

# La description de la dépendance dans le cadre du recueil PMSI en soins de suite et de réadaptation

---

État des lieux

ATIH  
Octobre 2014

## Résumé

L'ATIH a réuni un groupe de travail pour examiner les limites de l'échelle de mesure de la dépendance des patients en SSR (appelée « grille AVQ ») et identifier les mesures à mettre en œuvre pour fiabiliser la description de la dépendance dans le PMSI SSR. Ces travaux constituent un des axes d'amélioration prioritaire de l'outil PMSI SSR, dans le cadre de la préparation de la réforme du financement SSR.

La « grille AVQ » permet de calculer un score physique, constitué à partir de 4 variables, et un score cognitif partiel, construit à partir de deux variables. Chaque variable est cotée selon 4 modalités qui s'échelonnent de 1 (indépendance complète ou modifiée) à 4 (assistance totale).

Différents axes d'amélioration susceptibles de fiabiliser la mesure de la dépendance dans le PMSI SSR ont été identifiés par le groupe. Parmi eux, les plus consensuels semblent être la clarification des consignes de codage, dans un langage accessible à tous, et l'amélioration de la description de la dépendance cognitive (ou socio-comportementale) qui alourdit notablement les prises en charge en SSR. Parallèlement, la réduction de la fréquence du recueil de la dépendance est une condition qui semble indispensable pour en améliorer la qualité. Enfin, une évaluation métrologique de la « grille AVQ » doit permettre d'établir ses propriétés métrologiques.

Deux types d'évolution ont été proposés. Le premier scénario consiste à améliorer la « grille AVQ », avec plusieurs variantes en fonction de l'amplitude des modifications : de la clarification des consignes, à des évolutions plus marquées, avec, comme le propose la SOFMER, ajouts de deux variables cognitives et d'un niveau supplémentaire de cotation des variables (de 1 à 5). Le second scénario envisagé consiste à remplacer la « grille AVQ » actuellement utilisée dans le PMSI SSR par une nouvelle échelle de dépendance dûment validée. Les avantages, inconvénients et contraintes de chacun de ces scénarios ont été décrits.

Le présent rapport constitue un support de décision à l'attention des fédérations pour qu'elles se positionnent sur un scénario et un calendrier. Les évolutions retenues reposeront sur des décisions argumentées et tracées, qui devront être partagées par les institutions représentées au sein du comité technique SSR.

## Table des matières

<b>CONTEXTE ET OBJECTIFS DES TRAVAUX .....</b>	<b>7</b>
<b>MÉTHODE .....</b>	<b>9</b>
<b>1<sup>ÈRE</sup> PARTIE : BILAN DE LA DESCRIPTION DE LA DÉPENDANCE AVEC LA « GRILLE AVQ » DANS LE PMSI SSR .....</b>	<b>10</b>
<b>1 ÉTAT DES LIEUX STATISTIQUE.....</b>	<b>10</b>
1. Analyses descriptives de l'AVQ dans les bases PMSI.....	10
1.1 Périmètre de l'étude statistique .....	10
1.2 Analyse descriptive des valeurs de l'AVQ.....	11
1.2.1 Analyse univariée par type d'AVQ .....	11
1.2.2 Analyse multivariée par type d'AVQ.....	12
1.2.3 Analyse de la relation entre AVQ physique et AVQ cognitive .....	13
1.3 Relation entre l'AVQ et l'âge à l'entrée .....	14
1.3.1 Distribution de l'âge .....	14
1.3.2 Distributions conditionnelles de l'âge à l'entrée en fonction de l'AVQ et de l'AVQ en fonction de l'âge à l'entrée.....	15
1.3.3 Analyse de la relation entre AVQ et âge à l'entrée .....	16
1.4 Évolution de l'AVQ au cours du séjour (entrée <i>versus</i> sortie) .....	17
1.4.1 Écart entre l'AVQ à la sortie et l'AVQ à l'entrée : fréquences des valeurs .....	17
1.4.2 Ecart entre l'AVQ à la sortie et l'AVQ à l'entrée : relation avec la durée de séjour.....	18
1.5 AVQ et mode de sortie .....	19

<b>2. De l'utilité de l'AVQ dans la prévision du coût journalier d'un séjour .....</b>	<b>20</b>
2.1. Propos introductifs .....	20
2.2. Méthodologie .....	20
2.3 Périmètre et données .....	22
2.3.1. Échantillon ENC (et données PMSI) .....	22
2.3.2. Traitement de la variable âge.....	23
2.4 Résultats.....	25
2.4.1. Remarques préliminaires .....	25
2.4.2. Quels sont les GN où l'AVQ est « utile » ?.....	25
2.4.3. AVQ et classification en GME.....	31
2.5 Conclusion .....	32
<b>2 ÉTAT DES LIEUX FONCTIONNEL.....</b>	<b>33</b>
2.1 Conditions actuelles du codage avec la « grille AVQ » .....	33
2.1.1 Personnels impliqués dans le codage de la « grille AVQ » .....	33
2.1.2 Circonstances temporelles du codage de la « grille AVQ » (fréquence, moment et période de référence) .....	33
2.1.3 Cotation des variables de la « grille AVQ » .....	34
2.1.4 Utilité des scores AVQ.....	34
2.1.5 Traçabilité de l'évaluation de la dépendance .....	34
2.2 Les difficultés de cotation .....	35

2.2.1 Les variables du « score physique » .....	35
2.2.2 Les variables du « score cognitif ».....	35
<b>2.3 Les dimensions de la dépendance : « grille AVQ » versus autres échelles .....</b>	<b>36</b>
2.3.1 Dimensions de la « grille AVQ » du PMSI SSR .....	36
2.3.2 Autres dimensions de la dépendance .....	37
<b>2.4 Périmètres spécifiques .....</b>	<b>38</b>
2.4.1 Les enfants .....	38
2.4.2 Hospitalisation partielle .....	38
<b>2.5 Autres échelles de dépendance utilisées dans les services SSR .....</b>	<b>38</b>
<b>2<sup>ÈME</sup> PARTIE : PROPOSITIONS D'ÉVOLUTION DES MODALITÉS DE RECUEIL DE LA DÉPENDANCE POUR LE PMSI SSR .....</b>	<b>39</b>
<b>3 AXES D'AMÉLIORATION IDENTIFIÉS : .....</b>	<b>39</b>
3.1 Fréquence du recueil .....	39
3.2 Moment de la mesure de la dépendance pour le PMSI.....	39
3.3 Formulation des consignes .....	39
3.4 Niveaux de cotation.....	40
3.5 Dépendance physique .....	40
3.6 Dépendance « cognitive » .....	40
3.6.1 Que décrire ? .....	41
3.6.2 Comment décrire ces troubles ? .....	41

3.6.3 Qui doit décrire ces troubles ? .....	42
<b>3.7 Validation .....</b>	<b>42</b>
<b>4 SCÉNARIOS ENVISAGÉS .....</b>	<b>43</b>
<b>4.1 Scénarios 1 : conservation et amélioration de la « grille AVQ » .....</b>	<b>43</b>
4.1.1 Scénario 1a : clarification et simplification des consignes de codage de la « grille AVQ » .....	43
4.1.2 Scénario 1b : amélioration des consignes ET recueil de la cotation de chaque action de la « grille AVQ » .....	44
4.1.3 Scénario 1c : scénario 1a ou 1b ET enrichissement de la description de la dimension cognitive .....	46
<b>4.2 Scénario 2 : remplacement de la « grille AVQ » par une nouvelle échelle de dépendance .....</b>	<b>47</b>
<b>ANNEXE 1 –MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL « DÉPENDANCE SSR » .....</b>	<b>49</b>
<b>ANNEXE 2 – PROPOSITION DE LA SOFMER (SCENARIO 1C).....</b>	<b>50</b>
<b>ANNEXE 3 – SCENARIO 1A – EXEMPLES DE MODIFICATIONS DE LA « GRILLE AVQ »</b>	<b>51</b>

## Contexte et objectifs des travaux

L'ATIH a initié en 2013 des travaux de fond visant à fiabiliser la description de la dépendance des patients dans les recueils PMSI des champs SSR, HAD et Psychiatrie, pour l'ensemble des classes d'âge, ainsi que des états de santé.

Ces travaux font écho à des critiques récurrentes de la « grille AVQ<sup>1</sup> » émises par les professionnels et les fédérations d'établissements. La révision des modalités de description de la dépendance des patients dans le recueil PMSI SSR constitue un des axes de travail prioritaires pour améliorer l'outil PMSI, dans le cadre de la préparation de la réforme du financement SSR.

Les travaux conduits par l'ATIH ne s'inscrivent pas dans une perspective épidémiologique ou de recherche clinique mais visent à rendre plus pertinente et plus robuste la description de la dépendance dans les outils PMSI des champs SSR, HAD et Psychiatrie. Le recueil des variables « dépendance » doit permettre de discriminer des patients et des prises en charge distincts afin d'être utilement prise en compte par les classifications médico-économiques, en particulier en SSR et en HAD.

Initialement l'ATIH avait envisagé qu'un outil d'utilisation partagée par les champs SSR, HAD et Psychiatrie soit identifié :

- pour s'inscrire dans la continuité de la « grille AVQ » actuelle,
- mais surtout pour faciliter le codage de la dépendance par les professionnels des établissements multichamps.

Ce principe pourra être revu en fonction des spécificités de chaque champ et de l'étude de l'existant en termes de grille d'évaluation de la dépendance. L'ATIH restera cependant vigilante à ce que les choix de chaque champ soient cohérents et réalistes en termes d'impact sur les systèmes d'information PMSI et à l'origine d'évolutions acceptables pour les professionnels de terrain.

En termes de démarche, les travaux ont été initiés en décembre 2013 dans le cadre d'un groupe de travail « dépendance interchamps » composé d'experts désignés par les institutions représentées dans les Comités techniques SSR, HAD et psychiatrie. Ils se sont poursuivis au 1<sup>er</sup> semestre 2014 au sein des groupes de travail « dépendance » spécifiques à chaque champ. Les évolutions retenues reposeront sur des décisions argumentées et tracées, qui devront être partagées par les institutions représentées au sein des Comités techniques.

\* \* \*

Le présent rapport a pour objet de présenter :

- la synthèse des travaux du groupe « dépendance SSR » et
- les propositions pour fiabiliser la description de la dépendance des patients dans le cadre du recueil PMSI SSR.

Les discussions n'ont porté que sur les évolutions souhaitables pour fiabiliser la description de la dépendance des patients adultes dans le recueil PMSI ce, pour l'ensemble du champ SSR, des états de santé, ainsi que pour toutes les classes d'âge adultes.

La description de la dépendance des enfants dans le recueil PMSI SSR fera l'objet d'un travail spécifique.

---

<sup>1</sup> La grille des activités de la vie quotidienne ou « grille AVQ » à laquelle il est fait référence dans l'ensemble du rapport est l'échelle de mesure de la dépendance des patients utilisée pour les recueils PMSI SSR, HAD et psychiatrie français. En SSR, cette grille est décrite dans le chapitre V du *Guide méthodologique de production du PMSI SSR* (<http://www.atih.sante.fr/ssr/documentation?secteur=SSR>).

Une contrainte importante à prendre en compte est que la grille de mesure de la dépendance doit être adaptée à l'ensemble des services d'hospitalisation SSR et de leurs personnels, quelles que soient leur activité ou les mentions<sup>2</sup> spécialisées attribuées aux établissements autorisés en SSR.

La finalité de ces travaux, pour le SSR, est d'améliorer la prise en compte de la dépendance dans la classification GME. Le choix devra s'inscrire dans la durée ; il sera structurant pour le recueil PMSI SSR, avec un impact potentiel important pour les établissements.

\* \* \*

Le présent rapport restitue la synthèse des travaux du groupe « dépendance SSR ». Il est organisé en deux parties.

La première partie présente le bilan de la description de la dépendance avec la « grille AVQ » dans le PMSI SSR, diagnostic partagé par l'ATIH et les experts du groupe « dépendance SSR ».

La seconde partie recense les axes d'amélioration de la description de la dépendance pour le PMSI SSR et présente les 4 scénarios distincts envisageables pour la mise en œuvre des évolutions qui ont été présentés au comité technique SSR de juillet 2014.

Ce document constitue un support de décision à l'attention des fédérations sollicitées pour se positionner sur un scénario et un calendrier.

---

<sup>2</sup> Actuellement, la majorité des prises en charge SSR sont réalisées en SSR polyvalent ou en SSR gériatrique. Ainsi, 41% des journées d'hospitalisation SSR de l'année 2013 relevaient du SSR polyvalent et 59%, des mentions spécialisées, dont :

- 20% en SSR « personnes âgées dépendantes ou à risque de dépendance »,
- 16% en SSR « affections de l'appareil locomoteur »,
- 11% en SSR « affections du système nerveux »,
- 4% en SSR « affections cardio-vasculaires ».



## Méthode

Le groupe de travail « Dépendance SSR » s'est réuni à deux reprises les 11 et 31 mars 2014. Il comportait des représentants de l'ensemble des fédérations hospitalières, du CNIM, des administrations (DGOS, DREES, Assurance maladie) et de l'ATIH (cf. Annexe 1).

Les objectifs opérationnels « assignés » au groupe de travail étaient les suivants :

- réaliser le bilan fonctionnel du codage de la dépendance avec la « grille AVQ » dans le PMSI SSR,
- décrire les difficultés du codage de la dépendance avec la « grille AVQ » dans le modèle actuel,
- identifier les axes d'amélioration de la description de la dépendance dans le PMSI SSR,
- participer à la caractérisation des différents scénarios d'évolution envisageables, avec leurs avantages, leurs inconvénients et leurs contraintes :
  - soit conservation de la « grille AVQ » actuelle, sous réserve d'évolution améliorant la fiabilité et la validité du codage de la dépendance,
  - soit remplacement de la « grille AVQ » par une nouvelle échelle ayant des qualités métrologiques établies.

Pour nourrir la réflexion des experts, l'ATIH a mis à disposition du groupe « dépendance SSR » les outils suivants :

- analyse statistique de l'AVQ dans les bases PMSI SSR (cf. présentation *infra*),
- revue de la littérature<sup>3</sup> sur les échelles de mesure de la dépendance utilisables dans les classifications médico-économiques des champs sanitaires HAD, SSR, psychiatrie.

---

<sup>3</sup>Revue de la littérature conduite au 1<sup>er</sup> semestre 2013 à la demande de l'ATIH par la société MAPI Consultancy.

## 1<sup>ère</sup> PARTIE : Bilan de la description de la dépendance avec la « grille AVQ » dans le PMSI SSR

L'état des lieux de la description de la dépendance avec la « grille AVQ » dans le PMSI SSR s'appuie d'abord sur une analyse statistique de l'AVQ à partir des bases PMSI SSR nationales et des bases ENC SSR. Cette analyse est complétée d'un état des lieux fonctionnel des modalités de codage de la dépendance avec la « grille AVQ » dans les établissements de santé.

### 1 État des lieux statistique

#### 1. Analyses descriptives de l'AVQ dans les bases PMSI

##### 1.1 Périmètre de l'étude statistique

Dans cette étude, nous avons utilisé la base PMSI pour les années 2009-2012, qui représente une activité d'environ 914 000 séjours par an. Un séjour est reconstitué à partir d'un ou plusieurs Résumés Hebdomadaires Anonymes (RHA) en utilisant l'*indicateur de dernier résumé du séjour*. Les critères suivants ont été appliqués pour construire la base de données :

- bases PMSI<sup>4</sup> pour les années 2009 à 2012<sup>5</sup> ;
- séjours en hospitalisation complète (l'hospitalisation à temps partiel et les séances sont donc exclues) ;
- séjours d'une durée inférieure ou égale à un an.

Par ailleurs, si deux séjours distincts concernent un même patient dans un même établissement et sont séparés de trois jours ou moins, alors ces deux séjours sont concaténés en un seul. Nous avons également exclu les séjours<sup>6</sup> pour lesquels l'une ou l'autre des deux dimensions de l'AVQ n'était pas renseignée ou l'était de façon incorrecte. Notons que moins de 0,1% des séjours ont été exclus à ce titre. Sauf mention contraire<sup>7</sup>, nous travaillons toujours avec les valeurs de l'AVQ à l'entrée, c'est-à-dire les valeurs relevées au premier RHA de chaque séjour (concaténé).

Dans la suite de cette section, nous présentons différentes analyses descriptives :

- la section 1.2 est consacrée à un « tri à plat » des valeurs de l'AVQ observées dans la base ;
- la section 1.3 s'intéresse à la relation entre AVQ et âge à l'entrée ;

---

<sup>4</sup> Dans cette section et l'ensemble du rapport l'appellation isolée « bases PMSI » ou « données du PMSI » fait référence aux « données du PMSI de la base nationale ».

<sup>5</sup> Au moment où ces travaux ont été menés, la base 2013 n'était pas encore disponible.

<sup>6</sup> Exclusion des séjours d'hospitalisation complète si AVQ non renseigné pour au moins un RHA du séjour.

<sup>7</sup> Travail avec AVQ à l'entrée (car utilisé par la classification en GME) sauf lors de l'analyse de l'évolution de l'AVQ au cours du séjour (cf. section 1.4 Évolution de l'AVQ au cours du séjour (entrée *versus* sortie)).

- la section 1.4 propose une étude de l'évolution de l'AVQ au cours du séjour (entrée *versus* sortie) ;
- la section 1.5 présente finalement la relation entre AVQ et mode de sortie.

De façon générale, l'objectif de l'ensemble de la section 1 du rapport est de donner un « portrait » aussi complet que possible du codage AVQ, tel qu'il peut être observé dans les bases PMSI SSR. Il peut s'avérer que certains constats statistiques permettent de corroborer des hypothèses formulées par les acteurs de terrain ; cela constitue en soi un résultat qu'il convient de présenter<sup>8</sup>.

## 1.2 Analyse descriptive des valeurs de l'AVQ

Dans cette section, nous présentons des éléments descriptifs sur les valeurs de l'AVQ dans les bases PMSI. Plus précisément, la section 1.2.1 présente une analyse univariée, c'est-à-dire en considérant séparément non seulement les deux dimensions de l'AVQ mais également, pour chaque dimension, les différentes variables qui la composent. Dans la section 1.2.2, nous présentons une analyse multivariée par type d'AVQ, c'est-à-dire en reliant les variables composant chaque dimension. La section 1.2.3 s'intéresse finalement à la relation entre les deux dimensions.

### 1.2.1 Analyse univariée par type d'AVQ

La Figure 1 présente les fréquences des valeurs de l'AVQ par type d'AVQ (physique à gauche, cognitive à droite). Ces fréquences sont calculées sur les séjours pour lesquels les deux dimensions de la dépendance sont renseignées ainsi que l'âge à l'entrée<sup>9</sup>.

Notons que, dans certaines figures présentant l'AVQ physique et l'AVQ cognitive, les échelles ne sont pas nécessairement les mêmes. C'est le cas par exemple des graphiques de la Figure 1. Pour éviter toute confusion, nous indiquons en rouge, sur l'axe des ordonnées, les labels qui diffèrent (ici, 20% à gauche et 50% à droite).

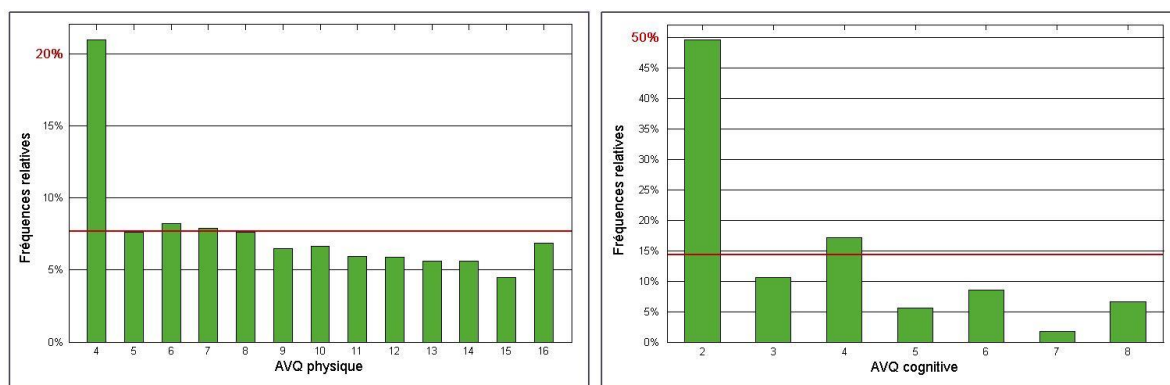
Pour avoir un point de comparaison, notons que si l'AVQ était répartie uniformément entre toutes les valeurs possibles, alors on devrait obtenir des fréquences de l'ordre de  $1/13 \approx 7,7\%$  pour chaque valeur de l'AVQ physique et de  $1/7 \approx 14,3\%$  pour chaque valeur de l'AVQ cognitive. Les fréquences correspondant à une répartition uniforme sont indiquées par une ligne horizontale rouge dans les graphiques de la figure ci-dessous.

Pour l'AVQ physique comme pour l'AVQ cognitive, on observe une fréquence importante pour les valeurs minimales (respectivement, 4 et 2). Les autres valeurs présentent des fréquences relativement uniformes pour l'AVQ physique. Notons que pour l'AVQ cognitive, il n'y a pas vraiment d'uniformité mais il semble exister un certain schéma dans lequel les valeurs paires ont globalement plus de poids. Ce constat suggère une certaine *symétrie de codage* pour les deux variables de cette dimension, c'est-à-dire des

<sup>8</sup> Le constat statistique ne doit pas être confondu avec l'interprétation médicale qui peut en être déduite. Par exemple : affirmer que la « grille AVQ » n'est pas adaptée à la pédiatrie est une chose ; constater que c'est bel et bien le cas dans les bases de données en est une autre.

<sup>9</sup> Cette « contrainte » supplémentaire sur l'âge est imposée afin de s'assurer que le périmètre est le même que dans la plupart des analyses subséquentes.

scores égaux pour la variable de comportement et pour celle de relation et communication. Cette question est étudiée à la section suivante.



**Figure 1 – Distribution de fréquences pour les valeurs des AVQ physique (à gauche) et cognitive (à droite).**

### 1.2.2 Analyse multivariée par type d'AVQ

Dans cette section, nous étudions simultanément les quatre variables d'AVQ physique d'une part et les deux variables d'AVQ cognitive d'autre part. Plus précisément, nous nous intéressons à la symétrie de codage, c'est-à-dire à la fréquence des combinaisons 1111, 2222, 3333 et 4444 en AVQ physique et des combinaisons 11, 22, 33 et 44 en AVQ cognitive. Les résultats sont présentés dans la Figure 2. Notons qu'en plus des combinaisons symétriques, nous donnons également la fréquence du « reste ».

L'objectif est ici d'évaluer s'il existe une « surreprésentation » de ces combinaisons, ce qui signifierait que, pour l'AVQ physique par exemple, il y aurait une tendance à donner la même valeur aux quatre variables qui composent le score « AVQ physique ».

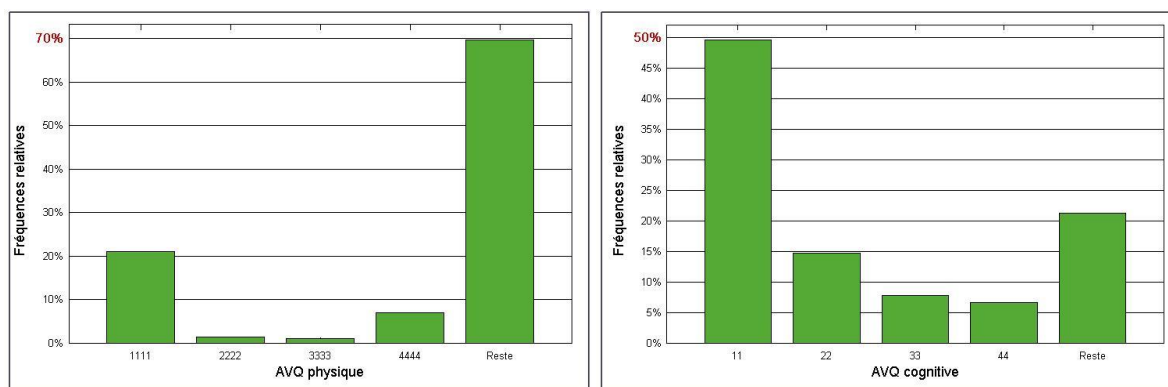
Pour avoir un point de comparaison, notons qu'on a  $4^4 = 256$  combinaisons possibles pour l'AVQ physique et  $4^2 = 16$  pour l'AVQ cognitive. Si toutes les combinaisons étaient uniformément réparties, alors pour l'AVQ physique, les combinaisons non symétriques devraient représenter  $(256-4)/256 \approx 98,4\%$  de l'ensemble des combinaisons et chacune des quatre combinaisons symétriques représenterait  $1/256 \approx 0,4\%$ . Pour l'AVQ cognitive, ces pourcentages seraient de  $(16-4)/16 = 75,0\%$  et  $1/16 = 6,25\%$ .

**Remarque.** Notons que ces pourcentages sont à prendre avec précaution dans la mesure où ils supposent une « uniformité complète », c'est-à-dire également dans les marges. Nous avons vu à la section précédente que ce n'était pas le cas puisque l'une des valeurs (l'AVQ minimale) a toujours un poids beaucoup plus important que ce qu'il devrait être dans le cas uniforme.

Pour la dépendance physique (à gauche), on note que la combinaison 1111, correspondant à une AVQ physique minimale, a un poids important, de l'ordre de 20%. Cette fréquence correspond à ce qui a été observé pour la valeur minimale 4 à la section 1.2.1. Parmi les trois autres combinaisons, on remarque que celle associée à une dépendance maximale (4444) a un poids relatif plus important que les

deux autres (2222 et 3333). De façon générale, les quatre combinaisons représentent environ 30% des séjours.

Pour la dépendance cognitive (à droite), on retrouve ce qui a été constaté à la section 1.2.1 quant à la valeur minimale 2 correspondant à la combinaison 11. Pour les autres combinaisons, on note que leur poids a tendance à diminuer à mesure que l'intensité de la dépendance augmente (11 > 22 > 33 > 44). Les quatre combinaisons représentent près de 80% de l'ensemble.



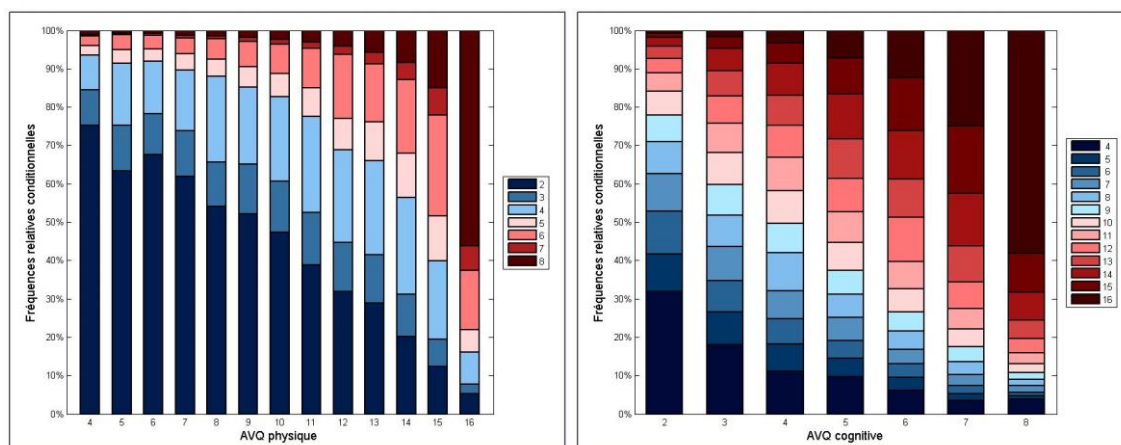
**Figure 2 – Distribution de fréquences pour les combinaisons symétriques de valeurs des AVQ physique (à gauche) et cognitive (à droite).**

### 1.2.3 Analyse de la relation entre AVQ physique et AVQ cognitive

La Figure 3 présente les distributions conditionnelles de l'AVQ cognitive sur l'AVQ physique (à gauche) et de l'AVQ physique sur l'AVQ cognitive (à droite). Le graphique de gauche (conditionnement sur l'AVQ physique) permet de voir, pour chaque valeur de l'AVQ physique, comment se répartissent les valeurs de l'AVQ cognitive. Inversement, le graphique de droite (conditionnement sur l'AVQ cognitive) permet de voir, pour chaque valeur de l'AVQ cognitive, comment se répartissent les valeurs de l'AVQ physique.

Si les deux dimensions étaient indépendantes, alors les distributions conditionnelles seraient uniformes. Graphiquement, cela correspondrait à des couleurs uniformément réparties pour chaque valeur fixée d'une des deux AVQ. On constate que ce n'est pas le cas ici.

Globalement, on observe que l'on a de fortes proportions d'AVQ physique faible associée à une AVQ cognitive faible, et inversement pour les valeurs fortes, ce qui traduit une relation positive entre les deux dimensions.



**Figure 3 – Distributions conditionnelles de l'AVQ cognitive sur l'AVQ physique (à gauche) et de l'AVQ physique sur l'AVQ cognitive (à droite).**

### 1.3 Relation entre l'AVQ et l'âge à l'entrée

Cette section est consacrée à une étude descriptive des relations éventuelles entre les deux dimensions de l'AVQ et l'âge à l'entrée. Cette étude est menée en trois temps. Dans la section 1.3.1, nous commençons par « poser le décor » en montrant la distribution de l'âge dans les bases PMSI. La section 1.3.2 est consacrée à une analyse des distributions de fréquences de l'âge étant donnée chaque valeur de l'AVQ, et des valeurs de l'AVQ étant donné l'âge. Ces analyses permettent de répondre à des questions du type :

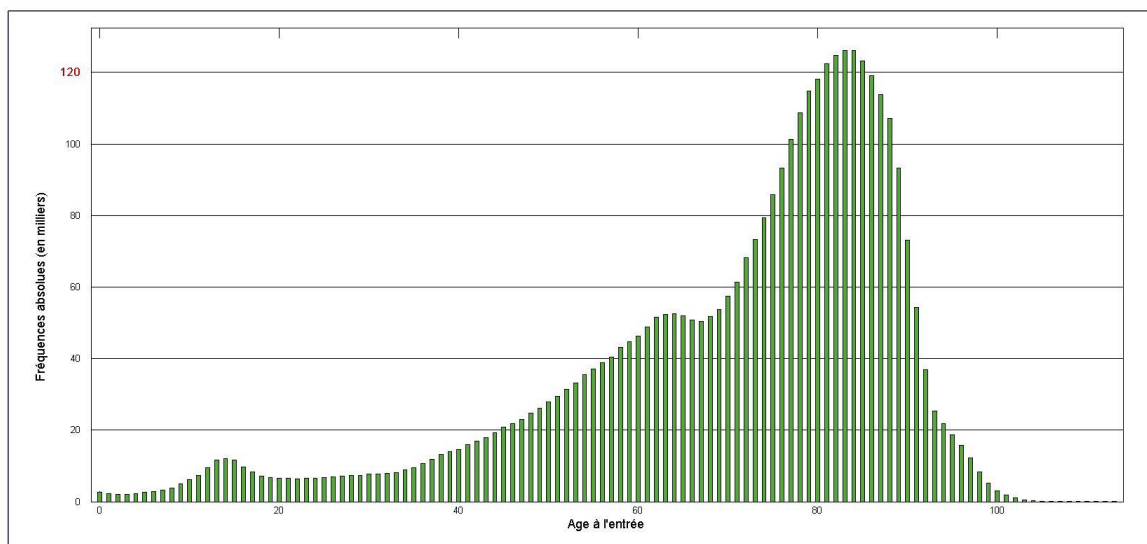
- pour la valeur x de l'AVQ physique, observe-t-on la même proportion de chaque âge que pour la valeur y de l'AVQ physique ?
- pour l'âge x, observe-t-on la même proportion de chaque valeur d'AVQ physique que pour l'âge y ?

La section 1.3.3 s'intéresse finalement à la relation entre âge et AVQ non plus en termes de fréquences mais en termes de valeurs. Il s'agit ici de vérifier si l'âge augmente en même temps que l'AVQ et, le cas échéant, si cette évolution est monotone. Cette étude vise à évaluer si l'AVQ apporte une information supplémentaire par rapport à l'âge : si l'âge et la dépendance étaient parfaitement corrélés, alors toute l'information serait identique dans l'une ou l'autre de ces deux variables.

**Remarque.** Nous présentons ci-dessous des analyses essentiellement descriptives. Une étude plus axée sur la modélisation de la relation entre AVQ et âge est proposée à la section 2.3.2.

#### 1.3.1 Distribution de l'âge

La Figure 4 ci-dessous présente la distribution de fréquences de l'âge à l'entrée. On note globalement une forte asymétrie à droite, avec un mode principal autour de 83-84 ans, ce qui est cohérent avec la population attendue en SSR. On remarque également deux modes secondaires, l'un autour de 63-64 ans et l'autre pour 13-15 ans. Le mode à 63-64 ans correspond à des patients nés entre 1945 et 1949.



**Figure 4 – Age à l'entrée : distribution de fréquences.**

### 1.3.2 Distributions conditionnelles de l'âge à l'entrée en fonction de l'AVQ et de l'AVQ en fonction de l'âge à l'entrée

Dans l'ensemble de cette section, l'âge est traité en classes, à savoir : 3 ans ou moins, 4-6 ans, 7-12 ans, 13-17 ans, 18-74 ans, 75 ans et plus. Ces classes ont été déterminées à l'aide de l'algorithme CART<sup>10</sup> (*Classification And Regression Tree*) ; voir la section 2.3.2 pour plus de détails.

Nous étudions ici les fréquences conditionnelles :

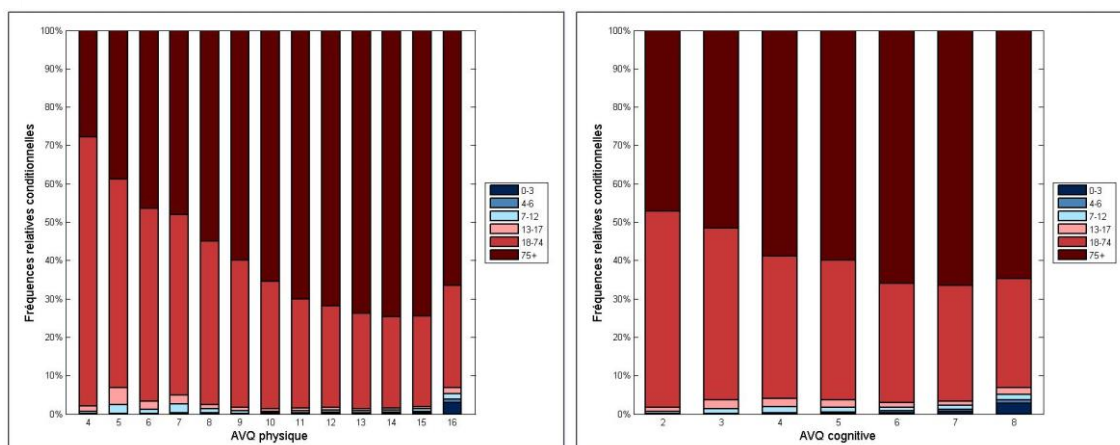
- de l'âge à l'entrée en fonction de l'AVQ, c'est-à-dire la répartition des classes d'âge pour chaque valeur de l'AVQ (Figure 5) ;
- de l'AVQ en fonction de l'âge à l'entrée, c'est-à-dire la répartition des valeurs de l'AVQ pour chaque classe d'âge (Figure 6).

Nous présentons ce qui concerne l'AVQ physique et l'AVQ cognitive respectivement à gauche et à droite.

Dans la Figure 5, on note que pour la dépendance physique, la part des patients plus âgés (75 ans et plus) est de plus en plus importante à mesure que la dépendance est plus forte, et inversement pour la classe 18-74 ans. Cette tendance est observée jusqu'à la valeur 15 mais ne se poursuit pas pour la valeur maximale 16. On note le même type de tendance pour l'AVQ cognitive. Pour la pédiatrie, on note que les séjours des patients de 3 ans ou moins ont un poids important pour la valeur maximale de l'AVQ (physique ou cognitive).

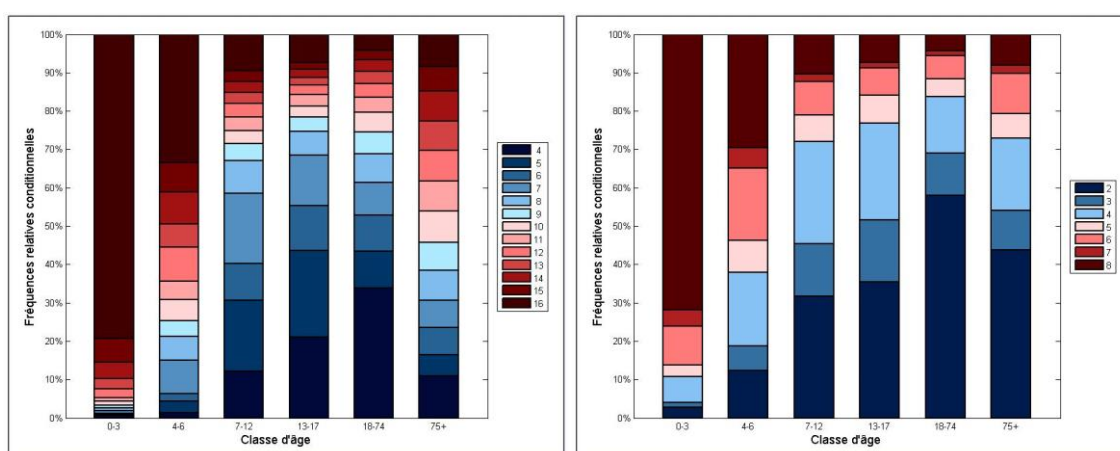
<sup>10</sup> La seule contrainte appliquée à CART est la coupure à 18 ans





**Figure 5 – Fréquences de l'âge conditionnellement aux valeurs de l'AVQ physique (à gauche) et de l'AVQ cognitive (à droite).**

La Figure 6 permet de confirmer que, pour la pédiatrie, l'AVQ est assez peu informative : pour la classe 0-3 ans, près de 80% des patients ont une AVQ physique maximale (16) et plus de 70% ont une AVQ cognitive maximale (8). Dans la classe d'âge le plus élevé (75 ans et plus), on note que les différentes valeurs de l'AVQ physique ont approximativement le même poids ; ce n'est pas le cas pour l'AVQ cognitive.



**Figure 6 – Fréquences de l'AVQ physique (à gauche) et de l'AVQ cognitive (à droite) conditionnellement aux classes d'âge.**

### 1.3.3 Analyse de la relation entre AVQ et âge à l'entrée

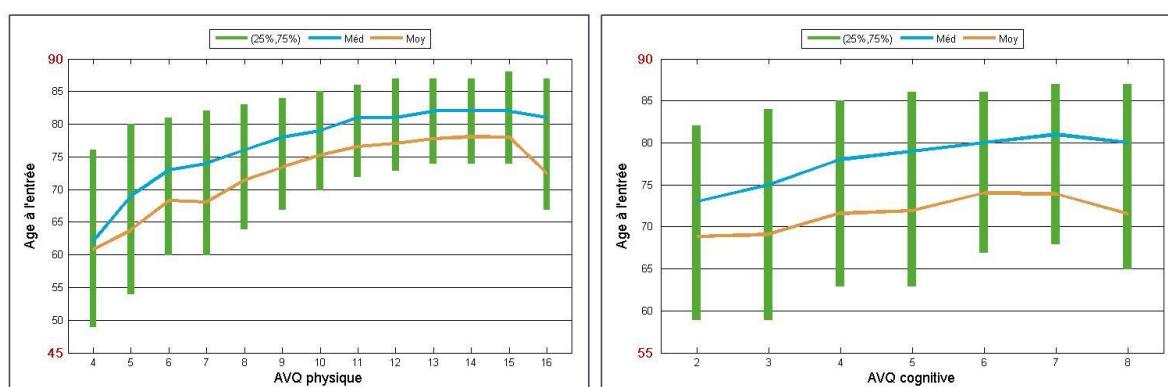
La Figure 7 illustre la relation entre l'AVQ (en abscisse) et l'âge à l'entrée (en ordonnée). Une bande verte représente l'intervalle entre les premier et troisième quartiles<sup>11</sup> de l'âge pour une valeur donnée de l'AVQ. Les courbes en bleu et en saumon représentent respectivement la médiane et la moyenne de l'âge pour chaque valeur de l'AVQ.

<sup>11</sup> La longueur d'une barre verte est donc égale à l'écart interquartile qui est une mesure de la variabilité.



Pour l'AVQ physique (à gauche), on note une relation globalement positive entre l'AVQ et l'âge, c'est-à-dire que l'AVQ physique et l'âge augmentent (ou diminuent) en même temps, et ce pour presque tout le spectre des valeurs de l'AVQ sauf pour la valeur maximale 16. On note également que, pour les valeurs plus faibles de l'AVQ, l'intensité de la relation est plus forte (pente plus prononcée) et la variabilité plus élevée (longueur plus grande des barres vertes).

Pour l'AVQ cognitive (à droite), on observe également une relation positive mais d'une intensité cependant moins forte que pour l'AVQ physique. Notons également que l'on observe ici aussi un schéma légèrement différent pour la valeur maximale (ici 8) par rapport aux autres valeurs ; ce constat est cependant moins flagrant que pour l'AVQ physique.



**Figure 7 – Age à l'entrée en fonction des valeurs des AVQ physique (à gauche) et cognitive (à droite).**

#### 1.4 Évolution de l'AVQ au cours du séjour (entrée *versus* sortie)

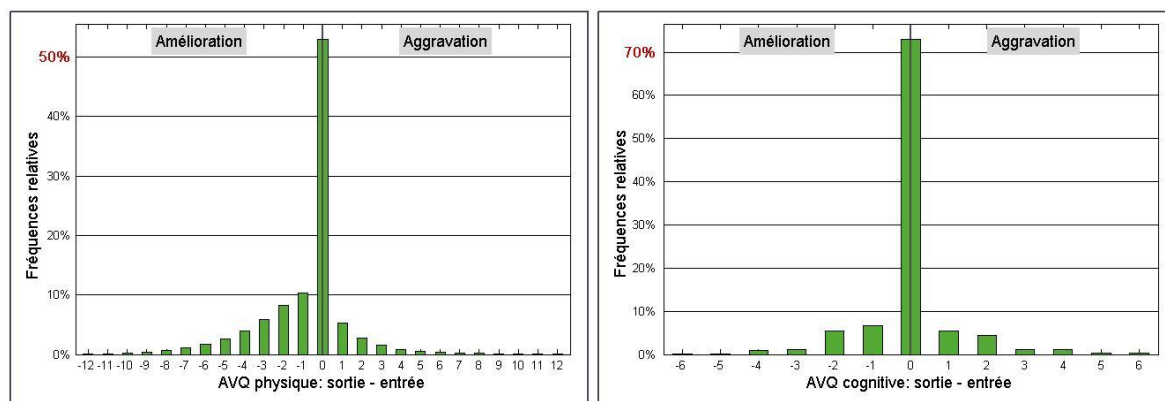
Dans cette section, nous nous intéressons au différentiel de l'AVQ entre l'entrée et la sortie. Nous avons donc retenu les séjours ayant au moins deux AVQ renseignées, ce qui réduit la base d'analyse à environ 873 000 séjours par an (contre environ 914 000 lorsque l'on n'exclut pas les séjours avec une seule valeur d'AVQ).

Dans la section 1.4.1, nous présentons les résultats en termes de fréquences pour toutes les valeurs possibles des écarts entre AVQ à la sortie et AVQ à l'entrée tandis que dans la section 1.4.2, nous étudions la relation éventuelle entre ces écarts et les durées de séjour.

##### 1.4.1 Écart entre l'AVQ à la sortie et l'AVQ à l'entrée : fréquences des valeurs

Les graphiques de la Figure 8 montrent les fréquences des différentes valeurs de l'écart entre AVQ à la sortie et AVQ à l'entrée. Ces écarts varient potentiellement de -12 à +12 pour la dimension physique (à gauche) et de -6 à +6 pour la dimension cognitive (à droite). Pour l'une ou l'autre des dimensions, un écart négatif correspond à une « amélioration » (patient moins dépendant) et inversement pour une valeur positive associée à une « aggravation ».

Pour les deux dimensions, une proportion importante est associée à la valeur 0, soit environ 53% pour la dimension physique et 73% pour la dimension cognitive. On note par ailleurs que, pour les valeurs non nulles, on observe environ trois fois plus de cas d'améliorations que d'aggravations pour l'AVQ physique (35% contre 12.1%) alors que pour la dimension cognitive, on note des fréquences à peu près identiques pour les améliorations et les aggravations.

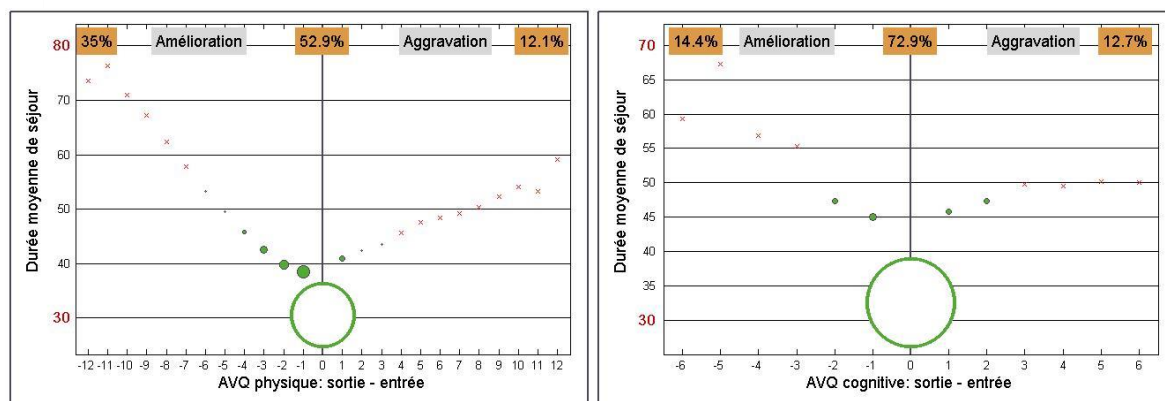


**Figure 8 – Différence entre la sortie et l'entrée pour l'AVQ physique (à gauche) et l'AVQ cognitive (à droite) : fréquences.**

#### 1.4.2 Ecart entre l'AVQ à la sortie et l'AVQ à l'entrée : relation avec la durée de séjour

Dans les graphiques de la Figure 9, on s'intéresse à la relation potentielle entre l'écart d'AVQ (en abscisse) et la durée moyenne de séjour (en ordonnée). Pour chaque valeur de l'écart entre sortie et entrée, la taille du point est proportionnelle aux effectifs. Par exemple, le point associé à un écart nul a une taille proportionnelle à la fréquence des écarts nuls, soit 52.9% pour la dimension physique. Pour les écarts plus élevés (en valeur absolue), les points sont représentés par des croix car leurs fréquences étant très faibles, des points proportionnels à ces fréquences sont quasiment invisibles.

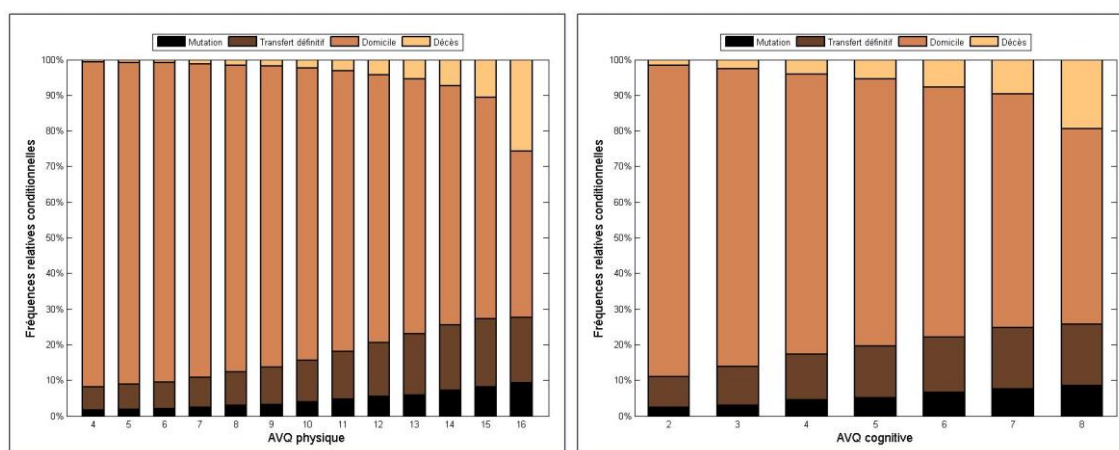
Pour les deux dimensions, on note qu'il existe une relation entre l'écart d'AVQ et la DMS, un écart d'AVQ plus important (en valeur absolue) étant associé à une DMS plus longue et inversement pour les écarts d'AVQ faible. On note également que les cas d'amélioration les plus importants (écart = -12) ne suivent pas tout-à-fait voire pas du tout cette tendance. On note finalement que la relation entre écart d'AVQ et DMS est plus forte pour les cas d'amélioration que pour les cas d'aggravation, ce qui se traduit par une pente plus prononcée dans le premier cas que dans le second.



**Figure 9 – Différence entre la sortie et l'entrée pour l'AVQ physique (à gauche) et l'AVQ cognitive (à droite) : relation avec la durée de séjour.**

### 1.5 AVQ et mode de sortie

La Figure 10 montre, pour chaque valeur de l'AVQ, la répartition selon le mode de sortie (Mutation, Transfert définitif, Domicile, Décès). Pour les deux dimensions, on note que la part de sorties à domicile diminue avec l'AVQ et qu'inversement, la part des autres modes de sortie augmente, ce qui est cohérent avec ce qui pouvait être attendu.



**Figure 10 – Fréquences des différents modes de sortie en fonction des valeurs de l'AVQ physique (à gauche) et cognitive (à droite).**

## 2. De l'utilité de l'AVQ dans la prévision du coût journalier d'un séjour

### 2.1. Propos introductifs

Une des qualités d'une bonne mesure de dépendance doit être sa corrélation au coût journalier d'un séjour. En effet, toutes choses égales par ailleurs, il est souhaitable qu'à un patient décrit comme non dépendant soit associé un coût journalier plus faible qu'à un patient décrit comme très dépendant (reflet d'une lourdeur de prise en charge moindre). La grille AVQ utilisée est-elle un bon *proxy* du coût journalier d'un séjour ? Est-elle un complément utile aux autres variables recueillies dans la prévision du coût journalier d'un séjour en SSR ? Dans quels cas (pour quelles pathologies) la grille AVQ est-elle utile et ne l'est-elle pas ? Les deux dimensions de l'AVQ sont-elles informatives dans les mêmes cas (mêmes pathologies) ?

C'est ce que nous proposons d'étudier dans cette section. En section 2.2, nous décrivons la méthodologie statistique mise en œuvre pour apporter des éléments de réponse à ces interrogations, présentons les données ENC utilisées en section 2.3 et décrivons les résultats principaux en section 2.4.

Il est essentiel de noter que la corrélation AVQ-coût journalier n'est qu'un pan de l'utilité de cette mesure de dépendance. En effet, l'AVQ est avant tout une mesure de la dépendance d'un patient et donc un indicateur de l'état du patient, marqueur d'un besoin. Tester la qualité de la grille AVQ au sens psychométrique requiert la mise en place d'expérimentations dédiées. En revanche, tester la pertinence de l'AVQ dans la prévision du coût journalier est faisable à partir des données ENC. Il s'agit de l'objet de cette section.

### 2.2. Méthodologie

Un point essentiel de l'utilité d'une mesure de dépendance doit être sa complémentarité avec d'autres facteurs dans l'explication du coût journalier. Nous avons vu en section 1.3.2 que certains facteurs tels l'âge du patient sont corrélés à l'AVQ. Si la valeur de l'AVQ pouvait être parfaitement prédite en connaissance de l'un ou de plusieurs autres facteurs mesurés, il serait alors inutile de la recueillir. Dans la mesure où le recueil de la dépendance est relativement chronophage pour les acteurs de santé, il devient indispensable que cette mesure de dépendance apporte une information complémentaire, non « mesurable » par d'autres facteurs présents dans le PMSI. On pense principalement aux diagnostics recueillis ainsi qu'à l'âge du patient. Par diagnostic, nous entendons l'information relative à la morbidité principale (finalité de prise en charge, manifestation morbide principale, affection étiologique) et diagnostics associés. Cette information est captée via le **groupe nosologique** du séjour d'une part et le **niveau de sévérité** d'autre part.

Une bonne mesure de la dépendance doit donc être prédictive du coût journalier du séjour **étant donnés** le groupe nosologique, le niveau de sévérité et l'âge du patient. D'autres facteurs pourraient être étudiés tels que le score de rééducation et réadaptation (score RR) ou la présence d'une chirurgie en amont de l'entrée en SSR. Toutefois, la présente étude portant sur des données de coûts, il est difficile, voire impossible, de tenir compte d'un nombre important de facteurs étant donnée la faible volumétrie

des données ENC (voir section 2.3.1). Nous avons donc privilégié les facteurs susmentionnés, ceux-ci reflétant l'**état du patient**<sup>12</sup>.

Au niveau statistique, la méthodologie peut être résumée de la manière suivante :

- 1) On construit un modèle prédictif du coût journalier en fonction des trois facteurs issus de la classification en GME (groupe nosologique, niveau de sévérité et âge).
- 2) On calcule le résidu du coût journalier issu de ce modèle.
- 3) On teste la significativité de la corrélation entre AVQ et résidu du coût.

Une corrélation forte sera synonyme d'intérêt de l'AVQ dans la prédiction du coût journalier. Au contraire, une valeur faible sera le reflet de l'incapacité de l'AVQ à prédire le coût journalier. Il est important de comprendre que par *incapacité*, nous entendons **incapacité étant donnés les 3 autres facteurs**. Cela ne signifie donc nullement que l'AVQ n'est pas corrélé au coût journalier, mais qu'en connaissance de l'âge, du GN et du niveau de sévérité, l'AVQ n'apporte pas d'information supplémentaire utile dans la prédiction du coût.

Un point essentiel de cette méthodologie concerne la forme fonctionnelle du modèle décrit au point 1). Parmi la multitude de choix possibles, il a été décidé de s'orienter vers un modèle à interactions complètes sur le groupe nosologique, l'âge et le niveau de sévérité. Ce choix est motivé par le fait qu'il « oblige » l'AVQ à être réellement complémentaire des autres facteurs pour être statistiquement significatif. En effet, le modèle à interactions complètes est le plus fin qui soit dans ce contexte. Le potentiel prédictif est ainsi poussé à son maximum et permet de s'assurer ensuite du réel intérêt et complément de l'AVQ dans la prédiction du coût journalier. Formellement, le modèle est décrit par :

$$\text{Coût journalier} = \alpha \cdot (\text{GN} * \text{âge} * \text{niveau de sévérité}) + \Delta$$

$\alpha$  est un vecteur dont chaque composante est égale au coût moyen observé étant donné le GN, l'âge et le niveau de sévérité. Une façon plus simple de représenter ce modèle est la suivante. On détermine le coût journalier **prédit** d'un séjour comme étant le coût moyen de la strate à laquelle appartient ce séjour (Figure 11). Le différentiel « coût observé – coût prédit » (écrit  $\Delta$  dans le modèle) correspond au **résidu du coût journalier**. C'est à ce résidu qu'une bonne mesure de dépendance doit être corrélée.

<sup>12</sup> De plus, il est important de préciser que le « score de RR » et la « présence d'une chirurgie en amont de l'entrée en SSR » ne sont pas des variables décrivant l'état du patient, mais plutôt sa prise en charge.

		Sévérité=1				Sévérité=2			
		0-3 ans	4-6 ans	...	+ 85 ans	0-3 ans	4-6 ans	...	+ 85 ans
GN	0103								
	0106								
	...								
	2318								

**Figure 11 – Tableau représentant l'estimation via le modèle à interactions complètes.**  
**Chaque cellule de ce tableau contient le coût moyen observé des séjours remplissant cette cellule.**  
**Ainsi, la cellule bleutée (+85 ans ; GN 0103 ; Sévérité=2) contient le coût journalier moyen des séjours décrivant un patient de 85 ans ou plus, de GN 0103 avec un niveau de sévérité=2.**

La méthodologie exposée ci-dessus est appliquée deux fois : une fois pour la dimension cognitive de l'AVQ et une autre pour la dimension physique. Nous avons donc deux modèles distincts (un par dimension de l'AVQ).

## 2.3 Périmètre et données

### 2.3.1. Échantillon ENC (et données PMSI)

Les données utilisées sont les données<sup>13</sup> ENC 2010 et 2011 relatives à **l'hospitalisation complète uniquement**. Les séjours ont tous été concaténés à trois jours. Cela signifie que si le nombre de jours entre la fin d'un séjour et le début d'un nouveau séjour relatif à un même patient dans un même établissement n'excède pas (au sens strict) trois jours, alors, les deux séjours sont concaténés en un seul.

Après cette transformation, le volume total en 2010 s'élève à 44 533 séjours représentant 50 établissements. En 2011, le volume total de séjours s'élève à 52 530 représentant 46 établissements. La répartition de l'âge à l'entrée du séjour ainsi que les répartitions des valeurs des dimensions physiques et cognitives de l'AVQ sont représentées en Figure 12 associées aux répartitions sur les données PMSI (présentées en section 1.2 et 1.3). Il est important de noter que les deux dimensions de l'AVQ considérées dans cette section sont les valeurs relevées au premier RHA de chaque séjour (séjour concaténé). La limitation à la valeur d'entrée tient principalement au fait que c'est cette dernière qui est utilisée aujourd'hui dans la classification en GME.

On note une forte ressemblance dans la répartition des valeurs des deux dimensions de l'AVQ entre les données ENC et PMSI. On observe une légère surreprésentation de la valeur 4 de l'AVQ physique dans l'échantillon ENC. Cette dernière est probablement la conséquence d'une surreprésentation des 60-65 ans induisant une sous-représentation des séjours associés à des patients

<sup>13</sup> Dans la section 2 du rapport, l'appellation « données ENC » fait référence aux « données de coûts de l'étude nationale des coûts (ENC) » et aux « données PMSI SSR de la base ENC ».

d'âge voisin des 80 ans. Inversement, on note une sous-représentation de la valeur 16 de l'AVQ physique, potentiellement due à cette sous-représentation des personnes très âgées dans l'échantillon ENC.

### 2.3.2. Traitement de la variable âge

L'utilisation d'un modèle à interactions complètes requiert la catégorisation de la variable âge. Par catégorisation, nous entendons la transformation de la variable quantitative « âge » en une variable catégorielle. Cette étape nécessite la création de classes d'âge. La construction des classes a été faite en utilisant l'algorithme CART (Breiman et al., 1984) avec l'AVQ comme variable à prédire et l'âge comme variable prédictive à partir des données PMSI présentées en section 1.1<sup>14</sup>. L'idée sous-jacente est de faire en sorte que l'éventuelle part du coût journalier expliquée par l'AVQ ne le soit pas par l'âge.

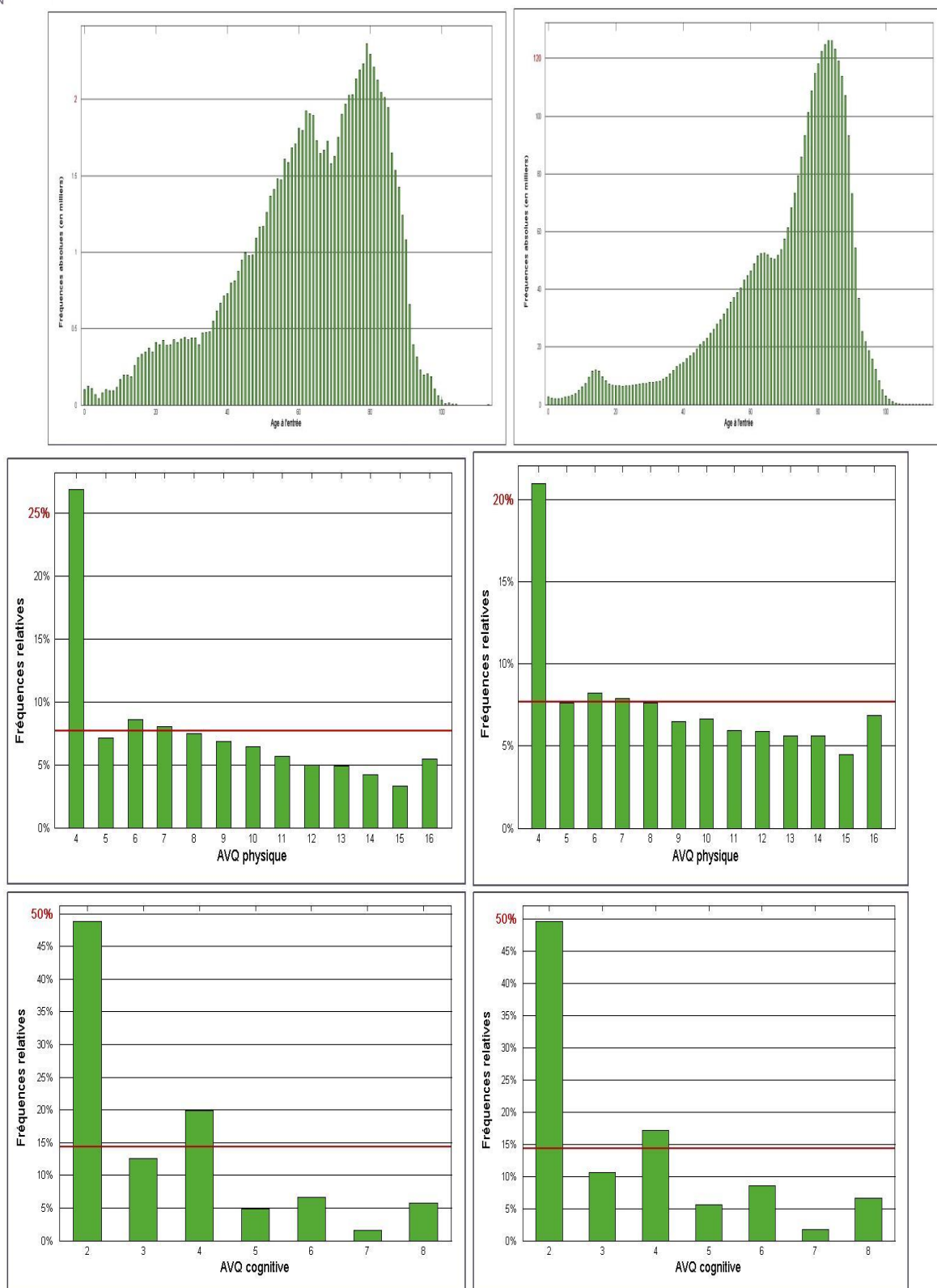
CART offre des procédures d'élagage statistique permettant de trouver un bon compromis entre nombre de classes d'âge à construire et qualité de ces mêmes classes. Après application de CART<sup>15</sup> sur les données PMSI, nous obtenons les classes d'âge suivantes :

- Pour la dimension physique : [0 ;3]-[4 ;6]-[7 ;12]-[13 ;17]-[18 ;74]-[75 et +[
- Pour la dimension cognitive : [0 ;2]-[3 ;5]-[6 ;8]-[9 ;17]-[18 ;74]-[75 ;84]- [85 et +[

Ce sont ces classes qui sont utilisées dans les 2 modèles à interactions complètes présentés en section 2.2. On note de légères différences en fonction de la dimension de l'AVQ considérée en particulier pour les moins de 18 ans. Il est intéressant de noter que quelle que soit la dimension utilisée, le point de coupure entre 74 et 75 ans est toujours présent traduisant une distinction statistique importante de la dépendance autour de ces valeurs.

<sup>14</sup> Pour ce qui concerne les données PMSI SSR utilisées dans la section 2, elles correspondent au même périmètre que pour les analyses présentées à la section 1. Le détail de ce périmètre est présenté à la section 1.1.

<sup>15</sup> La seule contrainte appliquée à CART est la coupure à 18 ans.



**Figure 12 – Répartition de l'âge et des valeurs des dimensions physiques et cognitives de l'AVQ en unité séjour. (Gauche) Échantillon ENC. (Droite) Données PMSI. Note : la ligne en rouge identifie la fréquence associée à une distribution uniforme.**



## 2.4 Résultats

### 2.4.1. Remarques préliminaires

L'utilisation des données ENC n'est pas sans problème en termes d'inférence statistique. En effet, le faible volume de ces dernières comparativement aux données du PMSI implique plus de prudence dans l'estimation des corrélations entre résidu du coût journalier et AVQ. Pour cette raison, les résultats présentés ci-dessous seront assortis d'intervalles de confiance permettant de relativiser les corrélations en fonction du nombre de séjours associé.

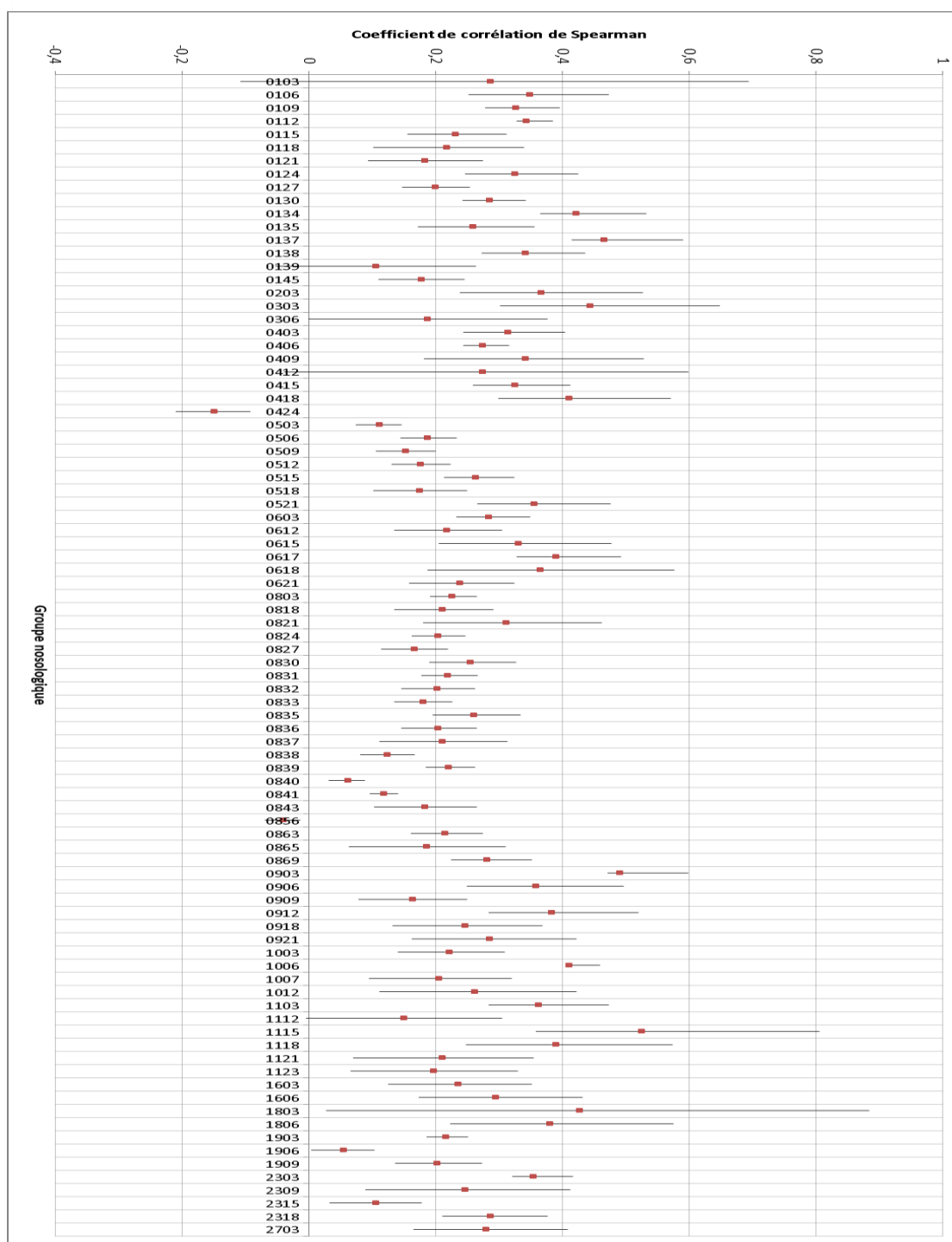
Les coefficients de corrélation utilisés sont les coefficients de corrélation de Spearman. L'avantage de l'utilisation du coefficient de corrélation de Spearman sur le coefficient de corrélation classique (appelé coefficient de corrélation de Pearson) réside en deux points : tout d'abord le coefficient de corrélation de Spearman permet de capter tout type de corrélation monotone et pas uniquement linéaire. De plus, le coefficient de Spearman est insensible aux valeurs extrêmes (valeurs atypiques) communément rencontrées dans les données du PMSI.

### 2.4.2. Quels sont les GN où l'AVQ est « utile » ?

Nous calculons ici les coefficients de corrélation de Spearman entre le résidu du coût journalier et les dimensions physiques et cognitives de l'AVQ par GN. L'idée de séparer les corrélations par groupe nosologique est d'identifier d'éventuels groupes pathologiques où l'AVQ est un *proxy* du résidu du coût journalier acceptable<sup>16</sup>. Les figures 13 et 14 montrent les coefficients de corrélation assortis de leurs intervalles de confiance à 95%. Le tableau I reprend ces informations avec en plus l'ajout du nombre de séjours par GN. **Un intervalle contenant la valeur 0 indique une non-significativité statistique de la corrélation entre le résidu du coût journalier et l'AVQ.** Nous rappelons que la non-significativité n'est pas synonyme de non corrélation. Elle s'interprète comme le fait qu'étant donnés les effectifs associés au GN concerné, il n'est pas possible avec un risque acceptable (<5%) d'affirmer l'existence d'une corrélation non nulle.

---

<sup>16</sup> Au sens statistique du terme.



**Figure 13 – Coefficients de corrélation de Spearman (points rouges) entre le résidu du coût journalier et la dimension physique de l'AVQ assortis de leurs intervalles de confiance (représenté par une barre) par GN.**

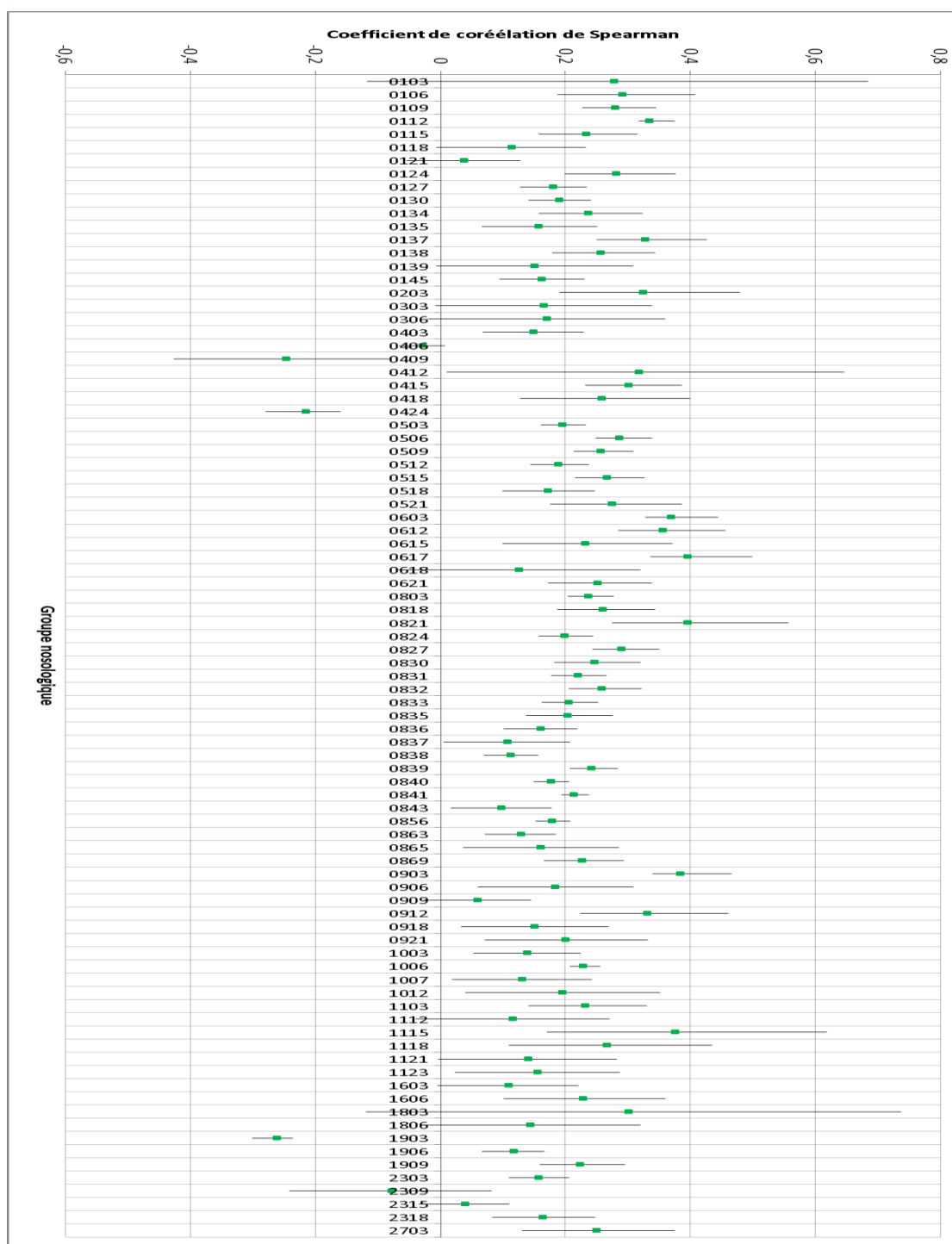


Figure 14 – Coefficients de corrélation de Spearman (points verts) entre le résidu du coût journalier et la dimension cognitive de l'AVQ assortis de leurs intervalles de confiance (représenté par une barre) par GN.

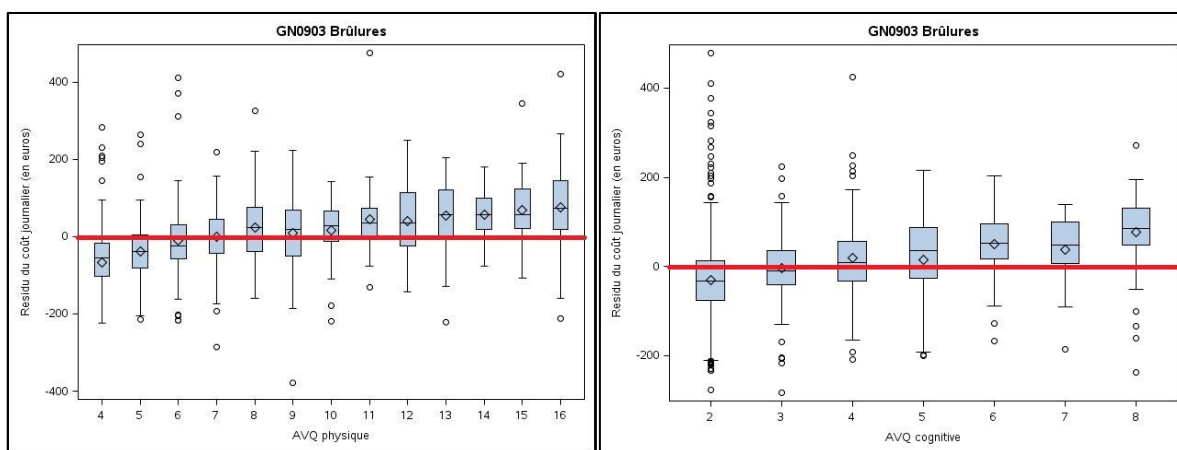
GN	Nb sej	Dim. Physique			Dim. « Cognitive »		
		IC-	Corr	IC+	IC-	Corr	IC+
0103	27	-0,11	0,29	0,69	-0,12	0,28	0,68
0106	322	0,25	0,35	0,47	0,19	0,29	0,41
0109	1123	0,28	0,33	0,40	0,23	0,28	0,34
0112	4763	0,33	0,34	0,39	0,32	0,33	0,37
0115	632	0,16	0,23	0,31	0,16	0,23	0,31
0118	277	0,10	0,22	0,34	-0,01	0,11	0,23
0121	474	0,09	0,18	0,27	-0,05	0,04	0,13
0124	489	0,25	0,32	0,42	0,20	0,28	0,38
0127	1388	0,15	0,20	0,25	0,13	0,18	0,23
0130	1561	0,24	0,28	0,34	0,14	0,19	0,24
0134	558	0,37	0,42	0,53	0,16	0,24	0,32
0135	460	0,17	0,26	0,36	0,07	0,16	0,25
0137	508	0,42	0,46	0,59	0,25	0,33	0,43
0138	585	0,27	0,34	0,44	0,18	0,26	0,34
0139	158	-0,05	0,11	0,26	-0,01	0,15	0,31
0145	837	0,11	0,18	0,25	0,09	0,16	0,23
0203	188	0,24	0,36	0,53	0,19	0,32	0,48
0303	131	0,30	0,44	0,65	-0,01	0,16	0,34
0306	111	0,00	0,19	0,38	-0,02	0,17	0,36
0403	604	0,24	0,31	0,40	0,07	0,15	0,23
0406	2937	0,24	0,27	0,32	-0,06	-0,03	0,01
0409	132	0,18	0,34	0,53	-0,43	-0,25	-0,08
0412	41	-0,04	0,27	0,60	0,01	0,32	0,65
0415	657	0,26	0,32	0,41	0,23	0,30	0,39
0418	212	0,30	0,41	0,57	0,13	0,26	0,40
0424	1105	-0,21	-0,15	-0,09	-0,28	-0,22	-0,16
0503	3046	0,07	0,11	0,15	0,16	0,19	0,23
0506	1955	0,14	0,19	0,23	0,25	0,28	0,34
0509	1734	0,11	0,15	0,20	0,21	0,26	0,31
0512	1793	0,13	0,18	0,22	0,14	0,19	0,24
0515	1268	0,21	0,26	0,32	0,22	0,26	0,33
0518	706	0,10	0,17	0,25	0,10	0,17	0,25
0521	352	0,27	0,35	0,48	0,18	0,27	0,39
0603	1161	0,23	0,28	0,35	0,33	0,37	0,44
0612	541	0,14	0,22	0,30	0,29	0,35	0,45
0615	211	0,21	0,33	0,48	0,10	0,23	0,37
0617	580	0,33	0,39	0,49	0,34	0,39	0,50
0618	105	0,19	0,36	0,58	-0,07	0,12	0,32
0621	566	0,16	0,24	0,32	0,17	0,25	0,34
0803	2903	0,19	0,22	0,27	0,20	0,24	0,28
0818	635	0,14	0,21	0,29	0,19	0,26	0,34
0821	197	0,18	0,31	0,46	0,28	0,39	0,56
0824	2136	0,16	0,20	0,25	0,16	0,20	0,24
0827	1388	0,11	0,17	0,22	0,24	0,29	0,35
0830	828	0,19	0,25	0,33	0,18	0,25	0,32
0831	1986	0,18	0,22	0,27	0,18	0,22	0,27
0832	1138	0,15	0,20	0,26	0,21	0,26	0,32
0833	1899	0,14	0,18	0,23	0,16	0,20	0,25
0835	819	0,20	0,26	0,33	0,14	0,20	0,27
0836	1102	0,15	0,20	0,27	0,10	0,16	0,22
0837	379	0,11	0,21	0,31	0,01	0,11	0,21

0838	2123	0,08	0,12	0,17	0,07	0,11	0,16
0839	2664	0,19	0,22	0,26	0,21	0,24	0,28
0840	4778	0,03	0,06	0,09	0,15	0,18	0,21
0841	8021	0,10	0,12	0,14	0,19	0,21	0,24
0843	601	0,10	0,18	0,26	0,02	0,10	0,18
0856	5142	-0,07	-0,04	-0,01	0,15	0,18	0,21
0863	1218	0,16	0,21	0,27	0,07	0,13	0,18
0865	254	0,06	0,18	0,31	0,04	0,16	0,28
0869	970	0,23	0,28	0,35	0,17	0,23	0,29
0903	967	0,47	0,49	0,60	0,34	0,38	0,47
0906	255	0,25	0,36	0,50	0,06	0,18	0,31
0909	527	0,08	0,16	0,25	-0,03	0,06	0,14
0912	278	0,28	0,38	0,52	0,22	0,33	0,46
0918	281	0,13	0,25	0,37	0,03	0,15	0,27
0921	231	0,16	0,28	0,42	0,07	0,20	0,33
1003	542	0,14	0,22	0,31	0,05	0,14	0,22
1006	6487	0,41	0,41	0,46	0,21	0,23	0,26
1007	310	0,10	0,20	0,32	0,02	0,13	0,24
1012	162	0,11	0,26	0,42	0,04	0,19	0,35
1103	434	0,28	0,36	0,47	0,14	0,23	0,33
1112	164	0,00	0,15	0,30	-0,04	0,12	0,27
1115	80	0,36	0,52	0,81	0,17	0,38	0,62
1118	149	0,25	0,39	0,57	0,11	0,27	0,43
1121	193	0,07	0,21	0,36	0,00	0,14	0,28
1123	226	0,07	0,20	0,33	0,02	0,15	0,29
1603	305	0,13	0,23	0,35	0,00	0,11	0,22
1606	234	0,17	0,29	0,43	0,10	0,23	0,36
1803	24	0,03	0,43	0,88	-0,12	0,30	0,74
1806	127	0,22	0,38	0,58	-0,03	0,14	0,32
1903	3790	0,19	0,22	0,25	-0,30	-0,26	-0,24
1906	1562	0,00	0,05	0,10	0,07	0,12	0,17
1909	838	0,14	0,20	0,27	0,16	0,22	0,29
2303	1691	0,32	0,35	0,42	0,11	0,16	0,21
2309	151	0,09	0,25	0,41	-0,24	-0,08	0,08
2315	743	0,03	0,11	0,18	-0,03	0,04	0,11
2318	570	0,21	0,29	0,38	0,08	0,16	0,25
2703	263	0,17	0,28	0,41	0,13	0,25	0,38

**Tableau II – Liste des GN avec le nombre de séjours dans chacun des GN (Nb sej), le coefficient de corrélation de Spearman entre le résidu du coût journalier et l'AVQ (Corr) ainsi que les bornes de l'intervalle de confiance (IC- = borne basse ; IC+ = borne haute).**

De manière générale, l'AVQ est informatif du coût journalier moyen du séjour. Au global, la dimension physique de l'AVQ est significativement corrélée au résidu du coût journalier (coût journalier après retrait de GN-âge-sévérité) dans 81/88 groupes nosologiques, contre 69/88 pour la dimension cognitive. Le tableau II montre la liste des GN où la corrélation n'est pas significative et/ou significative mais négative. Ce dernier cas est particulièrement atypique dans la mesure où il signifie qu'une augmentation de l'AVQ est corrélée à une diminution du résidu du coût journalier.

L'intensité de la corrélation varie fortement selon le groupe nosologique. Certains, tels que le GN « 0903 – Brûlures » ou le GN « 0112 – AVC » montrent une corrélation coût-AVQ forte, d'autres moins. Les résultats présentés en figure 15 montrent bien l'utilité de l'AVQ dans la prédiction du coût journalier pour les séjours du GN « 0903 – Brûlures ». En effet, alors que près de 75% des séjours ayant un AVQ=2 (dimension cognitive) ont un coût journalier inférieur à la moyenne de leur strate, plus de 75% des séjours ayant un AVQ=8 (dimension cognitive) ont un coût journalier supérieur à celui de leur strate. Le même phénomène, en plus accentué encore, est observable pour la dimension physique. Pour ce GN, on note une évolution relativement linéaire entre le résidu du coût journalier et la dépendance (physique et cognitive).



**Figure 15 – Diagrammes en boîte du résidu du coût journalier en fonction des valeurs de l'AVQ pour le groupe nosologique « 0903-Brûlures ». (Gauche) Dimension physique de l'AVQ. (Droite) Dimension cognitive de l'AVQ. Note : la ligne rouge identifie la valeur 0.**

La plupart des GN où la corrélation résidu du coût journalier-AVQ est non significative sont des GN de faible effectif. Quelques exceptions sont toutefois à signaler : pour la dimension physique, le GN « 0856 – Affections non traumatiques de la colonne vertébrale » a un effectif conséquent mais une corrélation non significative. Un cas atypique est également remarqué : le GN « 0424 – Autres affections de l'appareil respiratoire » où la corrélation est significative mais **négative** signifiant que le résidu du coût diminue avec l'augmentation de l'AVQ physique. Concernant la dimension cognitive, nous observons un GN à effectif important où la corrélation est non significative : « 0406 – Insuffisances respiratoires chroniques ». Trois cas atypiques sont observés (corrélation significative mais négative) : les GN « 0424 – Autres affections de l'appareil respiratoire », « 1903 – Toxicomanies avec dépendance » et « 0409 – Asthmes ». Les deux premiers GN ont des effectifs importants. Notons de nouveau la présence du GN « 0424 – Autres affections de l'appareil respiratoire » déjà apparu comme atypique pour la dimension physique.

Pour certains GN, ni la dimension physique, ni la dimension cognitive de l'AVQ ne sont statistiquement corrélées au coût journalier. Il s'agit des GN :

- 0103 – Etats végétatifs chroniques - Etats paucirelationnels
- 0139 – Autres affections médullaires
- 0306 – Affections non malignes des oreilles, du nez, de la bouche et des dents
- 1112 – Affections non malignes de l'appareil génitale féminin

Dim. Physique	Dim. « Cognitive »
0103 – États végétatifs chroniques - États paucirelationnels	0103 – États végétatifs chroniques - États paucirelationnels
0139 – Autres affections médullaires	0118 – Paralysies cérébrales
0306 – Affections non malignes des oreilles, du nez, de la bouche et des dents	0121 – Polyneuropathies
0412 – Tuberculoses pulmonaires	0139 – Autres affections médullaires
0424 – Autres affections de l'appareil respiratoire	0303 – Tumeurs malignes des voies aérodigestives supérieures
0856 – Affections non traumatiques de la colonne vertébrale	0306 – Affections non malignes des oreilles, du nez, de la bouche et des dents
1112 – Affections non malignes de l'appareil génitale féminin	0406 – Insuffisances respiratoires chroniques et bronchopathies obstructives
	0409 – Asthmes
	0424 – Autres affections de l'appareil respiratoire
	0618 – Hernies pariétales non compliquées
	0909 – Ulcères chroniques (à l'exception des ulcères de décubitus)
	1112 – Affections non malignes de l'appareil génitale féminin
	1121 – Néphropathies et infections génito-urinaires
	1603- Tumeurs malignes des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et tumeurs malignes de siège imprécis
	1803 – Infections par VIH
	1806 – Infections autres que par VIH
	1903 – Toxicomanies avec dépendance
	2315 – Troubles de la marche (non rattachés à une étiologie)
	2309 – Autres motifs de prise en charge

**Tableau II – Liste des GN pour lesquels la dépendance n'est pas significativement corrélée au coût journalier. En bleu sont représentés les GN non significatifs pour les deux dimensions physique et cognitive. En rouge les GN où la corrélation est significative mais négative.**

#### 2.4.3. AVQ et classification en GME

La grille AVQ est utilisée dans un nombre conséquent de groupes nosologiques afin de définir des racines de groupes médico-économiques (RGME). L'utilisation ou non de l'AVQ dans l'obtention d'une RGME dépend de plusieurs facteurs :

- un nombre de séjours minimum doit être présent dans un groupe pour autoriser un découpage selon l'AVQ ;
- l'AVQ doit avoir un pouvoir explicatif suffisant (mesuré en utilisant le critère de PVE) ;



- l'AVQ ne peut pas être utilisé en amont du niveau de sévérité<sup>17</sup> ;
- l'AVQ peut être utilisé en conjonction avec l'âge, le score RR et l'existence d'une chirurgie antérieure.

L'utilisation de l'AVQ dans la classification en GME est beaucoup plus restrictive que celle considérée ici. De plus, nous considérons ici un modèle à interactions complètes contre un modèle arborescent dans la classification en GME. Pour ces raisons, il est possible de détecter des groupes nosologiques avec un apport significatif de l'AVQ alors même que la grille n'est pas utilisée dans la classification et *vice-versa*.

## 2.5 Conclusion

Globalement, on note une bonne corrélation entre résidu du coût journalier et AVQ. La dimension physique présente généralement des corrélations avec le résidu du coût plus importantes que la dimension cognitive<sup>18</sup>. Il n'existe que quatre GN où la corrélation résidu du coût journalier-AVQ (physique et cognitif) n'est pas significative. Tous ces GN ont toutefois des effectifs faibles, par conséquent, la non-significativité statistique n'implique pas nécessairement une non-corrélation. Un GN retient particulièrement l'attention : il s'agit du GN « 0424 – Autres affections de l'appareil respiratoire ». Il est atypique dans la mesure où la corrélation est jugée significative mais est négative, et ce, quelle que soit la dimension de l'AVQ considérée. De plus amples investigations sont nécessaires afin de comprendre cette atypie statistique.

Le travail sur les données ENC est toujours complexe pour le statisticien. Nous avons vu que l'échantillon ENC avait une certaine représentativité en termes de répartition des valeurs de l'AVQ. La répartition par âge diffère cependant des données globales du PMSI. L'étude s'étant principalement portée sur l'examen des corrélations coût-AVQ, il est difficile d'appréhender l'impact de cet écart sur les résultats obtenus en termes de corrélation (un biais ne modifiant pas nécessairement la corrélation).

Enfin, notons l'absence d'échelle de dépendance comparative permettant de juger de la qualité de l'AVQ. Si l'AVQ montre un intérêt certain dans la prévision du coût journalier d'un séjour, il est difficile de dire si, **en tant que mesure de la dépendance**, son intérêt est grand ou non. Une autre échelle serait susceptible de donner de meilleurs résultats.

---

<sup>17</sup> Pour consulter les principes de construction de la classification en GME, se reporter au document « **Classification PMSI-SSR en GME : rapport des travaux 2011-2012** », sections 5.4 Niveaux de sévérité et 5.5 Racines de GME, en particulier ([http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2263/2013\\_12\\_19\\_rapport\\_classification\\_ssr\\_v4.pdf](http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2263/2013_12_19_rapport_classification_ssr_v4.pdf))

<sup>18</sup> Pour 84 GN, la corrélation coûts-AVQ physique est significativement non nulle au seuil  $\alpha = 0,05$ . Pour 71 GN, la corrélation coûts-AVQ cognitive est significativement non nulle au seuil  $\alpha = 0,05$ . Même en utilisant un seuil plus contraignant, le nombre de GN avec corrélation coûts-AVQ significative reste très élevé : au seuil  $\alpha = 0,001$  par exemple, ce nombre est de 74 pour l'AVQ physique et de 57 pour l'AVQ cognitive.



## 2 État des lieux fonctionnel

### 2.1 Conditions actuelles du codage avec la « grille AVQ »

La « grille AVQ » a été introduite dans le PMSI SSR<sup>19</sup> dès sa généralisation en 1998. Elle a été dérivée de la MIF, elle-même construite à partir de la Classification Internationale des Handicaps (CIH), qui a précédé la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) en vigueur depuis 2001.

La « grille AVQ » est une échelle simplifiée pour une utilisation dans l'ensemble des secteurs des soins de suite et de réadaptation. Elle comprend 6 variables, cotées chacune en 4 niveaux d'autonomie. L'information est sommée en deux scores, un score physique et un score dit « cognitif ». Le score physique est basé sur 4 variables décrivant chacune des activités élémentaires de la vie quotidienne (habillement, alimentation, déplacement, élimination) ou activités de la vie quotidienne (AVQ) à proprement parler. Le score cognitif décrit des fonctions mentales et sociales de communication (fonction d3 de la CIF) et de comportements (fonction d7 de la CIF).

La « grille AVQ » est utilisée depuis près de 17 ans dans l'ensemble du champ SSR, pour chaque semaine de chaque séjour hospitalier. Toutefois, elle n'a jamais fait l'objet d'une étude psychométrique en SSR selon les règles de l'art.

#### 2.1.1 Personnels impliqués dans le codage de la « grille AVQ »

Les participants au groupe de travail indiquent que ce sont essentiellement les aides-soignant(e)s qui codent ces variables, souvent seul(e)s, parfois avec des infirmier(e)s ; dans certains cas, les cadres de santé ou des médecins supervisent la cotation. L'évaluation de la dépendance « cognitive » est également réalisée par les aides-soignant(e)s, parfois par des infirmier(e)s, rarement par des psychologues.

#### 2.1.2 Circonstances temporelles du codage de la « grille AVQ » (fréquence, moment et période de référence)

##### *Fréquence*

Les participants au groupe de travail estiment que la fréquence du recueil est trop élevée. Selon eux, la périodicité hebdomadaire ne sert pas la qualité du recueil qui serait souvent « vite fait » ; les valeurs seraient dans un certain nombre de cas automatiquement recopiées d'une semaine sur l'autre, d'autant que cette fonctionnalité est proposée par certains logiciels de recueil du PMSI SSR ; ils signalent en outre que la qualité du recueil peut varier en fonction de la charge de travail.

##### *Moment et période de référence*

Le *Guide méthodologique PMSI SSR* demande que l'évaluation soit effectuée « à l'issue de la semaine considérée, en fonction des soins dispensés, indépendamment de la participation des proches ... conformément au dossier de soins du patient. » Par ailleurs, s'il y a eu variation de la dépendance au

---

<sup>19</sup> Cf. *GUIDE MÉTHODOLOGIQUE DE PRODUCTION DES RÉSUMÉS HEBDOMADAIRES STANDARDISÉS*, publié au BOS 97/05bis.

cours de la semaine évaluée, par exemple après un évènement intercurrent, il est demandé de retenir la cotation la plus élevée.

Les experts du groupe de travail indiquent que le recueil des AVQ est généralement réalisé en fin de semaine : l'information est alors recherchée dans les dossiers de soins, où elle n'est pas toujours disponible pour chaque journée. Selon eux, le recueil en fin de semaine ne permet pas d'utiliser cette information pour évaluer les besoins d'assistance pour les activités de la vie quotidienne.

### 2.1.3 Cotation des variables de la « grille AVQ »

Pour les variables qui recouvrent plusieurs actions élémentaires<sup>20</sup>, le *Guide méthodologique PMSI SSR* demande d'évaluer chacune des actions élémentaires, puis de « retenir la cotation de l'action pour laquelle se manifeste la plus grande dépendance ».

Selon les participants au groupe de travail, il semble que les soignants cotent souvent ces variables recouvrant plusieurs actions de façon globale, sans évaluation distincte des différentes actions. Selon eux, les personnels auraient tendance à sous-estimer la dépendance ; lorsqu'il y a plusieurs actions pour une même variable, ils tendraient à privilégier l'action pour laquelle l'autonomie est la plus importante (et non l'inverse). L'ATIH estime toutefois que si la cotation des AVQ était un élément concourant à la facturation des séjours, le risque serait plutôt celui du surcodage.

### 2.1.4 Utilité des scores AVQ

Selon les experts, la grille semble peu, ou pas, utile pour les équipes soignantes ; cela pourrait être en partie dû à la temporalité du recueil, en fin de semaine. En outre, les représentants de la SOFMER, reprochent à la « grille AVQ » son manque de sensibilité : elle ne permet pas d'évaluer l'évolution de l'autonomie des patients. L'étendue des valeurs possibles est en effet plus limitée dans l'AVQ<sup>21</sup>, comparativement aux autres grilles. Cela est dû, en premier lieu, au nombre de variables recueillies (6), qui est plus faible que dans la MIF (21), le SMAF (29, dont 8 pour les IADL) et InterRAI (27 pour les dimensions couvertes par l'AVQ). De plus, le nombre de niveaux de cotation est limité à 4 dans l'AVQ, contre 7 dans la MIF et dans InterRAI (mais 4 -ou 5- dans le SMAF, selon les variables considérées).

### 2.1.5 Traçabilité de l'évaluation de la dépendance

Pour les experts, la traçabilité des éléments d'évaluation manquerait souvent dans les dossiers des patients, notamment pour les variables couvrant plusieurs actions, pour lesquelles seules les cotations des variables (et non de chaque action) seraient reportées.

---

<sup>20</sup>C'est le cas pour la plupart des variables : variables « habillage » (2 actions), « déplacement et locomotion » (5 actions), « alimentation » (3 actions), « continence » (2 actions) et « relation et communication » (2 actions).

<sup>21</sup>Cf. supra « analyse statistique » : score AVQ de 4 à 16 pour le « physique », avec plus de 20% des valeurs égales à 4 à l'entrée ; score AVQ de 2 à 8 pour le « cognitif », avec près de 50% des valeurs égales à 2 à l'entrée.

---

## 2.2 Les difficultés de cotation

Ce paragraphe présente une synthèse des questions relatives aux variables de dépendance qui ont été posées au cours des 5 dernières années (2009-2014) sur le forum AGORA<sup>22</sup> puis, en fin de paragraphe, les commentaires des participants au groupe de travail.

### 2.2.1 Les variables du « score physique »

- Variable « habillage » : la conduite à tenir pour le codage des situations (en particulier lors d'hospitalisation à temps partiel ou séance) où l'habillage n'est pas observé pose difficulté.
- Variable « déplacements et locomotion » : seule l'action « utilisation des escaliers » a suscité des demandes de précision pour les cas où celle-ci n'est pas observée (en cas d'utilisation d'un ascenseur, par exemple).
- Variable « alimentation » : des précisions ont été demandées pour les aides relatives à l'ouverture de récipients ou de bouteilles (« décapsuler ») qui sont toutefois traitées dans les exemples du *Guide méthodologique*. Il est par ailleurs relevé des demandes de précision sur les consignes de codage pour les cas où la consistance des aliments est modifiée, ou encore lorsqu'il y a mise en place d'orthèse.
- Variable « continence » : les questions sont plus nombreuses. De fait, cette variable couvre plusieurs actions de la CIF : la continence à proprement parler, la gestion de l'incontinence, des stomies et des systèmes collecteurs, l'autonomie pour l'habillage, le déshabillage et l'installation sur les toilettes, ainsi que l'hygiène de l'élimination (hygiène périnéale, nettoyage des systèmes collecteurs). Les questions posées portent sur différents aspects : l'installation des bassins et leur nettoyage, l'essuyage des patients, l'entretien des systèmes collecteurs et des poches, la gestion de l'incontinence.

### 2.2.2 Les variables du « score cognitif »

Quelques questions, peu nombreuses, concernent les variables cognitives :

- La variable « relation et communication » a suscité plusieurs questions : une première sur la cotation des patients non francophones (« Comment évaluer la dépendance due à un problème de langue, alors que le patient est à l'aise dans sa langue natale ? ») ; une seconde pour le cas d'un patient aphasique avec absence de communication orale, mais persistance d'une communication écrite.
- Variable « comportement » : une question interroge sur la possibilité de coder comme indépendant un patient atteint de maladie d'Alzheimer.

Pour les participants au groupe de travail, le fait que les questions soient assez peu nombreuses pourrait être dû aux habitudes de codage (aux « routines ») qui ont été prises avec le temps par les professionnels des établissements. Selon eux, c'est surtout pour la dépendance cognitive que les difficultés sont importantes. Les consignes relatives à ces variables ne sont pas formulées dans un langage suffisamment simple pour être bien comprises par l'ensemble des aides-soignant(e)s. Le terme d'« interaction sociale », notamment, est jugé abscons. De plus l'évaluation cognitive ne fait pas partie du

---

<sup>22</sup>Forum AGORA : thème SSR > Règles du RHS> Dépendance :  
([https://applis.atih.sante.fr/agora/ago\\_theme.do?idTheme=162](https://applis.atih.sante.fr/agora/ago_theme.do?idTheme=162)).

champ de compétence des aides-soignant(e)s. Le recueil des variables cognitives est jugé peu fiable ; la cotation n'est pas maîtrisée et se fait souvent au jugé. Le codage de la variable « relation et communication » est estimé aléatoire. Ces assertions sont toutefois nuancées par le représentant de la SOFMER qui observe que dans certains services SSR spécialisés (neurologie) les aides-soignant(e)s sont formés et peuvent avoir acquis une compétence permettant un codage adéquat.

## 2.3 Les dimensions de la dépendance : « grille AVQ » versus autres échelles

### 2.3.1 Dimensions de la « grille AVQ » du PMSI SSR

Au regard des échelles de dépendance les plus utilisées, la « grille AVQ » a été fortement simplifiée pour une utilisation en routine dans l'ensemble des secteurs des soins de suite et de réadaptation. Elle comprend 6 variables : 4 pour le score physique (qui décrit 12 actions) et 2 pour le score cognitif (3 actions).

Tableau 1 – Variables décrivant les activités de la vie quotidienne dans différentes échelles<sup>23</sup> de mesure de la dépendance

Items « Entretien personnel »	AVQ	MIF	SMAF	InterRAI	GEVA
Se nourrir	X	X	X	X	X
Se laver		X	X	X +tr	X
Habillage : haut du corps (+/- orthèse, prothèse : AVQ)	X	X	X	X	X
Habillage : bas du corps (+/- orthèse, prothèse : AVQ)		X		X	
Soins de l'apparence		X	X	X	X
Fonction vésicale / Contrôle miction, hygiène	X	X	X	X	X
Fonction intestinale / Contrôle défécation, hygiène		X	X	X	
Utiliser les toilettes		X	X	X	
<b>Items « MOBILITÉ »</b>					
Transferts lit, fauteuil (+ station debout)	X	X	X		X
Transferts aux toilettes		X		X	
Transferts baignoire, douche		X		(dans "se laver")	
Marche à l'intérieur		X	X	X	X
Se déplacer en fauteuil roulant à l'intérieur			X	(distance)	
Utiliser les escaliers		X	X	X	X
Installer orthèse ou prothèse	(dans "habillage")	(dans "habillage")	X	(dans "habillage")	
Circuler à l'extérieur			X	(distance)	X
<b>Nombre de variables recueillies</b>	<b>4 (10*)</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>18</b>	<b>11</b>
<b>Nombre de niveaux par variable</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>4 ou 5</b>	<b>7</b>	<b>4</b>

Le tableau ci-dessus compare les variables du score physique de la « grille AVQ », à celles relevées dans les échelles MIF, SMAF, InterRAI et dans l'outil GEVA. À cet égard, le score physique de la « grille AVQ » couvre la majeure partie des activités de la vie quotidienne (AVQ) prises en compte dans ces grilles. Mais pour les participants au groupe de travail, l'absence de recueil sur la toilette n'est pas comprise par les personnels soignants car cette activité représente une charge de travail conséquente.

<sup>23</sup> La colonne « AVQ » correspond à la « grille AVQ » du recueil PMSI SSR français.

L'exclusion de cette action avait été décidée lors de la création de la grille, en raison de sa forte corrélation avec l'habillage. C'est toutefois une action présente dans l'ensemble des échelles de dépendance (GEVA, MIF, Inter RAI, SMAF).

Tableau 2 – Variables décrivant les fonctions mentales, la communication et les interactions sociales dans différentes échelles<sup>24</sup> de mesure de la dépendance

Items « Communication, comportement »	AVQ	FIM	SMAF	InterRAI	GEVA
<b>Communication</b> : voir			X	X	X
<b>Communication</b> : entendre			X	X	X
<b>Communication</b> : expression	X	X (verb, non verb)	X (verbale)	X (verb, non verb)	X
<b>Communication</b> : compréhension		X (aud, visuelle)	X	X	X
<b>Fonctions mentales</b> : jugement (MIF : résolution de problèmes ; GEVA : prendre des décisions )		X	X	X	X
<b>Fonctions sociales</b> : comportement (interactions sociales : FIM, AVQ, GEVA)	X	X	X	X	X
<b>Fonctions mentales</b> : mémoire		X	X	X	X
<b>Fonctions mentales</b> : orientation			X		X
<b>Nb variables recueillies</b>	<b>2 (3)</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>12+7</b>

Les variables du score cognitif de la « grille AVQ » sont peu nombreuses. Le score cognitif est estimé trop pauvre au regard de la complexité des situations cliniques. Des représentants des fédérations hospitalières lui reprochent de ne pas prendre en compte des comportements perturbateurs, telles les fugues. D'autres manques ont également été cités : la désorientation temporo-spatiale et la déambulation, qui perturbent le fonctionnement des services, ainsi que les troubles de la mémoire. Pour les experts, tant les troubles cognitifs que les troubles du comportement impactent la prise en charge. Les fédérations estiment en outre que le score cognitif devrait être plus discriminant dans la classification GME car un patient avec un score cognitif à 8 peut être très consommateur de moyens. De plus, la part des patients avec troubles cognitifs et comportementaux aurait tendance à augmenter notablement au sein des établissements SSR.

### 2.3.2 Autres dimensions de la dépendance

Un recueil de variables ciblant les activités instrumentales de la vie quotidienne (instrumental activity of daily life, IADL), *a priori* souhaitable pour évaluer l'autonomie globale, n'a pas été jugé pertinent pour le champ SSR, car ces activités n'impactent généralement pas la prise en charge dans ce champ d'hospitalisation.

Un recueil de variables sociales pourrait être pertinent s'il permettait de mettre en évidence les comportements sociaux perturbant la prise en charge et les interactions avec les soignants, ce qui rejoint les remarques sur les insuffisances du score cognitif décrites ci-dessus. Par ailleurs, l'environnement et le soutien social sont des facteurs susceptibles de faciliter ou retarder le retour à domicile, avec alors un impact sur la durée de séjour.

<sup>24</sup> La colonne « AVQ » correspond à la « grille AVQ » du recueil PMSI SSR français.

## 2.4 Périmètres spécifiques

### 2.4.1 Les enfants

Quelques questions du forum AGORA concernent la cotation de la dépendance des bébés. De fait, la dépendance est forte avant six ans et, particulièrement, avant 3 ans : respectivement 95% et 80% de valeurs supérieures à 8 pour le score physique ; 90% et 60% de valeurs supérieures à 4, pour le score cognitif. À cet égard, des travaux spécifiques à la pédiatrie seront réalisés pour identifier les besoins et les modalités appropriées d'évaluation de la dépendance des enfants.

### 2.4.2 Hospitalisation partielle

L'ensemble des participants au groupe de travail ont exprimé le besoin de maintenir le recueil de la dépendance en hospitalisation partielle. Ils estiment que dans ce secteur, la dépendance est également un élément contributif de la charge en soins, comme pour l'hospitalisation complète.

## 2.5 Autres échelles de dépendance utilisées dans les services SSR

Une approche qualitative des échelles de dépendance utilisées en soins de suite et de réadaptation a été réalisée sur la base des entretiens menés par l'ATIHI entre 2010 et 2012 dans différents établissements SSR. Ces entretiens ont montré des différences marquées en fonction des services ou pathologies.

Ainsi, les services avec mention spécialisée pour les «affections du système nerveux» utilisent la mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF) et l'échelle de Barthel.

La MIF est également citée par les équipes des services avec mention «affections de l'appareil locomoteur», dont certaines ont en outre signalé l'utilisation de la grille AGGIR<sup>25</sup>.

Les services avec mention « affections des personnes âgées poly-pathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance » ont pour leur part évoqué l'échelle de Katz ou la grille AGGIR et, pour les activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL), la grille de Lawton.

Enfin, l'utilisation, à visée clinique, de grilles de mesure de la dépendance n'a pas été signalée par les services « SSR polyvalents » visités lors des entretiens.

---

<sup>25</sup> Documentation relative au modèle AGGIR (Autonomie Gérontologique et Groupes Iso-Ressources) :  
[http://www.cnsa.fr/rubrique.php3?id\\_rubrique=175](http://www.cnsa.fr/rubrique.php3?id_rubrique=175)

## **2<sup>ème</sup> partie : Propositions d'évolution des modalités de recueil de la dépendance pour le PMSI SSR**

L'état des lieux de la description de la dépendance avec la « grille AVQ » dans le PMSI SSR a permis au « groupe dépendance<sup>26</sup> » de préciser les axes d'amélioration envisageables pour fiabiliser la mesure de la dépendance pour le PMSI SSR. 4 scénarios distincts de mise en œuvre des évolutions sont enfin décrits et proposés au Comité technique SSR.

### **3 Axes d'amélioration identifiés :**

#### **3.1 Fréquence du recueil**

La réduction de la fréquence du recueil des variables de dépendance est demandée par l'ensemble des fédérations. Cette réduction devrait permettre d'améliorer la qualité du recueil pour en faire un outil plus performant, susceptible d'être plus utile aux équipes. Une moindre fréquence de l'évaluation de la dépendance donnerait en outre la possibilité de choisir une échelle plus détaillée et donc plus longue à renseigner. Enfin, une telle évolution pourrait être accompagnée de la validation des codages en réunion de synthèse interdisciplinaire.

Le nombre et la périodicité des recueils par séjour a été débattue, mais sans recueillir l'unanimité. Certains ont estimé qu'un recueil de bonne qualité à l'entrée pourrait suffire et d'autres, qu'il faudrait au moins un recueil à l'entrée et à la sortie, avec recueil supplémentaire en cours de séjour pour les séjours longs, ou en cas d'évolution de la dépendance. Plusieurs évaluations de la dépendance permettraient de calculer une valeur moyenne par séjour et d'estimer l'amélioration de l'autonomie durant le séjour SSR.

#### **3.2 Moment de la mesure de la dépendance pour le PMSI**

Pour certains participants au groupe de travail, une évaluation de la dépendance dans les premiers jours, plutôt qu'en fin de première semaine, pourrait améliorer la robustesse mais surtout la pertinence de la mesure de la dépendance. Cela permettrait que la mesure soit discutée en réunion interdisciplinaire et utilisée lors de l'élaboration du plan de soins, ce qui n'est pas le cas actuellement ; cela faciliterait ainsi la mise en place de la traçabilité qui constituera un enjeu important lors des évolutions du modèle de financement et des contrôles externes qui seront alors mis en place. De plus, cette évolution serait cohérente avec la production des indicateurs IPAQSS qui comprennent une évaluation en début de séjour de la dépendance et de la situation sociale et psychologique.

#### **3.3 Formulation des consignes**

Les fédérations et le CNIM<sup>27</sup> demandent une clarification des consignes de codage du *Guide méthodologique PMSI SSR*, c'est-à-dire l'utilisation d'un langage simple, susceptible d'être bien compris

<sup>26</sup> Ainsi que cela est précisé en introduction du rapport, les travaux du groupe « dépendance SSR » sont restés centrés sur l'activité SSR pour patients adultes.

<sup>27</sup> CNIM : Collège national de l'information médicale (cf. Annexe 1)



de tous. Cette demande concerne tant la description des actions, que le « scoring » des niveaux de dépendance.

La reformulation devra s'appuyer sur les questions AGORA qui mettent en exergue les points nécessitant des précisions. Elle devra cibler les aspects prêtant à confusion, ainsi que les situations particulières (par exemple lorsque l'activité n'est pas observée par les personnels soignants) pour limiter, autant que possible, les marges d'interprétation des consignes et leurs variations entre codeurs. Un participant suggère de s'appuyer sur des adverbes pour la cotation des actions, sur le modèle de la grille AGGIR.

### 3.4 Niveaux de cotation

Actuellement, les actions constitutives de la « grille AVQ » sont cotées en 4 niveaux, qui se distribuent entre le niveau 1 (autonomie) et le niveau 4 (assistance totale). L'augmentation du nombre des niveaux de cotation des variables, a été proposée par la SOFMER : le passage à 5 niveaux pourrait permettre aux codeurs de sortir des routines mises en place depuis des années et de se questionner pour améliorer la fiabilité du codage.

Les 5 niveaux proposés par la SOFMER sont les suivants (cf. Annexe 2) :

- Niveau 1 : activité possible sans aide,
- Niveau 2 : activité possible avec aide technique ou adaptation (temps augmenté d'au moins 50%), mais sans aide humaine,
- Niveau 3 : activité possible avec une aide humaine quotidienne, mais non permanente,
- Niveau 4 : activité possible qu'avec une aide humaine permanente,
- Niveau 5 : activité impossible, quelle que soit l'aide

### 3.5 Dépendance physique

La toilette est une activité consommatrice de temps qui est recueillie dans l'ensemble des grilles de dépendance (MIF, Inter RAI, SMAF, GEVA). Une variable sur la toilette pourrait soit être ajoutée, soit remplacer la variable « habillage » (comme c'est le cas dans la « grille AVQ » du PMSI HAD lorsque l'habillage n'est pas observé). À noter toutefois, que la toilette n'est *a priori* pas observée lors des hospitalisations à temps partiel.

### 3.6 Dépendance « cognitive »

Il s'agit d'une question complexe qui dépasse le champ cognitif à proprement parler. L'examen de la **CIF** montre l'étendue de ce champ qui couvre différentes fonctions mentales et sociales :

- b1 - Déficiences des fonctions mentales
  - b114 - Orientation (temps, espace, personne)
  - b144 – Mémoire
  - b164 - Fonctions cognitives de niveau supérieur
  - b1646 – Résolution de problèmes



- d2 – Tâches et exigences générales
  - d210 - Entreprendre une tâche simple
  - d220 - Entreprendre une tâche complexe
- d3 - Communication
  - d310 - Communiquer-recevoir- des messages parlés
  - d315 - Communiquer-recevoir- des messages non verbaux
  - d330 - Parler
  - b335 - Produire des messages non verbaux
  - d350 - Conversation
- d7 - Relations et interactions avec autrui

Parallèlement, la **CIM-10** identifie différents registres de pathologies ou symptômes :

- Troubles mentaux et du comportement
  - Retard mental (F70-79)
  - Démences (F00-F03)
  - Troubles cognitifs léger (F06.7)
  - Désorientation/ confusion mentale (R41.0)
- Troubles du développement psychologique (F80-89)
- Difficultés de communication
  - Surdité (H90-H91)
  - Mutit   (H91.3)
  - Aphasie, dysphasie (R47.00 – R47.03)
- Comportements perturbateurs
  - Personnalité dyssociale (F60.2)
  - Agitation (R45.1)

### 3.6.1 Que décrire ?

La première question concerne la nature des troubles à décrire : les déficiences des fonctions mentales, les difficultés de communication ou bien les comportements perturbateurs ?

Pour les experts du groupe de travail, le score cognitif AVQ est insuffisant. Il est souhaitable de mieux décrire ces troubles, pour mieux les prendre en compte. L'ajout de deux variables, l'une sur la mémorisation et l'autre sur les tâches cognitives a été proposé par la SOFMER (cf. Annexe 2). Cet ajout pourrait contribuer «    réduire un peu ce *hiatus* ». Mais pour les experts, tant les troubles cognitifs que les troubles du comportement impactent la prise en charge.

### 3.6.2 Comment décrire ces troubles ?

Il existe différentes possibilités pour décrire la dépendance cognitive et socio-comportementale : la CIF, la CIM-10, avec codage des troubles en diagnostic associé, et les échelles de dépendance.

Pour les participants au groupe de travail, la CIF est plutôt un outil d'enquête ou de recherche, peu adapté au recueil PMSI SSR en routine. Son langage est trop médical. De plus, elle ne permettrait pas de graduer l'intensité de la dépendance.

Il est également reproché à la CIM-10 de ne pas permettre de graduer l'intensité des déficiences. À cet égard, des litiges entre médecins-conseils et établissements lors des contrôles de facturation MCO ont été évoqués, avec des désaccords sur l'appréciation et la traçabilité des troubles cognitifs codés en CIM-10. Il faut toutefois noter que la CIM-10 comprend maintenant des subdivisions permettant de décrire l'intensité des démences et de nombreuses pathologies du chapitre F. Par ailleurs, le lien de causalité entre pathologie et autonomie n'est pas automatique.

Les échelles de mesure de la dépendance les plus utilisées comportent un nombre de variables cognitivo-comportementales plus élevé que dans la « grille AVQ ». Toutefois, aucune ne s'est imposée à l'évidence comme l'outil idéal pour décrire ces troubles.

### 3.6.3 Qui doit décrire ces troubles ?

Il a été demandé aux membres du groupe de préciser les professions les plus légitimes, eu égard à leur champ de compétence, pour coder les troubles cognitifs et du comportement : médecins, psychologues, aides-soignant(e)s, autres personnels ?

Dans la pratique courante, les médecins codent les troubles cognitifs en CIM-10. Les aides-soignant(e)s sont sollicité(e)s pour le codage des variables cognitives de la « grille AVQ », bien que l'appréciation de ces troubles ne relève pas *stricto sensu* de leurs compétences (en dehors des services spécialisés où elles ont pu être formées au codage de la MIF par exemple). Pour certains experts, il faudrait formuler les questions de la « grille AVQ » dans un langage plus simple pour améliorer la cotation par les aides-soignant(e)s (AS), qui pourraient être aidées par les infirmier(e)s. Il a également été proposé que le codage des variables soit réalisé par les AS, puis validé par les médecins.

Dans l'éventualité d'une augmentation du nombre des variables composant le score cognitif, les membres du groupe de travail ont estimé que certaines, telles que la « désorientation temporo-spatiale », pourraient être renseignées par les personnels soignants, alors que d'autres, comme la « résolution de problème » ou la « mémoire », relèveraient plutôt des compétences des psychologues. Un participant suggère que la question du choix des « descripteurs » ou codeurs fasse l'objet d'une étude spécifique. L'alourdissement du recueil impliquerait un investissement conséquent des établissements qui pourrait être compensé par une diminution de la fréquence du recueil de la dépendance.

Au final, aucune solution ne s'est imposée dans le groupe de travail. Ce champ est à la fois complexe et important. Il existe une certaine tension entre le besoin de mieux décrire et de mieux prendre en compte ces situations complexes, la difficulté d'évaluation de ces troubles et la demande de simplicité qu'implique le cadre routinier de la production du PMSI. Mais quelles que soient les évolutions, la formation des codeurs est primordiale.

## 3.7 Validation

Les interrogations sur la validité de la grille actuelle sont, au moins pour une part, liées au fait qu'elle n'a jamais fait l'objet d'une procédure de validation psychométrique dans le cadre du PMSI SSR,

comme cela a été rappelé à différentes reprises. Ce fait a généré une situation sensible, avec mise en doute des qualités métrologiques de la « grille AVQ ».

Il apparaît donc indispensable de réaliser une étude métrologique. Il faudra réaliser cette étude sur la « grille AVQ », si elle est conservée, en l'état ou aménagée, pour établir ses propriétés. Si le choix se porte sur une nouvelle grille, une validation semble également souhaitable pour vérifier ses propriétés dans le contexte français de l'ensemble des établissements SSR. Ainsi, quelles que soient les décisions qui seront prises, il faudra mettre en œuvre une procédure de validation dans les règles de l'art pour déterminer les qualités et les limites de la grille retenue (robustesse, sensibilité au changement, etc.).

## 4 Scénarios envisagés

Les participants au groupe de travail ont exprimé le besoin d'une grille commune à toutes les activités SSR, qui soit à la fois simple, robuste et fiable. Toutefois, la diversité des champs disciplinaires couverts par le secteur SSR contraint la possibilité de trouver un outil généraliste adapté à l'ensemble des situations cliniques : « Il n'y a pas de grille parfaite pour l'ensemble des situations ». De ce fait, il s'est avéré souhaitable d'envisager la possibilité de conserver la grille actuelle, éventuellement modifiée, au regard d'un changement de grille. Les options ont été présentées en plusieurs scénarios qui présentent chacun des avantages, des inconvénients et des contraintes propres.

<b>Scenario 1 « conservation et amélioration de la « grille AVQ » » : <i>scenario décliné en 3 scenarios distincts</i></b>	
<b>- Scenario 1a</b>	« clarification et simplification des consignes de codage de la « grille AVQ » »
<b>-Scenario 1b</b>	« amélioration des consignes ET recueil de la cotation de chaque action de la « grille AVQ » »
<b>- Scenario 1c</b>	« scénario 1a ou 1b ET enrichissement de la description de la dimension cognitive »
<b>Scenario 2 « remplacement de la « grille AVQ » par une nouvelle échelle de dépendance »</b>	

### 4.1 Scénarios 1 : conservation et amélioration de la « grille AVQ ».

Ce scénario conservateur peut se décliner en trois sous-scénarios distincts, selon l'ampleur des modifications.

#### 4.1.1 Scénario 1a : clarification et simplification des consignes de codage de la « grille AVQ »

Il s'agirait, en partant des difficultés décrites ci-dessus (et notamment des questions posées par les établissements sur le forum AGORA), de clarifier et simplifier les consignes de codages pour en améliorer la compréhension. L'objectif poursuivi serait de réduire les marges d'interprétation pour améliorer la robustesse de la « grille AVQ ». Cela devrait aussi permettre de limiter les désaccords futurs en cas de contrôles par l'Assurance maladie. Ce scénario pourrait être mis en œuvre pour le recueil PMSI SSR dès 2015. Des exemples de modifications possibles sont explicités en Annexe 3.

- Avantages de ce scénario :

- Évolution marginale : amélioration d'un outil connu
- Fiabilisation de la mesure de la dépendance par la réduction des incertitudes/interprétations (clarification/explicitation)
- Pas d'alourdissement du recueil pour les codeurs
- Pas de modification du recueil et des formats des RHS
- Rapidité de mise en œuvre (2015)
- Inconvénients :
  - Statu quo sur le score cognitif
  - Statu quo sur la sensibilité au changement dans le temps
- Contraintes :
  - Pour les établissements : formation des codeurs
- Étapes de mise en œuvre :
  - 3<sup>ème</sup> trimestre 2014 : groupe de travail *ad hoc* : une réunion
  - 4<sup>ème</sup> trimestre 2014 :
    - . test qualitatif dans quelques services SSR
    - . publication dans le *Guide méthodologique PMSI SSR 2015* (version provisoire)
    - . formation des codeurs par les DIM des établissements
  - 2015 : évaluation métrologique
- Calendrier du recueil et de l'utilisation des nouvelles données « dépendance » par la classification GME :
  - Recueil PMSI SSR : généralisé dès 2015
  - Utilisation base nationale PMSI SSR 2015 pour faire évoluer la classification GME (sur la base de la DMS) : travaux en 2016 => version GME 2017
  - Utilisation base ENC SSR 2015 pour faire évoluer la classification GME (sur la base des coûts) : travaux en 2017 => version GME 2018

#### **4.1.2 Scénario 1b : amélioration des consignes ET recueil de la cotation de chaque action de la « grille AVQ »**

Il s'agirait d'améliorer les consignes, comme pour le scénario 1a et aussi de recueillir la cotation de chaque action de chacune des variables des scores, afin d'augmenter l'amplitude et la sensibilité des scores physiques et cognitifs. Ce scénario pourrait aussi favoriser la mise en place systématique de la traçabilité et augmenter la robustesse des scores. La cotation serait alors basée sur la description de ce que fait le patient pour chacune des actions constitutives des variables, et non *via* des choix plus ou moins explicités de l'action pour laquelle la dépendance est la plus élevée.

À l'heure actuelle, le score physique comprend quatre variables, couvrant respectivement dix actions distinctes (voire 12 si l'on distingue la mastication et la déglutition dont la cotation semble toutefois difficilement individualisable et, de fait, non individualisée dans les échelles de dépendance les plus courantes) ; ses valeurs s'échelonnent entre 4 et 12. Le score cognitif comporte deux variables, recouvre trois actions et ses valeurs s'échelonnent entre 2 et 8. Ce scénario permettrait d'échelonner les scores entre les valeurs 10 et 40 pour le score physique, et entre 3 et 12 pour le score cognitif.

Toutefois, si ce sont la toilette et les troubles cognitifs qui impactent le plus la prise en charge en SSR, ce scénario paraît déséquilibré : il ne résoudrait pas la question de la dépendance cognitive, dont le score global reste moindre que celui de la dépendance physique. De plus, la moitié des variables du score physique concernerait alors les activités de « locomotion et transferts », contre deux pour l'habillement. Il serait néanmoins envisageable de diminuer le nombre de variables de « locomotion et transferts » et d'ajouter une variable « toilette », éventuellement en remplacement de «habillement». L'ensemble de ces modifications implique une validation métrologique.

○ Avantages :

- Évolution limitée d'un outil connu des codeurs
- Utilisation de toute l'information des fonctions évaluées
- Objectivation de la cotation de chaque action et variable (traçabilité)

○ Inconvénients :

- Saisie : augmentation du nombre de variables recueillies
- Recueil : modification des formats des RHS

○ Contraintes :

- Alourdissement du recueil par les codeurs
- Pour les établissements : formation des codeurs
- Évolution du format des RHS → modification de l'outil de recueil PMSI SSR (éditeurs)
- Impact sur la classification GME à étudier

○ Étapes

- 2<sup>ème</sup> semestre 2014 :
  - . groupe de travail *ad hoc*
  - . étude de faisabilité : test qualitatif dans quelques services SSR
- 1<sup>er</sup> semestre 2015 :
  - . évaluation métrologique
  - . étude de l'impact des modifications sur le groupage GME (transcodage AVQ ancien-AVQ ajusté)
- 3<sup>ème</sup> trimestre 2015 :
  - . information des éditeurs de logiciels
  - . publication du format RHS et de l'annexe « AVQ ajusté »
- 4<sup>ème</sup> trimestre 2015
  - . publication dans le *Guide méthodologique PMSI SSR 2016* (version provisoire)
  - . publication de la fonction groupage SSR ajustée
  - . formation des codeurs par les DIM des établissements

○ Calendrier du recueil et de l'utilisation des nouvelles données « dépendance » par la classification GME :

- Recueil PMSI SSR : généralisé dès 2016
- Utilisation base nationale PMSI SSR 2016 pour faire évoluer la classification GME (sur la base de la DMS) : travaux en 2017 => version GME 2018
- Utilisation base ENC SSR 2016 pour faire évoluer la classification GME (sur la base des coûts) : travaux en 2018 => version GME 2019

### 4.1.3 Scénario 1c : scénario 1a ou 1b ET enrichissement de la description de la dimension cognitive

Ce scénario serait basé sur l'un des scénarios précédents (1a ou 1b) avec, en plus, un renforcement du score cognitif auquel de nouvelles variables seraient ajoutées. Ce scénario impliquerait de reconstruire le score cognitif dans un cadre méthodologique rigoureux, pour mieux décrire les fonctions mentales et sociales et *in fine* mieux prendre en compte cette dimension dans la classification. Il faudrait choisir (ou construire) les variables pertinentes au regard des objectifs poursuivis. En première intention, on pourrait examiner les deux variables proposées par la SOFMER (cf. Annexe 2) : mémoire et tâches cognitives, qui toutes deux sont prises en compte dans la MIF. Pourrait également être discutée la désorientation temporo-spatiale.

Ce scénario aurait l'avantage d'augmenter le nombre d'items cognitifs et pourrait permettre de rendre équivalents les scores physiques et cognitifs en termes de nombre de variables. Là encore une approche métrologique est indispensable pour (re)construire le score cognitif. De plus, les professions devant coder ces variables devront être définies.

- Avantages :
  - Attendu : meilleure prise en compte des difficultés mentales et sociales dans la classification
- Inconvénients :
  - Évolution significative de l'outil d'évaluation de la dépendance
  - Scénario intermédiaire entre les options conservatrices et le changement d'échelle
- Contraintes :
  - Approche métrologique pour définir les variables à ajouter
  - Nécessité de mobiliser les médecins pour le codage des variables « cognitives »
  - Pour les établissements : formation des codeurs
  - Alourdissement du recueil par les codeurs
  - Évolution du format des RHS → modification de l'outil de recueil PMSI SSR (éditeurs)
  - Impact sur la classification GME à étudier
- Étapes :
  - 2<sup>ème</sup> semestre 2014 :
    - . groupe de travail *ad hoc*
  - 1<sup>er</sup> semestre 2015 :
    - . Étude de faisabilité : test qualitatif dans quelques services SSR
    - . Évaluation métrologique
    - . Étude de l'impact des modifications sur le groupage (transcodage AVQ ancien-AVQ modifié)
  - 3<sup>ème</sup> trimestre 2015 :
    - . Information des éditeurs de logiciels
    - . publication du format RHS et de l'annexe « AVQ modifié »
  - 4<sup>ème</sup> trimestre 2015 :
    - . publication du *Guide méthodologique PMSI SSR 2016* (version provisoire)
    - . publication de la fonction groupage SSR ajustée

. formation des codeurs par les DIM des établissements

- Calendrier du recueil et de l'utilisation des nouvelles données « dépendance » par la classification GME :
  - Recueil PMSI SSR : généralisé dès 2016
  - Utilisation base nationale PMSI SSR 2016 pour faire évoluer la classification GME (sur la base de la DMS) : travaux en 2017 => version GME 2018
  - Utilisation base ENC SSR 2016 pour faire évoluer la classification GME (sur la base des coûts) : travaux en 2018 => version GME 2019

## 4.2 Scénario 2 : remplacement de la « grille AVQ » par une nouvelle échelle de dépendance

La revue des grilles de dépendance réalisée par la société *MAPI Consultancy* a conduit à sélectionner deux échelles répondant aux critères de transversalité et de documentation des propriétés psychométriques : la MIF (et sa version pédiatrique la WeeFIM) et le SMAF (éventuellement complétée par le social-SMAF). L'échelle InterRAI serait également envisageable en raison de ses nombreuses composantes qui décrivent l'ensemble des dimensions du handicap, comme d'ailleurs, l'outil GEVA dont l'utilisation comme échelle n'a pas fait l'objet d'une validation métrologique.

Le groupe de travail a estimé qu'il n'y a pas d'outil idéal adapté à l'ensemble des patients hospitalisés en SSR. De ce fait, l'évocation de ce scénario a essentiellement porté sur la MIF, qui, contrairement au SMAF, est déjà utilisée dans de nombreux services MPR neurologique et locomoteur. Cette échelle, qui comporte 16 variables avec chacune sept niveaux de cotation, a une bonne fiabilité inter-juges. Elle est en outre plus sensible au changement dans le temps que l'AVQ, ce qui permet d'évaluer l'évolution de l'autonomie des patients. Elle est bien adaptée pour décrire la dépendance en cas d'affection neurologique et pour certaines affections de l'appareil locomoteur. Mais elle semble moins adaptée pour décrire la réduction de l'autonomie induite par des pathologies telles que l'obésité, les addictions, les lombalgies, les pathologies cardio-vasculaires, etc. En effet, la MIF ne prend en compte ni les activités instrumentales de la vie quotidienne, ni la réduction de participation sociale, qui semblent importantes pour ces pathologies.

La MIF a été validée et a fait l'objet de nombreuses publications dans la littérature internationale. Toutefois, sa traduction en français n'est pas complètement finalisée au regard des recommandations actuellement en vigueur. Il faudrait envisager une « back-translation », ainsi qu'une procédure de validation métrologique pour une utilisation en routine dans la population hospitalisée en SSR.

- Avantage :
  - choix d'une échelle de dépendance validée dans différents contextes d'utilisation sanitaire
- Inconvénients :
  - fort impact sur le personnel des établissements : temps d'apprentissage
  - impact sur la classification GME difficile à anticiper
- Contraintes :
  - nécessité de définir des critères de choix :
    - . échelle validée,
    - . traduction validée,



- . fiabilité,
- . sensibilité,
- . échelle déjà utilisée /connue /reconnue dans les établissements SSR,
- . échelle pouvant être renseignée par tous les personnels soignants,
- . existence de consignes explicites pour chaque variable (et chaque niveau de cotation),
- . disponibilité d'outils de formation,
- . durée maximale de remplissage maximale à définir
- faisabilité d'utilisation dans l'ensemble des secteurs SSR
- droits, coûts,
- Pour les établissements : formation des codeurs
- évolution du format des RHS → modification de l'outil de recueil PMSI SSR (éditeurs)
- Étapes
  - 2<sup>ème</sup> semestre 2014 :
    - . groupe de travail *ad hoc* : définition des critères de choix de la nouvelle échelle
    - . sélection d'une (voire deux) échelle (s)
    - . traduction
    - . étude de faisabilité : test qualitatif dans quelques services SSR
  - 1<sup>er</sup> semestre 2015 :
    - . restitution au Comité technique SSR : choix d'une échelle
    - . évaluation métrologique dans le contexte des établissements SSR français
    - . étude de l'impact sur le groupage (transcodage AVQ-nouvelle échelle ?)
  - 2<sup>ème</sup> semestre 2015 :
    - . information des éditeurs de logiciels
    - . publication anticipée : format RHS et annexe « nouvelle échelle » du *Guide méthodologique PMSI SSR 2016*
    - . publication du *guide méthodologique PMSI SSR 2016* (version provisoire)
    - . publication de la fonction groupage SSR ajustée
    - . formation des codeurs par les DIM des établissements
- Calendrier du recueil et de l'utilisation des nouvelles données « dépendance » par la classification GME :
  - Recueil PMSI SSR : généralisé dès 2016
  - Utilisation base nationale PMSI SSR 2016 pour faire évoluer la classification GME (sur la base de la DMS) : travaux en 2017 => version GME 2018
  - Utilisation base ENC SSR 2016 pour faire évoluer la classification GME (sur la base des coûts) : travaux en 2018 => version GME 2019



## ANNEXE 1 –Membres du groupe de travail « dépendance SSR »

Experts désignés par les différentes fédérations hospitalières et les administrations participant au Comité technique SSR :

- B. Aublet-Cuvelier (*FHF*)
- P. Blondel (*DGOS*)
- B. Bordet (*FHP-SSR*)
- G. Bossy (*FHP-SSR*)
- P. Cormier (*CNIM*)
- J. Dubois (*ATIH*)
- F. Lemoine (*UGECA / FEDMER*)
- D. Mena-Dupont (*CNAMT-TS*)
- A. Menu (*ATIH*)
- P. Métral (*FEHAP*)
- P. Mulot (*FHF*)
- D. Osselin (*DGOS*)
- J.Y. Péliissier (*SOFMER*)
- C. de Peretti (*ATIH*)
- V. Pisetta (*ATIH*)
- P.Y. Roussel (*FEHAP*)
- M. Saïd (*ATIH*)
- F. Sanguignol (*FHP-SSR*)
- J. Talmud (*FEHAP*)
- H. Valdelièvre (*DREES*)
- D. Vial (*CRF*)
- D. Wallet (*ATIH*)

## ANNEXE 2 – Proposition de la SOFMER (scenario 1c)



**Groupe de travail ATIH dépendance**  
**Propositions SOFMER de modification du score AVQ (scénario 1 ATIH)**  
**Document de travail – 6 mars 2014**

- Deux scores de dépendance (activité) équivalents
- Un score dépendance (activité physique) et un score dépendance (activité cognitive)
- 4 items par score (2 items cognitifs supplémentaires)
- Un niveau supplémentaire de cotation (niveau 5) pour décrire les patients incapables de réaliser l'activité quelque soient les aides matérielles ou humaines proposées.
- Un score dépendance (activité) physique sur 20 ; un score dépendance (activité) cognitive sur 20.

### Score de dépendance physique ( /20)

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
Habillage					/5
Locomotion					/5
Alimentation					/5
Continence					/5
					/20

Niveau 1 : activité possible sans aide

Niveau 2 : activité possible avec aide technique ou adaptation (temps plus long > 50%) mais sans aide humaine

Niveau 3 : activité possible avec une aide humaine quotidienne mais non permanente

Niveau 4 : activité possible qu'avec une aide humaine permanente

Niveau 5 : activité impossible quelle que soit l'aide

### Score de dépendance cognitive ( /20)

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
Langage					/5
Mémoire					/5
Comportement					/5
Tâches cognitives					/5
					/20

Niveau 1 : activité normale

Niveau 2 : activité diminuée ou ralentie mais possible sans aide humaine

Niveau 3 : activité diminuée mais possible avec une aide humaine non permanente (surveillance discontinue mais quotidienne)

Niveau 4 : activité diminuée ou dangerosité immédiate mais possible avec une aide humaine permanente (surveillance continue)

Niveau 5 : activité impossible quelle que soit l'aide

Groupe de travail Sofmer T2A : B. Barrois, F. Lemoine, J.P. Devailly, F. Lebreton, J. Pelissier, P.A Joseph, G. Rode

*Siège social : Hôpital de la Salpêtrière Service de Médecine Physique et de Réadaptation 47, Bd de l'Hôpital 75651 Paris cedex 13*

*Agrément Formation Médicale Continue : 100 380*

*Agrément Formation Professionnelle : 11 75 48 263 75*

*Siret : 450 522 826 00012 APE : 913 E*

## ANNEXE 3 – Scenario 1a – Exemples de modifications de la « grille AVQ »

Le scenario 1a est le plus conservateur des 4 scenarios envisagés. Il vise à clarifier et simplifier les consignes de codages pour en améliorer la compréhension. Ci-dessous quelques exemples de modifications possibles :

### Variable « Déplacement et locomotion » - Action : « utilisation des escaliers »

Consignes actuelles	Consignes révisées
Utilisation des escaliers «monter et descendre une volée de marches (12 à 14 marches). Exception, si le mode de déplacement le plus courant est le fauteuil roulant (ou la chaise roulante, le chariot plat, le tricycle, etc.), ne pas coter l'action d'utilisation des escaliers.»	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si la marche et ou les transferts ne sont pas possibles, coter « 4 ».</li> <li>○ S'il n'y a pas observation de cette action par les codeurs en raison de l'utilisation d'un ascenseur, il conviendra de poser la question au masseur-kinésithérapeute en charge du patient.</li> </ul>

### Variable « Alimentation » - Cotation 2 : « supervision ou arrangement »

Consignes actuelles	Consignes révisées
Requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation), OU un arrangement (mise en place d'une prothèse ou d'une orthèse, ouvrir un récipient, couper la viande, beurrer les tartines et verser les liquides) OU requiert une aide pour ouvrir les récipients, couper la viande, verser les liquides.	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation),</li> <li>○ OU un arrangement (mise en place d'une prothèse ou d'une orthèse).</li> <li>○ OU requiert une aide pour ouvrir les récipients ou les bouteilles, couper la viande, beurrer les tartines ou verser les liquides.</li> </ul>

## Variable « Continence » - Cotation 2 : « supervision ou arrangement »

Consignes actuelles	Précisions possibles
<p>Cette variable inclut deux actions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ le contrôle de la miction (assurer un contrôle complet et volontaire de la miction OU utiliser de l'équipement et des moyens nécessaires à ce contrôle)</li> <li>○ le contrôle de la défécation (assurer un contrôle complet et volontaire de la défécation)</li> <li>○ Supervision ou arrangement :</li> </ul> <p>Requiert une supervision (éducation), OU l'arrangement de l'équipement pour maintenir un contrôle satisfaisant OU incontinence exceptionnelle (moins d'une fois par mois)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dénomination de cette variable à reformuler (« Hygiène de l'élimination » ?)</li> <li>○ Supervision ou arrangement :           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Requiert une supervision (éducation)</li> <li>○ OU requiert l'arrangement de l'équipement pour maintenir un contrôle satisfaisant : positionnement et nettoyage du bassin, du pistolet...</li> <li>○ ET incontinence exceptionnelle (moins d'une fois par semaine)</li> </ul> </li> </ul>

## Variable « Relation et communication»

Consignes actuelles	Précisions possibles
<p>Cette variable inclut deux actions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La compréhension d'une communication visuelle ou auditive</li> <li>○ L'expression claire du langage verbal et non verbal</li> </ul>	<p>Traiter explicitement les situations de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Surdité</li> <li>○ Mutit� avec utilisation de la langue des signes</li> <li>○ Aphasie avec expression écrite conservée</li> <li>○ Non francophone nécessitant un interprète</li> </ul>