



2ÈME FORUM DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN MPR



Dépendance et limitations fonctionnelles: impact sur la prise en charge en MPR et son financement.

Cordonnée par Jacques Pélissier, Jean-Pascal Devailly et Francis Le Moine.

CNP- Fedmer

Corum Montpellier le 5 mars 2014. Salle Rondelet

1. Dépendance et limitations fonctionnelles : de la CIH à la CIF. Indicateurs et échelles de mesure. (Pascale Pradat-Diehl. Paris)
2. Place de l'évaluation des limitations fonctionnelles dans les systèmes de classification des patients. (Carlote Kiekens, Leuven Belgique)
3. Mesure de la charge en soin lié à la dépendance. (Elisabeth Planchenault. Montpellier)
Image(s) de la dépendance à partir de la Base Nationale PMSI SSR (Fabienne Séguret. Montpellier)
4. Incidence économique de la dépendance sur le séjour en SSR. (Pierre Métral)
5. Dépendance et retour à domicile. Modalités d'organisation. La question du bed-blocker. (Bruno Pollez. Lille)
6. Dépendance et alternatives à l'hospitalisation : impact sur les parcours de soin de l'AVC. (Pascale Dhote-Burger. DGOS)
7. Fiabilisation de la mesure de la dépendance dans les recueils PMSI HAD, SSR et psychiatrie : travaux engagés par l'ATIH pour identifier les échelles adaptées. (Axelle Menu, Vincent Pisetta. ATIH).
8. Limitation fonctionnelle et pertinence du soin en MPR. (Jacques Pélissier et Jean Pascal Devailly)
9. Intégrer la part sociale du handicap dans les réformes de la tarification hospitalière. (Didier Castiel)
10. Dépendance, limitations fonctionnelles et financement en MPR : comparaison de quelques systèmes étrangers. (Jean Pascal Devailly)

Communications accessibles en Streaming = www.empr et www.sofmer

Rapport de synthèse rédigé par Jacques Pélissier le 22/03/2014

Abréviations

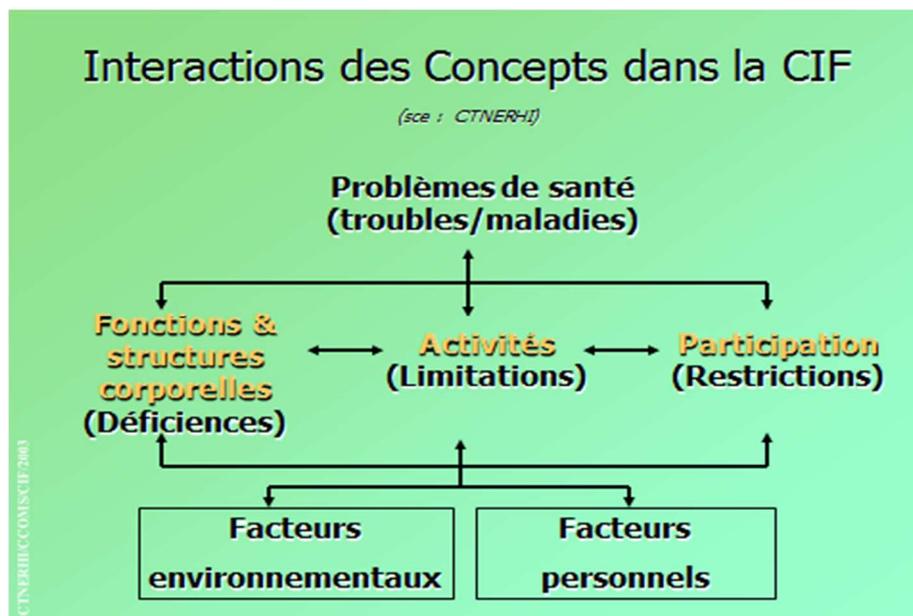
AVC = Accident Vasculaire Cérébral
AVQ = Activités de la vie quotidienne
ATIH = Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CLIC = Centre Local d'Information et de Coordination
CNSA = Caisse Nationale pour la Solidarité et l'Autonomie
CIF = Classification Internationale du Fonctionnement
CsARR = Catalogue spécialisé des Actes en Rééducation et Réadaptation
DAF = Dotation Annuelle Financière
DGOS = Direction Générale de l'Organisation des Soins (Ministère de la Santé)
DMS = Durée Moyenne de Séjour
DPI = Dossier Patient Informatisé
DPP = Dossier Patient Partagé
DRG = Diagnostic Related Groups
ENC = Etude Nationale de Coût
EVC-EPR = Unité de soin pour Etat Végétatif Chronique et Etat Pauci-Relationnel
FIM = Functional Independence Measure
FRG = Function Related Group
GEVA = Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée (CNSA)
GHJ = Groupe Homogène de Journées
GN = Groupes Nosologiques
GME = Groupes Médico Economiques
HAD = Hospitalisation A Domicile
HAS = Haute Autorité de Santé
HC = Hospitalisation complète
HdJ = Hospitalisation de jour
INSEE = Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MCO = Médecine, Chirurgie, Obstétrique (soins aigus)
MDPH = Maison Départementale des Personnes Handicapées
MAIA = Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer
MAS = Maison d'Accueil Spécialisée
MIF = Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle
MPR = Médecine Physique et de Réadaptation
MS = Structures Médico-Sociales
PAAC = Profil d'Autonomie pour Adulte Cérébrolésé
PCH = Prestation de Compensation du Handicap
PMSI-SSR = Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information en Soins de Suite et de Réadaptation.
PSPH = Participant Service Public Hospitalier
3R = Rééducation, Réadaptation, Réinsertion
RAD = retour à domicile
RCV = reprise du cours de la vie
RHA = Résumé Hospitalier Anonyme
RHS = Résumé Hospitalier de Semaine
SAMSAH = Service d'Accompagnement Medico-Social pour Adultes Handicapés
SESSAD = Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile
SIIPS = Soins Infirmiers Individualisés à la Personnes Soigné
SSR = Soins de Suite et de Réadaptation
T2A = Tarification A l'Activité
VT = Via Trajectoire (logiciel de gestion des flux d'entrée en SSR)

1. Qu'est-ce que la dépendance ? (Jacques Pélissier, Pascale Pradat-Diehl et Pierre Métral)

Dépendance d'une personne = *impossibilité partielle ou totale pour elle d'effectuer sans aide les activités nécessaires de la vie quotidienne du fait de limitations d'activité dans l'environnement habituel*. La conséquence en est une restriction de participation.

Cette définition est aujourd'hui très influencée par la Classification Internationale des Fonctionnements, des handicaps et de la santé ou CIF qui a inspiré la loi sur le handicap 11 février 2005. La CIF définit des champs d'Activité et de Participation et en corollaire des Capacités d'activité et des Limitations de participation qui sont liés à la fois aux facteurs personnels et environnementaux au sein d'un modèle bio-psycho-social. Les champs sont ainsi :

- Apprentissage et application des connaissances : Apprendre à lire/ lire, Apprendre à écrire/ écrire...
- Tâches et exigences générales : Entreprendre des tâches uniques/ multiples; Routine quotidienne; Stress...
- Communication : Communiquer/ recevoir/produire des messages...
- Mobilité : Changer et maintenir la position du corps, Porter déplacer et manipuler des objets, Marcher ou se déplacer, Utiliser un moyen de transport...
- Entretien personnel : Se laver, s'habiller, manger, boire, aller aux toilettes...
- Vie domestique : Faire des courses, les tâches ménagères...
- Relations et interactions avec autrui : Interactions générales, Interactions particulières...
- Grands domaines de la vie : Education, travail et emploi, vie économique...
- Vie communautaire, sociale et civique : Vie communautaire, loisirs, vie spirituelle...



L'environnement peut être facteur de facilitation ou obstacle, et on distingue :

- Produits et technologies incluant l'accessibilité. Aides techniques.
- Environnement naturel et changements apportés par l'homme à l'environnement.
- Soutiens et relations tels famille, amis, entourage professionnel, prestataires de soins....Précarité.
- Attitudes. Capacité personnelle à faire face
- Services, systèmes et politiques. Possibilité d'accès aux dispositifs d'aide à la personne et d'attribution de ressources compensatrices.

L'utilisation directe de la CIF se heurte à un obstacle de taille: le nombre des codes à renseigner ne permet le développement d'outils qu'à partir de la sélection d'items spécifiques (ou « core set ») d'un état pathologique [9] dans le but de décrire et de coder les déficiences, limitation d'activité, restriction de participation et facteurs environnementaux.

L'outil GEVA élaboré par la CNSA et utilisé par les MDPH pour l'attribution de ressources et d'aides matérielles et humaines (www.cnsa.fr/IMG/pdf/GEVA) est directement issu de la CIF ; son volet 6 explore plus particulièrement les limitations d'activité et les restrictions de participation. Très chronophage, il ne peut être utilisé en pratique soignante. Cependant les concepts contenus dans la CIF donnent lieu à des constructions d'échelles spécifiques, GEVA compatibles, comme le Profil d'Autonomie pour Adulte Cérébrolésé ou PAAC (www.crftc.org/index.php/le-paac).

La question est donc désormais **d'évaluer la dépendance ou la limitation fonctionnelle dans l'esprit de la CIF** plutôt qu'à partir de la CIF et ce tout au long du parcours du patient dans le champ sanitaire et dans le champ médico-social. Les différents outils issus directement de la CIF, ou GEVA compatibles, donnent une vision très précise des limitations fonctionnelles et sont d'un grand secours dans l'établissement des plans d'intervention dans le champ médico-social comme pour la compensation par la MDPH, mais sont peu adaptés à la pratique du champ sanitaire qui nécessite des **outils peu chronophages, moins complexes mais de bonne valeur métrologique**.

Ainsi, la dépendance est multiaxiale : physique, fonctionnelle, cognitive, sociale, économique... et les outils ne sont pas aussi performants pour tous les axes de la dépendance. Le choix de l'outil de mesure dépend de ce que l'on veut connaître : la limitation fonctionnelle d'un patient pour construire un plan de soin et suivre son évolution ? Connaître un axe (Vie Quotidienne par exemple) de dépendance d'une population en recherche sociale ? Construire un modèle médico-économique pour la prise en charge de soins ? Construire un projet de retour à domicile (RAD) ou de reprise du cours de la vie (RCV) ?

En matière de soin, la simplicité et les qualités métrologiques de l'outil seront des facteurs déterminants.

La Classification Internationale des Fonctionnements, des handicaps et de la santé ou CIF définit des champs d'Activité et de Participation et en corollaire des Capacités d'activité et des Limitations de participation qui sont liés à la fois aux facteurs personnels et environnementaux au sein d'un modèle bio-psycho-social. L'utilisation directe de la CIF se heurte à un obstacle de taille sa complexité et le temps de renseignement nécessaire. La question est d'évaluer la dépendance ou la limitation fonctionnelle dans l'esprit de la CIF plutôt qu'à partir de la CIF et ce tout au long du parcours du patient dans le champ sanitaire et dans le champ médico-social. En matière de soin, la simplicité et les qualités métrologiques de l'outil seront des facteurs déterminants.

2. Au-delà de la Dépendance, le Handicap social..... (Didier Castiel)

Le handicap social retentit-il sur la durée du séjour ? Didier Castiel (Centre des Économistes de Paris-Nord - Université de Paris-Nord 13) a réalisé dans le seul secteur MCO, mais dans un hôpital de l'AP-HP à fort taux de précarité (CHU Lariboisière) une enquête à partir d'un questionnaire mesurant 213 items issu de l'Enquête «Conditions de vie» de l'INSEE en 6 domaines : santé (morbidité, risques), ressources (niveau de vie, précarité), insertion culturelle, relation avec autrui, logement (confort intérieur, localisation du logement) et patrimoine. Deux enquêtes ont été réalisées l'une en 2005 (hors T2A MCO), l'autre en 2007 (avec T2A MCO) ; dans les deux cas les patients avec handicap social léger ou modéré (classe 2) ou important (classe3) **restent plus d'1 jour en moyenne en MCO** que les patients non handicapés sociaux; ce séjour n'est pas prolongé pour des raisons de santé. On sait que les inégalités sociales sont tridimensionnelles et que l'on doit tenir compte des indicateurs sociodémographiques (âge, lieu de résidence, genre et ethnie/race), du statut économique et social (propriétaire de sa voiture, l'emploi, le revenu, la classe sociale, etc.) et de l'environnement social (les conditions de vie, les conditions de travail, le soutien social). **Il ressort de ces deux études que l'accumulation de certains facteurs est péjorative : le revenu, le capital mobilier, le logement et pas seulement la précarité.**

Dans un objectif d'optimisation des ressources allouées demain au SSR (et quel qu'en soit le modèle), il paraît essentiel de déterminer très tôt chez un patient admis en SSR le niveau de handicap social et de mettre en place aussitôt des mesures sociales évitant une prolongation de séjour délétère pour la fluidité de la filière ; *reconnaître le handicap social est une priorité organisationnelle dans laquelle les autorités de santé auront un rôle déterminant mais qui implique de fait notre organisation sociale.*

Le handicap social retentit sur la durée du séjour et il faut le déterminer très tôt chez un patient admis en SSR, mettre en place aussitôt des mesures sociales évitant une prolongation de séjour délétère pour la fluidité de la filière; reconnaître le handicap social est une priorité organisationnelle dans laquelle les autorités de santé auront un rôle déterminant mais qui implique de fait notre organisation sociale.

3. Pourquoi mesurer la dépendance en MPR ? Que veut-on mesurer ? (Carlotte Kiekens, Pascale Dhote-Burger, Pierre Métral, Jacques Péliissier et Jean Pascal Devailly)

La dépendance est une donnée complexe, multifactorielle (cf supra) conséquence de limitations fonctionnelles dont les composantes s'imbriquent les unes dans les autres dans un système de complexité croissante:

- **Limitation dans les activités de la vie quotidienne** (AVQ) qui en est le cœur en 6 champs (MIF) dont 4 physiques (Locomotion, Mobilité Transferts, Soins personnels, Contrôle sphinctérien) et 2 cognitifs (Communication, Conscience du monde extérieur)
- **Limitation dans les activités Instrumentales** de la vie courante en 4 champs (IADL) : Utilisation du téléphone, Utilisation des moyens de transport, Responsabilité pour la prise des médicaments, Capacité à gérer son budget.
- **Limitation dans les activités sociales, de loisirs** et dans l'exercice d'une **profession comme dans la capacité économique.**

La dépendance impacte l'activité de l'équipe soignante en MPR à plusieurs niveaux : orientation du patient et plan de soin, conditions du retour au domicile (RAD) et reprise du cours de la vie (RCV), mesure de la charge en soin et gestion des équipes soignantes. L'enjeu est d'anticiper la perte d'autonomie des patients, en s'appuyant sur la base de référentiels et de recommandations existants de prise en charge afin d'accompagner un projet de vie personnalisé.

1. Dans le *déroulement du plan de soin*, dont l'élaboration doit tenir compte de la variable dépendance. Les AVQ comme la prévention des complications de l'immobilité retentissent sur les soins de base et les soins relationnels ; les soins de rééducation et de réadaptation sont également impactés : temps d'installation en salle de rééducation, fatigabilité, troubles du comportement... La finalité du plan de soin reste en MPR la récupération fonctionnelle par les techniques de rééducation et ne saurait se limiter à des mesures palliatives par la réadaptation.
2. Dans *l'orientation des patients* du service de MCO vers le SSR le plus adapté au pronostic fonctionnel du patient. Le potentiel de récupération fonctionnel doit être évalué le plus précisément possible lors de la demande de transfert ou de mutation, mais le niveau de dépendance doit être renseigné dans ses diverses composantes pour permettre au SSR receveur de se prononcer en connaissance de cause et en fonction de ses moyens disponibles ; le logiciel Via-Trajectoire (VT) remplit en grande partie cette mission.
3. Dans *les conditions du RAD et du RCV* où l'environnement matériel et humain, le handicap social ont un rôle déterminant ; l'évaluation situationnelle dans tous les sens du terme de ces diverses composante de la dépendance est indispensable à la réussite de cette étape. L'enjeu est d'anticiper la perte d'autonomie des patients, en s'appuyant sur la base de référentiels et de recommandations existants de prise en charge afin d'accompagner un projet de vie personnalisé.
4. Enfin face à des soins requis, les soins délivrés doivent être identifiés, et la *mesure de la charge en soin* corrélée à la dépendance dans les AVQ pour gérer les équipes soignantes.

Ainsi la dépendance doit être mesurée pour toutes ces raisons en SSR mais aussi pour décider de l'attribution de ressources finançant cette prise en charge. En MCO, dépendance et handicap social ne sont pas pris en compte dans l'attribution des ressources. **Mesurer la dépendance ne résume pas l'évaluation en MPR ; le suivi de déficiences est tout aussi fondamental.**

La Dépendance est un phénomène complexe et l'on ne peut prétendre tout mesurer ; on doit différencier les outils en fonction des objectifs affichés et poursuivis: mesure de la charge en soin de base, aide au projet de RAD ou RCV pour les unités de soin ; gestion des équipes et des accords de prise ne charge pour les structures de soin SSR ; attribution de ressources, comparaison des établissements entre eux, planification pour l'autorité de santé.

Il importe donc de :

- **Choisir l'outil de mesure en fonction de l'objectif choisi.**
- **Choisir un outil ayant de bonnes qualités métrologiques, simple d'usage et peu chronophage, acceptés par les soignants.**
- **Garder en mémoire les limites de l'outil dans l'interprétation des résultats.**
- **S'approprier les consignes de codage du guide PMSI à partir de l'échelle choisie.**

En matière d'attribution de ressources et dans un but d'équité, le choix est particulièrement difficile ; il ne peut se faire qu'à partir d'un objectif arbitré par l'autorité de santé et doit être le résultat d'un dialogue de qualité avec les acteurs de soin, ce qui suppose de la transparence, pour aboutir au choix nécessairement réducteur de l'outil, accepté de tous et adapté à l'objectif. L'outil miracle n'existe pas, chaque outil de mesure a ses cibles et ses limites, de la CIF à l'AVQ.....

La Dépendance est un phénomène complexe et l'on ne peut prétendre tout mesurer ; on doit différencier les outils en fonction des objectifs affichés et poursuivis : mesure de la charge en soin de base, aide au projet de RAD ou RCV pour les unités de soin ; gestion des équipes et des accords de prise ne charge pour les structures de soin SSR ; attribution de ressources, comparaison des établissements entre eux, planification par l'autorité de santé. L'outil miracle n'existe pas, chaque outil de mesure a ses cibles et ses limites, de la CIF à l'AVQ..... Il importe de choisir l'outil de mesure en fonction de l'objectif choisi, de ses qualités métrologiques et de son acceptation par les soignants.

4. Outils de mesure : la Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle (MIF) (Jacques Pélissier)

La revue de la littérature réalisée par MAPI Consultancy à la demande de l'ATIH a montré que 30 échelles sont utilisées dans la littérature ; un outil ressort comme possédant de bonnes qualités métrologiques, **la MIF ou Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle** qui est très utilisée en MPR.

La Functional Independence Measure [3] en est la version initiale nord-américaine ; elle explore 6 champs en 18 items, en 7 niveaux (1-7), en fonction de la nécessité d'une aide technique, d'une surveillance ou d'un % d'aide nécessaire. Elle est décomposée en une sous-échelle Motricité (13 items) et une sous-échelle Cognition (5 items) (www.cofemer.fr). Outil reposant sur l'observation directe des performances, **la FIM est renseignée par hétéroévaluation (ce que le patient fait réellement) par l'équipe soignante le plus souvent en réunion de synthèse.** Elle est représentée en tableau ou selon une cible.

Elle a de bonnes qualités métrologiques : consistance interne, reproductibilité inter-juge, sensibilité au changement. La version française, la Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle (MIF) a été validée (P Minaire 1991). Il existe une version adaptée à l'enfant : MIF môme (Wee FIM) proposée en 1996 (P Calmels et V Gautheron 1996). Son usage nécessite une formation, gérée par l'Uniform Data System (UDSMR) moyennant une redevance annuelle (University of Buffalo. State of New York, USA), mais l'équipe stéphanoise de MPR est

habilité à la délivrer. La FIM est intégrée dans l'UDS nord-américain, système de recueil de données et d'attribution de ressources en MPR [2]; elle permet alors le suivi des patients y compris la préparation du RAD, l'évaluation de la charge en soin, et c'est un des principaux outils d'évaluation en vue de l'attribution des ressources (Program Evaluation Model) à partir de 5 clés : 1. Valeur du FIM à la sortie, 2. Gain de FIM, 3. DMS, 4. % de RAD, 5. % de réhospitalisation en MCO. *La FIM est bien adaptée à l'AVC [4], au blessé médullaire [8], à la fracture du col du fémur, arthroplastie de hanche et reprise de prothèse [5,7], au traumatisme crânio-encéphalique [6], mais mal adaptée à la lombalgie et la pathologie de l'épaule [1], aux maladies cardio-vasculaires et respiratoires hormis lors d'insuffisance cardiaque sévère accessible à la réadaptation [10].*

La FIM (ou MIF en français) est cependant l'outil le plus répandu en rééducation neurologique et locomotrice ce qui permet de souligner l'intérêt d'un tel outil à 3 niveaux :

*Pour un patient:

- Évalue le degré de dépendance donc la charge en soin de base et relationnel.
- Permet de suivre la progression du patient et d'isoler des actions ciblées. Il y a des items faciles (alimentation) et des difficiles (escaliers).
- A une valeur prédictive du pronostic fonctionnel et sur la durée du séjour.
- Permet d'objectiver le degré de récupération en termes de limitation d'activité à la sortie du patient.

*Pour une institution:

- Langage commun à l'équipe de soin et de rééducation-réadaptation.
- Évalue la dépendance médiane et moyenne (+/- SD) d'une population de patients.
- Évalue l'efficacité d'une prise en charge (comparaison MIF entrée et sortie).
- Détermine le cut-off pour les modalités de sortie (FIM= > 80 moins de 2 heures de charge en soin).
- Corrélée à la charge en soins (de base et relationnels).
- Renseignée par des évaluateurs formés et accrédités (investissement).

*Pour une autorité de santé :

- Évalue la dépendance médiane et moyenne (+/- SD) de la population prise en charge dans une institution ou un type d'institution et la compare à d'autres.
- Évalue au fil des ans le gain en limitation d'activité en fonction des évolutions des techniques de soin, leur impact sur la durée de séjour.
- Outil de paiement pour l'autorité de santé : le FIM à l'entrée détermine une part de l'attribution de ressources.
- Sert à comparer les institutions de soins entre elles.

La Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle (MIF) explore 6 champs en 18 items, en 7 niveaux (1-7), en fonction de la nécessité d'une aide technique, d'une surveillance ou d'un % d'aide nécessaire. Elle est décomposée en une sous-échelle Motricité (13 items) et une sous-échelle Cognition (5 items) (www.cofemer.fr). Outil reposant sur l'observation directe des performances, la FIM est renseignée par hétéroévaluation (ce que le patient fait réellement) par l'équipe soignante le plus souvent en réunion de synthèse. Elle est représentée en tableau ou selon une cible. Elle a de bonnes qualités métrologiques. La version française a été validée (P Minaire 1991). Il existe une version adaptée à l'enfant : MIF même (Wee FIM). C'est l'outil le plus utilisé, bien adapté à la MPR neurologique et locomotrice.

5. AVQ et PMSI : perspectives (Fabienne Séguret, Axelle Menu et Vincent Pisetta)

La dépendance est une variable du PMSI-SSR mesurée par l'**AVQ-PMSI**, échelle à 6 items, 4 physiques (soit 10 actions regroupées en habillage, alimentation, déplacement et locomotion, continence) et 2 cognitifs (comportement, relation et communication) hiérarchisés en 4 stades de cotation croissante avec le niveau de dépendance (www.sante.gouv.fr). **C'est une échelle non validée mais utilisée depuis 1997 dans le champ SSR. Elle a l'avantage de sa simplicité et est renseignée en peu de temps.**

Une réflexion conduite par l'ATIH est en cours sur sa pertinence en tant qu'outil médico-économique de valorisation.

L'enquête de l'Unité d'Evaluation et d'Etudes Epidémiologiques sur les Bases Nationales d'Activité Hospitalière (2012) a pour but au travers de l'outil l'AVQ-PMSI de décrire la dépendance en SSR, ses facteurs de variabilité selon la catégorie majeure (CM), le niveau de sévérité (classification GME : niveaux 1 et 2), l'âge, le type d'autorisation de l'Unité Médicale (Polyvalent adulte, Polyvalent < 18 ans, Spécialisé adulte, Spécialisé < 18 ans, Sujets âgés poly pathologiques/dépendants), enfin le type d'établissement (Public CH, public CHU, PSPH, Privé); une étude complémentaire porte sur l'évolution de la dépendance entre 1er et dernier RHA du séjour.

Le base contient plus de 35 Millions de journées (6 710 545 RHA, 906 957 séjours) dont près de 3 Millions en HTP (1 175 584 RHA). On dissocie la Dépendance Physique ≤ 12 et > 12 , la Dépendance Cognitive ≤ 6 et > 6 .

Ainsi la Dépendance Physique ≤ 12 est retrouvée dans 72% des RHA et celle > 12 dans 28%, la Dépendance Cognitive ≤ 6 dans 78% et > 6 dans 22%; l'analyse par type d'établissement comme par type d'autorisation apporte des données intéressantes sur la localisation des dépendances les plus lourdes, de même en fonction des Catégories Médicales (CM). Le taux de journées en dépendance physique > 12 est maximal dans les CHU (44%), dans les unités de prise en charge des sujets âgés poly pathologiques /dépendants (41%), ainsi que dans les unités polyvalentes des enfants de moins de 18 ans (37%). La dépendance cognitive est la plus élevée en CHU (43%) et dans les unités polyvalentes pédiatriques d'environ 33%. Les pathologies observées pour les journées de dépendance physique >12 et dépendance cognitive >6 sont plus souvent neurologiques alors qu'elles sont plutôt orthopédiques et rhumatologiques lorsque la dépendance physique est ≤ 12 .

L'analyse de l'évolution de la dépendance entre le début et la fin du séjour montre que celle-ci est stable dans la majorité des cas, 60% des cas pour la dépendance physique et plus de 70 % des cas pour la dépendance cognitive. Toutefois, une amélioration semble un peu plus fréquente lorsque le niveau de dépendance de départ est plus élevé. *L'évolution reste peu interprétable du fait du taux de journées stables très élevée, ce qui peut être dû à la qualité du codage mais aussi aux performances mais surtout à un probable défaut de sensibilité de l'outil.*

Les limites de ce type d'analyse avec l'AVQ résident principalement dans l'exhaustivité et la qualité du codage du PMSI en SSR, et plus particulièrement en ce qui concerne la dépendance; ces limites sont liées aussi aux performances de l'AVQ, au défaut de maîtrise et à la variabilité de l'utilisation de cette échelle par les intervenants.

L'enquête menée par l'ATIH à partir de la base nationale (2009-2012, résultat donnés ici pour le seul SSR) démontre que :

- L'exhaustivité est élevée en SSR (>99%)
- A l'entrée, il y a une forte représentation des valeurs minimales (4) pour les items physiques comme cognitifs, ce qui démontre soit du manque de sensibilité de l'AVQ-PMSI soit de la faible dépendance des sujets, alors que le besoin en soins techniques de rééducation est réel. Il en est de même pour les items cognitifs.
- Les valeurs extrêmes sont surtout retrouvées pour les âges extrêmes, la répartition évoquant une faible sensibilité pour les valeurs intermédiaires.
- Les valeurs varient peu au cours du séjour ce qui peut être lié à un manque de sensibilité ou à un effet de copie du score d'entrée tout au long du séjour.
- Il y a un lien entre les valeurs de l'AVQ et le mode de sortie.
- L'AVQ est inadapté à certaines populations dont la petite enfance mais il y a de nombreuses similitudes entre SSR et HAD.

L'objectif de l'ATIH est désormais de fiabiliser la description de la dépendance fonctionnelle des patients dans les recueils PMSI HAD, Psychiatrie et SSR par des outil(s) de mesure valide(s) et fiable(s), pour tous les

patients (quels que soient l'âge, l'état de santé) ; c'est un choix structurant pour les recueils PMSI qui doit être opérationnel et durable pour la production PMSI HAD, Psychiatrie et SSR.

L'outil utilisé doit être valide sur le plan métrologique pour être utilisable dans les classifications médico-économiques des champs sanitaires HAD, SSR, PSY ; cet outil ne doit plus obligatoirement être unique aux 3 champs.

La méthode de réflexion repose sur

- une revue de la littérature portant sur les échelles de mesure de la dépendance utilisables dans les classifications médico-économiques des champs sanitaires HAD, SSR, PSY ;
- le bilan du codage AVQ dans les bases PMSI HAD, Psychiatrie et SSR ;
- des études de faisabilité du recueil d'une nouvelle échelle.

La réflexion en cours à l'ATIH implique des professionnels des 3 champs HAD, Psychiatrie et SSR. (Fédérations² hospitalières, Sofmer, CNP-Fedmer).

Deux options sont proposées :

- **Scenarior 1** : conservation de l'AVQ, au prix d'une fiabilisation de celui-ci c'est-à-dire une repondération des items au bénéfice du cognitif qui est mal évalué, d'une validation métrologique et d'une révision de son processus de recueil.
- **Scenarior 2** : remplacement de l'AVQ par une nouvelle (ou autre échelle) ce qui implique des études faisabilité du recueil de cette nouvelle échelle, des études comparatives « AVQ – nouvelle échelle », une validation linguistique et métrologique et un accompagnement du déploiement

La dépendance est une variable du PMSI-SSR mesurée par l'AVQ-PMSI, échelle à 6 items, 4 physiques et 2 cognitifs hiérarchisés en 4 stades de cotation croissante avec le niveau de dépendance (www.sante.gouv.fr). C'est une échelle non validée mais utilisée depuis 1997 dans le champ SSR. Elle a l'avantage de sa simplicité et est renseignée en peu de temps.

L'objectif de l'ATIH est désormais de fiabiliser la description de la dépendance fonctionnelle des patients dans les recueils PMSI HAD, Psychiatrie et SSR par des outil(s) de mesure valide(s) et fiable(s), pour tous les patients (quels que soient l'âge, l'état de santé) ; cet outil ne doit plus obligatoirement être unique aux 3 champs.

6. Dépendance et charge en soin (Elisabeth Planchenault)

L'objectif est ici **d'évaluer la charge en soin liée à la dépendance**, à l'aide d'outils composites renseignés par les équipes soignantes qui ont en commun de mesurer la totalité des soins directs au patient et non plus la seule dépendance. En effet, 3 types de soins représentent la totalité des soins directs au patient :

- Soins de base (Alimentation, Elimination, Hygiène et confort, Locomotion).
- Soins Techniques.
- Soins relationnels & éducatifs (personne soignée et/ou la famille).

Ce sont des outils d'aide à la décision pour l'affectation de soignants et au pilotage du processus de soins afin de prendre des décisions à partir des faits et non des impressions, du ressenti. Ces outils autorisent des chrono-analyses afin d'évaluer la charge en soin dans le temps pour un patient, mais surtout pour une structure avec les éventuelles variations conjoncturelles ou périodiques, ce qui permet une analyse de la charge de travail dans le temps et une prévision dans la constitution des plannings des soignants ; ils permettent d'avoir une vision objective (et non plus subjective à partir des ressentis) de la charge réelle en soin et autorise des prévisions d'affectation comme des mesures correctives vis-à-vis du personnel soignant.

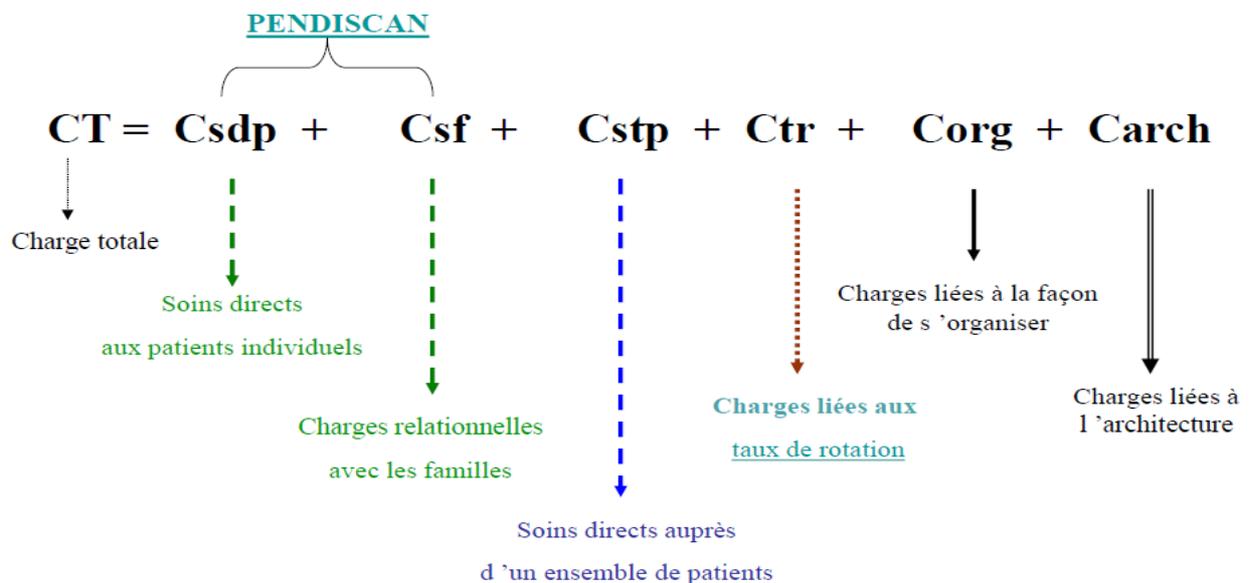
Les outils proposés les plus utilisés en France sont les Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée (SIIPS) et le PENDISC@N. Ils ne sont renseignés que par les infirmiers, aides-soignants et cadre de santé en secteur infirmier.

Le SIIPS (<http://www.siips.org>) a été créé en 1997 par un groupe d'infirmiers. Soins de base, soins techniques, soins relationnels & éducatifs sont affectés des coefficients 1, 4, 10 et 20 fonction du temps requis essentiellement. Le recueil se fait à la journée mais en SSR tous les 7 jours, et à la sortie.

Le **PENDISC@N** (<http://pendiscan.istic.univ-rennes1.fr>) a été réalisé en partenariat avec l'École Nationale des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) et l'Association pour le développement des études et Recherches en Gestion du Système Sanitaire et Social (ARG3S). Il nécessite le moins de collecte de données possibles mais donne le maximum d'informations sur l'état de dépendance des patients et les conséquences sur les charges de travail en soins directs : FICHE 1 : Mesure résumée de la dépendance des patients vis-à-vis des activités de la vie courante (4 niveaux) ; FICHE 2 : Mesure résumée de la dépendance des patients vis-à-vis des soins techniques directs (5 niveaux) ; FICHE 3 : Mesure résumée de la dépendance des patients vis-à-vis des soins relationnels et éducatifs (4 niveaux).

Le renseignement s'opère lors des transmissions 1 fois par semaine, en changeant de jour chaque semaine (lundi semaine 1, mardi semaine 2, mercredi semaine 3, etc...) afin d'éviter un renseignement journalier tout en informant sur l'éventuelle périodicité de la charge en soin. Il s'opère sur des soins tracés à partir du DPI.

Ainsi le **PENDISC@N** permet l'analyse et la comparaison dans le temps de la lourdeur en dépendance des patients dans les unités de soins, et un réajustement des effectifs. Il permet d'objectiver les ressentis des soignants en analysant avec les équipes de soins les résultats (outil de dialogue) ; il fait la part entre soins effectivement produits et charge mentale liée au soin. C'est une aide à la réflexion prospective comme à l'étude des conséquences des orientations médicales sur les soins. Par contre il n'évalue que les soins directs, donc ignore les soins indirects auprès d'un ensemble de patients (synthèse), la charge liée à l'organisation (et aux dysfonctionnements) comme à l'architecture des locaux (éloignement, inadaptation).



La charge en soin liée à la dépendance peut être évaluée à l'aide d'outils renseignés par les équipes soignantes qui mesurent la totalité des soins directs au patient et non plus la seule dépendance : Soins de base, Soins Techniques, Soins relationnels & éducatifs. Ce sont des outils d'aide à la décision pour l'affectation de soignants et au pilotage du processus de soins. Ils permettent d'avoir une vision objective (et non plus subjective à partir des ressentis) de la charge réelle en soin et autorise des prévisions d'affectation comme des mesures correctives vis-à-vis du personnel soignant. Les outils proposés les plus utilisés en France sont les Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée (SIIPS) et le **PENDISC@N**. Ils ne sont renseignés que par les infirmiers, aides-soignants et cadre de santé en secteur infirmier.

7. Dépendance et retour à domicile. Modalités d'organisation. La question du « bed-blocker ». (Bruno Pollez)

Les structures de MPR se trouvent face à 2 enjeux concernant la sortie de l'hôpital et le retour à domicile (RAD) ou la reprise du cours de la vie (RCV) :

- **L'un tenant à leur mission vis-à-vis de chaque patient** : transférer les acquis fonctionnels et servir la lutte contre le handicap finalement vécu par la personne (et ses proches) en situation réelle de vie ; pour les personnes conservant des limitations fonctionnelles, cette sortie doit donc être accompagnée par une dynamique de réadaptation bien construite.
- **L'autre tenant à leur mission vis-à-vis des populations** : assurer la fluidité de sa filière en libérant le « lit », alors disponible pour accueillir un autre patient et éviter ainsi la perte de chance à d'autres patients.

Vis-à-vis de ce double enjeu, le patient pour lequel les objectifs du plan de soin (en particulier le programme de rééducation et le projet de réadaptation) sont optimisés est en inadéquation avec la structure de MPR ; c'est un « *bed-blocker* » [« occupation d'un lit sanitaire induit car sans raison sanitaire », selon la définition anglo-saxonne].

Cette situation de blocage n'est pas spécifique des SSR et se rencontre aussi en MCO.

Les raisons en sont multiples et doivent être reconnues. **En MCO** ce sont surtout les refus d'admission par les SSR soit par inadéquation de la structure SSR ou en raison d'un excès de charge ou de coût des soins nécessaires, soit par crainte des SSR d'« embolisation » pour des motifs sanitaires ou sociaux. Le logiciel Via Trajectoire (VT) et surtout les « coordinations SSR » ont un rôle facilitateur du dialogue MCO-SSR et de ce fait le nombre de patients qui ne trouvent pas d'accueil en SSR a plutôt tendance à diminuer. Par contre le transfert vers une structure médico-sociale se heurte à un trop long délai. Plus rares sont les refus du patient d'aller en SSR alors que le RAD semble difficile à accompagner du fait de la dépendance, de l'environnement et/ou des difficultés sociales.

Les difficultés de sortie du SSR peuvent être liées à une complexité induite par des facteurs personnels ou environnementaux propres, en plus des déficiences. Ainsi, pour le patient après AVC, 5 facteurs pouvant majorer la problématique de sortie SSR dans le système de santé français ont été identifiés [12] :

- la nécessité d'adaptation (purement matérielle) de l'environnement (logement, aides techniques) ;
- l'inadaptation ou l'insuffisance du réseau médical et paramédical ;
- les difficultés sociales et psychosociales ;
- les pathologies médicales et/ou psychiatriques associées ayant une incidence fonctionnelle ;

Mais la sortie de SSR est surtout marquée par des difficultés spécifiques à prendre en considération : régression post-hospitalière par mauvais transfert des acquis fonctionnels faits en SSR, engendrant un amoindrissement du service rendu dans la lutte contre le handicap finalement vécu ; risque de décompensation secondaire de la personne ou des aidants familiaux voire professionnels (réhospitalisation parfois par recours aux urgences) ; éventuelle lourdeur du travail de réadaptation post-hospitalier nécessaire (très grands handicaps séquellaires, allant de la modification de personnalité du cérébrolésé traumatique aux situations de suppléance des fonctions vitales). Ceci souligne le rôle essentiel de la prise en charge « trans-murale », de la structure hospitalière vers la ville, le domicile. Enfin il y a les impossibilités sanitaro-sociales de sortie avec nécessité de recours vers le Secteur Médico-Social (MS) (cf infra).

Or les Décrets 2008-376 et 377 et la Circulaire N°DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008 réglementant l'activité de SSR donnent aux SSR mission de promouvoir la réadaptation et la réinsertion, y compris au domicile.

La palette des ressources mobilisables varie en fonction de la cause principale de la difficulté de sortie au domicile :

1. *Absence de logement ou logement insalubre* (dominante sociale) ; les solutions théoriques sont multiples mais de disponibilité variable selon les territoires : Lits Halte Soins Santé, Lits d'Accueil Médicalisés, Appartements de Coordination Thérapeutique, mais aussi résidences sociales (attente),

Accueil familial, voire institutionnalisation ; hors de rares cas, le délai est souvent long et le patient « bed-blocker » peut alors constituer un obstacle à la nécessaire réactivité de la structure SSR.

2. *RAD impossible du fait de la charge en soin* (dominante sanitaire) ; en dehors de l'admission en SRPR ou en unité d'éveil, un certain délai est souvent nécessaire, que ce soit vers les unités EVC-EPR, plus encore vers les MAS ou les USLD (pour les personnes de plus de 60 ans). Un retour à domicile « contraint » mais accompagné doit parfois être mis en place, éventuellement soutenu par des séjours de répit sanitaires ou des accueils temporaires médico-sociaux itératifs.
3. *RAD difficile mais possible avec accompagnement* (dominante fonctionnelle, handicap) ; orientation vers l'HAD (pourvu qu'elle soit dotée d'une culture de réadaptation), l'HTP (HDJ ou « traitements et cures ambulatoires »), les SSIAD (qui peuvent maintenant intégrer des acteurs de réadaptation), et bien sûr les équipes mobiles SSR hors les murs. Il faut y ajouter le suivi en consultation de MPR, éventuellement consultation pluridisciplinaire. Via la MDPH, accompagnement possible dans le temps par une équipe mobile médico-sociale, en l'occurrence un Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) ou un Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD). Il y en a pour tout type de handicap. Certains SAMSAH ont des offres de prise en charge précoce et courte de réadaptation active en immédiat post-hospitalier. La demande à la MDPH de la PCH ou d'une orientation médico-sociale est possible en procédure accélérée, du moins dans certains territoires. Pour les patients de plus de 60 ans à domicile, à côté des soutiens momentanés de sortie d'hôpital relevant de la CARSAT, deux types de structures, le *Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC)* et la *Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)*, peuvent assurer l'évaluation et la mobilisation des réponses à mettre en place au domicile. Ici aussi, une éventuelle APA peut être obtenue en urgence.

Ainsi l'articulation Hôpital-Ville apparaît déterminante pour éviter des ruptures dans le parcours de lutte contre le handicap vécu et pour optimiser le service rendu par les SSR, dans la mission desquels réadaptation et réinsertion sont aussi inscrites. Elle se prépare en amont pendant le séjour SSR et passe par la continuité du projet de soins entre les acteurs internes et externes qui vont se relayer (communications !). Les modalités d'accompagnement « trans-mural » sont encore à enrichir, ainsi que la synergie avec les institutionnels décideurs du médico-social et du social. Ainsi, l'instruction du dossier par les MDPH doit être l'objet d'une coopération effective : le partage d'informations (évaluations GEVA compatibles !), voire des liens conventionnels, sont un gage d'amélioration de l'efficacité, de la pertinence et des délais.

Les structures de soin de MPR se trouvent face à 2 enjeux concernant la sortie de l'hôpital et le retour à domicile (RAD) ou la reprise du cours de la vie (RCV), l'un tenant à leurs missions vis-à-vis de chaque patient et à la qualité du service finalement rendu, l'autre tenant à leur mission vis-à-vis des populations d'assurer la fluidité de la filière. Le patient pour lequel les objectifs du plan de soin (en particulier le programme de rééducation hospitalière et le projet de réadaptation) sont réalisés devient en inadéquation avec la structure de MPR ; les anglo-saxons l'appellent « bed-blocker ». Les causes sont diverses : sanitaires, sociales ou liées à son handicap ; des solutions existent, d'appartenance et de nature sanitaire ou médico-sociale, mais leur répartition est inégale. L'articulation Hôpital-Ville apparaît déterminante pour éviter des ruptures dans le parcours de lutte contre le handicap vécu.

8. Modèles économiques et dépendance (Pierre Métral, Jean Pascal Devailly, Jacques Pélissier et Carlote Kiekens)

“Un produit hospitalier est un ensemble de prestations fournies à un malade et faisant partie du processus thérapeutique contrôlé par son médecin.” Robert Fetter in Fetter et al. GDH : définition de l'éventail des malades hospitalisés par groupes de diagnostic homogènes Les cahiers de Gestions Hospitalières N° 224, Mars 1983, p210

La prise en charge en SSR (comme en MPR) est une étape dans le parcours du patient, souvent entre les soins aigus et le retour à domicile, à défaut l'institutionnalisation [11].

Un système de financement reposant sur des groupes isoressources doit présenter une double homogénéité médicale et économique (Diagnostic Related Groups ou DRG de Robert Fetter). *Il s'agit de créer un cadre de regroupement des patients par catégories ayant les mêmes caractéristiques cliniques et des profils de soin semblables susceptibles d'être identifiés.* Quatre critères sont nécessaires: 1. Variables couramment disponibles, 2. Nombre final de DRG raisonnable (quelques centaines), 3. Homogénéité selon la quantité d'extrants (un même groupe requiert des consommations similaires de moyens), 4. Le système obtenu doit être médicalement interprétable (malades précis et procédures définies).

Au sein des classifications medico-économiques, les FRG (Functional Related Groups) sont des *groupes homogènes de malades reliés au niveau fonctionnel*. Ils sont nés de la volonté de déployer une comptabilité par activités dans le secteur post-aigu. La première version des "Functional Independence Measure - Functional Related Groups" (FIM-FRG) a été créée aux USA. Les groupes homogènes fonctionnels sont aujourd'hui utilisés ou à l'étude dans de nombreux pays (USA, Australie, Canada, mais aussi Suisse et Belgique), particulièrement quand se profile l'objectif d'une tarification par cas. Les pays promoteurs insistent sur la nécessité de segmenter clairement leur secteur post-aigu selon les finalités de soins, notamment pour la MPR.

La construction des FRG repose sur la double volonté de modéliser les coûts des programmes de réadaptation et de les financer selon une classification qui reflète les ressources consommées par ces programmes, mis en œuvre sur une durée déterminée et selon les données probantes. Comme les DRG, les FRG visent une double homogénéité médicale et économique

Toutefois, dans le domaine de la réadaptation, il est nécessaire de disposer d'une classification qui tienne compte de l'état fonctionnel de la personne pour l'allocation des ressources, non seulement des coûts liés à la compensation de la dépendance, mais aussi du gain d'indépendance fonctionnelle attendu des processus thérapeutiques médicalement significatifs tels la rééducation.

Pays	Segmentation & graduation	Outil de recueil	"Statut fonctionnel"	Paramètres d'indication	système de classification	Outcome & qualité
USA	Inpatient Rehabilitation Facilities (IRF) * & Skilled Nursing Facilities (SNF)	IRF-PAI & MDS 3.0	MIF & Resident Assessment Instrument (RAI)	Evolution vers un outil unique? Projet de réforme	Case-Mix Groups (dérivés des FIM-FRG & RUG IV)	Vers un outil commun? Paiement prospectif & Bundled payments
Canada	Réadaptation & Soins prolongés/ de longue durée	SNIR & SISLD	MIF + outils ICIS & RAI MDS 2.0	MIF + ICIS & RAI MDS 2.0	FRG & RUG	Ces outils évaluent l'outcome
Belgique Projet	Polyvalent, spécifique, très spécifique	En discussion	MIF (réad. locomotrice et neurologique)	Recherche d'un SCP	Functional related groups (FRG)	Accent mis sur la mesure de l'outcome
Suisse Projet	Réad., gériatrie, psy. "soins de transition"	PCS Reha Projet PRG	MIF Barthel HAQ MMS, RAI ...	Recherche d'un SCP	PCS Reha (MS et neuro.)	Accent mis sur l'outcome
France	Réforme des autorisations de 2008 SSR polyvalents et spécialisés	PMSI-SSR	« Dépendance » PMSI-SSR (Aggir en SLD & EHPAD)	Décision clinique Algorithmique?	GME? Futur financement en SSR	Processus, pas de modèle coût - qualité
Australie	Subacute & Non acute Réadaptation, gériatrie, psycho-gériatrie, soins palliatifs & soins de maintenance	Minimum data set AN-SNAP	MIF HoNOS RUG - ADL	Classes subaiguës et non aiguës, hospitalier et ambulatoire	Classes subaiguës et non aiguës: hospitalier et ambulatoire	Même outils mais pas d'outil unique

* Règle des 3 heures de thérapie, suivi médical spécialisé

Ainsi, contrairement aux DRG, dans les classifications FRG, c'est l'association des pathologies, de comorbidités et du « statut fonctionnel » qui prédit avec des résultats probants les besoins en termes de programmes de soins, le gain fonctionnel et les ressources nécessaires.

Pour la réadaptation en secteur post-aigu c'est la MIF qui est l'outil de mesure du statut fonctionnel le plus utilisé. Dans la classification australienne AN-SNAP (1997), les soins « subaigus » qui incluent la réadaptation et

les soins gériatriques s'adressent à des patients dont les besoins sont prédits davantage par leur état fonctionnel que par leur principal diagnostic médical. Ils sont distingués des soins « subaigus » des soins « non aigus », dont les soins de « maintenance ».

Le système français en SSR s'est construit autour de la pathologie et de ses conséquences, des motifs de la prise en charge. La Dépendance est une variable incontournable, car retentissant sur le coût du soin, mais qui a été vue dès la naissance du PMSI SSR comme une variable complémentaire plutôt que centrale ceci pour conserver une description plus médicale.

Pourquoi ne pas avoir construit un système de type FRG ?

Plusieurs obstacles demeurent à l'adoption d'un tel système :

- **La grande diversité des SSR d'abord** ; le SSR a pour un objectif de prise en charge en phase subaiguë après accident ou maladie ou face à une maladie chronique dans un but de stabilisation de l'état pathologique, d'éducation du patient et de réadaptation ; sous ce champ (comme en MCO) se regroupent des objectifs thérapeutiques et des pratiques très différents selon l'âge des populations, la spécialisation médicale.....
- **Les limites de l'échelle apparemment la plus générique et la plus utilisée (donc la mieux connue) la MIF**, qui est inadaptée à certaines prises en charge même en MPR mais surtout dans d'autres champs (obésité et nutrition, addictologie.....).
- **L'exigence de renseignement à la semaine** (RHS) qui rendrait le renseignement d'une échelle complexe (certes image d'une réalité complexe) trop chronophage.
- **Il y a donc eu dissociation entre nécessité de suivi du statut fonctionnel du patient par une échelle de bonne valeur métrologique , informative (la MIF par exemple) et l'impératif de renseignement de la dépendance dans une finalité médico-économique dans le PMSI**. Cet écart demeure et reste incontournable tant que le renseignement se fera à la semaine.
- Enfin **le système français n'intègre pas la notion de gain fonctionnel** comme variable d'attribution des ressources. Là encore la diversité du SRR et surtout des objectifs rend cela impossible : le gain fonctionnel d'un hémiplégique se mesure mais pas par le même outil que le gain de sevrage du patient en addiction.

On peut regretter que l'outil d'attribution des ressources ne mesure pas le gain fonctionnel au RAD. Cependant le mesurer même par l'échelle la plus performante ne serait-il motif de sélection des patients lors de l'accord de prise en charge, au bénéfice des patients dont le pronostic fonctionnel serait le plus favorable ? Un tel système suppose alors des modalités complémentaires de financement des coûts liée à l'inclusion sociale.

Quelle est l'histoire (récente) du modèle médico-économique français

1. Les Groupes Homogènes de Journées (GHJ) de la première classification (1998-2008)

Ce fut la première classification avec un champ d'application aussi large que le SSR français (83 disciplines d'équipement) et le constat de l'impossibilité de prédire efficacement les durées de séjour ; le choix fut celui de la **journée pondérée** comme variable à expliquer, avec un renseignement à la semaine (RHS).

Dans l'algorithme de groupage, la dépendance physique est la variable qui a le plus d'impact sur les coûts journaliers (après l'effet lié à l'établissement et le facteur « résiduel » non expliqué) (ENC SSR 2001). Son impact varie selon l'âge, les groupes de pathologie, les composantes de la prise en charge (MPR ou autre).

Le choix fut fait dans la construction de la classification en GHJ de placer la dépendance comme **dernière variable de l'algorithme** pour garder d'abord les variables plus médicales (enfants, pathologie, soins

techniques lourds, rééducation intense et diversifiée) et créer un groupe pour les dépendances physique >12 dans chaque racine de groupes de journées.

2. Les Groupes de Morbidité dominantes (GMD) et la matrice Indice de Valorisation à l'Activité (IVA) (2009-2012)

La modalité de recueil des pathologies et de la dépendance n'a pas changé et c'est toujours une classification à la journée pondérée. La base de construction est encore l'ENC 2000-2001.

Les faits marquants :

- Suppression des groupes spécifiques de la prise en charge (*gériatrie, PCTL, PCL, PRRC, PRR, soins palliatifs, dépendance physique>12...*)
- Distinction Hospitalisation complète/incomplète (HdJ-séances).
- Redécoupage des groupes médicaux.

Pour la pondération économique, ***l'effet économique de la dépendance (coefficients) n'est pas unique pour tous les groupes mais adapté pour chaque GHJ en fonction des variations observées et de l'effet des autres variables.*** Il y a une dissociation de l'effet de la dépendance physique /cognitive, ces 2 effets pouvant varier de manière opposés dans certains cas. Ainsi :

- Score de dépendance « physique » = cumul des points des 4 variables de dépendance physique x coefficient DepPhy.
- Score de dépendance « cognitive » = cumul des points des 2 variables de dépendance cognitive x coef DepCog.

Les coefficients sont différents et adaptés aux données de coût de chaque sous CMC (adultes-enfants/ Grande catégorie majeure clinique). La part liée à la dépendance s'additionne avec les coefficients des autres colonnes, la dépendance a alors un fort impact dans la valorisation.

3. Classification au séjour en Groupes Médico-Economiques (GME) (2012- ?)

Il s'agit d'un changement profond puisque c'est le ***choix de groupage unique par séjour qui est fait.***

C'est un modèle *simple*, ce qui doit garantir une simplification du recueil actuel du PMSI SSR (le RHS hebdomadaire n'est plus nécessaire pour grouper) mais ne rend aucun compte des variations intraséjour. D'autre part le découpage en séjours administratifs du PMSI apparaît décalé par rapport à la réalité de la prise en charge (ex permission WE = nouveau séjour; passage HC=>HDJ = nouveau séjour ...). Les séjours sont redécoupés et la durée de séjour n'est plus la durée de la prise en charge médicale.

Il n'est pas sûr que ce soit plus simple.... Et c'est de toute façon une perte d'information.

Plusieurs questions se posent. Quelle adéquation avec les prises en charges ? Quel lien et quelle place pour la dépendance, qui est prise en compte uniquement à l'entrée ?

Ce système est incohérent avec le financement proposé de «journées pondérées» (pas les mêmes éléments explicatifs du séjour et de l'intensité quotidienne des soins) et introduit un très important « lissage » ou « tassement » des écarts existants entre les patients à travers le cumul sur le séjour (1 seule valeur pour tout le séjour au lieu de variations hebdomadaires possibles). Les niveaux de sévérité sont basés sur des critères statistiques de durée de séjour sans lien avec l'intensité quotidienne des soins.

Enfin c'est ***une classification frustrée sur le plan médical*** avec uniquement 88 groupes « nosologiques » (GN) basés sur les diagnostics de la pathologie pour 685 groupes médico-économiques (GME) au final. Il y a ainsi une

grande démultiplication sur des bases statistiques pour passer de 88 à 685 GME mais une distinction médicale limitée (ex 1 GN médical d'AVC tout compris pour 32 GME d'AVC statistiques). Cependant la dépendance intervient notablement à cette étape car elle a un impact statistique sur les coûts, mais sans lisibilité directe.

Un système de paiement reposant sur des groupes isoressources doit présenter une double homogénéité médicale et économique (Diagnostic Related Groups ou DRG). Il s'agit de créer un cadre de regroupement des patients par catégories ayant les mêmes caractéristiques cliniques et des profils de soin semblables susceptibles d'être identifiés. Une classification reposant sur la limitation fonctionnelle et la morbidité se heurte à de nombreux obstacles. La Dépendance mesurée par l'échelle AVQ-PMSI est prise en compte dans l'algorithme de groupage, la variable à expliquer étant la journée pondérée, dans le PMSI initial comme dans le modèle IVA ; le modèle des GME est plus proche de la tarification au séjour et demeure très frustré sur le plan médical. La réflexion va se poursuivre....

Références

1. Dodds TA, Martin DP, Stolov WC, Deyo RA. A validation of the functional independence measurement and its performance among rehabilitation inpatients. *Arch Phys Med Rehabil.* 1993; 74:531-6.
2. Graham JE, Granger CV, Karmarkar AM, Deutsch A, Niewczyk P, Divita MA, Ottenbacher KJ. The Uniform Data System for Medical Rehabilitation: Report of Follow-up Information on Patients Discharged from Inpatient Rehabilitation Programs in 2002-2010. *Am J Phys Med Rehabil.* 2013 Oct 1. [Epub ahead of print]
3. Granger CV, Hamilton BB, Keith RA, Zielezny M, Sherwin F. Advances in functional assessment for medical rehabilitation. *Topics in Geriatric Rehabilitation.* 1986;1:59-74
4. Granger CV, Markello SJ, Graham JE, Deutsch A, Ottenbacher KJ. The uniform data system for medical rehabilitation: report of patients with stroke discharged from comprehensive medical programs in 2000-2007. *Am J Phys Med Rehabil.* 2009; 88:961-72.
5. Granger CV, Markello SJ, Graham JE, Deutsch A, Reistetter TA, Ottenbacher KJ. The uniform data system for medical rehabilitation: report of patients with lower limb joint replacement discharged from rehabilitation programs in 2000-2007. *Am J Phys Med Rehabil.* 2010; 89:781-94.
6. Granger CV, Markello SJ, Graham JE, Deutsch A, Reistetter TA, Ottenbacher KJ. The uniform data system for medical rehabilitation: report of patients with traumatic brain injury discharged from rehabilitation programs in 2000-2007. *Am J Phys Med Rehabil.* 2010; 89:265-78.
7. Granger CV, Reistetter TA, Graham JE, Deutsch A, Markello SJ, Niewczyk P, Ottenbacher KJ. The Uniform Data System for Medical Rehabilitation: report of patients with hip fracture discharged from comprehensive medical programs in 2000-2007. *Am J Phys Med Rehabil.* 2011; 90:177-89.
8. Granger CV, Karmarkar AM, Graham JE, Deutsch A, Niewczyk P, Divita MA, Ottenbacher KJ. The uniform data system for medical rehabilitation: report of patients with traumatic spinal cord injury discharged from rehabilitation programs in 2002-2010. *Am J Phys Med Rehabil.* 2012; 91:289-99.
9. Paanalahti M, Lundgren-Nilsson A, Arndt A, Sunnerhagen KS. Applying the Comprehensive International Classification of Functioning, Disability and Health Core Sets for stroke framework to stroke survivors living in the community. *J Rehabil Med.* 2013; 45:331-40.
10. Sansone GR, Alba A, Frengley JD. Analysis of FIM instrument scores for patients admitted to an inpatient cardiac rehabilitation program. *Arch Phys Med Rehabil.* 2002; 83:506-12.
11. Yelnik AP, Le Moine F, Sengler J, Joseph PA. Editorial: Care pathways in physical and rehabilitation medicine. *Ann Phys Rehabil Med.* 2011; 54:463-64
12. Yelnik AP, Schnitzler A, Pradat-Diehl P, Sengler J, Devailly JP, Dehail P, D'anjou MC, Rode G. Physical and rehabilitation medicine (PRM) care pathways: "stroke patients". *Ann Phys Rehabil Med.* 2011; 54:506-18.