

Nomenclatures et classifications, spécificité du financement pour les patients en soins subaigus

André Assimacopoulos, HUG
Javier Blanco, Zürcher Höhenklinik Wald
Eliane Deschamps, CHUV
Pierre Metral, ATIH Lyon
Blaise Meyer, FHV

PCS Schweiz
Suisse
Svizzera

Tutorial 1F / 22 mai 2008 / Berne

1

Plan

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------|-------|
| 1. La place des soins subaigus dans la chaîne de prise en soins | AA |
| 2. Le financement à l'activité : | ED |
| • c'est quoi, pourquoi faire, que mesurer, | |
| • pourquoi pas les DRG, comment grouper les patients ? | |
| 3. Les outils à disposition : | |
| • Le cadre de référence de la CIF | AA |
| • La grille Barthel | |
| • Le Minimal Mental State MMS | |
| • La mesure de l'indépendance fonctionnelle MIF | |
| • Autres grilles, auto administrées ou administrées par des « proxy » | AA |
| • L'indice de comorbidités de Charlson et autre | AA |
| • Différentes grilles vues de la CIF. | AA |
| 4. Pause | 20' |
| 5. Des projets pilotes : | |
| • Le projet LABEL CTR du canton de Vaud | BM |
| • Le projet PRG VD-GE pour la réadaptation (Etapes I et II) | AA |
| • Le projet CTM-Réha de la SVUA et des cliniques de réadaptation. | JB |
| • Les outils de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation | PM |
| 6. Nécessité d'un projet national pour la tarification des soins subaigus. | AA/ED |

Les soins subaigus dans la chaîne des soins

Terminologie souvent utilisée

Réadaptation
neurologique

Soins aigus hors des
services SwissDRG

Réadaptation
musculo-
squelettique

Médecine physique
et réadaptation
suite de traitement

Entretien des acquis

Soins continus

Soins subaigus

Réadaptation
interniste

Bilan gériatrique

Réadaptation
spécialisée

Réadaptation gériatrique

Soins de longue durée

Soins de transition

Réadaptation
pneumologique

Soins de suite

Réadaptation intensive

Soins post-aigus

Types de soins subaigus

Inclusion

- Réadaptation
 - musculosquelettique,
 - neurologique,
 - respiratoire,
 - cardiovasculaire,
 - métabolique,
 - en médecine interne,
 - polyvalente gériatrique,
- Soins palliatifs,
- Hospitalisation gériatrique subaigüe,
- Suites de traitement
- Soins continus,
- Attentes de places de réadaptation.

Exclusion

- Accueil temporaire en EMS
 - Hébergement temporaire (attente de placement),
 - Convalescence
-
- Réadaptation précoce, phase I
 - Soins palliatifs donnés par les équipes mobiles
→ relèvent des soins aigus, vraisemblablement comme supplément

Définition des soins subaigus ?

- Soins stationnaires hors de l'hospitalisation en soins aigus ou de l'hospitalisation psychiatrique.
 - A l'articulation entre d'une part les soins aigus et d'autre part la vie à domicile (avec ou sans soins à domicile) ou l'hébergement en EMS ou en foyer pour personnes handicapées.
- La combinaison de critères observé simultanément chez un patient:
 - la pathologie ne nécessite pas ou plus de recours à l'infrastructure des soins aigus,
 - le degré de dépendance (motrice ou cognitive) est trop important pour une prise en soins à domicile.
 - le potentiel d'amélioration par la réadaptation est vraisemblable ou
bien que stabilisé, le patient nécessitent l'intervention généralement hebdomadaire d'un médecin.

Critères de délimitation manquant

- Eligibilité des patients pour les soins subaigus
- Critère de fin de la phase aigüe
- Critères de fin de la phase subaigüe

→ Il reste du travail à faire !

Le financement à l'activité

Quel

cadre égal



LAMal révisée:

- **Art. 49**

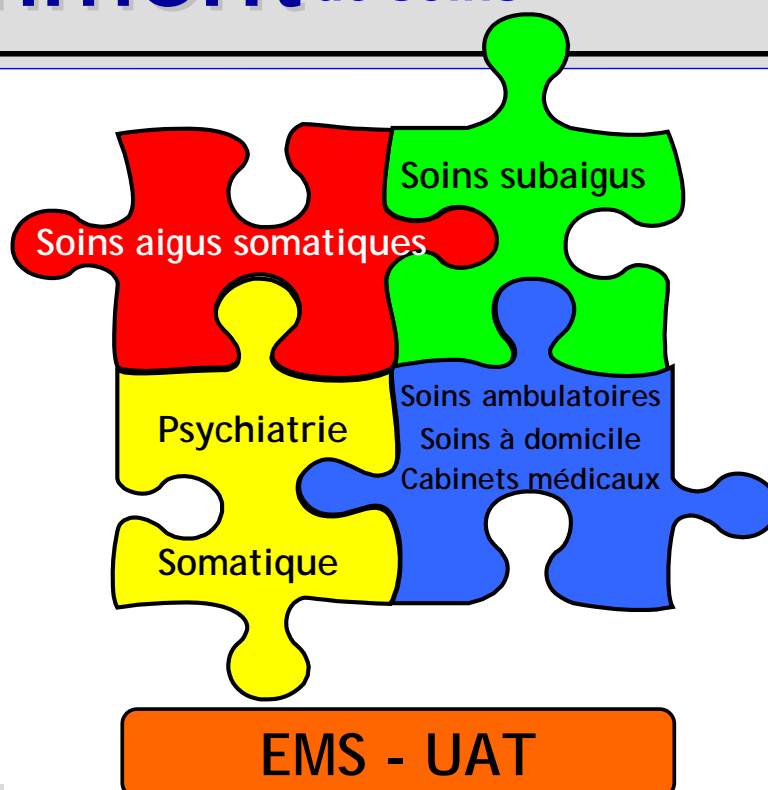
Conventions tarifaires avec les hôpitaux

1 Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour à l'hôpital (art. 39, al. 1) ou dans une maison de naissance (art. 29), les parties à une convention conviennent de forfaits.

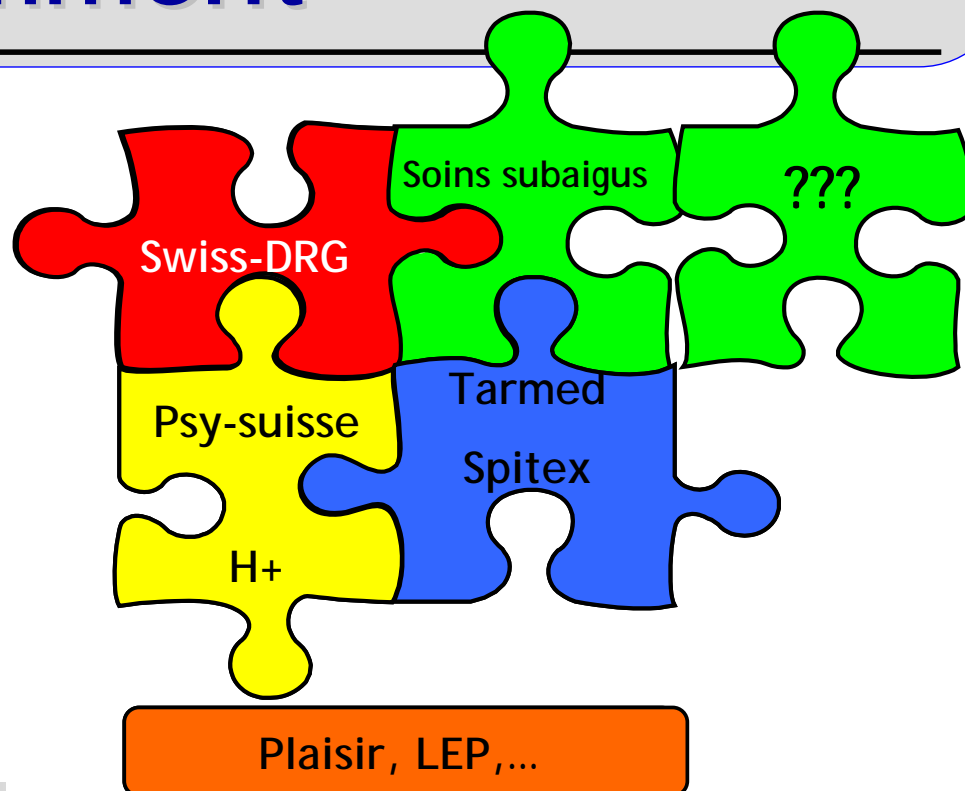
En règle générale, il s'agit de forfaits par cas.

Les forfaits sont liés aux prestations et se basent sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse.

Comment sont financées les activités de soins



Comment sont financées les activités de soins ?



Quels enjeux liés aux forfaits pour la réadaptation ?

Pour le calcul de la rémunération, les systèmes de forfaits par DRG se basent sur la capacité explicative:

- du diagnostic principal,
- des traitements, chirurgicaux ou non,
- Modulés par des facteurs aggravants (Complications / co-morbidités / Age),

pour approximer le coût des traitements et des soins.

En réadaptation, y compris en gériatrie, ce sont les facteurs aggravants qui prédominent:

Facteurs aggravants ci-dessus:

- + Capacité motrice
- + Capacité cognitive
- + Environnement de vie usuel

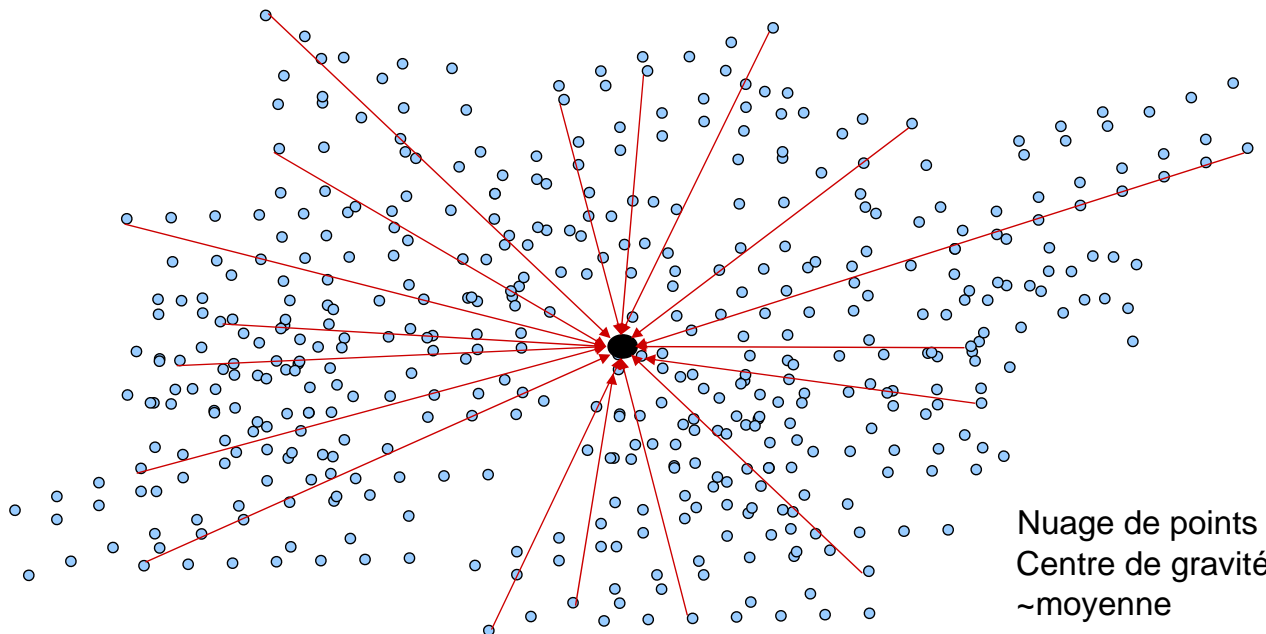
Informations significatives /(classantes)

EN SOINS AIGUS	EN READAPTATION
Les données administratives (âge)	Les données administratives (âge)
Le diagnostic principal	La dimension pathologique
Les diagnostics secondaires	La dimension fonctionnelle motrice et cognitive
	La dimension affective
	La dimension sociale vit seul ? o/n
Les codes opératoires	L'intensité thérapeutique
	Le potentiel de réadaptation
Le mode entrée/sortie (domicile, naissance, transfert, décès...)	L'hospitalisation aigue précédente

Création de groupes iso - consommateurs de ressources

- Variable dépendante
 - Coûts par cas, ou durée de séjour
- Variables explicatives (facteurs)
 - Provenance du patient
 - Dimensions fonctionnelles motrice, cognitive
 - Dimensions pathologique (comorbidités)
 - Dimension psychosociale
 - Etc.
- Analyse statistique
 - CART correlation and regression analysis

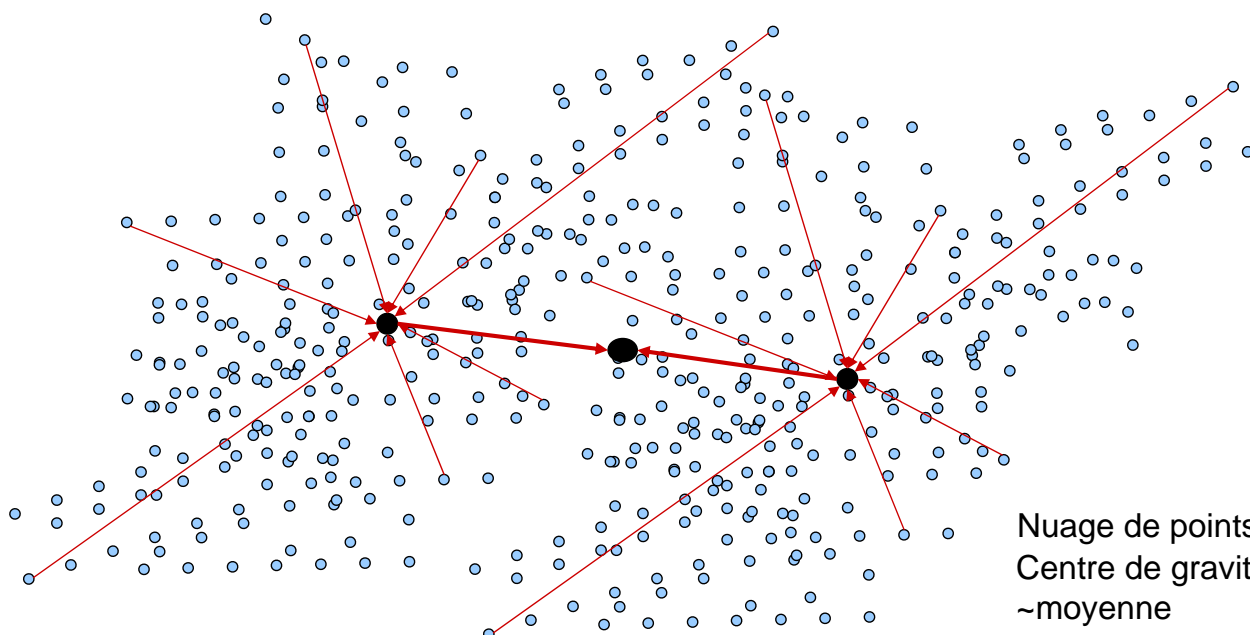
Création de groupes iso - consommateurs de ressources



Nuage de points
Centre de gravité
~moyenne

Variance ~carré des distances
De chaque points à la moyenne

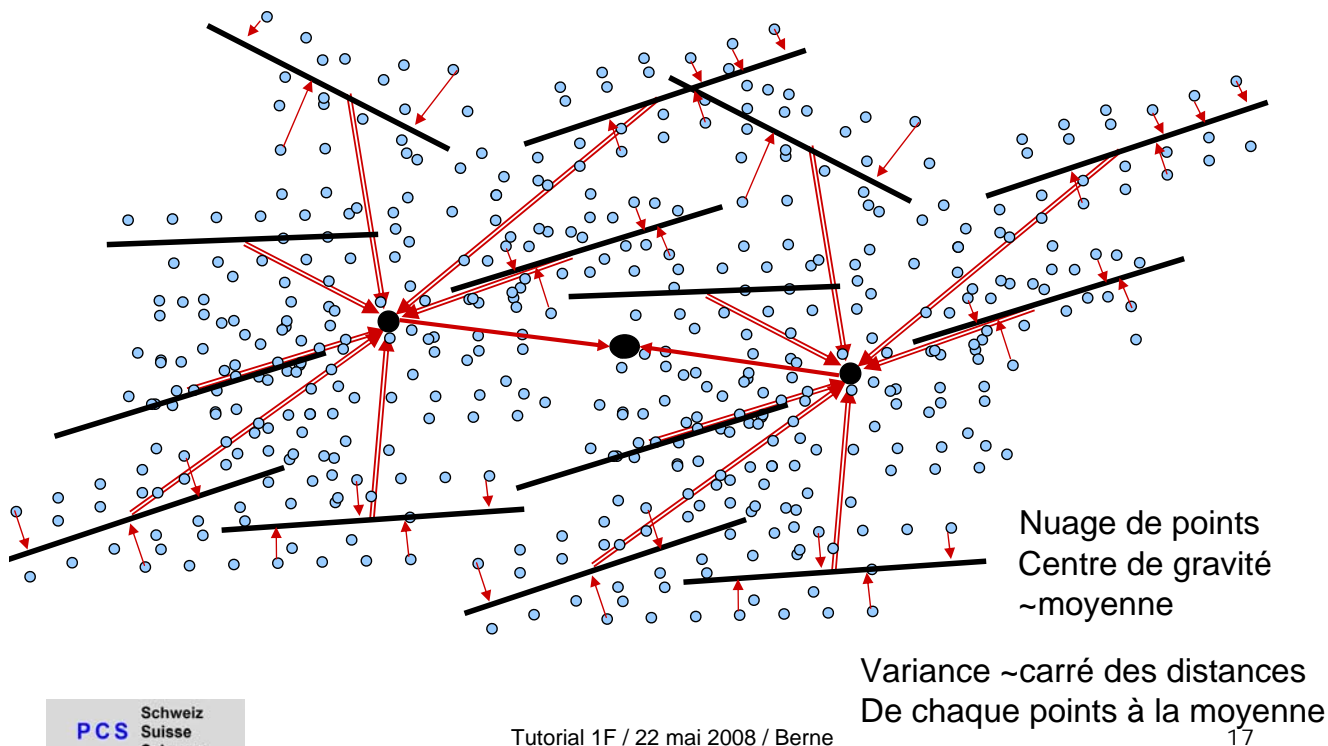
Création de groupes iso - consommateurs de ressources



Nuage de points
Centre de gravité
~moyenne

Variance ~carré des distances
De chaque points à la moyenne

Création de groupes iso - consommateurs de ressources



Plan

1. La place des soins subaigus dans la chaîne de prise en soins AA
2. Le financement à l'activité : ED
 - c'est quoi, pourquoi faire, que mesurer,
 - pourquoi pas les DRG, comment grouper les patients ?
3. Les outils à disposition : AA
 - Le cadre de référence de la CIF AA
 - La grille Barthel J.-F Nicolet
 - Le Minimal Mental State MMS J.-F Nicolet
 - La mesure de l'indépendance fonctionnelle MIF AA/BJ
 - Autres grilles, auto administrées ou administrées par des « proxy » AA
 - L'indice de comorbidités de Charlson et autre AA
 - Différentes grilles vues de la CIF. AA
4. Pause 20'
5. Des projets pilotes :
 - Le projet LABEL CTR du canton de Vaud BM
 - Le projet PRG VD-GE pour la réadaptation (Etapes I et II) AA
 - Le projet CTM-Réha de la SVUA et des cliniques de réadaptation. JB
 - Les outils de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation PM
6. Nécessité d'un projet national pour la tarification des soins subaigus. AA/ED

Les outils à disposition

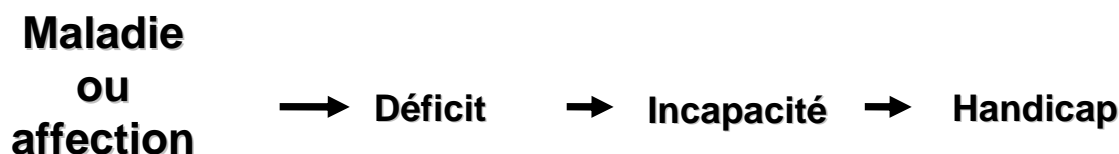
- | | |
|---------------------------------------------------------|------------------|
| 1. Le cadre de référence de la CIF | 15' AA |
| 2. La grille Barthel | 15' J.-F Nicolet |
| 3. Le Minimal Mental State MMS | 10' J.-F Nicolet |
| 4. La mesure de l'indépendance fonctionnelle MIF | 10' AA/BJ |
| 5. Autres grilles, auto administrées ou par des «proxy» | 05' AA |
| 6. L'indice de comorbidités de Charlson | 10' AA |
| 7. Différentes grilles vues de la CIF. | 10' AA |

Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé

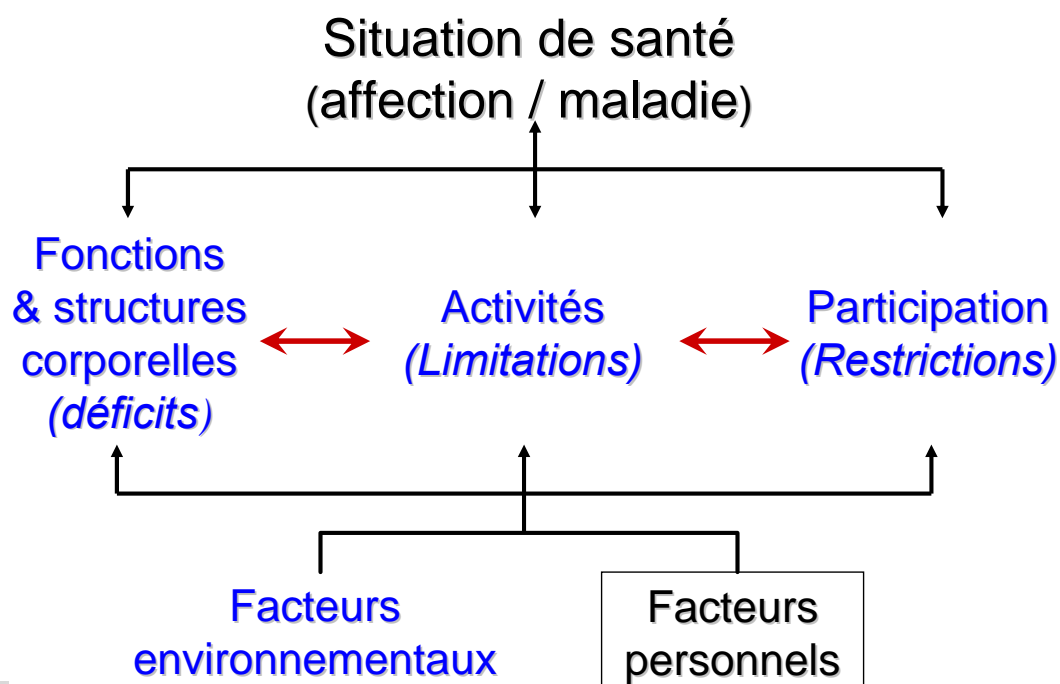
Groupe des classifications, évaluations & terminologies



Conception linéaire de la CIH 1980

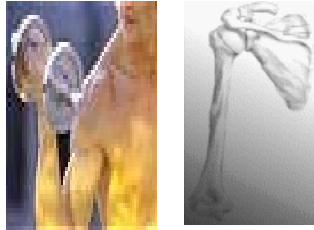


Concept d'Interaction: CIF 2001



Les composants de la CIF

Fonctions organiques & Structures corporelles



Fonctions
Structures

Activités & Participation



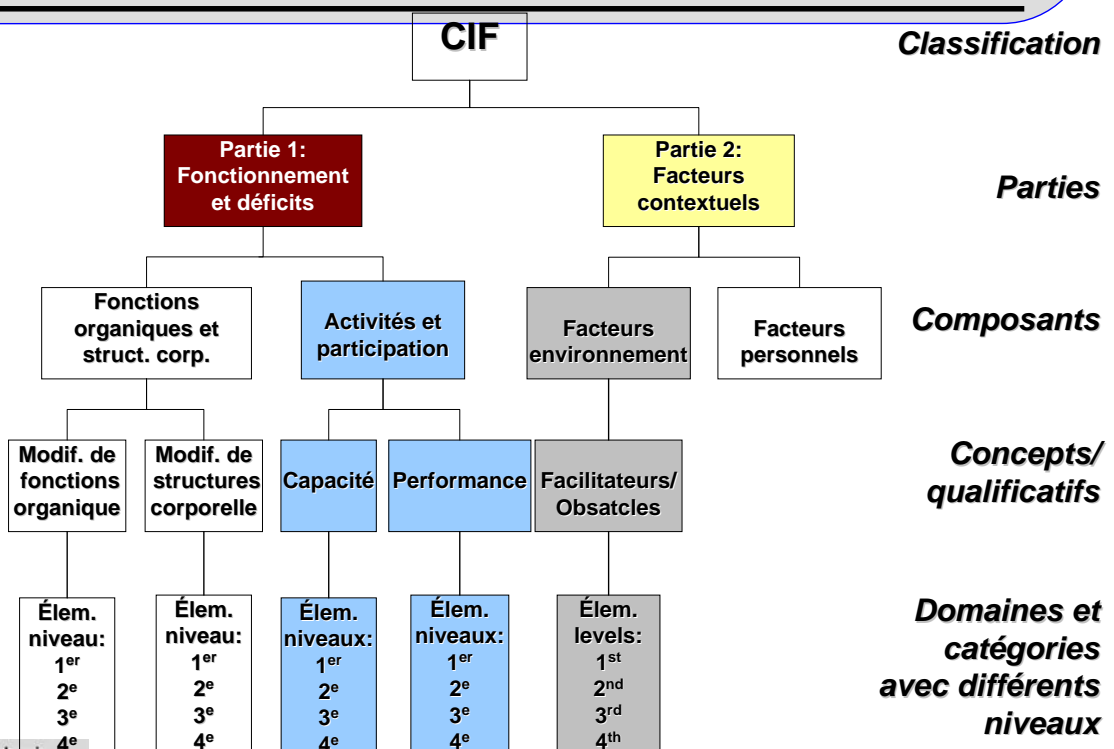
Capacité
Performance

Facteurs environnement.



Obstacles
Facilitateurs / aides

Structure

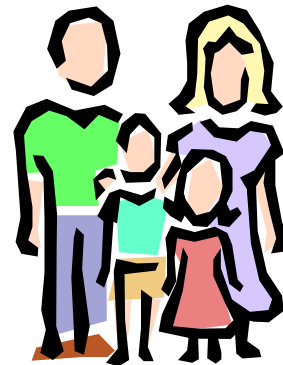


Modèle de minorité

→ Modèle universel



Quelques groupes de handicap
Catégoriel
Uni-dimensionnel



Chacun peut avoir un déficit
Continuum
Multi-dimensionnel

Homogénéité

- Perte d'un membre
mines = diabète = thalidomide
- Journées d'activité perdues
rhume = dépression = dorsalgies = angine
- Stigmatisation
lèpre = schizophrénie = épilepsie = SIDA

Fondements de la CIF

- Modèle universel *≠ modèle de minorité*
- Homogène *≠ calé sur l'étiologie*
- Fonctionnement de la personne *≠ « défectologie »*
- Modèle intégrateur *≠ modèle médical ou sociétal*
- Modèle d'interaction *≠ modèle linéaire*
- Inclusion du contexte *≠ centré sur le sujet*
- Culturellement neutre *≠ conception occidentale*
- Généraliste *≠ lié à une théorie*
- Couvrant les phases de vie *≠ ciblé sur l'adulte*

Résumé « technique »

- 4 composants
 - Structures corporelle (s)
 - Fonctions corporelle (b)
 - Activités et participation (d)
 - Facteurs environnementaux (e)
- 1494 termes
- Structure du code

|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (|_|)|
d 3 5 0 2

0	Aucune difficulté	0-4%
1	Difficulté légère	5-24%
2	Difficulté modérée	25-49%
3	Difficulté grave	50-95%
4	Difficulté absolue	96-100%

Domaines d'utilisation de la CIF

- **Secteur de la santé**
- **Secteur sociale (Assicurologie)**
- **Secteur éducatif**
- **Secteur de l'emploi**
- **Secteur de l'économie et du développement**
- **Secteur juridique et de la législation**
- **Etc.**

Puissance et difficulté d'utilisation de la CIF

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------------|
| ● Puissances | ● Difficultés |
| ● Multiaxial | ● Multiaxial |
| ● Richesse du vocabulaire | ● Nécessité d'évaluer tous les aspects |
| ● Homogénéité du vocabulaire | ● Spécialisation
⇔ Polyvalence |
| ● Graduation positive ou négative | ● Mathématique incertaine |

Problèmes de mise en œuvre de la CIF

- Quel sous-ensemble des 1494 termes utiliser ?
- Normalisation des instruments de mesure
- Combinaisons de mesures dans un même chapitre
- Comparaisons de situations cliniques mesurées avec la CIF

PART 1a: IMPAIRMENTS of BODY FUNCTIONS

- Body functions are the physiological functions of body systems (including psychological functions).
- Impairments are problems in body function as a significant deviation or loss.

Qualifier: 0 No impairment, 1 Mild impairment, 2 Moderate impairment
Extent of impairments: 3 Severe impairment, 4 Complete impairment, 5 Not specified
9 Not applicable

Checklist CIF

Short List of Body Functions

b1. MENTAL FUNCTIONS

- b110 Consciousness
- b114 Orientation (*time, place, person*)
- b117 Intellectual (*incl. Retardation, dementia*)
- b130 Energy and drive functions
- b134 Sleep
- b140 Attention
- b144 Memory
- b152 Emotional functions
- b156 Perceptual functions
- b164 Higher level cognitive functions
- b167 Language

b2. SENSORY FUNCTIONS AND PAIN

- b210 Seeing
- b230 Hearing
- b235 Vestibular (*incl. Balance functions*)
- b280 Pain

b3. VOICE AND SPEECH FUNCTIONS

- b310 Voice

b4. FUNCTIONS OF THE CARDIOVASCULAR, HAEMATOLOGICAL

ANY OTHER BODY FUNCTIONS

--	--

composant - une page

d'un coup d'oeil"

gories essentielles

(169 sur 1494)

Déficits avec:

 Fonctions corporelles

 Structures corporelles

Activité et Participation

Facteurs environnementaux

de information contextuelle

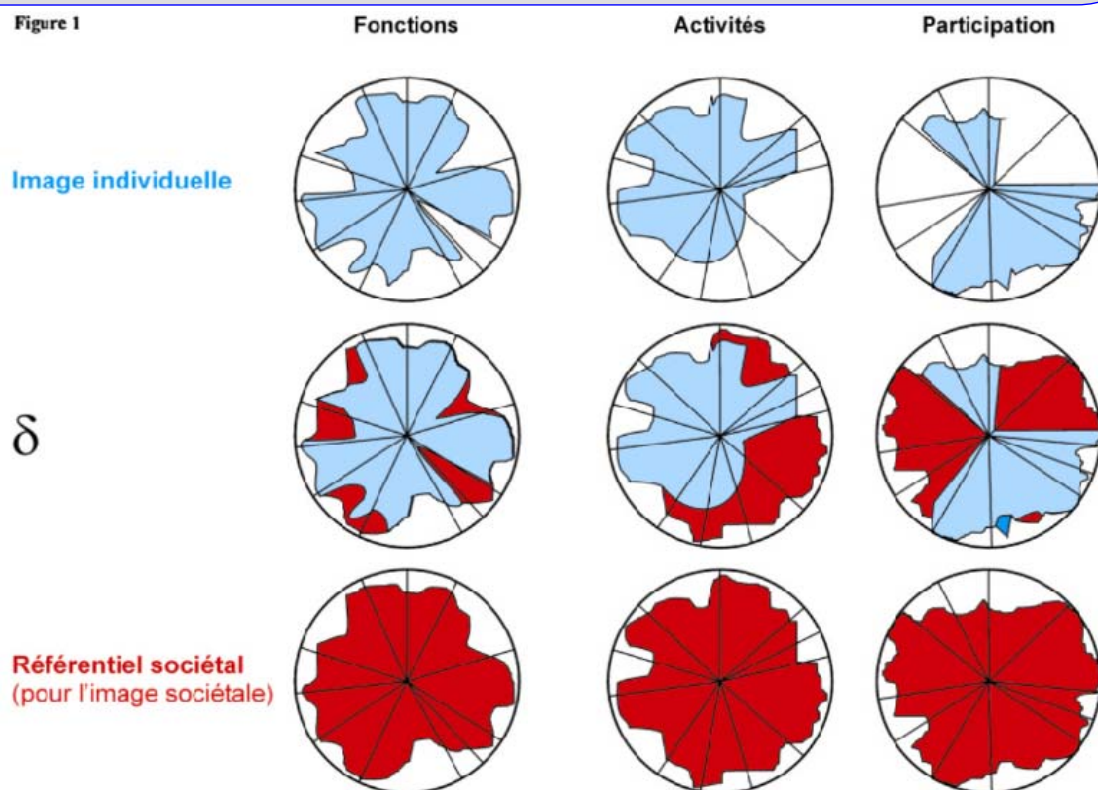
ponible pour:

Cliniciens & prestataires

 Consommateurs

Proposition d'analyse

Figure 1



33

ICF Core Set Development

Gerold Stucki, MD, MS

- Professor and Chairman
- Department of Physical Medicine and Rehabilitation
- Director, ICF Research Branch, WHO FIC Germany
- University of Munich, Germany

ICF Core Set for Osteoarthritis

Body Functions

- b280** Sensation of pain
- b710** Mobility of joint functions
- b730** Muscle power functions
- b770** Gait pattern functions
- b715** Stability of joint functions
- b740** Muscle endurance functions
- b780** Sensations related to muscles and movement functions
- b760** Control of voluntary movement functions
- b134** Sleep functions
- b735** Muscle tone functions

ICF Core Set for Osteoarthritis

Body Structures

- s750** Structure of lower extremity
- s730** Structure of upper extremity
- s770** Additional musculoskeletal structures related to movement
- s740** Structure of pelvic region
- s720** Structure of shoulder region

ICF Core Set for Osteoarthritis Activity & Participation

- d450 Walking**
- d540 Dressing**
- d445 Hand and arm use**
- d510 Washing oneself**
- d470 Using transportation**
- d530 Toileting**
- d430 Lifting and carrying objects**
- d640 Doing housework**
- d910 Community Life**
- d440 Fine hand use**
- d410 Changing basic body position**

ICF Core Set for Osteoarthritis Environmental Factors

- e115 Products and technology for personal use in daily living**
- e310 Immediate family**
- e580 Health services, systems and policies**
- e150 Design, construction and building products and technology of buildings for public use**
- e355 Health professionals**
- e540 Transportation services, systems and policies**
- e120 Products and technology for personal indoor and outdoor mobility and transportation**
- e135 Products and technology for employment**
- e155 Design, construction and building products and technology of buildings for private use**
- e340 Personal care providers and personal assistants**

Enjeu des ICF core sets

- Unification des grilles d'observations
- Spécialisation
 - par étiologie:
 - Ostéoarticulaire
 - Neurologique
 - Gériatrique, etc
 - ou par domaine d'intervention
 - Intégration scolaire
 - Aptitude au travail
 - Vie à domicile
- Mais disparition de l'universalité !
→ réintroduction de l'étiologie
- Pas (encore) d'outils standardisé de mesure.

Indice de Barthel

INDICE DE BARTHEL

L'évolution du score pendant un séjour, ou au décours d'une série de traitements, permet de mettre en valeur les progrès accomplis dans le domaine de l'autonomie.

La valeur 0 indique une dépendance totale du patient.

La valeur 100 correspond à une complète autonomie

Item	Description	Score	Dates	
1. Alimentation	Autonome. Capable de se servir des instruments nécessaires. Prend ses repas en un temps raisonnable	10		
	A besoin d'aide, par exemple pour couper	5		
2. Bain	Possible sans aide	5		
3. Continence rectale	Aucun accident	10		
	Accidents occasionnels	5		
4. Continence urinaire	Aucun accident	10		
	Accidents occasionnels	5		
5. Déplacements	N'a pas besoin de fauteuil roulant. Autonome sur une distance de 50 m, éventuellement avec des cannes. Peut faire 50 mètres avec aide.	15		
	Autonome dans un fauteuil roulant, si incapable de marcher.	10		
		5		
6. Escaliers	Autonome. Peut se servir de cannes.	10		
	A besoin d'aide et de surveillance.	5		
7. Habillement	Autonome. Attache ses chaussures. Attache ses boutons. Met ses bretelles.	10		
	A besoin d'aide, mais fait au moins la moitié de la tâche dans un temps raisonnable.	5		
8. Soins personnels	Se lave le visage, se coiffe, se brosse les dents, se rase. Peut brancher un rasoir électrique.	5		
9. Usage des WC	Autonome. Se sert seul du papier hygiénique, de la chasse d'eau.	10		
	A besoin d'aide pour l'équilibre, pour ajuster ses vêtements et se servir du papier hygiénique.	5		
10. Transfert du lit au fauteuil	Autonome, y compris pour faire fonctionner un fauteuil roulant.	15		
	Surveillance ou aide minime.	10		
	Capable de s'asseoir, mais a besoin d'une aide maximum pour le transfert.	5		

1. ORIENTATION TEMPS ET ESPACE (1 point par réponse exacte)

En quelle année sommes nous ?
 Quelle saison ?
 Quel mois ?
 Quelle est la date ?
 Quel est le jour ?
 Dans quelle ville ?
 Dans quel département ?
 Dans quelle région ?
 Quel est le nom ?
 Quel est le nom ?



2. APPRENTISSAGE

Donner 3 noms d'objets
 Compter 1 point par objet

3. ATTENTION ET CALCUL

Demander de compter
 Arrêter après 5 secondes

Si le patient refuse de compter
 à l'envers. 1 point par objet

4. RAPPEL - MEMOIRE

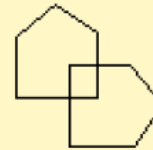
Demander les 3 noms d'objets présentés auparavant
 (1 Point par réponse correcte)

SCORE (maximum 3)

5. LANGAGE

Monter et demander le nom : stylo et montre (1point par item)
 Faire répéter : "il n'y a pas de mais ni de si ni de et " : 1point ou 0
 Faire exécuter un ordre triple : prenez cette feuille de papier, pliez la et jetez la par terre (1 point par item correct)
 Faire lire et exécuter un ordre écrit : " fermez les yeux " : 1 point ou 0
 Ecriture spontanée : une phrase. Ne pas donner d'exemple
 (1 point pour une phrase simple. Orthographe et grammaire indifférentes)

Faire copier le dessin suivant :
 1 point si les 2 polygones sont corrects et entrecoupés au niveau de leur angle droit



NB : Ce test est très sensible aux atteintes organiques uébütantes

SCORE (maximum 9)

SCORE MONDE (maximum 5)

No philos	Sexe	Initiales nom	Date de naissance:	Unité
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>
Dates MIF	J1	J2	J3	
Soins Personnels	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	
A. Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B. Soins de l'apparence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C. Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D. Habillage-supérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E. Habillage-inférieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F. Utilisation des toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Contrôles des sphincters	1 2 3			
G. Vessie	<input type="checkbox"/>			
H. Intestins	<input type="checkbox"/>			
Mobilité / Transferts	1 2 3			
I. Lit, chaise, fauteuil	<input type="checkbox"/>			
J. W.C.	<input type="checkbox"/>			
K. Baignoire, douche	<input type="checkbox"/>			
Locomotion	1 2 3			
L. Marche (M)	<input type="checkbox"/>			
Fauteuil roulant (F)	<input type="checkbox"/>			
M. Escaliers	<input type="checkbox"/>			
Communication	1 2 3			
N. Compréhension Auditive	<input type="checkbox"/>			
Visuelle	<input type="checkbox"/>			
O. Expression Verbale	<input type="checkbox"/>			
Non Verbale	<input type="checkbox"/>			
Conscience du monde ext.	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	
P. Interaction sociale	<input type="checkbox"/>			
Q. Résolutions des problèmes	<input type="checkbox"/>			
R. Mémoire	<input type="checkbox"/>			
TOTAL (Min 18, Max 126)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	



MESURE DE L'INDEPENDANCE FONCTIONNELLE

NIVEAU AVEC AIDE

Dépendance complète

1. Aide totale (indépendance < 25 %)
2. Aide maximale (indépendance = 25 %)

Dépendance modifiée

3. Aide moyenne (indépendance = 50 %)
4. Aide minimale (indépendance = 75 %)
5. Surveillance

NIVEAU SANS AIDE

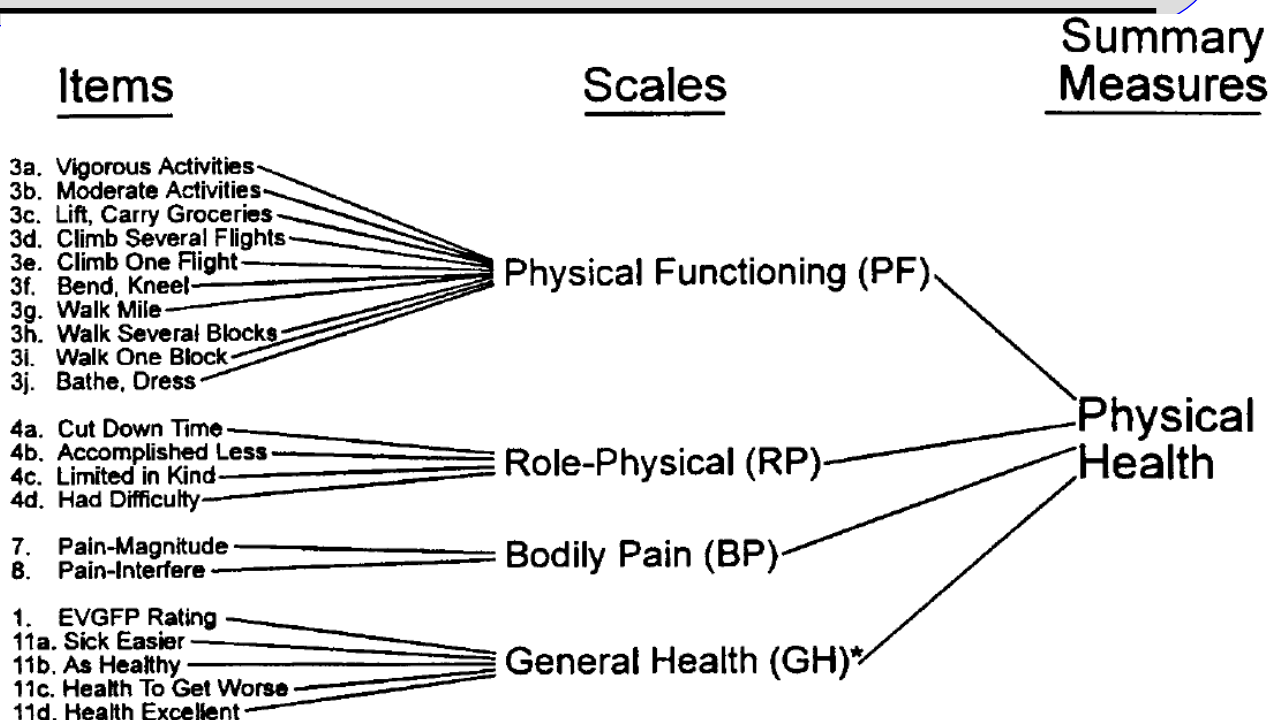
6. Indépendance modifiée (appareil)
7. Indépendance complète (appropriée aux circonstances et sans danger)

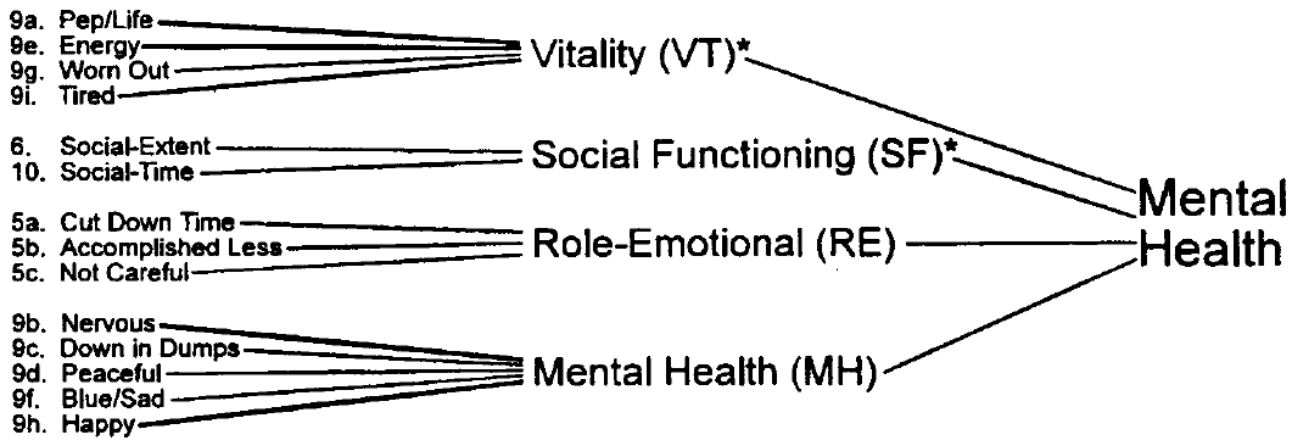
Autres grilles, auto administrées ou par des « proxy »

- **Indice de Barthel étendu**
 - Adjonction au Barthel de paramètres cognitifs: (audition, compréhension, résolution de problèmes, mémoire, interaction sociale)
- **WHODAS**
 - WHO Disability Assessment Schedule (6, 12 ou 36)
- **SF 12 / SF 36**
- **Deux méthodes d'évaluation**
 - **Auto évaluation:**
 - le sujet applique lui-même l'instrument d'évaluation
 - **Evaluation par l'entourage (proxy)**
 - L'instrument est appliqué par un proche ou un professionnel connaissant le sujet.

SF – 36

(1/2)





L'indice de comorbidités de Charlson

Un score est attribué à chaque des comorbidités présentées par le patient dans la liste suivante

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. Myocardial infarct
 Congestive heart failure
 Peripheral vascular disease
 Cerebro-vascular disease
 Dementia
 Chronic pulmonary disease
 Connective tissue disease
 Ulcer disease
 Mild liver disease
 Diabetes</p> | <p>2. Hemiplegia
 Moderate to severe renal disease
 Diabetes with end organ damage
 Any tumor
 Leukemia
 Lymphoma</p> |
| | <p>3. Moderate to severe liver disease</p> |
| | <p>6. Metastatic solid tumor
 AIDS</p> |

L'indice de comorbidité est l'addition simple des scores individuel des affections présentées par le patient

CIRS Cumulative illness rating scale

1. Cardiac (heart only)
2. Hypertension (rating is based on severity; affected systems are rated separately).
3. Vascular (blood, blood vessels and cells, marrow, spleen, lymphatics).
4. Respiratory (lungs, bronchi, trachea below the larynx).
5. EENT (eye, ear, nose, throat, larynx).
6. Upper GI (esophagus, stomach, duodenum, biliary and pancreatic trees; do not include diabetes).
7. Lower GI (intestines, hernias).
8. Hepatic (liver only)
9. Renal (kidneys only)
10. Other GU (ureters, bladder, urethra, prostate, genitals)
11. Musculo-skeletal-integumentary (muscles, bone, skin)
12. Neurological (brain, spinal cord, nerves; do not include dementia)
13. Endocrine-Metabolic (includes diabetes, diffuse infections, infections, toxicity)
14. Psychiatric/Behavioral (includes depression, anxiety, agitation, psychosis, not dementia).

CIRS Cumulative illness rating scale

Intensité des atteintes

- NONE: No impairment to that organ/system.
- MILD: Impairment does not interfere with normal activity; treatment may not be required; prognosis is excellent (examples: skin lesions, hernias, hemorrhoids)
- MODERATE: Impairment interferes with normal activity; treatment is needed; prognosis is good (examples: gallstones, diabetes, fractures)
- SEVERE: Impairment is disabling; treatment is urgently needed; prognosis is guarded (examples: respectable carcinoma, pulmonary emphysema, congestive heart failure)
- EXTREMELY SEVERE: Impairment is life threatening; treatment is urgent or of no avail; prognosis is grave (examples: myocardial infarction, cerebrovascular accident, gastrointestinal bleeding, embolus)

Comment comparer les diverses grilles d'évaluation fonctionnelles ?

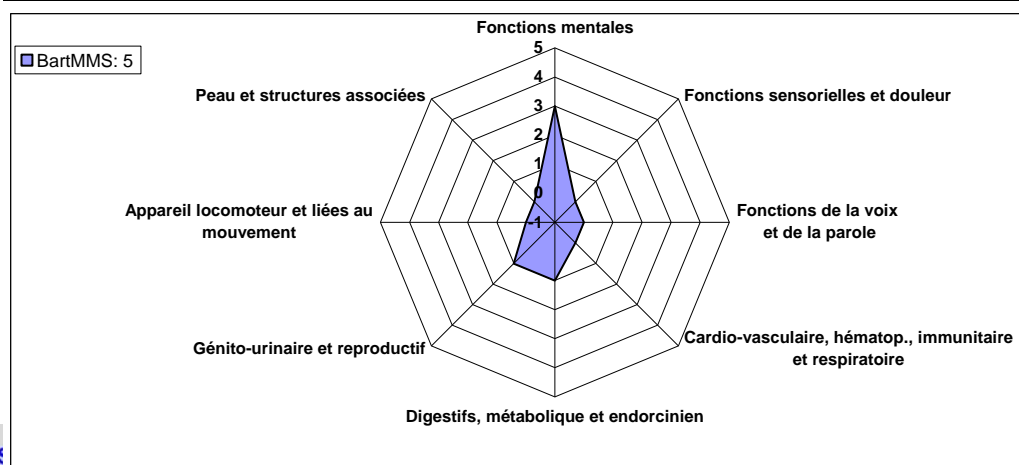
Une piste:

- Utiliser la CIF comme cadre général
 - analyser les champs couverts les grilles
- Attribuer un code CIF à chaque élément de la grille analysée
- Regarder les chapitres de la CIF que couvrent la grille d'analyse.

Barthel & MMS vue de CIF (1/2)

B Fonctions organiques

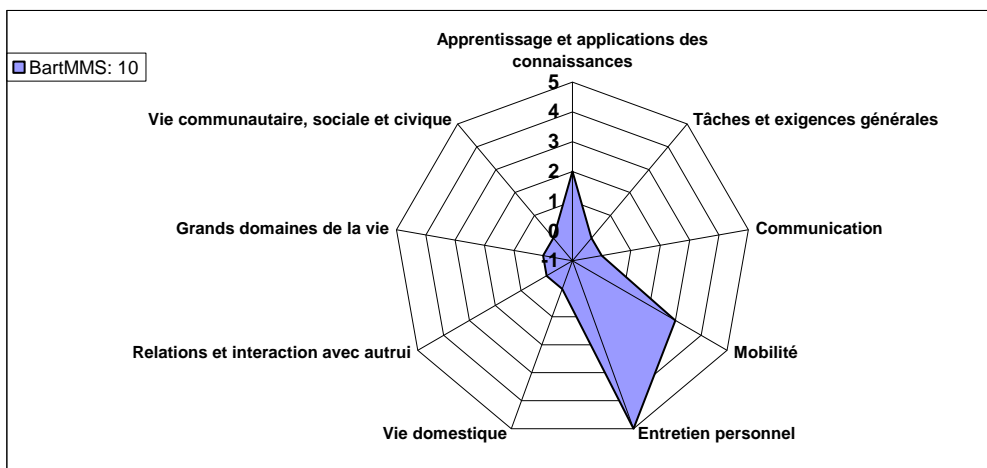
Score	Fonctions mentales	Fonctions sensorielles et douleur	Fonctions de la voix et de la parole	Cardio-vasculaire, hémato., immunitaire et respiratoire	Digestifs, métabolique et endocrinien	Génilo-urinaire et reproductif	Appareil locomoteur et liées au mouvement	Peau et structures associées	Total
BartMMS: 5	3	0	0	0	1	1	0	0	5



Barthel & MMS vue de CIF (2/2)

D Activités

Score	Apprentissage et applications des connaissances	Tâches et exigences générales	Communication	Mobilité	Entretien personnel	Vie domestique	Relations et interaction avec autrui	Grands domaines de la vie	Vie communautaire, sociale et civique	Total
BartMMS: 10	2	0	0	3	5	0	0	0	0	10



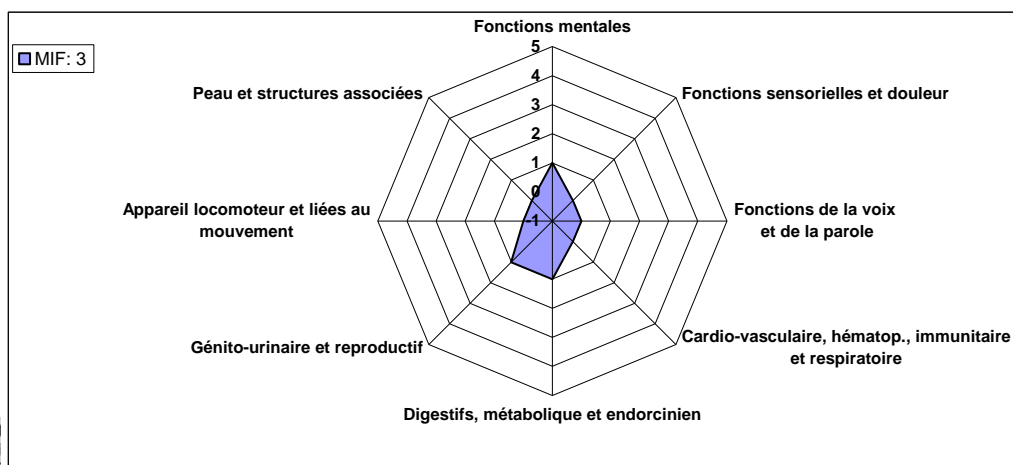
PCS

51

La MIF vue de la CIF (1/2)

B Fonctions organiques

Score	Fonctions mentales	Fonctions sensorielles et douleur	Fonctions de la voix et de la parole	Cardio-vasculaire, hémato., immunitaire et respiratoire	Digestifs, métabolique et endocrinien	Génito-urinaire et reproductif	Appareil locomoteur et liés au mouvement	Peau et structures associées	Total
MIF: 3	1	0	0	0	1	1	0	0	3



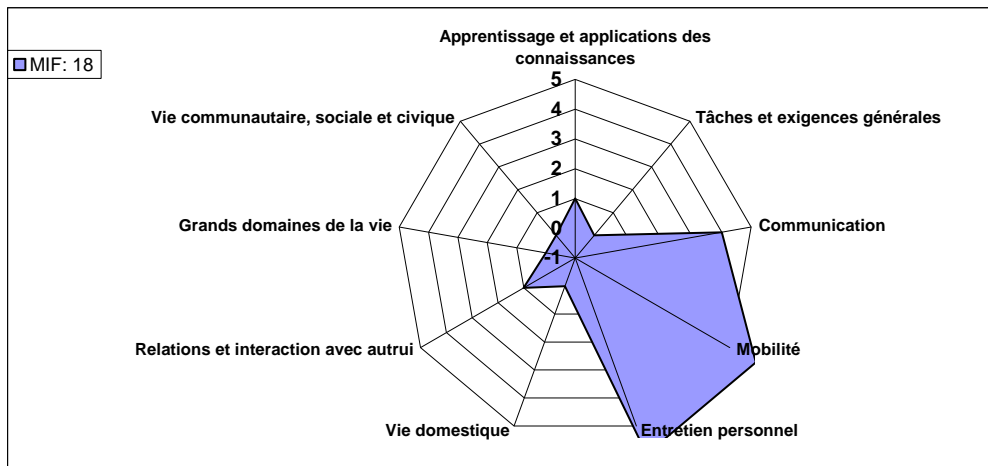
PCS
Sci
Su
Svi

52

La MIF vue de la CIF (2/2)

D Activités

Score	Apprentissage et applications des connaissances	Tâches et exigences générales	Communication	Mobilité	Entretien personnel	Vie domestique	Relations et interaction avec autrui	Grands domaines de la vie	Vie communautaire, sociale et civique	Total
MIF: 18	1	0	4	6	6	0	1	0	0	18



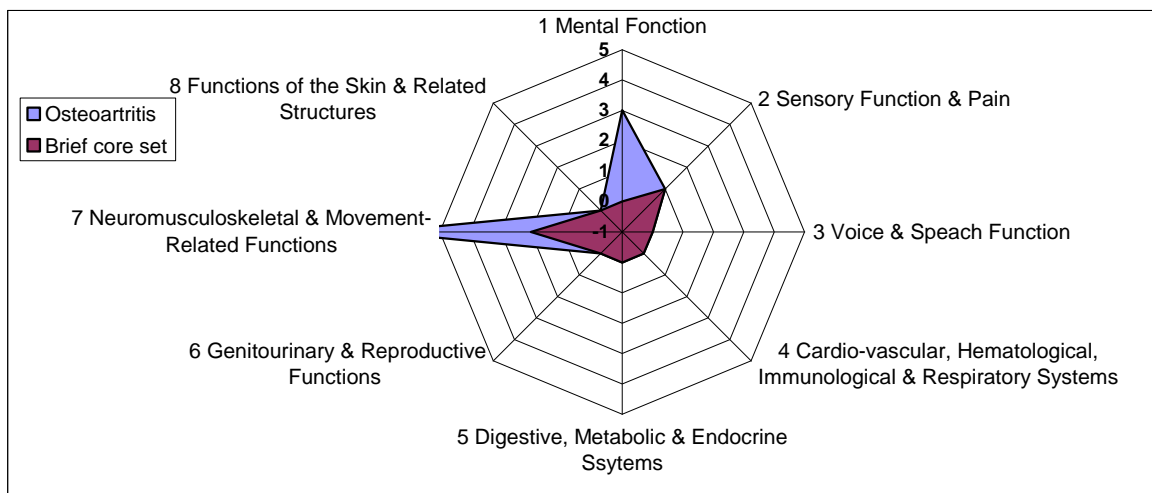
PCS
Sci
Su
Svi

53

ICF core set Osteoarthritis

B Body Functions

Score	1 Mental Fonction	2 Sensory Function & Pain	3 Voice & Speech Function	4 Cardio-vascular, Hematologica, Immunologica & Respiratory Systems	5 Digestive, Metabolic & Endocrine Ssystems	6 Genitourinary & Reproductive Functions	7 Neuromusculoskeletal & Movement-Related	8 Functions of the Skin & Related Structures	Total
Osteoarthritis	3	1	0	0	0	0	7	0	11
Brief core set	0	1	0	0	0	0	2	0	3



P

Svizzera

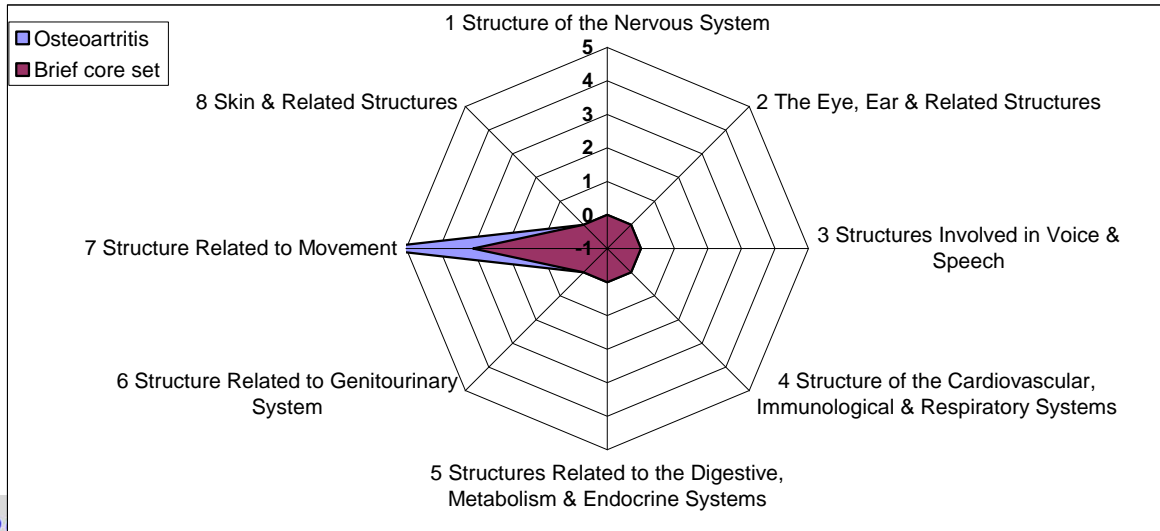
REPORT 11 / 22 MAR 2007 / 2010

54

ICF core set Osteoarthritis

3 Body structure

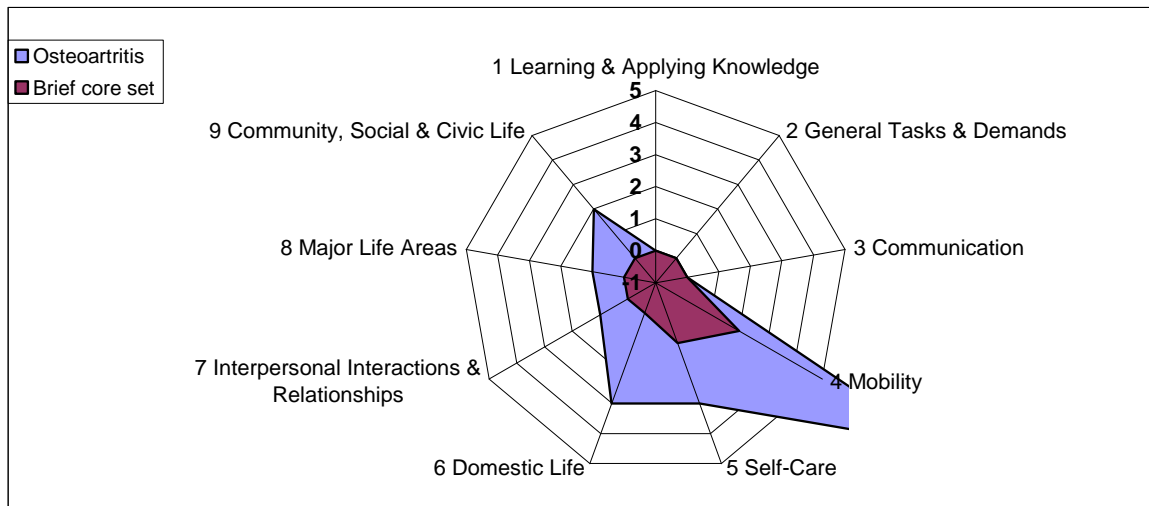
Score	1 Structure of the Nervous System	2 The Eye, Ear & Related Structures	3 Structures Involved in Voice & Speech	4 Structure of the Cardiovascular, Immunological & Respiratory Systems	5 Structures Related to the Digestive, Metabolism & Endocrine	6 Structure Related to Genitourinary System	7 Structure Related to Movement	8 Skin & Related Structures	Total
Osteoarthritis	0	0	0	0	0	0	6	0	6
Brief core set	0	0	0	0	0	0	3	0	3



ICF core set Osteoarthritis

D Activities

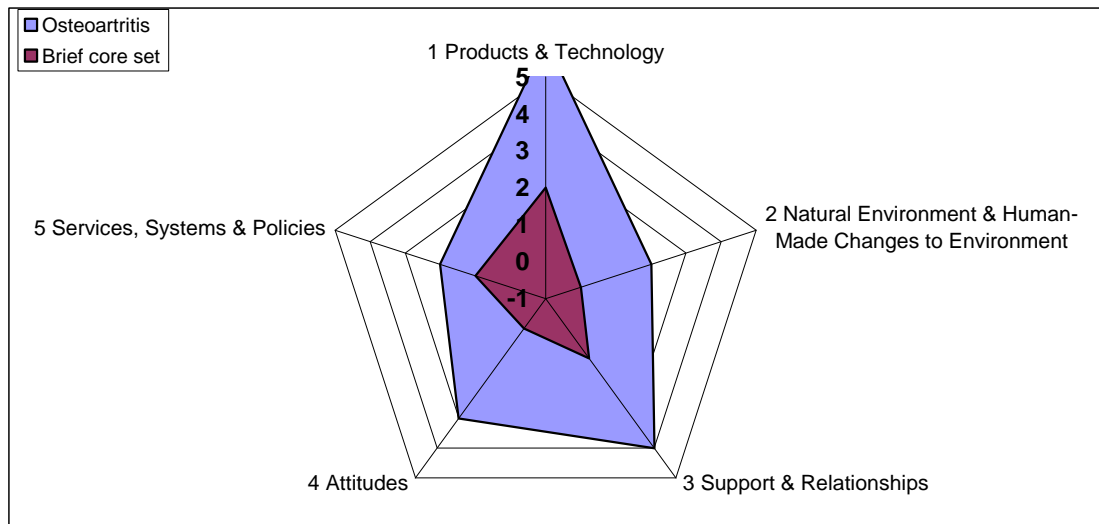
Score	1 Learning & Applying Knowledge	2 General Tasks & Demands	3 Communication	4 Mobility	5 Self-Care	6 Domestic Life	7 Interpersonal Interactions & Relationships	8 Major Life Areas	9 Community, Social & Civic Life	Total
Osteoarthritis	0	0	0	9	3	3	1	1	2	19
Brief core set	0	0	0	2	1	0	0	0	0	3



ICF core set Osteoarthritis

E Environment

Score	1 Products & Technology	2 Natural Environment & Human-Made Changes to Environment	3 Support & Relationships	4 Attitudes	5 Services, Systems & Policies	Total				
Osteoarthritis	6	2	4	3	2	0	0	0	0	17
Brief core set	2	0	1	0	1	0	0	0	0	4



Enjeu des ICF core sets

- Unification des grilles d'observations
- Spécialisation
 - par éthologie:
 - Ostéarticulaire
 - Neurologique
 - Gériatrique, etc
 - ou par domaine d'intervention
 - Intégration scolaire
 - Aptitude au travail
 - Vie à domicile
- Mais disparition de l'universalité !
→ réintroduction de l'éthologie
- Pas (encore) d'outils standardisé de mesure.

PART 1a: IMPAIRMENTS of BODY FUNCTIONS

- Body functions are the physiological functions of body systems (including psychological functions).
- Impairments are problems in body function as a significant deviation or loss.

Qualifier: 0 No impairment, 1 Mild impairment, 2 Moderate impairment
 Extent of impairments: 3 Severe impairment, 4 Complete impairment, 8 Not specified, 9 Not applicable

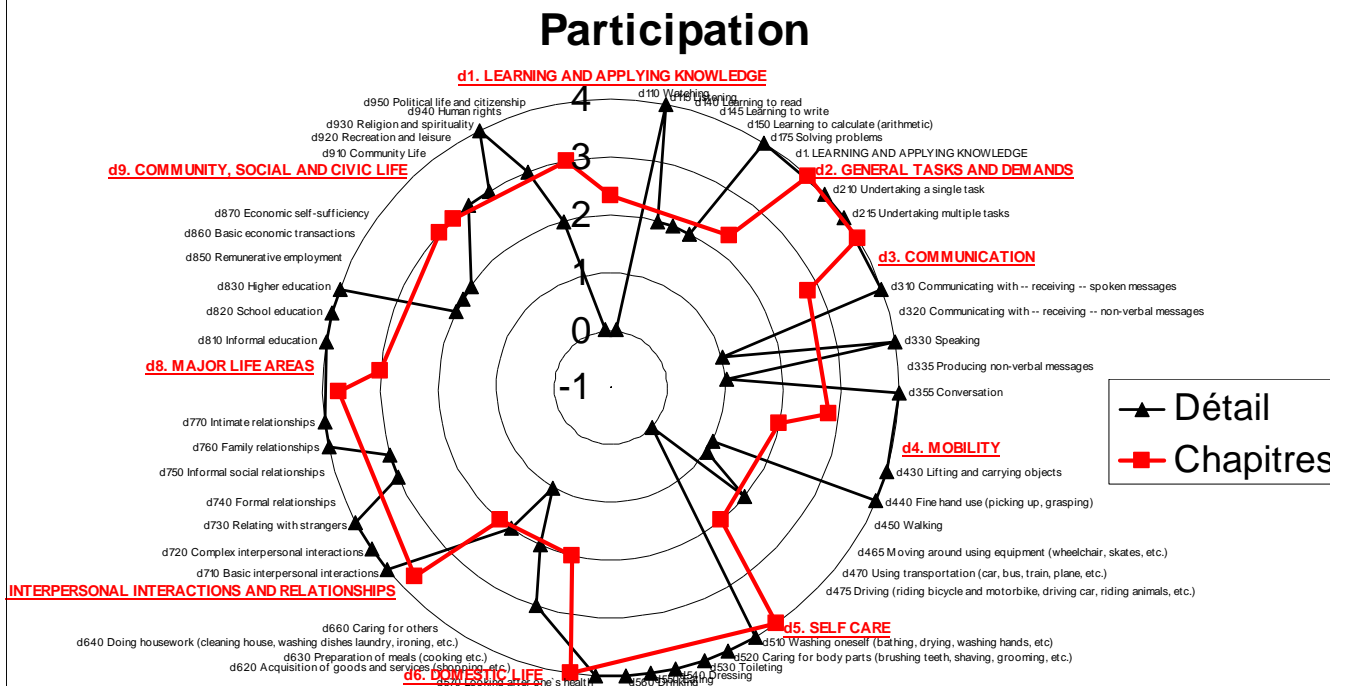
Short List of Body Functions	Qualifier
b1. MENTAL FUNCTIONS	
b110 Consciousness	
b114 Orientation (time, place, person)	
b117 Intellectual (incl. Retardation, dementia)	
b130 Energy and drive functions	
b134 Sleep	
b140 Attention	
b144 Memory	
b152 Emotional functions	
b156 Perceptual functions	
b164 Higher level cognitive functions	
b167 Language	
b2. SENSORY FUNCTIONS AND PAIN	
b210 Seeing	
b230 Hearing	
b235 Vestibular (incl. Balance functions)	
b280 Pain	
b3. VOICE AND SPEECH FUNCTIONS	
b310 Voice	
b4. FUNCTIONS OF THE CARDIOVASCULAR, HAEMATOLOGICAL, IMMUNOLOGICAL AND RESPIRATORY SYSTEMS	
b410 Heart	
b420 Blood pressure	
b430 Haematological (blood)	
b435 Immunological (allergies, hypersensitivity)	
b440 Respiration (breathing)	
b5. FUNCTIONS OF THE DIGESTIVE, METABOLIC AND ENDOCRINE SYSTEMS	
b515 Digestive	
b525 Defecation	
b530 Weight maintenance	
b555 Endocrine glands (hormonal changes)	
b6. GENITOURINARY AND REPRODUCTIVE FUNCTIONS	
b620 Urination functions	
b640 Sexual functions	
b7. NEUROMUSCULOSKELETAL AND MOVEMENT RELATED FUNCTIONS	
b710 Mobility of joint	
b730 Muscle power	
b735 Muscle tone	
b765 Involuntary movements	
b8. FUNCTIONS OF THE SKIN AND RELATED STRUCTURES	
ANY OTHER BODY FUNCTIONS	

Checklist CIF

- Un composant - une page "d'un coup d'oeil"
- Catégories essentielles (169 sur 1494)
 - ✎ Déficiés avec:
 - ✎ Fonctions corporelles
 - ✎ Structures corporelles
 - ✎ Activité et Participation
 - ✎ Facteurs environnementaux
- Autre information contextuelle
- Disponible pour:
 - ✎ Cliniciens & prestataires
 - ✎ Consommateurs

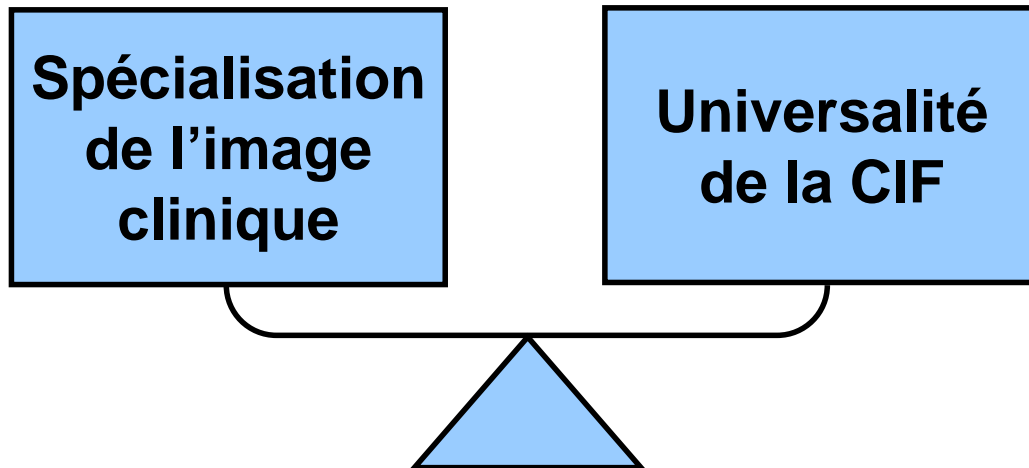
2 mai 2008 / Berne

Diagramme polaire de ICF checklist



Comparaison d'images cliniques de patients avec des ICF core set différents

- Restaurer l'universalité de la CIF malgré l'usage de core sets différents



Comment normaliser une représentation des données

- Restaurer l'universalité de la CIF malgré l'usage de core sets différents
 - Piste de solution
 - Un diagramme par composant
 - Un axe par chapitres
 - Poids intrinsèque relatif de chaque chapitre (identique ?)
 - n observables par chapitres (0, ..., n)
 - Calcul de moyennes les n observables d'un chapitre
 - Cas de la valeur nulle sur un axe (chapitre)
 - Poids de l'observation d'un chapitre (expressivité/complétude)
 - Taux des observables renseignées pour le chapitre

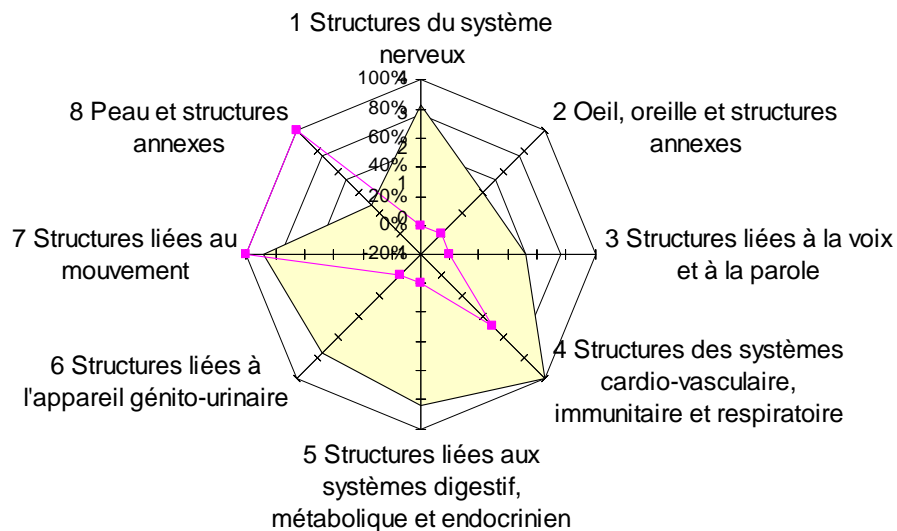
Code-set musculosquelettique (1/5)

Saisie des scores du core-set sur Excel

Score	Code	Texte CIF	Score	Code	Texte CIF
1.5	b110	Fonctions de la conscience	2	d240	Gérer le stress et autres exigences psycholog
1	b130	Fonctions de l'énergie et des pulsions	4	d410	Changer la position corporelle de base
1.5	b134	Fonctions du sommeil	4	d415	Garder la position du corps
2	b152	Fonctions émotionnelles	2	d420	Se transférer
2	b180	Expérience de soi-même et fonctions du temp	2	d445	Utilisation des mains et des bras
2	b260	Fonctions proprioceptives	1	d450	Marcher
2	b280	Sensation de douleur	2	d510	Se laver
3	b415	Fonctions des vaisseaux sanguins	3	d520	Prendre soin de parties de son corps
4	b440	Fonctions respiratoires	2	d530	Aller aux toilettes
3	b455	Fonctions de tolérance à l'effort	1	d550	Manger
3	b525	Fonctions de la défécation	4	d760	Relations familiales
4	b620	Fonctions urinaires	4	d930	Religion et vie spirituelle
2	b710	Fonctions relatives à la mobilité des articulatio	3	d940	Droits humains
2	b715	Fonctions relatives à la stabilité des articulatio	4	e110	Produits ou substances pour la consommatio
2	b730	Fonctions relatives à la puissance musculaire	4	e115	Produits et systèmes techniques à usage pers
2	b735	Fonctions relatives au tonus musculaire	3	e120	Produits et systèmes techniques destinés à fa
4	b820	Fonctions réparatrices de la peau	3	e150	Produits et systèmes techniques de l'architect
4	s410	Structures du système cardio-vasculaire	2	e310	Famille proche
4	s430	Structure du système respiratoire	1	e320	Amis
3	s710	Structure de la région de la tête et du cou	1	e355	Professionnels de santé
4	s720	Structure de la région des épaules	1	e410	Attitudes individuelles des membres de la pro
4	s730	Structure du membre supérieur	1	e420	Attitudes individuelles des amis
3	s740	Structure de la région pelvienne	1	e450	Attitudes individuelles des professionnels de s
3	s750	Structure du membre inférieur			
4	s760	Structure du tronc			
1	s810	Structure des aires de la peau			

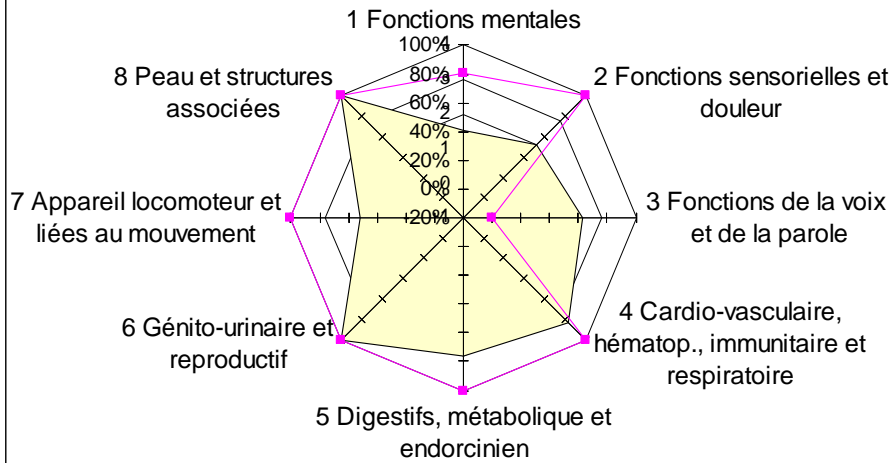
Code-set musculosquelettique (2/5)

Axe S Structures anatomiques



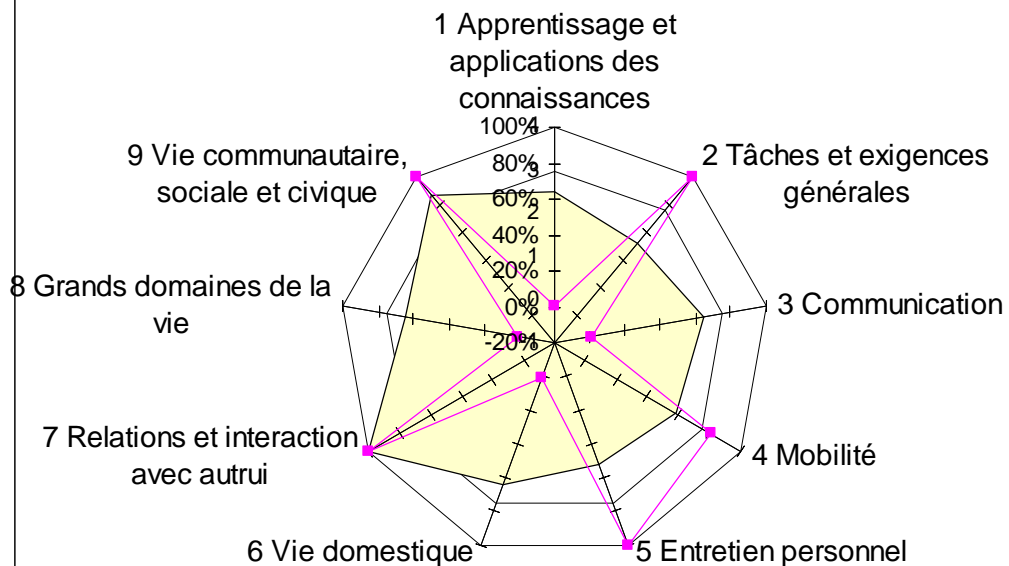
Code-set musculosquelettique (3/5)

Axe b Fonctions organiques



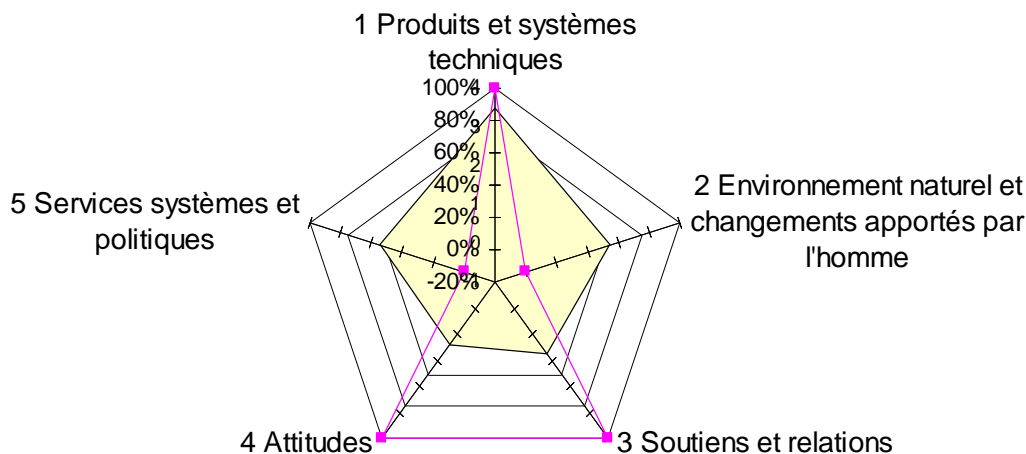
Code-set musculosquelettique (4/5)

Axe d Activité



Code-set musculosquelettique (5/5)

Axe e Facteurs environnementaux



PCS
Schweiz
Suisse
Svizzera

Score moyen compensé & pondéré Expressivité/Complétude:

Paramètres et Règles de combinaison des observables par axes

Poids intrinsèque des chapitres de l'axe
($H_0 = 1$)

Poids d'utilisation de l'axe:
nb de scores utilisés pour l'axe ,
c.-à-d nb items de l'axe dans le core set

Poids exprimé sur l'axe:
nb de scores exprimé pour l'axe,
c.-à-d nb d'items de l'axe renseignés par l'utilisateur,
NB si pas assez d'expression--> déclarer score non valide

Taux d'expression:
nombre d'items de l'axe renseignés divisé par le nombre
d'items prévus dans le core set pour l'axe

Score moyen de l'axe (somme des scores/nb de scores)

Valeur neutre de l'axe:
valeur si pas évalué
--> soit moyenne des autres axes,
ou moy de la population de référence.

Limitation:
Chaque chapitre prévu doit avoir au moins une cotation

PCS
Schweiz
Suisse
Svizzera

La pause

- Café
- Croissants
- Rafrachissements

Plan

1. La place des soins subaigus dans la chaîne de prise en soins 05' AA
2. Le financement à l'activité : 20' ED
 - c'est quoi, pourquoi faire, que mesurer,
 - pourquoi pas les DRG, comment grouper les patients ?
3. Les outils à disposition :
 - Le cadre de référence de la CIF 15' AA
 - La grille Barthel 15' J.-F Nicolet
 - Le Minimal Mental State MMS 10' J.-F Nicolet
 - La mesure de l'indépendance fonctionnelle MIF 10' AA/BJ
 - Autres grilles, auto administrées ou administrées par des « proxy » 05' AA
 - L'indice de comorbidités de Charlson 10' AA
 - Différentes grilles vues de la CIF. 10' AA
4. Pause 20'
5. Les projets pilotes :
 - Le projet LABEL CTR du canton de Vaud 15' BM
 - Le projet PRG VD-GE pour la réadaptation (Étapes I et II) 10' AA
 - Le projet CTM-Réha de la SVUA et des cliniques de réadaptation. 20' JB
 - Les outils de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation 20' PM
6. Nécessité d'un projet national pour la tarification des soins subaigus. 10' AA/ED

Le Groupe Label CTR



Le Label CTR - l'historique

- 1988 : création du Groupe Label CTR
- une démarche volontaire intégrée à la planification sanitaire vaudoise en 1989
- objectifs poursuivis
 - politique professionnelle commune
 - interdisciplinarité – management et soins
 - formation permanente spécifique
 - démarche qualité (label)
 - benchmarking interinstitutionnel

Le Label CTR - les missions

- Missions des établissements

*Le rôle des CTR est de prendre en charge des **personnes âgées**, souvent **fragilisées** et à leur dispenser les traitements, soins et mesures de réadaptation nécessaires en vue de **recouvrer un maximum d'indépendance** ; l'objectif final est de favoriser le retour et le **maintien à domicile**.*

- réadaptation
- traitements / suites de traitements
- bilan / évaluation
- soins palliatifs

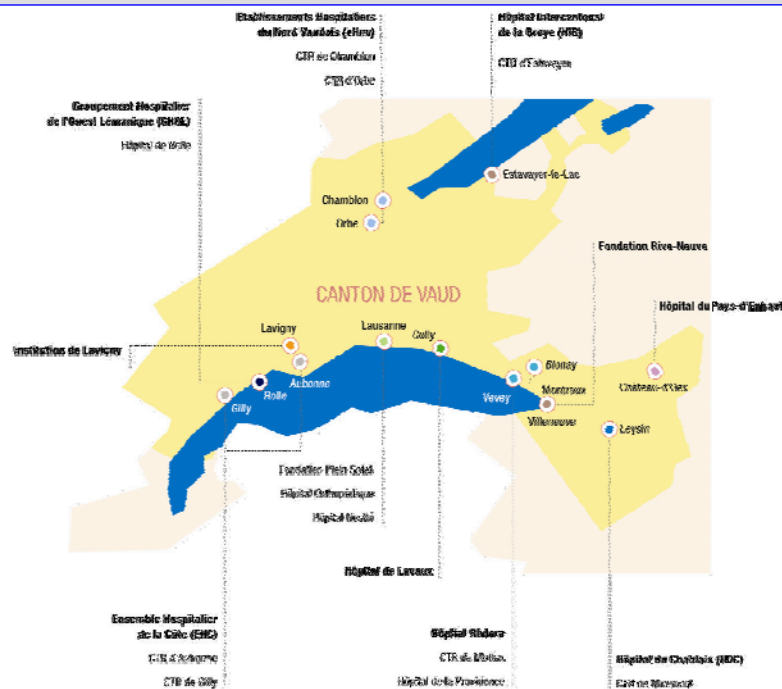
Le Label CTR - les patients

- Profil des patients

*Patients âgés, atteints d'**affections aiguës** (ou non stabilisées) avec un **diagnostic connu**, et ne présentant pas de décompensation touchant les fonctions vitales.*

- moyenne d'âge = 75 ans
- durée moyenne de séjour = 20 jours
- 85% des patients = âgés, victimes de chutes, d'accidents ou de maladie affectant leur équilibre de vie.

Le Label CTR - les établissements



PCS
Schweiz
Suisse
Svizzera



Le Label CTR - en chiffres

- 11 CTR + 6 structures comprenant des lits B
- en 2006, les CTR c'est :
429 lits de réadaptation *généraliste*.
- en terme d'activité, cela représente :
132'625 journées pour 6'419 cas traités,
dont 4'493 retours à domicile (70%).

PCS
Schweiz
Suisse
Svizzera

Le Label CTR - son financement

- forfaits par jour dépendant d'enveloppes budgétaires historiques par établissement
- corrections marginales en fonction des volumes d'activité en fin d'exercice
- forfait journalier moyen 2006 = CHF 575.-
- variation de +/- 32% (CHF 494.- et 677.-) suivant l'établissement

Le Label CTR - son financement

avantages

- stabilité historique
- correction en fonction du *réalisme*
- simplicité de la méthode



inconvénients

ne tient pas compte des caractéristiques (âge, sexe, etc.) du patient

le fait du financement par DRG des soins aigus génère des transferts en réadaptation de plus en plus précoces

pas d'incitatif à la performance ni de possibilité de comparaison objective entre établissements

Le système de financement par forfait journalier ne permet pas de couvrir les coûts réels de séjour

- procédures administratives lourdes
- incompatibilité avec la réforme de la LAMal (art.49) exigeant une structure tarifaire fédérale uniforme pour toute activité stationnaire

changer de mode de financement!

Le projet « nouveau financement B »

Phasage 2001 - 2007

- début de la réflexion en juin 2001
- inventaire et examen des modèles de financement existants (FR, USA, CAN, AUS...) et choix
- mise en place d'un recueil systématique de données dès 2003 (standards internationaux, aussi utilisés en CH)
- analyse des données & développement de 4 puis 5 groupes de patients
- établissement d'un module de reprise automatique des données générant les statistiques descriptives
- réflexion sur le contrôle de la qualité des données
- établissement de casemix par établissement et proposition de répartition du financement correspondant
- recommandations en vue d'une transition de mode de financement

Le projet « nouveau financement B »

Choix de reprendre certains éléments d'un modèle existant :

AN-SNAP (AUS)

- apparaît le plus exhaustif en terme de couverture des activités des CTR
- Outil de classification validé, basé sur le FIM-FRG (Functional Independence Measure – Functional Related Groups)
- Variables utilisées pour la classification :
 - Réadaptation : diagnostic, FIM moteur, FIM cognitif, âge (32 cl.)
 - Evaluation et ttt gériatrique : FIM moteur, FIM cognitif, âge (6 cl.)
 - Palliatif : RUG-ADL, Phase palliative, âge (11 cl.)
- Évolution récente : BPM : Blended Payment Model, soit nouvelle version de la classification AN-SNAP et la prise en compte de la variable durée de séjour

Le projet « nouveau financement B »

Saisie « de routine » des données

- création d'une base de donnée commune, dès avril 2003
- données administratives (date entrée & sortie, âge, etc.)
- aspect fonctionnel = Barthel
- aspect cognitif = MMS (minimum mental state)
- * dimension affective = GDS (geriatric depressive scale)
- * dimension sociale = vit seul, avec/sans CMS
(* = pas obligatoire)

Le projet « nouveau financement B »

Proposition de groupage : critères

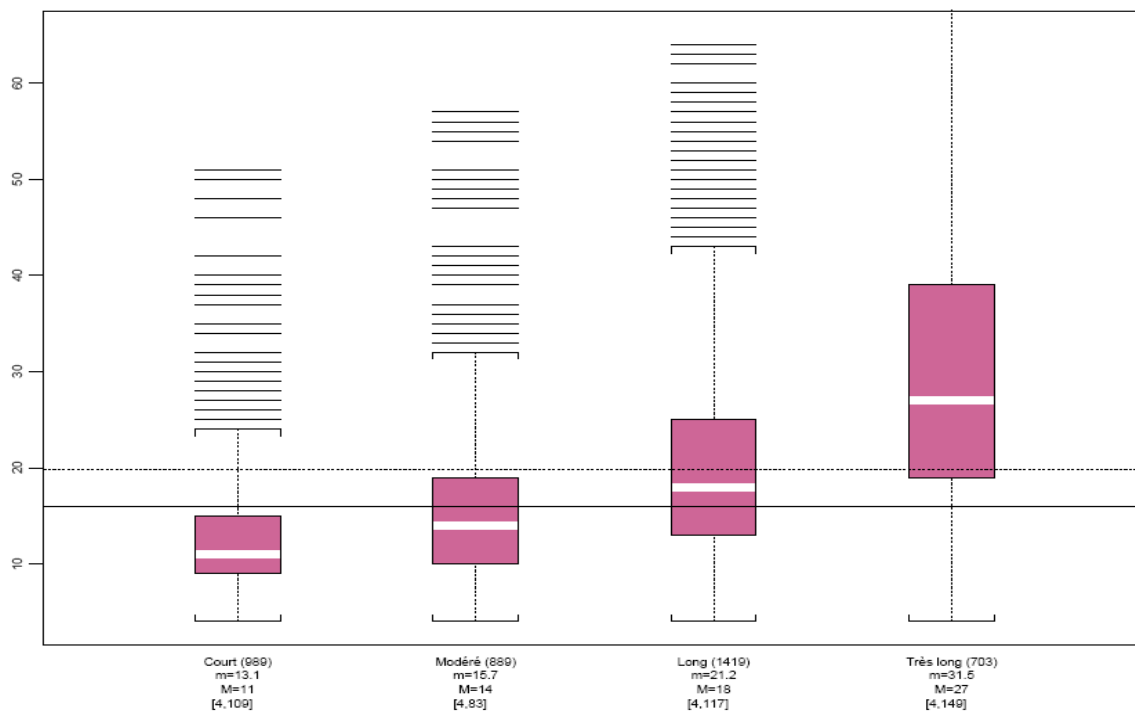
- exclusion des patients :
 - décédés
 - transférés en urgence en soins aigus
 - dont la durée de séjour < 3jours
 - dialysés
- les informations patients à l'admission comportant au minimum :
 - le score Barthel
 - le MMS si patient > 70 ans
- dans un premier temps, les données de détail des coûts (CAE) n'étant pas disponibles, choix d'utiliser la **durée de séjour** pour le groupage (*proxy* des coûts)

Le projet « nouveau financement B »

1ère proposition de groupage (4)

- **groupe 1 « court »**
 - Barthel > 85 ou manquant
 - patient sans troubles cognitifs
- **groupe 2 « modéré »**
 - Barthel ∈] 75 ; 85]
 - patient sans troubles cognitifs
- **groupe 3 « long »**
 - regroupe les séjours ∉ groupes 1, 2 ou 4
- **groupe 4 « très long »**
 - Barthel < 50 *ou* âge < 48 ans avec troubles cognitifs

Le projet « nouveau financement B »



Le projet « nouveau financement B »

Mode de financement : logique du modèle

1. examen des écarts entre budgets et CAE
 2. répartition des journées *inliers* dans les 4 groupes de patients
 3. détermination d'un *casemix* par établissement
 4. calcul d'un coût par cas moyen par groupe
 5. application de règles pour les séjours *outliers*
 6. estimations de financement global pour chaque CTR
- propositions de modes de financement (forfait par cas, tarif journalier ou hybride) = travaux repris dans le cadre du projet PRG

Le projet « nouveau financement B »

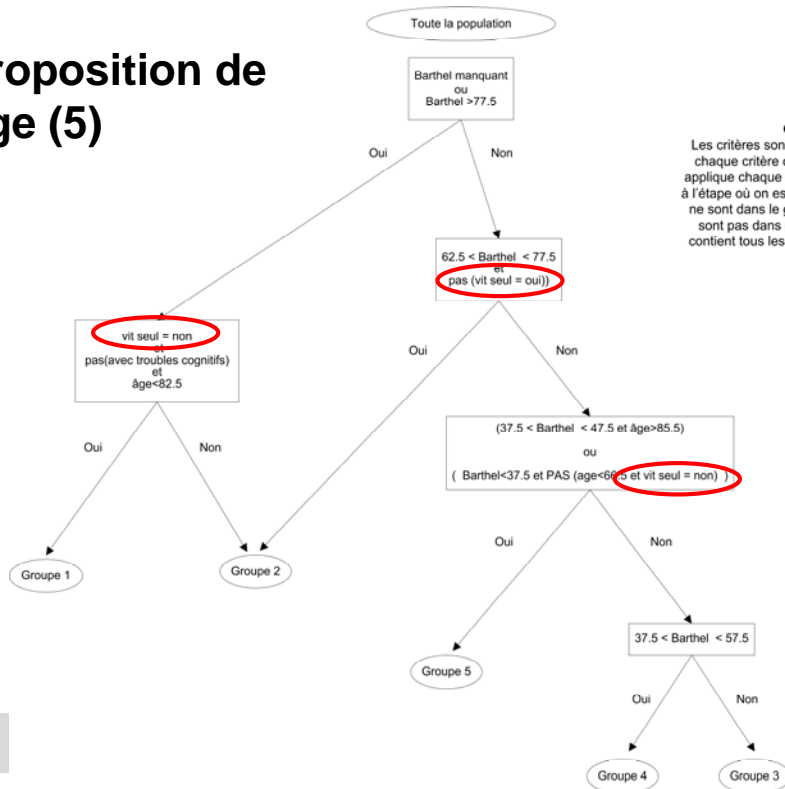
Groupage	1	2	3	4								
DMS	13.21	16.10	21.27	31.01								
CW	0.1613	0.7978	1.0411	1.4838								
CTR	nbr patients	nbr patients	nbr patients	nbr patients	total annuel	journées théoriques	casemix	poid relatif	volume financier B	CAE B	nouveau financement	
1	151	327	211	201	890	17'980	803	0.9024				
2	120	88	132	44	384	7'174	292	0.7611				
3	68	65	140	67	340	7'000	308	0.9059				
4	135	251	124	180	690	14'044	618	0.8959				
5	75	125	363	207	770	17'143	797	1.0349				
6	61	70	107	41	279	5'480	238	0.8528				
7	119	139	97	158	513	10'773	466	0.9074				
8	147	138	226	160	671	13'932	607	0.9039				
9	6	6	6	4	22	428	18	0.8153				
10	25	40	57	33	155	3'210	144	0.9307				
					4'714	97'164	4'291	1.0000	m	m	m	
					DMS	20.61	= 1.00					

Annotations :

- 1. répartition existante (pointe vers la colonne 'casemix')
- 2. comparaison avec existant (pointe vers la colonne 'CAE B')
- 3. établissement du casemix (pointe vers la colonne 'casemix')
- 4. coût moyen (pointe vers la colonne 'poid relatif')
- 5. nouvelle répartition (pointe vers la colonne 'nouveau financement')

Le projet « nouveau financement B »

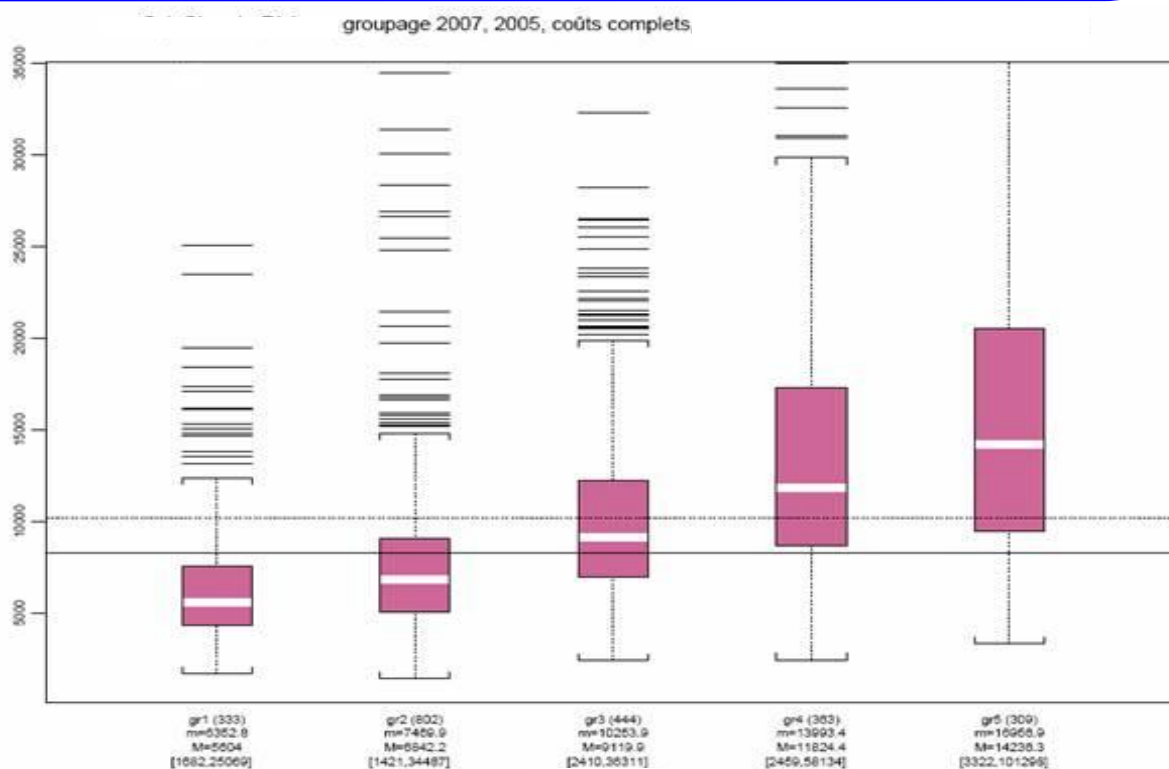
2ème proposition de groupage (5)



Groupe 2007
 Les critères sont donnés dans les rectangles. A chaque critère on répond soit oui, soit non. On applique chaque critère sur les séjours qui restent à l'étape où on est. Cela implique par exemple que ne sont pas dans le groupe 4 que des séjours qui ne sont pas dans le groupe 1, 2, ou 5. Le groupe 3 contient tous les séjours qui n'ont été attribués à aucun groupe.

PCS
 Schweiz
 Suisse
 Svizzera

Le projet « nouveau financement B »



Le projet « nouveau financement B »

Principales conclusions

- + modèle **statistiquement robuste** et **prospectif** déterminant un financement **plus équitable** (car basé sur casemix)
- + établissement de **forfaits par cas** minimisant la pression des assureurs sur les DS
- + mise en œuvre **simple** et **peu coûteuse**
- + la **combinaison** du **concept de CTR** et de cette **proposition de mode de financement** est pertinente et pourrait facilement être transposée au niveau fédéral (SwissDRG)

Le projet « nouveau financement B »

Principales conclusions

- gros **écarts** dans la **répartition** des volumes financiers entre établissements (+/- 25%), influence des écarts DMS, écarts coûts, différences des pratiques (malgré le label CTR !)
- une modification du financement B ne peut être dissociée du financement des **soins aigus** et de la prise en compte des **tâches particulières**
- les **assureurs maladie** ne sont *plus* partie prenante
- peu de sens de réaliser une *vaudoiserie* et nécessité d'associer d'**autres cantons** à la démarche



Projet PRG

PRG VD-GE phase I

Test de Pathos

Projet PRG VD-GE, phase I (Pathos)

- Devant projet de généralisation des forfaits par cas
 - 2004 direction CHUV et HUG se joignent à la FHV pour étude en commun.
- **Projet PRG Vaud-Genève**
 - **Psychiatrie**
 - **Réadaptation**
 - **Gériatrie**
- Evaluation des outils PATHOS et AGGIR
 - utilisé en Belgique pour l'allocation de ressources aux établissement
 - Dimension fonctionnelle: AGGIR
 - Dimension pathologies: PATHOS
 - **Intensité des soins**

Pathos: 66 états pathologiques

I. Affections cardio-vasculaires

- 01 Insuffisance cardiaque
- 02 Coronaropathie
- 03 Hypertension artérielle
- 04 Troubles du rythme
- 05 Phlébites et Thrombose veineuse profonde
- 06 Embolie et thrombose artérielle, amputation
- 07 Artériopathies chroniques
- 08 Hypotension orthostatique

II. Affections neuro-psychiatriques

- 09 Malaises, vertiges, P d C, chutes
- 10 Accidents vasculaires cérébraux (? 70 ans)
- 11 Comitialité focale et généralisée
- 12 Autres affections neuro-dégénératives (? 70 ans)
- 13 Syndrome confusionnel aigu
- 14 Troubles chroniques du comportement
- 15 États dépressifs
- 16 États anxieux
- 17 Psychose, délires, hallucinations
- 18 Syndrome démentiel
- 19 Sclérose en plaques
- 20 Lésions cérébrales acquises (< 70 ans)
- 21 Lésions cérébrales congénitales
- 22 Autres affections neuro-dégénératives (< 70 ans)
- 23 Lésion spinale ou médullaire
- 24 Myopathies
- 25 Affections du système nerveux périphérique

- 26 Accidents vasculaires cérébraux (< 70 ans)

III. Affections broncho-pulmonaires

- 27 Broncho-pleuro-pneumopathies
- 28 Insuffisance respiratoire
- 29 Embolies pulmonaires

IV. Pathologies infectieuses

- 30 Syndromes infectieux généraux
- 31 Syndromes infectieux locaux
- 32 Infections urinaires basses

V. Affections dermatologiques

- 33 Escarres
- 34 Autres lésions cutanées

VI. Affections ostéo-articulaires

- 35 Pathologie de la hanche
- 36 Pathologie de l'épaule
- 37 Pathologie vertébro-discale
- 38 Autres pathologies osseuses
- 39 Polyarthrite et pathologies articulaires
- 40 Polytraumatisme
- 41 Amputation au niveau des membres inférieurs
- 42 Amputation au niveau des membres supérieurs
- 43 Brûlures avec limitations locomotrices

VII. Affections gastro-entérologiques

- 44 Syndromes digestifs hauts
- 45 Syndromes abdominaux
- 46 Affection hépatique, biliaire,

- pancréatique
- 47 Dénutrition

VIII. Affections endocriniennes

- 48 Diabète
- 49 Dysthyroïdie
- 50 Troubles de l'hydratation

IX. Affections uro-néphrologiques

- 51 Rétention urinaire
- 52 Insuffisance rénale
- 53 Incontinence

X. Troubles fonctionnels

- 54 Troubles de la déglutition
- 55 Troubles de la motricité
- 56 Troubles cognitifs

XI. Autres domaines

- 57 Anémies
- 58 États cancéreux
- 59 Hémopathies malignes
- 60 Syndrome inflammatoire, fièvre inexpliquée
- 61 Pathologies oculaires évolutives
- 62 Syndrome douloureux chronique
- 63 État grabataire
- 64 État terminal
- 65 Autres pathologies
- 66 Aucune pathologie pertinente à retenir

Pathos: 13 profils de soins / stratégies thérapeutiques

T1 Soins importants et multiples avec surveillance médicale quotidienne.

Pronostic vital en jeu au quotidien

T2 Équilibration et surveillance rapprochée

Surveillance médicale pluri-hebdomadaire et permanence infirmière 24 h / 24

P1 Soins de prise en charge psychiatrique lourde, **état de crise**

P2 Soins de prise en charge psychiatrique continue, **soutien psychothérapeutique**

R+ Rééducation fonctionnelle extrêmement intensive, **le plus souvent individuelle**

R1 Rééducation fonctionnelle intensive, **le plus souvent individuelle**

R2 Rééducation fonctionnelle d'entretien, **individuelle ou collective ne pouvant supporter ou ne nécessitant pas une rééducation intensive**

CH Pansements « lourds » (opérés récents, plaies importantes, dermatose), mobilisant l'infirmière au moins vingt minutes tous les jours ou tous les deux jours

DG Soins induits par **une pathologie « froide »** non encore diagnostiquée

M1 Soins d'accompagnement psychologique et technique lourd, **soins palliatifs des mourants lucides**

M2 Soins d'accompagnement induits par un état crépusculaire conduisant au décès à plus ou moins longue échéance. **Soins de confort des mourants non lucides**

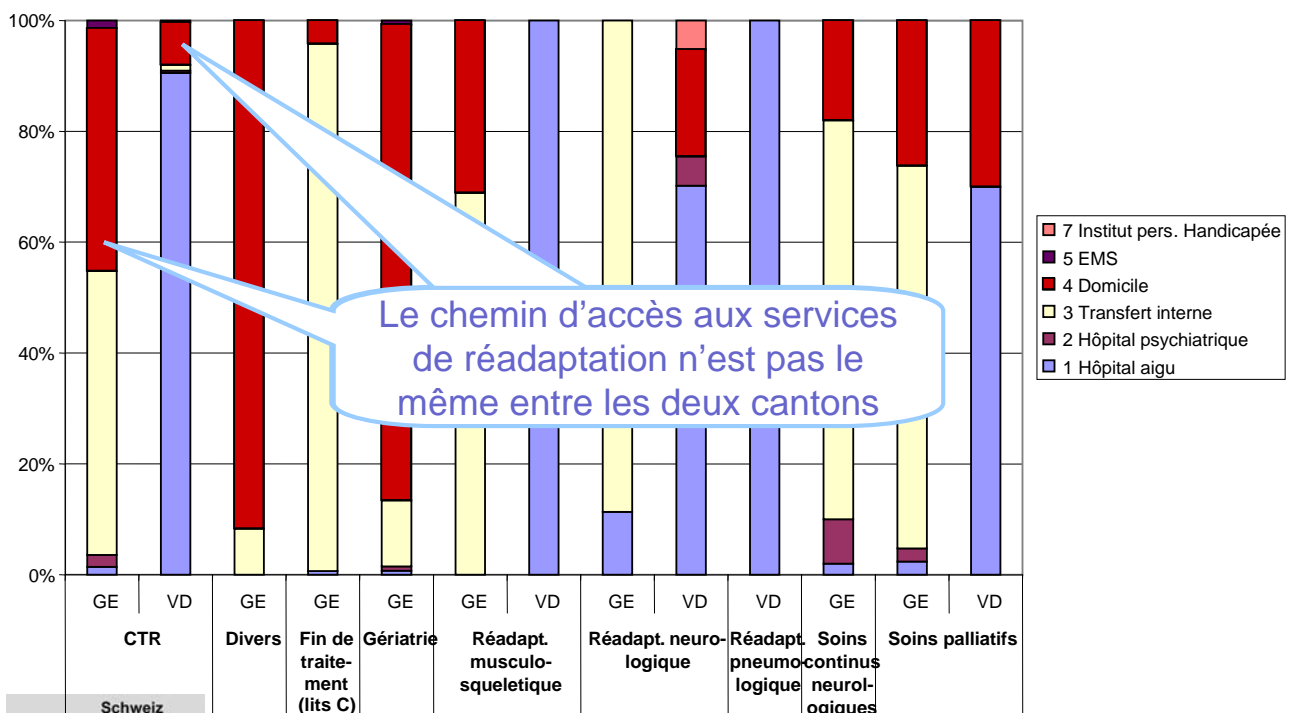
S1 **Surveillance épisodique programmée** au long cours des affections chroniques stabilisées et de leurs traitements

S0 **Absence de toute surveillance ou de traitement** (pathologie séquellaire, traitement inutile ou inefficace...)

PATHOS : 11 RESSOURCES CONSIDEREES

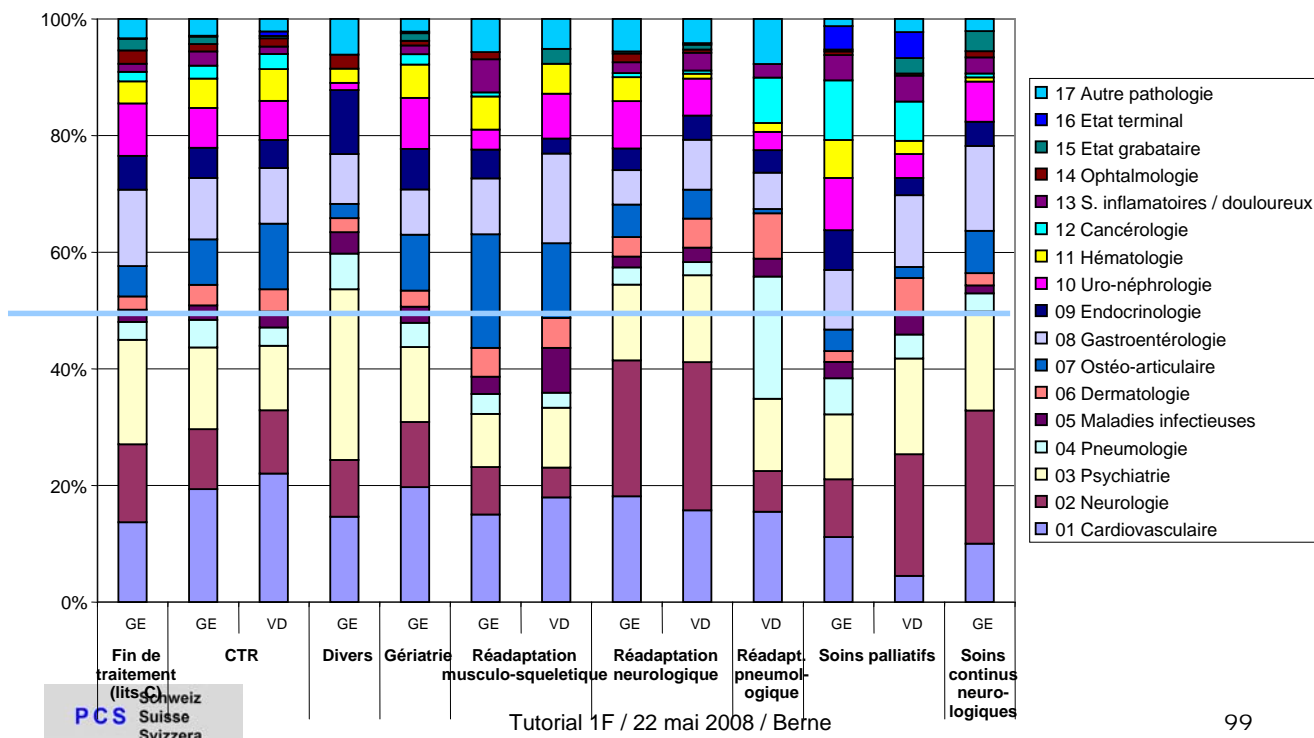
- 1 Médecin responsable
- 2 Médecins consultants
- 3 Soins infirmiers
- 4 Rééducation (kinésithérapie, ergothérapie, logopédie...)
- 5 Psychothérapie ordonnancée
- 6 Biologie : **non repris**
- 7 Imagerie (actes en K et Z) : **non repris**
- 8 Pharmacie et petit matériel : **non repris**
- 9 Réunions multidisciplinaires
- 10 Gestion du dossier et transmission d'information
- 11 Contacts avec la famille et les proches

Provenance des patients



Ensemble des pathologies rencontrées

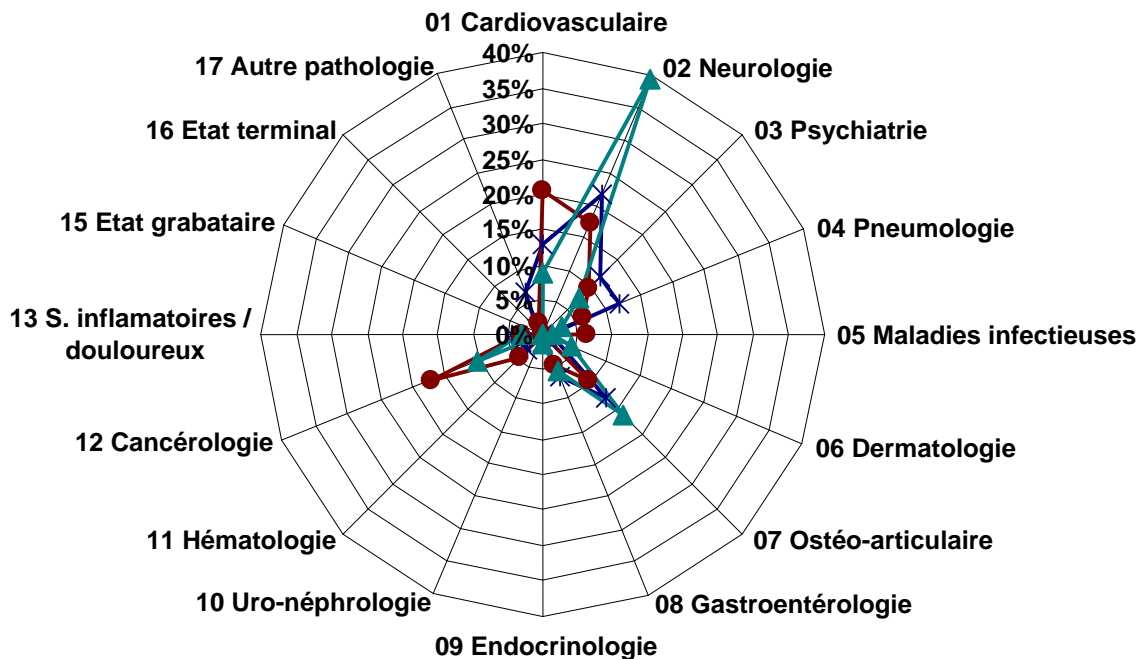
(8796 / 7,6 par patient)



États pathologiques les plus fréquents

Hypertension artérielle	588
Anémies	382
Incontinence	359
Etats dépressifs	354
Syndromes abdominaux	331
Syndrome démentiel	284
Dénutrition	271
Insuffisance cardiaque	262
Troubles du rythme	260

Diag. principaux des Services de médecine interne et réhabilitation SMIR's de GE



Conclusion pour Pathos

- Bon outil pour l'allocation de ressources
- Permet d'identifier la spécialisation des services
- Difficile à convertir pour un financement par cas.
- Trop lourd pour une saisie fréquente (1x/semaine ?)

PRG VD-GE phase II

minimum data set

Projet PRG VD-GE phase II (minimum-data set)

- Mars 2007: Réorientation du projet.
- Projet CTM-Réa est en cours, à suivre.
- Focus sur la réadaptation polyvalente gériatrique :
 - Constitution d'une base de données rétrospectives 2005-2006 VD-GE des services subaigus: (~19'000 séjours)
 - Chaînage des séjours subaigus avec le séjour aigu précédent
 - Minimum data set:
 - Statistique médicale
 - (10 diagnostics, 10 interventions, provenance, destination, etc.)
 - Données fonctionnelles (MIF ou Barthel & MMS)
 - Données financières (coûts par cas)
 - Travail de sensibilisation « politique » sur les soins subaigus
- Analyse en cours

Stratégie utilisée

- Se concentrer sur les données disponibles de routine
- Epurer les données:
 - Elimination des attentes de placement
 - Elimination des séjours subaigus
 - de neuroréadaptation et
 - musculo-squelettique.

Groupage DRG des séjours subaigus épurés

	Total	Inliers	Hi out	Low out
Cas	19'578	9'597	9'524	457
Journées	449'627	122'591	325'712	1'324
Jour. att.		92'500		
Points	34'562	7'279	27'073	210
DMS	22.97	12.77	34.20	2.90
DMS std		9.64		
ICM	1.77	0.76	2.84	0.46
%inliers		49.02%	48.65%	2.33%

→ DRG non utilisables pour les soins subaigus

Comparaison des données épurées

<i>Variable</i>	<i>Total</i>	<i>Vaud</i>	<i>Genève</i>
Durée subaigu	22.48 ± 17.91	18.31 ± 13.27	28.63 ± 21.68
Age	78.28 ± 11.84	76.61 ± 11.81	80.74 ± 11.44
Tr. cognitifs	39.75%	30.16%	58.03%
Femme	63.61%	63.88%	63.21%
Sej. aigu préalable	73.01%	57.07%	82.35

Les deux cantons n'ont pas la même population dans les services subaigus: Genève a plus de patients venant directement en subaigu, plus âgés, avec plus de troubles cognitifs et des séjours plus longs

→ grande hétérogénéité des types de patients, voire des pratiques

Plan

1. La place des soins subaigus dans la chaîne de prise en soins AA
2. Le financement à l'activité : ED
 - c'est quoi, pourquoi faire, que mesurer,
 - pourquoi pas les DRG, comment grouper les patients ?
3. Les outils à disposition : AA
 - Le cadre de référence de la CIF AA
 - La grille Barthel
 - Le Minimal Mental State MMS
 - La mesure de l'indépendance fonctionnelle MIF
 - Autres grilles, auto administrées ou administrées par des « proxy » AA
 - L'indice de comorbidités de Charlson et autre AA
 - Différentes grilles vues de la CIF. AA
4. Pause 20'
5. Des projets pilotes :
 - Le projet LABEL CTR du canton de Vaud BM
 - Le projet PRG VD-GE pour la réadaptation (Etapes I et II) AA
 - Le projet CTM-Réha de la SVUA et des cliniques de réadaptation. JB
 - Les outils de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation PM
6. Nécessité d'un projet national pour la tarification des soins subaigus. AA/ED

Résumé

- La LAMal demande de passer
 - d'un financement selon la structure de soins
 - à un financement liés aux types prestations et donc aux caractéristiques des patients
- Les systèmes de forfaits par cas (DRG, AP-DRG, etc)
 - ne fonctionnent pas pour les soins sub-aigus
- La délimitations floues
 - entre les différentes phases de la chaîne de traitement aigu, subaigu, hébergement
 - entre les natures des soins, réadaptation précoce, réadaptation polyvalente gériatrique, etc.
- Modalités différenciées de prises en soins
 - en une phase ou en deux phase, etc.
- Nécessité d'un système tarifaire différencié pour les soins subaigus, lors de l'introduction de Swiss-DRG..
- Les modèles étrangers non encore disponibles
- Plusieurs études partielles (PRG VD-GE, STM réha MTK, TAR, etc.) basés sur des indicateurs communs de nature semblable.
- Souhait/ambition de chaque communauté d'intérêt (Label CRT, VD-GE, Cliniques privées de réha,, etc.) de faire adhérer les autres à sa propre solution.

Proposition

- Regrouper tous les partenaires dans
 - un projet commun national
 - couvrant l'ensemble des soins subaigus
 - utilisant des descripteurs de patients robustes pour les dimensions:
 - Motrice
 - Cognitive
 - Pathologiques
 - Sociale (cadre de vie)
 - avec modélisation de l'ensemble de la chaîne de soins, y compris
 - **définitions,**
 - **critères délimitations,**
 - **modes d'enchaînement.**

TUTORIAL 1

Le projet STM-REHA-MTK

23.05.2008

Dr. méd. J. Blanco, Médecin chef
des Centres de prestations Neurologiques et Musculosquelettique de la
Clinique Zurichoise d'altitude à Wald

Neuro-/Musculoskelettalen Leistungszentrums Zürcher Höhenklinik Wald

1

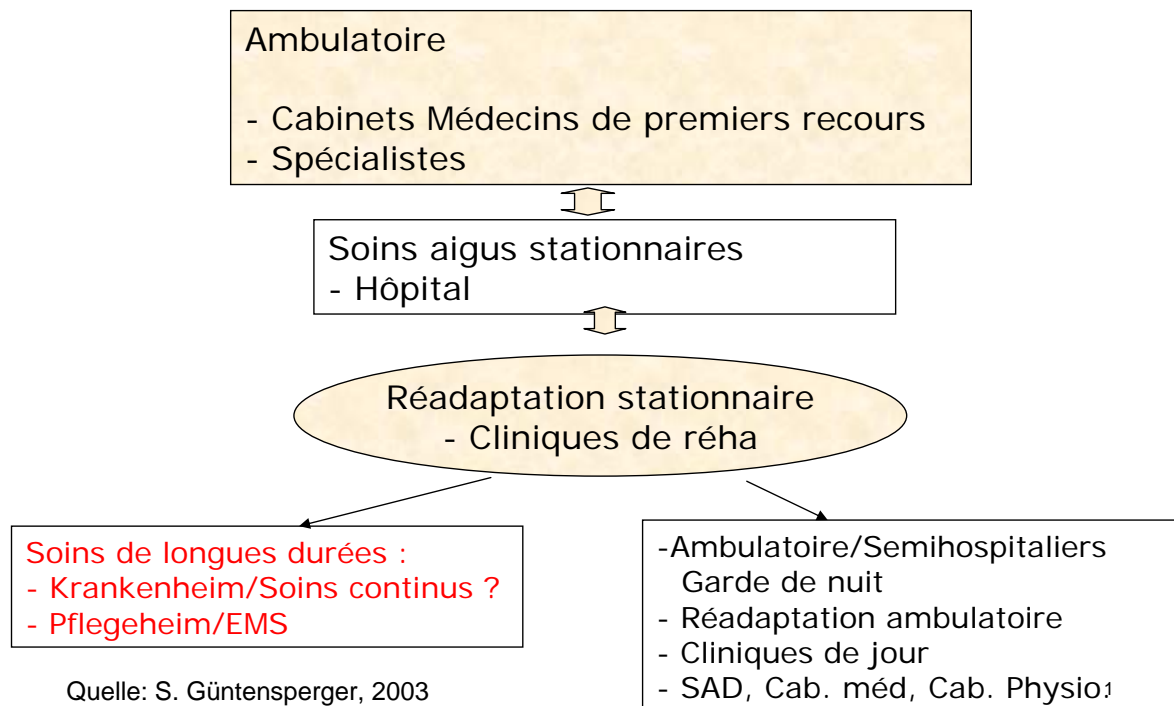
Tendances en Réhabilitation

- Transferts précoces depuis les hôpitaux aigus
→ il ne s'agit plus de cas „légers“
- Attribution parcimonieuses des garanties de prises
en charge des frais → ↑ du travail administratif pour
les prestataires de soins
- Déplacement du stationnaire

→	semi-hospitalier
→	ambulatoire
- Mise en danger du travail en réseau vertical et
horizontal

1

Travail en réseau vertical en réadaptation



Bases légales actuelles de la structure tarifaire pour la réadaptation stationnaire en Suisse

- Aujourd'hui → LAMal (Art. 49, al.1) : stipule des tarifs forfaitaires
- Selon LAMal révisée en déc. 2007 → dès 2012 :
 - Calcul de forfaits: liés aux prestations, selon principe des coûts complets, basés sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse.
 - Soins somatiques aigus : SwissDRG (l'adaptation Suisse des G-DRG [Allemands])
 - Structure tarifaire unifiés au plan national
 - Domaines de la **réadaptation**, psychiatrie et gériatrie:
 - Forfaits tarifaires (avec coûts complets, unifiés au plan national)

Les buts et modalités du projet STM Reha-MTK (1/2)

- Structure tarifaire unifiée pour les assureurs fédéraux (AA, AM, AI) en matière de réadaptation stationnaire en Suisse.
- Structure tarifaire pour toutes les spécialités de la réadaptation concernées du domaine (AA, AM, AI)
- Rémunération basée sur un système de classification des patients spécifique à la réadaptation.

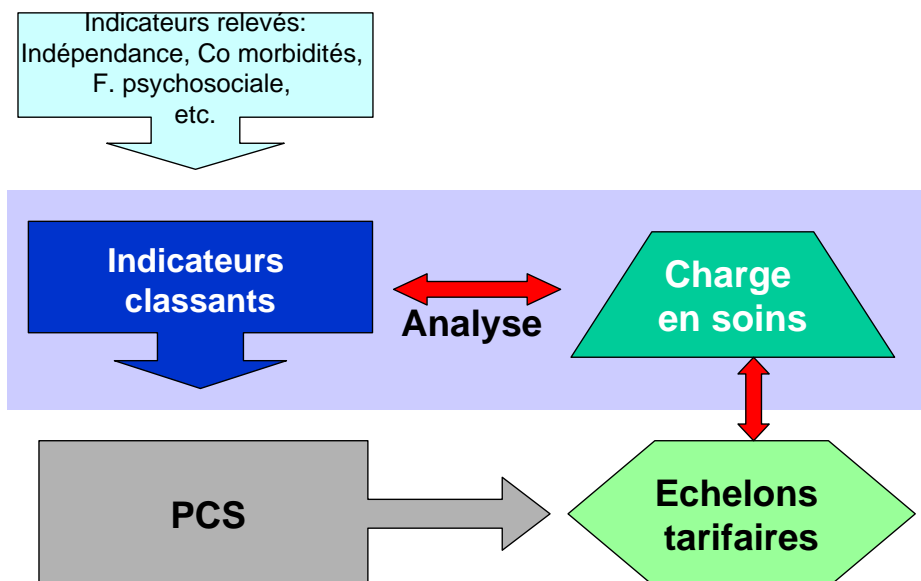
Source: Comité de pilotage du projet STM-Reha-MTK, J. Kool Zürcher Hochschule Winterthur 1

Les buts et modalités du projet STM Reha-MTK (2/2)

- Le système de classification devrait avoir les caractéristiques suivantes:
 - Basé sur des indicateurs propres liés au patient
 - Classification constituée de groupes de patients homogènes, échelonnés selon des critères médicaux et économiques
- Des bases scientifiques pour la Classification de patients et la structure tarifaire
- Développement en coordination avec le projet TarReha (Tarification en réadaptation ambulatoire)

Source: Comité de pilotage du projet STM-Reha-MTK, J. Kool Zürcher Hochschule Winterthur

Schéma d'ensemble du projet STM Reha-MTK



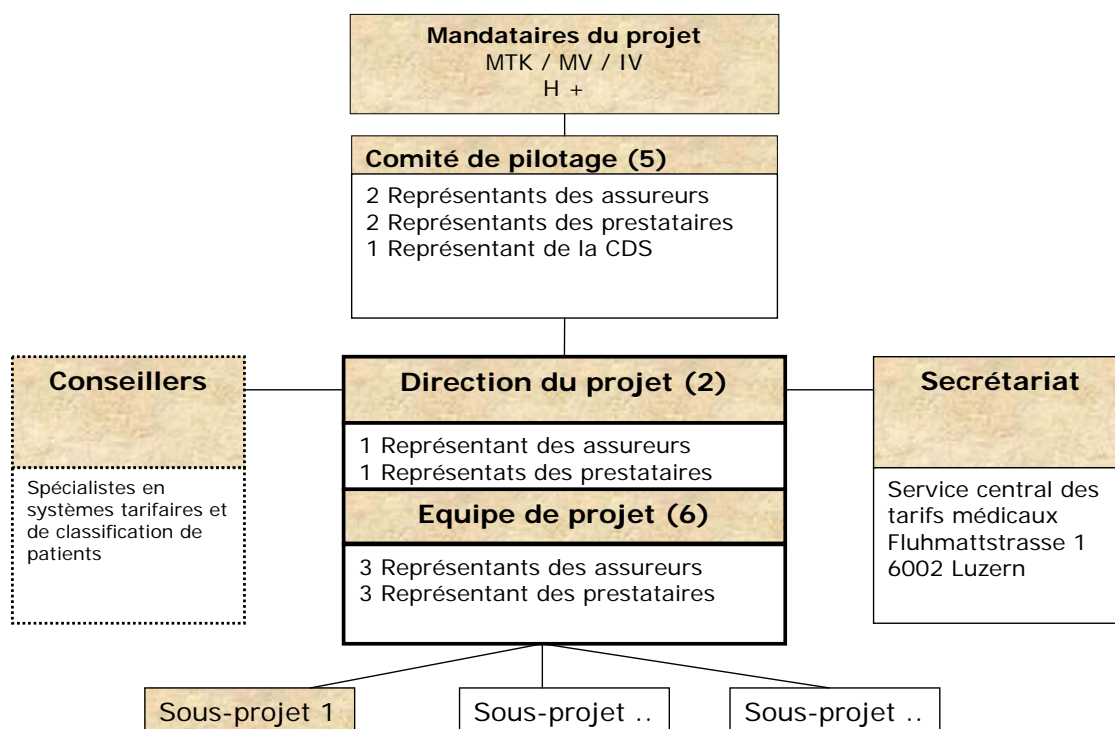
Source: Comité de pilotage du projet STM-Reha-MTK, J. Kool Zürcher Hochschule Winterthur

Participants au Projet STM Reha-MTK

8 Cliniques

- Rehaklinik Bellikon
- Clinica Hildebrand, Brissago
- Hôpital Nestle (CHUV), Lausanne
- Kantonsspital Luzern Rehabilitation
- Reha-Rheinfelden
- Rehabilitationszentrum Klinik Valens
- Zürcher Höhenklinik Wald
- RehaClinic Zurzach/Baden/Braunwald

Source: Comité de pilotage du projet STM-Reha-MTK, J. Kool Zürcher Hochschule Winterthur



Source: Comité de pilotage du projet STM-Reha-MTK, J. Kool Zürcher Hochschule Winterthuf

Bases et méthodes fondatrices du projet STM Reha-MTK

- Structure tarifaire SVPK-MTK des Cliniques privées
- ALVR-Qualitätsrichtlinien
- TAR-Taxmodell
- Rekole de H+ (Kosten- und Leistungsrechnung)
- 200-300 Patients par clinique, cas: AA, AI, AM ou LAMal en neuroréadaptation ou en réadaptation musculosquelettique

Source: Comité de pilotage du projet STM-Reha-MTK, J. Kool Zürcher Hochschule Winterthuf

STM Reha-MTK-Projekt

Mesure des caractéristiques des patients

- Indépendance
 - MIF ou Indice de Bartel étendu, HAQ, Echelle visuelle de la douleur 0-10, PACT (facultatif)
- Qualité de vie
 - SF-36
- Comorbidités
 - Cumulative Illness Rating Scale (CIRS), HADS (Dépression)
- Diagnostics et facteurs psychosociaux
- Indicateurs sociodémographiques

Source: Comité de pilotage du projet STM-Reha-MTK, J. Kool Zürcher Hochschule Winterthur

Projet STM Reha-MTK

Mesure de l'effort en soins et en thérapies

Thérapies Physiothérapie, Ergothérapie, Logopédie, Neuropsychologie, Soins thérapeutiques etc.
Soins
Prestations médicales
Infrastructure/Hôtellerie
Autres prestations médico-techniques Trachéostomie, Dialyse, Médicaments

Source: Comité de pilotage du projet STM-Reha-MTK, J. Kool Zürcher Hochschule Winterthur

Projet STM Reha-MTK

Outils de relevé de prestations

- Soins Relevé de prestations (p.ex. LEP)
- Thérapies Saisie des minutes (p.ex. RAP)
- Prestations médicales Saisie des minutes
- Matériel et Médicaments REKOLE
- Hôtellerie REKOLE
 - Tarif standards
 - Suppléments tarifaires éventuels pour de surveillance accrue
- Autres prest. médico-tech. REKOLE

Source: Comité de pilotage du projet STM-Reha-MTK, J. Kool Zürcher Hochschule Winterthur

Projet STM Reha-MTK

Planning et étapes

- Démarrage des cliniques pilotes: 1. Jan. 2005**
- Phase préparatoire
 - Saisie des données
 - Analyse des données
 - Préparation des mécanismes tarifaire
 - Constitution des commission de gestion
 - Fixation des mécanismes de vérification et de sanctions
 - Préparation des contrats standards sur base de tarifs journaliers
- Introduction prévue 1. Jan. 2010**

Source: Comité de pilotage du projet STM-Reha-MTK, J. Kool Zürcher Hochschule Winterthur

Nomenclatures, classifications et spécificités du financement pour les patients en suite de traitement et en réadaptation



Dr Pierre METRAL
Agence Technique de l'Information sur
l'Hospitalisation (ATH)
FRANCE
(Lyon - Paris)



Plan

- Contexte français : les Soins de Suite et de Réadaptation
- Nomenclatures : CIM10, ADL, CdARR, CCAM
- Classifications : GHJ, IVA
- Spécificités du financement



Le secteur « SSR » de soins de suite et de réadaptation en France

- Un périmètre très voisin de celui des établissements suisses
- Une grande diversité
- Un grand nombre d'établissement de taille modeste
- Un volume d'activité total non négligeable
 - 1.700 établissements,
 - 100.000 lits, 30 millions de journées
 - 1,1 millions de séjours, durée moyenne 28 j



L'organisation générale du PMSI SSR

- Un recueil standard obligatoire (medical dataset) chaque semaine pour chaque patient : le RHS résumé hebdomadaire standardisé
- Des nomenclatures pour ce recueil :
 - la CIM10 pour la morbidité,
 - 6 des ADL (activités de la vie courante) de KATZ, 4 niveaux
 - le CdARR (catalogue des actes de rééducation et réadaptation) français pour les actes techniques de réadaptation
 - La CCAM pour les actes médicaux
 - et un guide de production
- Une classification médicoéconomique « à la journée pondérée », avec des groupes homogènes de journée (GHJ)



Le RHS résumé hebdomadaire standardisé

- Partie identifiant
- Partie mouvements (date entrée /sortie...)
- Partie hebdomadaire
 - Jours de présence à cocher (L M Me J V S D)
 - Date de la dernière intervention
 - Dépendance (6 items ADL en 4 niveaux)
 - Activités de rééducation réadaptation (minutes hebdomadaires par activité => 12 activités référencée dans le CdARR)
 - Fauteuil Roulant (O/N)



Les Nomenclatures

CIM 10
ADL de Katz
CCAM
CdARR

CIM 10 pour les diagnostics

- Diagnostics : codage en CIM10 pour la semaine
 - Finalité de prise en charge (Z)
 - Morbidité principale
 - Affection étiologique (pas Z pas R)
 - Diagnostics associés significatifs
- Créations d'extensions spécifiques
 - Z-aigu : finalité principale remplacée par un pb aigu
 - R54.80 Syndrome de glissement
 - R26.+0 Chutes à répétition

La dépendance : activités de la vie courante (Katz) en 4 niveaux

- Dépendance physique : 4 activités
 - Locomotion
 - Habillage
 - Toilette
 - Alimentation
- Dépendance cognitive : 2 activités
 - comportement
 - Relationnel

- 4 niveaux
 - Autonome
 - Supervision / conseil
 - Aide partielle
 - Dépendance complète

R. H. S. /4 DEPENDANCE SCORE de 1 à 4

<u>DEPENDANCE</u> (de 1 à 4)				
HABILLAGE :	<input type="checkbox"/>	1	Indépendance complète	Sans aide
DEPLACEMENTS - LOCOMOTION :	<input type="checkbox"/>	2	Supervision ou arrangement	Présence d'un tiers
ALIMENTATION :	<input type="checkbox"/>	3	Assistance partielle	Contact
CONTINENCE :	<input type="checkbox"/>	4	Assistance totale	d'un tiers
COMPORTEMENT :	<input type="checkbox"/>			
RELATION :	<input type="checkbox"/>			
<u>UTILISATION d'un FAUTEUIL ROULANT :</u> (1 = OUI 2 = NON) <input type="checkbox"/>				

7



Les actes de Rééducation Réadaptation Réinsertion : le catalogue CdARR

- 12 catégories du Catalogue des Activités de Rééducation et Réadaptation CdARR, définies par des listes d'actes avec une description
- Recueil en minutes par semaine par activité consacrées au patient par un professionnel autorisé et payé (si groupe => répartir)
- Activité Collective : le total pour chaque patient
- Grille de compétence par métier
- En 2009 recueil en acte du CdARR (pas le temps)
- Refonte prévue selon la méthodologie CCAM en 2009 et 2010 pour utilisation dans le recueil 2011/2012

R. H. S. /5 REEDUCATION-READAPTATION

REEDUCATION - READAPTATION : se référer au Catalogue des Activités de Rééducation-Réadaptation
Recueillir le temps intervenant hebdomadaire en minutes.

REED. MECANIQUE :	_____	READAPTATION-REINSERTION :	_____
REED. SENSORI-MOTRICE :	_____	ADAPTATION APPAREILLAGE :	_____
REED. NEURO-PSYCHOLOGIQUE :	_____	REED. COLLECTIVE :	_____
REED. CARDIO-RESPIRATOIRE :	_____	BILANS :	_____
REED. NUTRITIONNELLE :	_____	PHYSIOTHERAPIE :	_____
REED. URO-SPHINCTERIEENNE :	_____	BALNEOTHERAPIE :	_____

REEDUCATION READAPTATION

Semaine 4 - Corrigé

Entretien articulaire + posture du flexum	60' / j	RL15	ME
Mobilisation active du genou et de l'épaule	30' / j	RL21	ME
Adaptation de prothèse	90'	AC01	AP
Réentraînement à l'effort par des ex. d'endurance	20' / j	RC02	CR
Travail de l'équilibre en position debout	30' / j	RL68	SM
Nouveau bilan des activités de la vie quotidienne	30'	RA01	BI
Visite à domicile pour la préparation du retour	120'	PV01	AP
Prise de mesure	10'	AA05	AP
Réalisation d'un moulage en plâtre	30'	AA09	AP
Application de la prothèse de jambe	30'	AA07	AP

TEMPS (en minutes) de PRISE en CHARGE

Rééd. Mécan.	ME	$(60+30) \times 5 = 450$	Réadapt. Réinsert.	RD	120
Rééd. Sensorio-Motr.	SM	$30 \times 5 = 150$	Adapt. Appareil	AP	$90+10+30+30= 160$
Rééd. Neuro-Psych.	NP		Rééd. Collective	CO	
Rééd. Cardio-Resp.	CR	$20 \times 3 = 60$	Bilans	BI	30
Rééd. Nutrition.	DI		Physiothérapie	PH	
Rééd. Uro-sphinct.	SU		Balnéothérapie	BA	



La Classification en GHJ



La classification en GHJ

- Ancienne, conception purement française
- RUG ou FRG inadaptés
- Principe de la journée pondérée
 - groupes homogènes de journées = GHJ
 - classement par recueil hebdomadaire (RHS)
- 14 catégories majeures cliniques
- 280 groupes de journées
 - 120 groupes pour les enfants
 - 160 groupes pour les adultes

Soins de suite ,rééd, réadapt

- **CMC 11 Cardiovasculaire et respiratoire**
- **CMC 12 Neuro-musculaire**
- **CMC 13 Santé mentale**
- **CMC 14 Sensoriel et cutané**
- **CMC 15 Viscéral**
- **CMC 16 Rhumato orthopédie**
- **CMC 17 Post traumatique**
- **CMC 18 Amputation**

Dr P.METRAL Bern 22mai

Prises en charge spécifiques

- **CMC 20 Soins palliatifs**
- **CMC 30 Attente de placement**
- **CMC 40 Réadaptation-réinsertion**
- **CMC 60 Soins nutritionnels**
- **CMC 80 Gériatrie Aiguë**

Autres situations

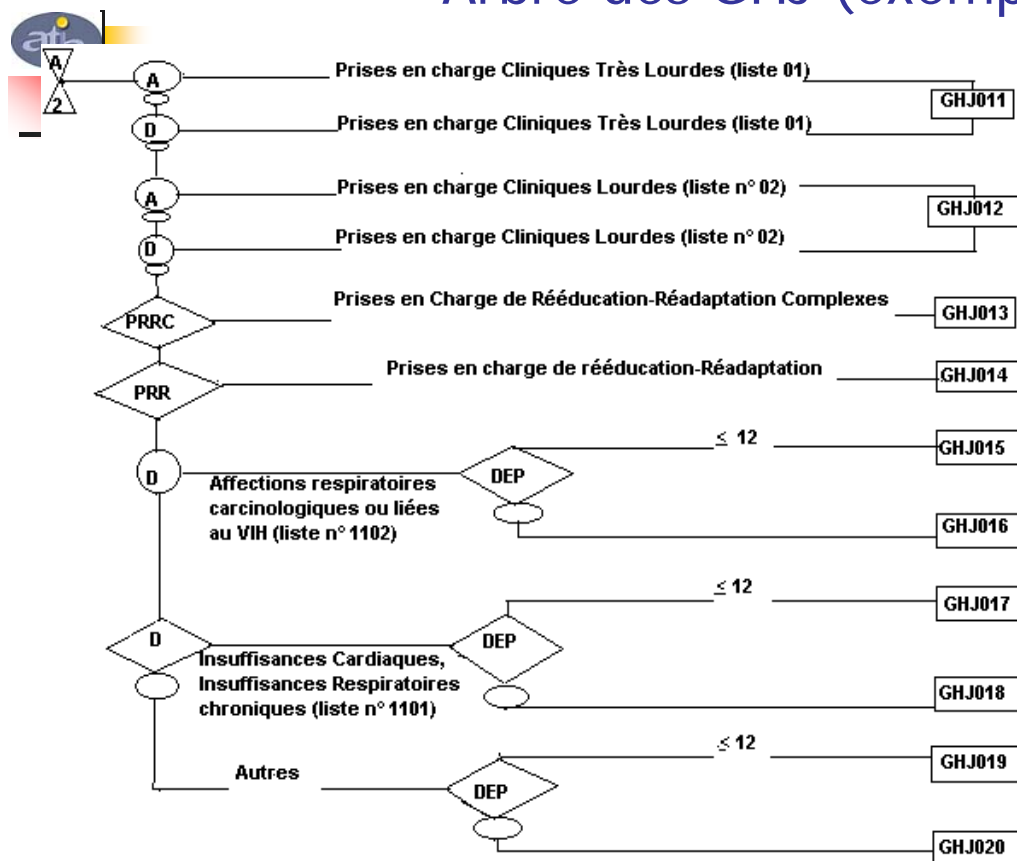
- **CMC 60 Autre situations**

15

Noeuds de la classification

- ✓ Les groupes de journées GHJ sont basés sur :
 - ✓ Ages (enfants / adultes)
 - La morbidité principale (racines ou GMD)
 - L'existence de prise en charge particulières (diag /actes)
 - **PC clinique très lourde (PCTL) ex : ventil.mécanique**
 - **PC clinique lourde (PCL)**
 - **L'intensité et la diversité de la réadaptation**
 - **PC de rééducation complexe (PRRC)**
 - **PC de rééducation significative (PRR)**
 - Le niveau de dépendance physique (score >12 pour 4 var.)

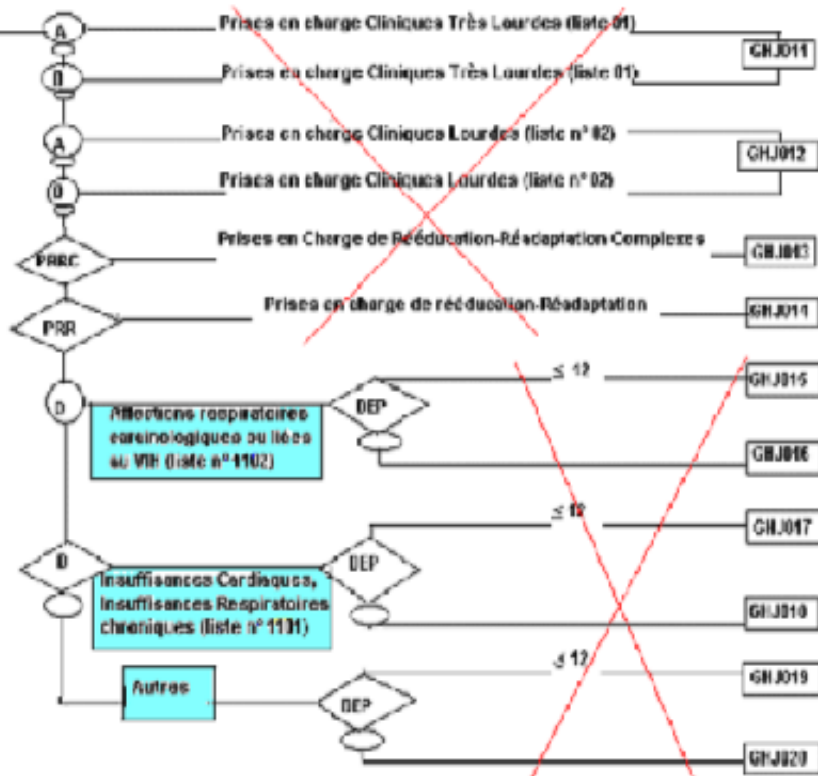
Arbre des GHJ (exemple)



17

Les évolutions récentes (travaux 2007-08)

- Remplacement de la classification en GHJ par un modèle additif de valorisation basés sur les mêmes informations (R2 progresse de 30% à 45%)
- Remaniement des catégories majeures et des racines (GMD)
- Matrice de valorisation basée sur les GMD + addition de 7 autres variables



Dr P.METRAL Bern 22mai

19



Spécificités du financement

Pas basé sur l'information médicale



Les modes de financements actuels

- Secteur privé lucratif (30%) : **prix de journée**
 - « tout compris » (RF)
 - avec des honoraires en plus (SSMed) (médecins, biologie, kinésithérapeutes) +/- médicaments chroniques,
 - Négociation locale par établissement
- Secteur public (40%) et participant au service public (30%): **dotation annuelle de fonctionnement**
- Risque sur les montants financiers limités pour les établissements (base historique) mais peu lié à l'activité (**pas lié à la classification, sauf deux expériences régionales**)



Utilisation : modèle de financement intermédiaire « préT2A »

- Mise en regard de la dotation annuelle et de la valorisation de l'activité
- Modèle de financement à 4 compartiments
 - Activité : modification de la dotation annuelle selon l'activité réalisée (pts IVA)
 - Missions d'intérêt général
 - Médicaments très coûteux, dialyse, dispositif médicaux très coûteux (prothèses)
 - Plateaux techniques spécialisés



Pour plus d'informations

- Le site de l'ATIH (en français)
www.atih.sante.fr
- Mes coordonnées :
pierre.metral@atih.sante.fr
- Merci à vous