

Prédiction des durées de séjour en réadaptation en fonction du statut fonctionnel

*Usefulness of functional status to predict length of stay in rehabilitation*Martin E ¹, Mateus S ¹, Rochat S ¹, Büla C ¹, Wasserfallen J-B ²**Résumé**

Objectif : En Suisse, la réadaptation est financée en partie par l'assureur qui fixe préalablement à l'admission un nombre de jours (durée garantie) qu'il s'engage à rembourser. Lorsqu'une durée garantie est trop courte, une demande de prolongation est nécessaire, induisant des démarches administratives. Les objectifs de cette étude étaient a) d'étudier le lien entre durées garanties et caractéristiques du patient ; b) d'estimer les coûts liés aux demandes de prolongation ; c) d'évaluer l'impact de l'introduction d'un modèle d'attribution de durée garantie basé sur l'état fonctionnel du patient.

Méthodes : Les corrélations entre état fonctionnel, durée effective et durée garantie ont été testées sur 208 séjours représentatifs. Des durées garanties fictives ont été calculées à partir de la médiane de durée de séjour de 2 335 patients, groupés selon leur niveau fonctionnel (score des activités de base de la vie quotidienne (BAVQ) 0-1 vs 2-4 vs 5-6), puis comparées aux durées de séjour effectives et garanties.

Résultats : L'état fonctionnel du patient n'est pas corrélé à la durée garantie, et 69 % des séjours nécessitent au moins une demande de prolongation, représentant 2,6 équivalents temps plein en temps administratif projeté sur le canton. L'application du modèle proposé réduirait de 28 % les demandes de prolongation, et n'augmenterait que marginalement la proportion de jours garantis en surplus (11,2 % contre 6,5 % actuellement).

Conclusion : L'utilisation systématique d'un modèle d'attribution de durées garanties basées sur l'état fonctionnel du patient permettrait de réduire sensiblement les coûts administratifs liés aux demandes de prolongation, sans entraîner de risque accru d'une augmentation de la durée de séjour.

Prat Organ Soins 2010;41(1):161-166

Mots-clés : Statut fonctionnel ; durée du séjour ; coûts des soins de santé ; gériatrie ; sujet âgé.

Summary

Aim: In Switzerland, rehabilitation stays are covered by personal insurances; before any admission, the insurance provides approval and a number of days (WD) they will reimburse. When WD is too short, an extension is requested, which results in administrative costs. This process might be improved if insurances based the WD estimation on the patient's health status.

The purpose of this study was to a) study the association between WD and patient's characteristics; b) estimate the overall administrative costs caused by extensions requests; c) develop and test a model of WD estimation based on patient's functional status.

Methods: Correlations between functional status, effective LOS, and WD were tested in a sample of 208 representative rehabilitation stays. Fictive WD were defined as the median LOS of 2 335 reference stays, in three groups, according to the functional level patients belonged to. These fictive WD were then compared to LOS and WD, and their impact was estimated.

Results: No significant correlation was found between patients' functional status and WD. Overall, 69% of rehabilitation stays required at least one extension. The corresponding administrative took up to 2.6 FTE as estimated for the canton. Applying our model would result in a 28% reduction in extensions requests, and would only marginally increase the risk of an increase of rehabilitation stays.

Conclusion: A systematic application of a model based on the patients' functional status proved adequate to define WD. It would likely reduce the administrative costs associated with extension requests without inducing additional financial risk for insurance companies.

Prat Organ Soins 2010;41(1):161-166

Keywords: Functional status; length of stay; health care costs; geriatrics; elderly.

¹ Service de gériatrie et réadaptation gériatrique, Département de médecine, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne, Suisse.

² Direction médicale, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne, Suisse.

Adresse pour correspondance : Estelle Martin, CUTR Sylvana, CHUV / Gér. et Réad. Ch. De Sylvana 10, 1066 Epalinges (Suisse).
E-mail : Estelle.Martin@chuv.ch

INTRODUCTION

En Suisse, le financement des soins est régi par la loi sur l'Assurance maladie obligatoire (LAMal, 1994). Une ordonnance fédérale fixe les modalités de financement des différents types de séjours hospitaliers (aigu, réadaptation, etc.). Les séjours de réadaptation sont actuellement remboursés par l'assureur selon un forfait journalier, les détails des procédures et négociations étant laissés aux cantons. Tout séjour de réadaptation doit être soumis à l'accord préalable du service du médecin-conseil de l'assureur du patient, afin de garantir le caractère approprié, efficace et économique de cette prestation. La convention en vigueur dans le canton de Vaud établit que l'assureur fixe à ce stade le nombre de jours d'hospitalisation qu'il s'engage à financer (durée garantie).

Dans le canton de Vaud, la réadaptation se déroule dans des centres spécifiquement dédiés à cette activité (Centre de traitements et de réadaptation (CTR)) et concerne principalement des personnes âgées et très âgées. Elle s'inscrit dans une politique visant à favoriser le maintien à domicile de ces personnes. La durée d'hospitalisation dépendant des performances initiales du patient et des objectifs visés, chaque séjour peut faire l'objet d'une ou plusieurs demandes de prolongation si la durée garantie initiale n'est pas suffisante.

Le travail administratif découlant des procédures de demande de prolongation est important : du côté de l'hébergeur, identification des séjours, demande de justificatifs aux médecins, envoi d'une demande de prolongation, saisie et transmission de la réponse ; du côté de l'assureur, réception de la demande, décision du médecin-conseil, chiffrage de la prolongation, envoi de la réponse. Une diminution du nombre de demandes de prolongation permettrait de soulager d'autant le travail administratif qui y est directement lié.

Une façon d'obtenir cette diminution serait de prédire la durée de séjour et de fixer initialement des durées garanties qui correspondent à ce dont le patient aura besoin. L'estimation d'une durée de séjour est un problème complexe et aucun modèle connu ne produit d'estimation fiable au jour près pour ce genre de population et ce type de soins, même en introduisant de multiples variables dans le modèle. C'est la raison pour laquelle il n'existe pas de système de financement au cas tel qu'il y en a pour les soins aigus (DRG). La littérature [1, 2, 3] indique qu'il faut de multiples variables pour pouvoir prédire de façon approximative une durée de séjour en réadaptation gériatrique, dont les principales sont l'état fonctionnel (qui est l'élément le plus prédictif), les comorbidités, l'âge, le sexe, les symptômes cognitifs et dépressifs. Bien que ces éléments précis ne soient pas disponibles en amont du

séjour de réadaptation, une information concernant l'état fonctionnel du patient est présente sur la demande préalable adressée à l'assureur. L'observation des pratiques suggère que les durées garanties ne tiennent pas compte, ou insuffisamment, de l'état de santé et du statut fonctionnel du patient. Nous faisons l'hypothèse qu'en tenir compte pourrait suffire à améliorer l'attribution de la durée garantie et diminuer le nombre de demandes de prolongation.

Les objectifs de la présente étude sont les suivants :

- étudier les corrélations entre les durées garanties et l'état fonctionnel du patient, ainsi qu'avec la durée effective de séjour ;
- estimer le coût des démarches administratives induites par le processus dans son ensemble, et en particulier par les demandes de prolongation ;
- évaluer l'impact, sur le service hébergeur ainsi que sur l'assureur, de l'introduction d'un modèle d'attribution de durée garantie basé sur l'état fonctionnel du patient.

MÉTHODES

Cette étude s'est déroulée au Centre universitaire de traitements et réadaptation (CUTR) du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) à Lausanne, Suisse. Cet établissement de 66 lits accueille des patients âgés nécessitant une réadaptation ou une suite de traitement. Des données sociodémographiques (âge, sexe, situation de vie, aide à domicile professionnelle antérieure) et cliniques, en particulier l'état fonctionnel (score des activités de base de la vie quotidienne (BAVQ, voir tableau I) [4]), ainsi que les symptômes dépressifs et cognitifs, sont relevés systématiquement pour tous les séjours au CUTR. Les éléments suivants ont également été relevés dans les dossiers de 208 admissions consécutives sur trois mois : les durées garanties initialement par l'assureur, les divers échanges administratifs au cours du séjour (demandes d'admission préalable, demandes de prolongation, justificatifs), ainsi que le temps passé pour les traiter.

Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients correspondant à ces 208 séjours ont été comparées (test de Wilcoxon, de Student ou de χ^2 en fonction des variables) à celles de tous les patients admis consécutivement entre janvier 2006 et janvier 2009 (2 335 séjours, dits « de référence »), afin d'en vérifier la représentativité.

1. Corrélations entre durées garanties, durées effectives et statut fonctionnel

Dans un premier temps, les caractéristiques des séjours et des patients ont été comparées à la durée garantie initiale. Le coefficient Rho de Spearman a été utilisé

Tableau I
Score BAVQ [4] : activité de la vie quotidienne de base.

Items	Points
<i>1) Se baigner : baignoire, douche ou lavabo</i>	
1. Ne reçoit aucune assistance.	1
2. Reçoit de l'assistance pour laver une partie du corps (dos ou jambes).	1
3. Reçoit de l'assistance pour laver plus qu'une partie du corps.	0
<i>2) S'habiller : prend ses habits de l'armoire et des tiroirs</i>	
1. Prend ses habits et s'habille sans assistance.	1
2. Prend ses habits et s'habille sans assistance, à l'exception des chaussures.	1
3. Reçoit de l'assistance pour prendre ses habits, ou s'habiller, ou ne s'habille pas.	0
<i>3) Aller aux toilettes : va aux toilettes pour uriner ou aller à selle. Se nettoie soi-même et se rhabille</i>	
1. Va aux toilettes, se nettoie et se rhabille sans assistance (peut utiliser une canne, un déambulateur ou une chaise roulante ; peut utiliser le vase, l'urinal ou la chaise percée seul, en les vidant le matin).	1
2. Reçoit de l'assistance pour aller aux toilettes ou pour se nettoyer après ou pour se rhabiller ou pour l'utilisation du vase, de l'urinal ou de la chaise percée.	0
3. Ne peut utiliser les toilettes.	0
<i>4) Se transférer :</i>	
1. Sort, entre dans le lit ou d'une chaise sans assistance (peut utiliser une canne ou un déambulateur).	1
2. Sort et entre dans le lit ou d'une chaise avec assistance seulement.	0
3. Ne sort pas du lit (grabataire).	0
<i>5) Continence :</i>	
1. Contrôle urine et selles totalement de soi-même.	1
2. A des « accidents » occasionnels.	0
3. Nécessite une supervision pour rester propre ou nécessite un cathéter, ou est incontinent.	0
<i>6) Se nourrir :</i>	
1. Se nourrit sans assistance.	1
2. Se nourrit seul mais nécessite de l'assistance pour couper la viande ou beurrer le pain.	1
3. Reçoit de l'assistance pour se nourrir ou est nourri partiellement ou complètement par sonde ou parentéral intraveineuse.	0
<i>Le score est défini par la somme des points. Voici son interprétation : 0 = totalement dépendant ; 6 = totalement indépendant</i>	

pour tester la corrélation entre l'état fonctionnel à l'admission et la durée de séjour garantie, la durée de séjour effective et l'état fonctionnel, et la durée de séjour effective et la durée garantie.

2. Estimation des coûts des démarches administratives

Les séjours ont été catégorisés en trois groupes : ceux pour lesquels le patient est sorti avant l'échéance garantie (il y a donc des jours garantis en surplus, ce qui peut être considéré comme un risque pour l'assureur) ; ceux pour lesquels le patient est sorti le jour exact de l'échéance ; et ceux pour lesquels le séjour a été finalement plus long que la durée garantie initiale. Ce dernier groupe représente les séjours pour lesquels au moins une demande de prolongation a dû être effectuée ; la différence entre la date de sortie effective et la date garantie initialement donne des jours appelés « en défaut ». Le temps généré par les éventuelles demandes de prolongation a été calculé, puis projeté sur l'année pour le CUTR comme pour l'ensemble des structures de réadaptation (CTR) du canton de Vaud, en termes d'équivalents plein temps (ETP).

3. Étude d'un modèle d'attribution de durée garantie

Le modèle a été produit en trois étapes. En premier lieu, trois groupes de dépendance fonctionnelle ont été définis : score BAVQ = 5 ou 6 (peu de limitation) ; score BAVQ = 2-4 ; score BAVQ = 0 ou 1 (forte dépendance). Un test de *trend* à travers les trois groupes de dépendance a été appliqué aux durées effectives d'une part, et aux durées garanties d'autre part, pour les 208 séjours étudiés, afin de vérifier la pertinence du groupage. Ensuite, les données des 2 335 séjours de référence ont été utilisées pour fixer, par groupe de dépendance, une durée fictive égale à la médiane des durées observées dans le groupe correspondant. Enfin, cette durée garantie fictive a été attribuée à chaque séjour en fonction du groupe de dépendance auquel appartient le patient.

Les durées garanties fictives produites par le modèle appliqué aux 208 séjours étudiés ont été comparées aux durées de séjour effectives ainsi qu'aux durées garanties initiales fournies par l'assureur. Les corrélations respectives entre les trois durées de séjour ont été testées par le coefficient Rho de Spearman. La catégorisation

des séjours selon qu'ils ont été plus courts que, égaux à, ou plus longs que la durée garantie fictive a été reprise, et la répartition des différences en termes de journées d'hospitalisation pour chaque catégorie de séjour a été calculée, afin d'estimer l'impact potentiel de l'introduction de ce modèle sur la pratique.

4. Analyses connexes et impact

Des analyses connexes ont été menées d'une part en modifiant le critère de groupage de dépendance, d'autre part en faisant varier la règle d'attribution de durée garantie par groupe, afin de s'assurer qu'une solution proche ne produirait pas de meilleurs résultats. Finalement, le calcul de durées garanties fictives a été appliqué aux 2 335 séjours de référence, ainsi qu'à un groupe test de 425 séjours récents (mars à octobre 2009), pour évaluer l'impact du modèle et déterminer s'il est généralisable sur le long terme.

Les analyses statistiques ont été faites à l'aide du logiciel Stata (Version 10; Stata Corp, College Station, TX).

RÉSULTATS

Les 208 patients pour lesquels les dossiers ont été systématiquement revus ont été testés et trouvés représentatifs de la population admise au CUTR (selon les données de référence), en termes sociodémographiques, fonctionnels, cognitifs et dépressifs, ainsi qu'en termes de durée de séjour.

Pour 52 (25,0 %) des 208 séjours, l'assureur a fourni son accord sans chiffrer de durée garantie. La durée de ces 52 séjours était plus courte que celle des 156 séjours pour lesquels une durée garantie avait été fournie, mais de façon non significative (moyennes $21,9 \pm 13,4$ vs $24,9 \pm 14,2$ jours, médianes $20,5$ vs $22,0$ jours, $P_{\text{wilcox}} = 0,23$). 108 séjours ont fait l'objet d'une demande de prolongation. Le financement n'a été refusé pour aucun séjour, et aucun litige sur la durée du séjour n'a été reporté.

1. Corrélations entre durées garanties, durées effectives et statut fonctionnel

Pour les 156 séjours avec durée garantie chiffrée, la durée de séjour effective était en moyenne et médiane significativement plus longue que la durée garantie initiale (moyennes $24,9 \pm 14,2$ vs $17,2 \pm 4,7$ jours, médianes $22,0$ vs $15,5$ jours, $P_{\text{wilcox}} < 0,0001$).

Les corrélations entre BAVQ, durée garantie initiale et durée effective sont reportées dans le tableau II. Aucune corrélation faisant intervenir la durée garantie n'est significative, alors que la corrélation entre durée effective et BAVQ est fortement significative.

Tableau II
Corrélations de Spearman entre score BAVQ [4], durée garantie initiale et durée effective (Centre universitaire de traitements et réadaptation, Lausanne, Suisse, 2009).

Variable 1	Variable 2	Rho	P-valeur
Durée garantie	Durée effective	0,06	0,4
Score BAVQ	Durée effective	- 0,44	< 0,0001
Score BAVQ	Durée garantie	- 0,13	0,11

2. Estimation des coûts liés aux démarches administratives de prolongation de séjour

Pour les 108 séjours dont la durée de séjour a dépassé la durée garantie initiale, 198 demandes de prolongation ont été effectuées, soit 126,9 % de demandes de prolongation par rapport au nombre de séjours total (156). Lorsqu'une prolongation au moins a dû être demandée, une seule demande a suffi dans 58 % des cas. Pour le CUTR, les demandes de prolongation génèrent à elles seules un travail administratif correspondant à 0,2 ETP. Ce temps administratif passe à 0,47 ETP lorsque s'y rajoute l'intégralité du processus (gestion des demandes d'admission, des réponses, actions, archivage, etc.).

Le tableau III montre la répartition des séjours en trois catégories : les séjours plus courts que la durée garantie initiale, les séjours de durée égale à la durée garantie initiale, et les séjours plus longs que la durée garantie initiale. Dans la majorité des cas (69 %), la durée de séjour effective était supérieure à la durée garantie par l'assureur. Le tableau III montre également que les 1 465 journées remboursées par les assureurs en supplément de leur durée garantie initiale représentent 37,7 % de l'ensemble des journées (3 886) correspondant aux 156 séjours chiffrés. Réciproquement, 263 journées (6,5 % de toutes les journées remboursées pour les 156 séjours chiffrés) faisant partie de la durée garantie initiale n'ont pas été utilisées, le patient étant sorti plus rapidement.

3. Étude d'un modèle d'attribution de durée garantie

Le groupage par niveau de dépendance est pertinent comme le montre le test de *trend* à travers les groupes : ce test est significatif pour la durée de séjour effective ($P < 0,0001$) comme pour la durée garantie, bien que dans une très moindre mesure ($P = 0,04$).

Le tableau IV montre les durées moyennes et médianes de séjours regroupés selon le niveau de dépendance, pour les 2 335 séjours de référence. Les durées garanties fictives des 208 séjours étudiés, obtenues par le

modèle utilisant ces résultats, étaient significativement corrélées avec les durées de séjour effectives (Spearman Rho = 0,40 et $P < 0,0001$) et avec les BAVQ (vérification, Spearman Rho = $-0,91$ et $P < 0,0001$). Elles étaient de plus faiblement corrélées avec les durées garanties réelles (Spearman Rho 0,17 et $P = 0,04$). Sur les 156 séjours pour lesquels une durée garantie a été chiffrée, l'attribution d'une durée garantie basée sur ce modèle n'induirait des demandes de prolongation que pour 78 (50 %) séjours, *versus* les 108 séjours pour lesquels des demandes ont réellement été effectuées, soit une réduction de 27,8 % des demandes de prolongation.

4. Analyses connexes et impact

Le tableau V montre la catégorisation, sur les données de référence, des journées en surplus, respectivement en défaut selon trois règles d'attribution de durée garantie fictive : en attribuant une durée garantie fictive égale à a) la médiane - 1 jour ; b) à la médiane ; c) à la médiane + 1 jour des séjours observés. Deux répartitions différentes selon les BAVQ ont été également étudiées (BAVQ = 0, BAVQ > 0 et < 6, BAVQ = 6 ; et BAVQ = 0-1-2 ; BAVQ = 3 ; BAVQ = 4-5-6), mais produisent des résultats peu intéressants du fait du petit nombre de séjours pour les groupes les plus restreints.

Enfin, l'application du modèle, adapté à l'évolution des durées médianes par groupe (16/22/33 *versus* 16/21/29 initialement), aux 425 séjours admis au CUTR entre mars et octobre 2009, fournit des résultats similaires. Une demande de prolongation resterait nécessaire dans 47 % des cas, avec seulement 22 % de jours en défaut et 12 % de jours en surplus.

DISCUSSION

La présente étude a confirmé l'hypothèse que les durées garanties ne sont corrélées, ni avec l'état fonctionnel du patient (prédicteur reconnu de la durée de séjour dans ce type de population et ce type d'hospitalisation), ni avec la durée de séjour effective. La durée garantie est en

Tableau IV
Durées moyennes et médianes de séjours regroupés selon le niveau de dépendance, N = 2335 séjours de référence (Centre universitaire de traitements et réadaptation, Lausanne, Suisse, 2009).

Groupe BAVQ	Nombre patients	Durée moyenne (j)	Durée médiane (j)
AVQ = 5-6	509	17,5	16
AVQ = 2-4	1 267	24,0	21
AVQ = 0-1	559	30,6	29

moyenne de sept (médiane : 5,5) jours trop courte, ce qui représente plus de 25 % de la durée d'un séjour habituel au CUTR. La conséquence est qu'une ou plusieurs demandes de prolongation doivent être faites pour la majorité des séjours. Ces demandes utilisent 0,2 ETP dans l'institution pour ce qui concerne le travail administratif (c'est-à-dire sans compter le temps médical nécessaire à documenter les demandes de prolongation).

Ces constatations nous paraissent importantes pour plusieurs raisons. D'abord, le CUTR fonctionne de manière similaire aux autres centres de traitements et réadaptation du canton, dont elle représente environ 13 % des séjours. Une projection cantonale nous amènerait donc à estimer que 2,6 ETP sont consacrés aux démarches purement administratives découlant des seules demandes de prolongation. À cette estimation, il faudrait encore ajouter celle des coûts liés au temps passé par les médecins lorsque des rapports justificatifs écrits leur sont demandés. De leur côté, les assureurs ont probablement un travail administratif comparable pour la gestion de ces demandes de prolongation. Dans un contexte de coûts de santé en constante augmentation, il nous paraîtrait particulièrement pertinent de tenter de réduire les coûts administratifs engendrés par la procédure actuelle.

Le modèle proposé ici permet de définir des durées garanties adaptées à l'état fonctionnel du patient avant son admission en réadaptation. Il est simple à mettre en œuvre et facilement compréhensible, ce qui est nécessaire pour que les acteurs gardent la maîtrise des

Tableau III

Comparaison des durées garanties et des durées de séjour effectives, répartition des jours en surplus ou en défaut (N = 156) (Centre universitaire de traitements et réadaptation, Lausanne, Suisse, 2009).

	Séjours		Jours	
	N (%)	N (%)	Moyenne (médiane)	
Garantie > DMS ^a (jours en surplus)	39 (25 %)	263 (6,5 %)	6,74 (5)	
Garantie = DMS	9 (6 %)	0	0	
Garantie < DMS (jours en défaut)	108 (69 %)	1 465 (37,7 %)	13,6 (10)	

^a DMS : durée médiane de séjour dans le groupe BAVQ concerné.

Tableau V
Différences entre les durées de garantie fictives et les durées de séjour effectives, répartition des jours en surplus ou en défaut, trois types d'attribution de durée fictive (N = 2 335)
(Centre universitaire de traitements et réadaptation, Lausanne, Suisse, 2009).

	Médiane - 1 j		Médiane (16/21/29)		Médiane + 1 j	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Garantie > DMS						
Séjours	882	37,7	1 067	45,7	1 325	56,7
Jours en surplus	5 575	8,5	7 412	11,2	9 675	14,6
Garantie = DMS						
Séjours	125	5,4	162	6,9	99	4,2
Garantie < DMS						
Séjours	1 328	56,9	1 106	46,6	911	39,0
Jours en défaut	15 152	23,0	12 828	19,4	10 930	16,6

éléments sur lesquels ils basent leurs estimations. Malgré sa simplicité et le fait qu'il ne soit basé que sur une seule caractéristique du patient, ce modèle fournit des résultats qui laissent espérer une diminution importante du nombre de demandes de prolongation s'il était appliqué en routine.

Enfin, ce modèle semble peu susceptible d'entraîner un rallongement des séjours, puisque dans nos estimations concernant le cas particulier du CUTR, la proportion de journées garanties en surplus (qui préfigure le risque couru par les assureurs) n'augmenterait que de 5 %.

Les analyses connexes effectuées afin d'affiner le modèle nous confortent dans les choix qui ont abouti au modèle proposé. Comparativement à celui-ci, attribuer une durée garantie basée sur la médiane moins un jour n'apporterait probablement pas une diminution du nombre de prolongations suffisante pour satisfaire le centre de réadaptation. Réciproquement, attribuer une durée garantie basée sur la médiane plus un jour impliquerait un nombre de jours en surplus qui pourrait représenter un risque trop important pour l'assureur.

La façon de grouper selon le niveau fonctionnel peut varier également. Dans le cas présent, les BAVQ sont l'indicateur fonctionnel fourni à l'assureur et les groupages autres que celui finalement utilisé produiraient des groupes trop dissemblables des nombres de séjours concernés. Les groupes pourraient être fixés différemment, par exemple dans le cas où un autre instrument est utilisé pour décrire l'état fonctionnel du patient. Le modèle présenté est applicable assez rapidement pour que des adaptations puissent être envisagées, dans le but de le faire coïncider avec les pratiques locales. L'idée centrale restant le fait que la durée de séjour en

réadaptation gériatrique est en premier lieu liée à l'état fonctionnel du patient.

Notre étude comporte des limitations. Elle ne concerne qu'un seul centre, même si le nombre de patients est relativement élevé. Une application du modèle aux autres CTR membres de l'association « Label CTR » dans le canton de Vaud, de même qu'à des centres comparables en Suisse Allemande, permettrait de vérifier si nos observations sont généralisables.

En conclusion, notre travail démontre qu'une prise en compte de l'état fonctionnel du patient pour fixer les durées garanties initiales permettrait de réduire considérablement la charge administrative, sans entraîner de risque financier pour les assureurs.

RÉFÉRENCES

1. Deschamps E, Martin E, Nicolet JF. Quels groupes de patients pour financer la réadaptation ? La démarche des Centres de traitement et de réadaptation vaudois. *Epistula*. 2005;57:4-12.
2. Patrick L, Knoefel F, Gaskowski P, Rexroth D. Medical comorbidity and rehabilitation efficiency in geriatric inpatients. *J Am Geriatr Soc*. 2001;49:1471-7.
3. Lulu RE, Schmitz-Scherzer R. Estimating length of stay of geriatric rehabilitation patients. *Z Gerontol Geriatr*. 2002;35:232-40.
4. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185:914-9.