



# Développement d'un système de classification des patients (PCS) pour la réadaptation gériatrique en Suisse

## Résumé du rapport final

Beatrice Brunner, Simon Wieser (Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, ZHAW)

Marcel Dettling (Institut für Datenanalyse und Prozessdesign, ZHAW)

Markus Wirz (F&E Physiotherapie, Departement Gesundheit, ZHAW)

### Adresse postale

Simon Wieser

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie

Gertrudstrasse 15

CH-8401 Winterthur

[simon.wieser@zhaw.ch](mailto:simon.wieser@zhaw.ch)

Version du 25 novembre 2015

## Résumé

Aujourd'hui en Suisse, la réadaptation stationnaire est rémunérée principalement par des forfaits journaliers, qui ne prennent pas en compte l'intensité des prestations fournies et dont le montant diffère souvent fortement entre les cliniques. Selon l'article 49 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), tous les traitements stationnaires effectués sur l'ensemble de la Suisse doivent être rémunérés par un forfait basé sur les prestations fournies. Pour les hôpitaux de soins aigus, un système tarifaire par «groupe homogène de diagnostic» (DRG), a été introduit avec SwissDRG en 2012. Dans le cadre du projet ST Reha, un système tarifaire pour la réadaptation stationnaire a été développé, lequel comprend des forfaits journaliers progressifs sur base hebdomadaire. Celui-ci doit encore être évalué et ajusté. ST Reha différencie quatre types de réadaptation: la réadaptation neurologique, cardiovasculaire, pulmonaire et autre type de réadaptation, laquelle comprend principalement des patients en réadaptation musculo-squelettique.

*Plateforme-reha.ch* a chargé la ZHAW de développer un système tarifaire pour la réadaptation gériatrique en Suisse. Les institutions de la plateforme sont convaincues en effet que ST Reha ne représente pas de manière adéquate les patients en réadaptation gériatrique. La ZHAW a, entre autres, été mandatée pour ce projet, car sa contribution au développement de ST Reha est essentielle.

Les patients gériatriques se différencient en différents points des autres patients neurologiques et musculo-squelettiques. En effet, la plupart des patients gériatriques souffrent non seulement d'une maladie aiguë, cause d'un traitement stationnaire de soins aigus, mais aussi d'autres maladies, principalement de maladies chroniques et/ou de troubles cognitifs.

Le présent rapport décrit le développement d'un système de classification des patients (PCS) afin d'établir des forfaits journaliers basés sur les prestations fournies pour la réhabilitation stationnaire des patients gériatriques. L'objectif principal dans le développement de ce PCS est d'identifier les caractéristiques du patient qui sont les plus appropriées pour prédire les coûts variables des traitements et pour attribuer les patients dans des groupes homogènes. Sur cette base, un «grouper» est développé. Celui-ci détermine au moyen des caractéristiques du patient dans quel groupe ce dernier doit être attribué.

Le développement de ce PCS se base sur des données relevées spécialement pour ce projet dans huit hôpitaux suisses fournissant des prestations de réadaptation gériatrique. Sur une base hebdomadaire, des informations concernant les caractéristiques du patient et les prestations fournies sont relevées sur des patients choisis aléatoirement. La saisie des données comprend, outre les informations sur le cas (âge, sexe, date d'entrée, etc.), les caractéristiques du patient suivantes: la multi morbidité, l'autonomie, la fonction cognitive, le délire, la mobilité,

la malnutrition, la dépression, les escarres et la douleur. De plus, une série d'informations supplémentaires sur la procédure et sur les actions entreprises sur le patient (p. ex. pansement VAC, trachéostomie, dialyse, etc.) sont relevées. Les coûts de traitement pour chaque patient sont calculés au moyen des prestations de soins, des prestations médicales et thérapeutiques ainsi que des coûts engendrés par les médicaments, les examens, les frais de laboratoires, etc. Les coûts qui ne diffèrent que très peu entre les patients, comme les coûts d'hôtellerie et d'infrastructure, ne sont pas pris en compte dans ce calcul. Ces coûts fixes seront relevés lors d'une phase ultérieure du projet.

Pour le développement de ce PCS, la relation entre la valeur moyenne des coûts journaliers et les caractéristiques du patient est estimée à l'aide d'une régression statistique. En utilisant les critères BIC, certaines variables sont sélectionnées afin que seules les caractéristiques pouvant prédire les coûts soient incluses dans le modèle. Des analyses hors-échantillon sont faites afin d'étudier comment la précision du pronostic change selon différentes variantes du modèle et selon le nombre de groupes tarifaires. L'évaluation est faite à l'aide de la valeur qualitative MAPE (Mean Absolute Percentage Error), laquelle montre la différence entre les coûts prédits et les coûts réels observés. Les poids relatifs des coûts de chaque groupe tarifaire sont finalement définis dans une deuxième régression qui modélise la relation entre les coûts variables journaliers et les groupes tarifaires.

Au total, les données de 912 semaines-patients de 860 patients gériatriques représentatifs ont été saisies. La délimitation des patients en réadaptation stationnaire a été effectuée avec les critères modifiés selon le document DefReha. Après l'exclusion des observations dont les informations étaient incomplètes, l'échantillon final contient 782 semaines-patients de 740 patients. En moyenne, les coûts variables directs attribués aux patients s'élèvent à 287 francs par jour (sans coûts fixes). La plus grande part des coûts revient de loin aux prestations de soins avec 48%, suivie des prestations médicales (13%) et des prestations de physio/ergothérapie (11%).

Ce rapport présente en détails trois variantes de PCS. Ces variantes se différencient d'une part dans l'utilisation de certains instruments de mesure (score total ou score par section) et, d'autre part, selon que les procédures de saisie sont autorisées, ou non. Les procédures améliorent nettement la performance du pronostic et sont donc comprises dans le modèle recommandé. Le modèle conseillé comporte quatre groupes tarifaires, dans lesquelles les patients sont attribués selon les critères suivants: (clinique), sortie durant la semaine de relevé, score MIF par section 1 (soins personnels) et 4 (locomotion), force manuelle, pansement VAC, polymédication, traitement par perfusion, dialyse et isolement. La différence entre le groupe le

plus bas et le groupe le plus haut atteint un facteur de 1.605. Dans la variante où les procédures ne sont pas autorisées, les critères sont remplacés par l'âge et la multi morbidité (CIRS), lesquels sont pratiquement les mêmes que dans ST Reha pour prédire les coûts.

Afin de juger s'il est nécessaire pour la gériatrie d'avoir son propre PCS, les patients ont été attribués dans les groupes tarifaires correspondants à l'aide des groupers de deux versions de ST Reha: (1) avec le grouper du PCS *Musculo/"Arbeitsreha"* de la phase de développement datant de 2009, et (2) avec le grouper du PCS *autres* de la phase pilote V0.2 (base de données 2013). Les résultats montrent que la plupart des patients gériatriques sont classés dans les groupes tarifaires les plus chers des deux groupers (49% dans le niveau 4 sur 4, respectivement 66% dans le niveau 3 sur 3). Les PCS existants peuvent donc difficilement différencier les patients gériatriques. De plus, une analyse approfondie montre que les patients gériatriques *difficiles* à classer dans le PCS *autres* sont répartis de manière presque uniforme selon les différentes intensités de gravité dans le PCS Gériatrie. Cette différence s'explique d'une part par une utilisation d'assessments différents et par le fait que, pour les mêmes assessments, l'effet sur les coûts est différent, et d'autre part par les procédures supplémentaires du PCS *Gériatrie* qui ne sont pas prises en compte dans le PCS *Autres*.

En conclusion, il est à relever que le PCS *Gériatrie* permet une bien meilleure différenciation des patients et que les intensités de gravité du PCS *autres* attribuées aux patients gériatriques ont seulement un faible lien avec les coûts réels observés. Dans ce contexte, un PCS propre au domaine de la réadaptation gériatrique peut être pris en considération. Le PCS développé dans cette étude pour la réadaptation gériatrique est statistiquement valide, il différencie les patients suffisamment précisément entre les différents groupes de coûts et il est applicable dans la pratique.