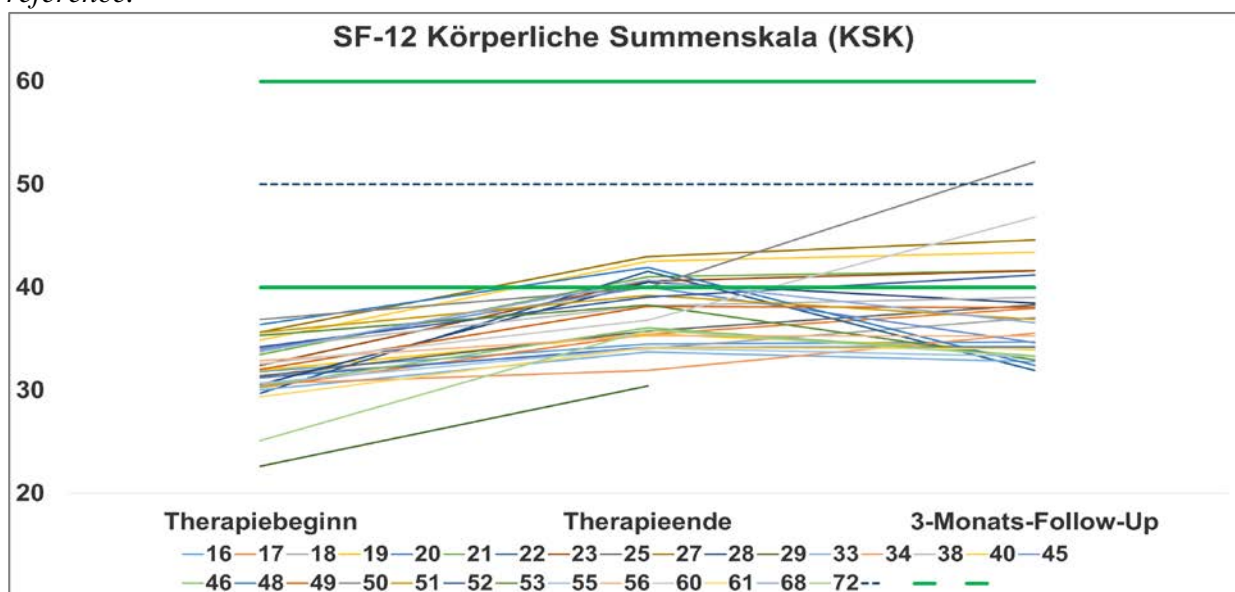
Les analyses des institutions de réadaptation pour lesquelles les questionnaires destinés aux patients étaient disponibles aux trois moments de référence (t1, t2 et t3) montrent que la majorité des patients ont connu des améliorations continues au cours du processus de réadaptation, à savoir entre t1 et t2, mais aussi entre t2 et t3 (graphiques 3 et 4). Le graphique 3 présente en quatre quadrants la valeur moyenne des différences au niveau de l'échelle des sommes physiques pour SF-12 pour chaque moment de référence de chaque évaluation de patient. Il montre clairement une amélioration chez la quasi-totalité des patients à la fin de la réadaptation. Le groupe de patients qui se distingue le plus est celui qui a fait état d'une amélioration supplémentaire au moment de la catamnèse suivant de 3 mois la fin de la réadaptation (t3), et donc d'une stabilisation des résultats attendus du processus (quadrant II). Les différences entre les institutions qui en résultent en ce qui concerne la durabilité des progrès issus de la réadaptation sont illustrées dans le graphique 4.

Graphique 3. Valeur moyenne des différences entre les moments de référence de l'ensemble des évaluations de patients pour le KSK SF-12 ($n=30$ institutions de réadaptation).



Légende: Quadrant I: -/+ aggravation de t1 à t2 mais amélioration de t2 à t3; quadrant II: ++ amélioration de t1 à t2 et de t2 à t3; quadrant III: +/- amélioration de t1 à t2 mais aggravation de t2 à t3; quadrant IV: -/- aggravation de t1 à t2 et de t2 à t3.

Graphique 4. Valeurs moyennes par établissement de l'échelle des sommes physiques pour SF-12 ($n=30$ institutions de réadaptation (nombre codé en couleur)) en fonction du moment de référence.



Enseignements tirés

Veillez, en vous appuyant sur l'expérience de votre organisation, citer trois facteurs au maximum qui, selon vous, sont indispensables à la reproduction de cette bonne pratique. Veillez citer trois risques au maximum qui sont apparus/pourraient apparaître lors de la mise en œuvre de cette bonne pratique. Veillez décrire brièvement ces facteurs et/ou ces risques.

Facteurs qui permettent d'assurer la reproductibilité et la réussite de l'ACQ:

- La faisabilité pratique de l'ACQ a été testée dans le cadre d'un essai de terrain de deux ans afin d'impliquer dès le départ les institutions de réadaptation dans la mise en pratique (par exemple vérification de la faisabilité et identification des pièges). Dans le cadre de l'essai de terrain, des potentiels d'amélioration ont été identifiés conjointement et des stratégies liées aux *bonnes pratiques* ont été échangées et développées au cours de plusieurs ateliers parallèles.
- Un langage commun a été établi (par exemple à travers des glossaires décrivant les indicateurs (éléments) à évaluer à l'aide de listes de contrôle) pour la création d'une base commune de compréhension. Les questions soulevées lors de la mise en œuvre de l'ACQ peuvent être posées directement à la VBG.

Les risques impliqués par la mise en œuvre de l'ACQ sont les suivants:

- la définition et la sélection de variables d'étalonnage inadaptées empêchant les analyses comparatives entre institutions d'être effectuées de manière pertinente, et
- l'oubli de facteurs de confusion, au niveau de l'institution et/ou du patient, qui pourraient influencer les résultats du traitement et donc l'évaluation clinique comparative des enquêtes réalisées auprès des patients.