

"Core Outcome Sets" - aussagekräftige Assessments für standardisierte Ergebnismessung = Batteries standardisées de tests - évaluations significatives pour la mesure standardisée des résultats

Autor(en): **Pfister, Pierrette Baschung / Meier Zürcher, Christine**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Physioactive**

Band (Jahr): **57 (2021)**

Heft 2

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-953469>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

«Core Outcome Sets» – aussagekräftige Assessments für standardisierte Ergebnismessung

Batteries standardisées de tests – évaluations significatives pour la mesure standardisée des résultats

PIERRETTE BASCHUNG PFISTER, CHRISTINE MEIER ZÜRCHER

Standardisierte Outcome-Messungen mit «Core Outcome Sets» haben nicht nur in der Forschung hohes Potenzial, sondern auch in der Praxis. Ein Projekt am Universitätsspital Zürich ging retrospektiv der Frage nach, welche Assessments aussagekräftig sind.

Messen ist aus unserem Therapiealltag nicht mehr wegzudenken. Nur wenn wir wissen, welche Behandlungen zu welchen Ergebnissen (Outcomes) führen, können wir den Behandlungsprozess reflektieren und aus unserem Handeln lernen. Regelmässige Outcome-Messungen sind somit wichtig, um unser Tun ständig zu verbessern. Das International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) definiert Outcomes als diejenigen Behandlungsergebnisse, die für PatientInnen persönlich am bedeutsamsten sind [1]. Dabei handelt es sich nicht um Ergebnisse von Laboruntersuchungen oder bildgebenden Verfahren, sondern um körperliche Funktionen oder Schmerzstärke.

Standardisierte Ergebnismessungen

Messungen sind einerseits wichtig, um die Therapie individuell zu planen und den Verlauf mit der Patientin oder dem Patienten zu evaluieren. Andererseits ermöglicht das regelmässige Erfassen verschiedener Outcomes, die Behandlungsqualität zu verbessern. Deshalb sind standardisierte Ergebnismessungen von zentraler Bedeutung [2]. Die Suche nach einem passenden Assessment ist jedoch nicht immer einfach. Beispielsweise sind zum Thema «Balance» in der «Rehabilitation Measures Database»¹ 99 Assessments zu finden [3].

Um Orientierung zu bieten, definierte das ICHOM standardisierte Sets von Outcome-Messungen für verschiedene Gesundheitsprobleme. Auch die COMET-Initiative unter-

Les mesures standardisées des résultats de traitement à l'aide de batteries standardisées de tests (*Core Outcome Sets*) ont un fort potentiel, en recherche, mais aussi en pratique clinique. Un projet de l'hôpital universitaire de Zurich (USZ) a évalué rétrospectivement quels tests sont significatifs.

La mesure fait partie intégrante de notre quotidien thérapeutique. Nous ne pouvons réfléchir au processus de traitement et tirer des enseignements de nos actions que si nous savons quels traitements conduisent à quels résultats (*outcomes*) significatifs. Il est donc important de mesurer régulièrement les résultats afin d'améliorer constamment ce que nous faisons. L'International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) définit les *outcomes* comme les résultats du traitement les plus significatifs du point de vue des patient-es [1]. Il ne s'agit pas de résultats de tests de laboratoire ou de procédures d'imagerie, mais de ceux des fonctions physiques ou de l'intensité de la douleur.



© Robert Krieschke – Adobe Stock

Standardisierte Messungen könnten retrospektive Gruppenauswertungen ermöglichen. | Des mesures individuelles standardisées permettraient de faire des évaluations rétrospectives de groupe.

¹ Rehabilitation Measures Database: Die Datenbank enthält evidenzbasierte Zusammenfassungen und Beschreibungen der psychometrischen Eigenschaften von über 500 Assessments aus der Rehabilitation.

stützt standardisierte Ergebnismessungen. COMET steht für «Core Outcome Measures in Effectiveness Trials». Die «Core Outcome Sets» der COMET-Initiative stellen das Minimum dar, das in allen klinischen Studien zu einer bestimmten Erkrankung gemessen und berichtet werden sollte [4]. Dabei ermöglichen «Core Outcome Sets» auch, Behandlungsergebnisse zwischen einzelnen Gesundheitsanbietern zu vergleichen [5].

Das Projekt «outcome@PEU»

Setzen wir bei einzelnen Patientengruppen die richtigen Assessments zur richtigen Zeit ein, um eine Einschätzung der Therapieergebnisse zu erhalten? Diese Fragestellung haben wir in der «Physiotherapie Ergotherapie USZ» (PEU) seit Einführung der elektronischen Dokumentation noch nie systematisch überprüft. Seit 2015 nutzen wir elektronische, standardisierte Vorlagen für verschiedene Tests und Fragebogen. Dadurch können wir erfasste Outcomes retrospektiv auswerten. Vor diesem Hintergrund initiierten wir das Qualitätsprojekt «outcome@PEU» – mit dem Ziel, Assessments in verschiedenen Bereichen rückblickend zu untersuchen. Wir wählten exemplarisch drei Patientengruppen aus, die an Nachbehandlungsprogrammen teilnahmen: Personen, die unser Rückenschmerzprogramm durchlaufen haben; Menschen mit operativ versorgter Beugesehnenverletzung der Langfinger und PatientInnen mit Lungentransplantation.

Im Fokus des Qualitätsprojekts standen unter anderem folgende Teilziele:

- Teilziel 1: Systematische Auswertung derjenigen Assessments, die seit Einführung der elektronischen Datenerfassung für die drei Patientengruppen zum Einsatz kommen.
- Teilziel 2: Zusammenstellung der in der Literatur empfohlenen Assessments für die drei Patientengruppen.
- Teilziel 3: Abgleich der in der PEU verwendeten Assessments mit den Literaturübersichten.

Anhand der Resultate aller Teilprojekte formulierten wir Verbesserungsvorschläge für die Praxis und definierten den zukünftigen Forschungsbedarf.

Im Folgenden beschreiben wir jenen Teil des Projekts, der sich auf die Auswertung der Assessments bei PatientInnen mit Lungentransplantation bezieht.

Outcomes bei PatientInnen mit Lungentransplantation

Im USZ lässt sich die Behandlung von PatientInnen mit Lungentransplantation in vier Phasen einteilen. Die Versorgung erfolgt in unterschiedlichen Kliniken durch jeweils spezialisierte Teams:

- In der 1. Phase findet eine ambulante präoperative Abklärung im «Team Innere Medizin-Pneumologie» statt.
- In der 2. Phase behandelt das «Team Intensivmedizin» die PatientInnen nach der Operation.

Mesures standardisées des résultats

Les mesures sont importantes pour effectuer la planification individuelle du traitement et pour évaluer l'évolution de celui-ci avec la patiente ou le patient. La saisie régulière des résultats permet aussi d'améliorer la qualité du traitement. C'est pourquoi les mesures standardisées des résultats revêtent une importance capitale [2]. Cependant, la recherche d'un test approprié n'est pas toujours facile. Par exemple, la base de données *Rehabilitation Measures Database*¹ compte 99 types d'évaluations sur le thème du contrôle postural [3].

Pour donner une orientation, l'ICHOM a défini des ensembles standardisés de mesures des résultats pour différents problèmes de santé. L'initiative COMET soutient elle aussi les mesures de résultats standardisées. COMET est l'acronyme de *Core Outcome Measures in Effectiveness Trials*. Les *Core Outcome Sets* (batteries standardisées de test) de l'initiative COMET représentent le minimum qui devrait être mesuré et rapporté dans toutes les études cliniques pour une maladie donnée [4]. Ces batteries standardisées de tests permettent également de comparer les résultats des traitements entre les différents prestataires de soins de santé [5].

Le projet outcome@PEU

Utilise-t-on les bonnes évaluations au bon moment pour mesurer les résultats du traitement dans différents groupes de patients? Depuis l'introduction du dossier électronique, cette question n'a jamais été examinée de manière systématique au sein du secteur Physiothérapie Ergothérapie de l'USZ (PEU). Depuis 2015, nous utilisons des modèles électroniques et standardisés pour différents tests et questionnaires, ce qui nous permet d'évaluer rétrospectivement les résultats saisis. Dans ce contexte, nous avons lancé le projet qualité *outcome@PEU* dans le but d'examiner rétrospectivement les évaluations dans différents domaines. Par exemple, nous avons sélectionné trois groupes de patient-es qui ont participé à des programmes de traitement: les patient-es qui ont suivi notre programme de lutte contre le mal de dos, les patient-es qui ont eu un traitement chirurgical pour une lésion des tendons des longs fléchisseurs des doigts et les patient-es qui ont subi une transplantation pulmonaire.

Le projet sur la qualité englobait les sous-objectifs suivants:

- Sous-objectif 1: évaluation systématique des tests utilisés pour les trois groupes de patient-es depuis l'introduction de la saisie électronique des données.
- Sous-objectif 2: compilation des tests recommandés dans la littérature spécialisée pour les trois groupes de patient-es.

¹ *Rehabilitation Measures Database*: la base de données contient des résumés et des descriptions des propriétés psychométriques factuelles de plus de 500 évaluations utilisées en rééducation.

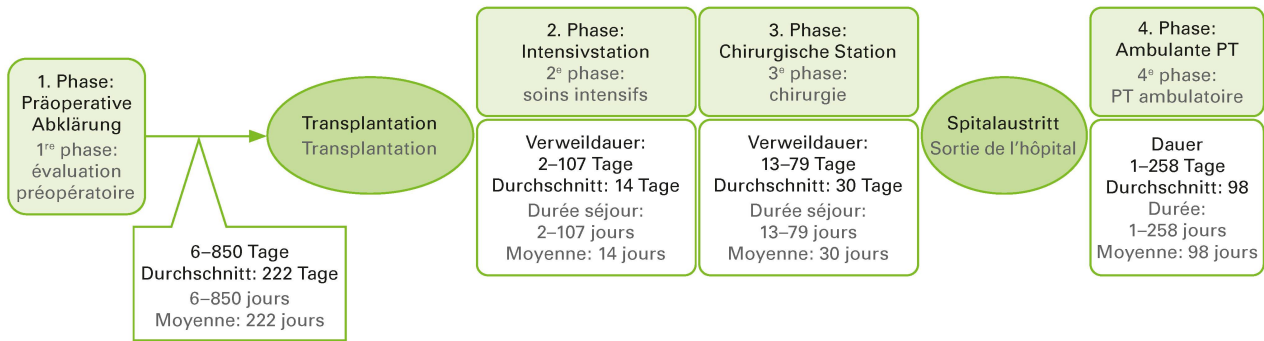


Abbildung 1: Länge der vier Behandlungsphasen bei PatientInnen mit Lungentransplantation. | Illustration 1: Durée des quatre phases de traitement chez les patient-es qui ont subi une transplantation pulmonaire.

- In der 3. Phase betreut das «Team Chirurgie» die PatientInnen bis zum Spitalaustritt.
- In der 4. Phase nach dem Spitalaustritt begleitet das «Team Innere Medizin-Pneumologie» die PatientInnen ambulant.

Die Länge der vier Phasen ist jeweils sehr unterschiedlich (Abbildung 1).

Für dieses Teilprojekt haben wir 35 PatientInnen im Alter zwischen 16 und 69 Jahren (Mittelwert: 48) eingeschlossen, die im USZ zwischen Januar 2015 (Beginn der vollständig elektronischen Dokumentation in der PEU) und April 2019 eine Lungentransplantation erhielten. Die Physiotherapie war bei diesen PatientInnen zum Zeitpunkt des Projektstarts abgeschlossen. Die häufigsten Grunderkrankungen der eingeschlossenen Personen waren:

- chronisch obstruktive Lungenerkrankung (N: 10)
- zystische Fibrose (N: 8)
- idiopathische Lungenerkrankung (N: 6)
- idiopathische pulmonale Fibrose (N: 5).

Wir stellten eine Assessmentliste zusammen und prüften die Erfassungsart im Klinischen Informationssystem (KISIM). In Besprechungen mit beteiligten TherapeutInnen stellten wir fest, dass insgesamt 15 verschiedene Assessments bei der Patientengruppe zum Einsatz kommen. Davon sind acht Assessments (z.B. Gehdistanz, Treppe, Muskeltest) jeweils als Freitext im KISIM integriert. Aus diesem Grund konnten wir sie nicht in unsere Gruppenauswertung aufnehmen. Dies galt auch für vier weitere Assessments, die nur bei einzelnen PatientInnen zur Anwendung kommen (z.B. Gelenkbeweglichkeit, Muskelkraft).

Wir schlossen deshalb lediglich folgende drei Assessments ein, die wir standardisiert nutzen und dokumentieren:

- Der 6-Minuten-Gehtest misst die körperliche Leistungsfähigkeit. Ein Unterschied der Leistung von 54 Metern gilt als klinisch relevant.
- Mit dem Jamar-Dynamometer lässt sich die Faustschlusskraft messen. Wir werteten den Durchschnitt von drei aufeinanderfolgenden Messungen der rechten und der

- Sous-objectif 3: comparaison entre les tests utilisés en PEU et les publications de la littérature.

Sur la base des résultats de tous les sous-projets, nous avons formulé des suggestions pour améliorer la pratique et défini les besoins futurs en matière de recherche.

Dans ce qui suit, nous décrivons la partie du projet qui concerne l'évaluation des tests chez les patient-es qui ont subi une transplantation pulmonaire.

Résultats chez les patient-es qui ont subi une transplantation pulmonaire

À l'USZ, le traitement des patient-es qui ont subi une transplantation pulmonaire peut se diviser en quatre phases. Les traitements sont effectués dans différentes cliniques par des équipes spécialisées:

- 1^{re} phase: l'équipe de médecine interne-pneumologie effectue une évaluation préopératoire ambulatoire;
- 2^e phase: l'équipe des soins intensifs traite les patient-es après l'opération;
- 3^e phase: l'équipe de chirurgie s'occupe des patient-es jusqu'à leur sortie de l'hôpital;
- 4^e phase: l'équipe de médecine interne-pneumologie accompagne les patient-es après leur sortie de l'hôpital (traitements ambulatoires).

La durée de chacune des quatre phases est très variable (illustration 1).

Trente-cinq patient-es âgé-es de 16 à 69 ans (moyenne: 48 ans) ont été inclus-es dans ce sous-projet. Elles ou ils ont subi une transplantation pulmonaire à l'USZ entre janvier 2015 (introduction du dossier électronique en PEU) et avril 2019. La physiothérapie était terminée au moment du démarrage du projet. Les maladies sous-jacentes les plus courantes des patient-es inclus-es étaient les suivantes:

- maladie pulmonaire obstructive chronique (N: 10),
- mucoviscidose (N: 8),
- maladie pulmonaire idiopathique (N: 6),
- fibrose pulmonaire idiopathique (N: 5).

	Konsilium Consultation préopératoire	Erste ambulante Physiotherapie Première séance de physiothérapie ambulatoire	Letzte ambulante Physiotherapie Dernière séance de physiothérapie ambulatoire
6-Minuten-Gehtest (Distanz in Meter) Mittelwert (±Standardabweichung) Anzahl der Messungen	310 (±127) 19	409 (±97) 29	512 (±111) 19
Test de marche de 6 minutes (distance en mètres) Moyenne (± déviation standard) Nombre de mesures			
Jamar rechts (Maximalkraft in Newton) Mittelwert (±Standardabweichung) Anzahl der Messungen	38,7 (±9,9) 25	29,6 (±9,6) 24	32,6 (±9,2) 19
Jamar droite (force maximale en Newton) Moyenne (± déviation standard) Nombre de mesures			
Jamar links (Maximalkraft in Newton) Mittelwert (±Standardabweichung) Anzahl der Messungen	35,9 (±9,9) 26	27,3 (±8,7) 23	30,1 (±9) 19
Jamar gauche (force maximale en Newton) Moyenne (± déviation standard) Nombre de mesures			
1-Minute-Sit-to-Stand-Test (Anzahl der Wiederholungen) Mittelwert (±Standardabweichung) Anzahl der Messungen	20,5 (±10,4) 23	19,4 (±9,9) 26	28,1 (±13,3) 20
Test assis-debout d'une minute (nombre de répétitions) Moyenne (± déviation standard) Nombre de mesures			

Tabelle 1: Anzahl Messungen und Streuung der einzelnen Parameter. | Tableau 1: Nombre de mesures et contrôle des différents paramètres.

linken Hand aus. Eine Veränderung zwischen 5 und 6,5 kg kann als klinisch relevant gewertet werden.

- Der 1-Minute-Sit-to-Stand-Test beurteilt die funktionelle Mobilität. Eine Verbesserung oder Verschlechterung von 2,5 Repetitionen gilt als klinisch relevant.

Diese drei Assessments kommen jeweils beim präoperativen Konsilium sowie bei der ersten und letzten ambulanten Therapie zur Anwendung.

Komplexe und lückenhafte Datenlage

Wie *Tabelle 1* zeigt, sind bei keinem Test die Daten aller 35 eingeschlossenen PatientInnen vorhanden. Der 6-Minuten-Gehtest konnte bei 9 PatientInnen zu allen drei Messzeitpunkten stattfinden, die Messung mit dem Jamar-Dynamometer nur bei 8 PatientInnen und der 1-Minute-Sit-to-Stand-Test erfolgte nur bei 11 PatientInnen. Auf der Basis dieser Daten lassen sich keine Rückschlüsse auf den Therapieverlauf bei lungentransplantierten PatientInnen ziehen.

Bei knapp der Hälfte aller PatientInnen (N:15–18) sind Daten der Assessments von der ersten und der letzten ambulanten Physiotherapie vorhanden (*Tabelle 2*). Bei dieser Gruppe zeigt sich eine Veränderung im klinisch relevanten Bereich bei der körperlichen Leistungsfähigkeit (6-Minuten-Gehtest)

Nous avons élaboré une grille d'évaluation et vérifié les saisies dans le système d'information clinique (KISIM). Lors de discussions avec les physiothérapeutes concerné-es, nous avons constaté que 15 évaluations différentes étaient utilisées pour ce groupe de patient-es. Huit de ces tests (p. ex., distance de marche, escaliers, test musculaire) étaient saisis dans le KISIM sous forme de texte libre. Nous n'avons donc pas pu les inclure dans notre évaluation rétrospective. Cela vaut également pour quatre autres tests qui n'étaient utilisés que pour certain-es patient-es (p.ex., mobilité des articulations, force musculaire).

Nous n'avons donc retenu que les trois évaluations suivantes, utilisées et documentées de manière standardisée:

- Le **test de marche de 6 minutes** mesure la performance physique. Une différence de performance de 54 mètres est considérée comme cliniquement pertinente.
- Le **dynamomètre Jamar** est utilisé pour mesurer la force de la main. Le test porte sur la moyenne de trois mesures consécutives de la main droite et de la main gauche. Une différence entre 5 et 6,5 kg peut être considérée comme cliniquement pertinente.
- Le **test assis-debout d'une minute** évalue la mobilité fonctionnelle. Une amélioration ou une détérioration de 2,5 répétitions est considérée comme cliniquement pertinente.

	Erste ambulante Physiotherapie Mittelwert (±SD) Première séance de physiothéra- pie ambulatoire Moyenne (±DS)	Letzte ambulante Physiotherapie Mittelwert (±SD) Dernière séance de physiothéra- pie ambulatoire Moyenne (±DS)	Differenz (95% VI) Différence (95% IC)	Korrelation Corrélation
6-Minuten-Gehtest (Distanz in Meter) Anzahl: 17 Test de marche de 6 minutes (distance en mètres) Nombre: 17	423 (±86)	517 (±116)	95 (61,3–128)	0,941
Jamar rechts (Maximalkraft in Newton) Anzahl: 15 Jamar droite (force maximale en Newton) Nombre: 15	29 (±8)	31 (±8)	2 (–0,7–5,5)	
Jamar links (Maximalkraft in Newton) Anzahl: 15 Jamar gauche (force maximale en Newton) Nombre: 15	26 (±7)	29 (±9)	2 (–0,7–5,2)	
1-Minute-Sit-to-Stand-Test (Anzahl der Wiederholungen) Anzahl: 18 Test assis-debout d'une minute (nombre de répétitions) Nombre: 18	20 (±11)	29 (±14)	8.8 (4,5–13,1)	

**Tabelle 2: Vergleich erste/letzte ambulante Physiotherapie nach Lungentransplantation. VI: Vertrauensintervall, SD: Standardabweichung. I
Tableau 2: Comparaison première/dernière séance de physiothérapie ambulatoire après transplantation pulmonaire. IC: intervalle de confiance;
DS: déviation standard.**

und bei der funktionellen Mobilität (1-Minute-Sit-to-Stand-Test). Die Handkraft veränderte sich nicht signifikant. Diese Daten sind jedoch mit Vorsicht zu interpretieren. Wir wissen nicht, ob sich PatientInnen mit beziehungsweise ohne zwei Tests voneinander unterscheiden.

Fokussierung auf zwei geeignete Tests

Das primäre Ziel dieses Projekts bestand nicht darin, den Therapieverlauf zu untersuchen, sondern zu evaluieren, ob die verwendeten Assessments für die Patientengruppe aussagekräftig sind. Gemäss unseren Resultaten scheinen der 6-Minuten-Gehtest und der 1-Minute-Sit-to-Stand-Test für PatientInnen mit Lungentransplantation geeignet. Anhand dieser beiden Tests zeigte sich, dass die Betroffenen unter dem Normwert liegen. Zudem war es möglich, eine klinisch relevante Veränderung aufzuzeigen.

Auch bei der Handkraft liegen die PatientInnen unter dem Normwert. Jedoch ergab sich hier keine Veränderung. Somit stellt sich die Frage, ob das Jamar-Dynamometer das geeignete Messinstrument ist, um den Therapieverlauf zu ermitteln. Falls dieses Instrument weiterhin Anwendung finden soll, ist es nicht nötig, beide Seiten zu messen. Die Korrelation zwischen rechter und linker Seite ist sehr hoch. Daher schlagen wir vor, in Zukunft nur die dominante Seite zu messen.

Ces trois évaluations étaient utilisées lors de la consultation préopératoire ainsi que lors du premier et du dernier traitement ambulatoire.

Données complexes et incomplètes

Comme le montre le *tableau 1*, aucune évaluation ne disposait des données des 35 patient-es inclus-es. Le test de marche de 6 minutes a été effectué chez 9 patient-es aux trois moments de mesure, le test avec le dynamomètre Jamar chez 8 patient-es et le test assis-debout d'une minute chez 11 patient-es seulement. Sur la base de ces données, aucune conclusion ne peut être tirée quant à l'évolution du traitement chez les patient-es qui ont subi une transplantation pulmonaire.

Chez un peu moins de la moitié des patient-es (N: 15–18), les données d'évaluation issues de la première et de la dernière séance de physiothérapie ambulatoire étaient disponibles (*tableau 2*). Ce groupe montrait un changement dans le domaine cliniquement pertinent, la performance physique (test de marche de 6 minutes) et la mobilité fonctionnelle (test assis-debout d'une minute). La force de la main ne présentait pas de changement significatif. Toutefois, ces données doivent être interprétées avec prudence car nous ne savons pas si les patient-es qui n'ont fait aucun test diffèrent de ceux qui en ont fait.

«Core Outcome Sets» – auch in der klinischen Praxis?

Dieses Projekt zeigt auf, dass in der Physiotherapie sehr viele Messungen erfolgen. Meistens finden sie jedoch auf individueller Ebene statt – im Clinical Reasoning und in der Dokumentation des individuellen Therapieverlaufs. Da diese Angaben häufig sehr spezifisch und nicht standardisiert sind, ist es schwierig, eine retrospektive Gruppenauswertung zu machen.

Um Outcome-Messungen in Zukunft besser auswerten zu können, wäre es sinnvoll, analog zum Vorgehen in der klinischen Forschung «Core Outcome Sets» zu definieren. Diese Sets sollten bei allen PatientInnen an definierten Messzeitpunkten zum Einsatz kommen. Nur so können wir den wichtigen Schritt in Richtung einer outcomebasierten Therapie machen. Dies ist der Grundstein für die immer wichtiger werdende Versorgungsforschung. Wie wirksam eine Therapie ist, sollte auch im Klinikalltag beurteilt werden (engl. effectiveness), nicht nur unter Studienbedingungen (engl. efficacy). |



Pierrette Baschung Pfister, PT, MPH, ist Fachverantwortliche Physiotherapie Ergotherapie USZ und wissenschaftliche Mitarbeiterin, Direktion Forschung und Lehre, Forschungszentrum Physiotherapie Ergotherapie am Universitätsspital Zürich.

Pierrette Baschung Pfister, PT, MPH, est responsable spécialisée du secteur Physiothérapie Ergothérapie de l'hôpital universitaire de Zurich (PEU) ainsi que collaboratrice scientifique à la Direction de la recherche et de l'enseignement, Centre de recherche en physiothérapie et en ergothérapie de l'USZ.



Christine Meier Zürcher, ET, MAS, ist Leiterin Therapien Physiotherapie Ergotherapie am Universitätsspital Zürich.

Christine Meier Zürcher, ET, MAS, est directrice du secteur Physiothérapie Ergothérapie de l'hôpital universitaire de Zurich (PEU).

Literatur | Bibliographie

1. ICHOM. <https://www.ichom.org/faqs/>, Stand 26.1.2021.
2. Wirz M. Lehrbuch Assessments in der Rehabilitation: Bern: Huber; 2014.
3. Rehabilitation Measures Database. <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures>, Stand 26.1.2021.
4. Gargon E et al. Collating the knowledge base for core outcome set

Focalisation sur deux tests appropriés

L'objectif premier de ce projet n'était pas d'étudier le déroulement du traitement, mais de déterminer si les évaluations utilisées sont significatives pour le groupe de patient-es en question. D'après nos résultats, le test de marche de 6 minutes et le test assis-debout d'une minute semblent adaptés pour mesurer l'évolution des patient-es qui ont subi une transplantation pulmonaire. Ces deux tests ont montré que les personnes concernées étaient en-dessous de la valeur normale. En outre, il a été possible de montrer un changement cliniquement pertinent.

Les patient-es étaient également en-dessous de la valeur normale en ce qui concerne la force de la main. Cependant, aucun changement n'est apparu ici. Cela amène à se demander si le dynamomètre Jamar est l'instrument de mesure approprié pour déterminer le déroulement du traitement. Si l'on continue à utiliser cet outil, il n'est pas nécessaire de mesurer les deux côtés. La corrélation entre le côté droit et le côté gauche est très élevée. Par conséquent, nous proposons de ne mesurer désormais que le côté dominant.

Des batteries standardisées de tests également en pratique clinique?

Ce projet montre que de nombreuses mesures sont effectuées en physiothérapie. Cependant, celles-ci se déroulent le plus souvent au niveau individuel – dans le raisonnement clinique et dans la documentation du déroulement individuel du traitement. Puisque ces informations sont souvent très spécifiques et non-standardisées, il est difficile de faire une évaluation rétrospective de groupe.

Afin de pouvoir mieux évaluer les résultats des traitements, il serait bon de définir des batteries standardisées de tests, à l'instar de ce qui se fait en recherche clinique. Ces batteries standardisées de tests doivent être utilisées pour toutes les patient-es à des moments définis. Ce n'est qu'ainsi que nous pourrions franchir une étape importante vers un traitement vraiment factuel. Ceci pose aussi les jalons de la recherche sur les prestations de santé, qui prend de plus en plus d'importance. L'efficacité d'un traitement doit également être évaluée dans le quotidien clinique (en anglais: *effectiveness*), pas seulement dans des conditions d'étude (*efficacy*). |

- development: developing and appraising the search strategy for a systematic review. BMC Med Res Methodol. 2015, 15(1): 26.
5. Ackerman IN et al. The feasibility of implementing the ICHOM Standard Set for Hip and Knee Osteoarthritis: a mixed-methods evaluation in public and private hospital settings. J Patient Rep Outcomes. 2017, 2: 32.