

INTRODUCTION

« Les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale. Leur objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. »
Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, 4 mai 1996

SP : Soins Palliatifs **USP** : Unité de SP **LISP** : Lits Identifiés SP **EMSP** : Équipe Mobile de SP **Réseau SPRC** : Réseau SP en Région Centre

Créé à l'initiative de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (devenue ARS) en 2001, le **Réseau de soins Palliatifs de la Région Centre (SPRC)** a pour mission d'animer la cohésion des différents acteurs des soins palliatifs, et d'organiser des actions de sensibilisation à destination du grand public. En plus des 12 Équipes Mobiles de SP (EMSP) intra-hospitalières, et de l'Unité dédiée de SP (USP), le réseau régional a permis la création de six Équipes d'Appui Départementales en Soins Palliatifs (EADSP) et d'une équipe mobile pédiatrique régionale (Pallience).

Cette étude est basée sur les données du Réseau SPRC et des données issues des bases PMSI, qui enregistrent **toutes les hospitalisations de SP « produites » en RC** ou **« consommées » par les habitants de la RC** en :

- **MCO** (Médecine-Chirurgie-Obstétrique dit de « court séjour ») : séjours en USP (10 lits), en Lits Identifiés Soins Palliatifs (231 LISP) ou en lits MCO autres, hors USP/LISP ;
- **SSR** (Soins de Suite et de Réadaptation) : 72 LISP ;
- **HAD** (Hospitalisation A Domicile) ;
- **Psychiatrie** : 1 seul cas codé en 2011, bien qu'une dizaine de patients annuels bénéficient de l'expertise de l'UMASP du 37-Indre-et-Loire.

Équipement en lits de SP :

L'équipement national moyen MCO+SSR est de 7,6 LISP/100000 habitants en 2010, pour un objectif minimal de 5 LISP/100000 habitants (*Etat des lieux du développement des soins palliatifs en France en 2010, rapport Aubry 2011*)

Bilan de l'existant au 01/06/2012 en RC (Données Réseau SPRC-ARS)

Dpt	Nb EMSP	Lits USP	LISP MCO	Total lits MCO/100 000 hab*	LISP SSR	Total LISP SSR/100 000 hab*	Total lits /100 000 hab*	Nb autor. HAD
18	3	0	40	12,8	11	3,5	16,3	2
28	2	0	48	11,1	4	0,9	12,1	1
36	1	0	23	9,9	9	3,9	13,8	1
37	2	10	36	7,7	4	0,7	8,4	2
41	2	0	35	10,5	15	4,5	15,1	1
45	2	0	49	7,4	29	4,4	11,8	2
RC	12	10	231	9,4	72	2,8	12,2	9

* Population INSEE 2012

Avec 12 lits/100000 habitants, la RC se situe dans les régions les mieux dotées en France : 7ème rang sur 22 régions pour les LISP, mais une des régions les moins dotées en lits d'USP ; et bien dotée en HAD, mais avec une couverture partielle pour le Cher et l'Indre.

Objectif de l'étude : description de la Consommation/Production hospitalière de Soins Palliatifs de l'Adulte en RC.

MÉTHODES

Extraction des données d'hospitalisations à partir des trois PMSI

- **MCO** : hospitalisations enregistrées sous forme de **séjours**, comportant un Diagnostic Principal (DP), +/- un Diagnostic Relié (DR) +/- des Diagnostics Associés Significatifs (DAS). Les SP ont été sélectionnés à partir du code diagnostique Z515 « Soins Palliatifs » indistinctement en DP ou DAS, pour prendre en compte l'avantage tarifaire donné par le codage du Z515 en DAS depuis 2011 qui a modifié les habitudes de codage. Chaque séjour est identifié LISP/USP ou Autre (ni LISP, ni USP) et donne lieu à une facturation en **4 Groupes Homogènes de Séjours (GHS) spécifiques de SP** ou divers GHS, selon la position du Z515 (DP ou DAS) et le lieu d'hospitalisation. Les erreurs d'autorisation (588 séjours LISP codés en autorisation USP) ont été corrigées. La valorisation a été calculée au tarif GHS+bornes+suppléments.
- **SSR** : hospitalisations enregistrées sous forme de **semaines**, au sein d'un séjour. Chaque semaine comprend une Finalité Principale de prise en charge (FP), une Manifestation Morbide Principale (MMP), une Affection Étiologique (AE) +/- des DAS. La dépendance est cotée selon la grille AVQ (Activités de la Vie Quotidienne). Les SP ont été sélectionnés par la présence du Z515 en FP, ou en DAS seulement en cas de décès. Chaque résumé hebdomadaire est orienté en **un Groupe de Morbidités Dominantes (GMD) spécifique de SP** ou divers GMD, selon la position du Z515 (FP ou DAS). Les GMD sont valorisés en points IVA (Indice de Valorisation de l'Activité), convertis en euros ("tarif de journée IVA" de SP). Un "tarif de journée réel" de SP a été calculé, pour chaque établissement public, à partir de la dotation globale d'un lit de SP/329 jours (taux d'occupation~90%, donnée ARS). Pour les établissements sans lit de SP, on utilise la dotation SSR de base. Pour chaque établissement privé, le prix de journée est connu.
- **HAD** : hospitalisations enregistrées sous forme de **séquences**, au sein d'un séjour. Chaque séquence est caractérisée par une combinaison d'un Mode de prise en charge Principal (MP) et Associé (MA), d'un DP +/- de DAS, et de l'Indice de Karnofsky (IK), caractérisant la dépendance (en association avec l'AVQ). Les SP ont été sélectionnés par l'orientation en MP/MA n°04 « Soins palliatifs » ou par Z515 en DP/DAS associé à un décès et à un MP n°01 « Assistance respiratoire », 07 « Prise en charge de la douleur » ou 14 « Soins de nursing lourds ». Chaque séquence est orientée par pondération des MP, MA et IK vers un ou plusieurs (en fonction de la durée) **Groupes Homogènes de Tarifs (GHT) non spécifiques des SP**. La valorisation a été calculée au tarif GHT.

Analyses : les résultats seront présentés selon 2 axes :

- **Consommation** (séjours de patients domiciliés en RC, quel que soit le lieu de prise en charge) : indicateurs Patients et Séjours. Le **Taux de recours** est défini comme le nombre d'hospitalisations par habitant du territoire considéré, **standardisé par âge et sexe** (population INSEE France 2009), pour effacer l'effet d'une structure par âge et sexe différente entre territoires.
- **Production** (séjours réalisés en RC, quel que soit le domicile du patient) : indicateurs Séjours.

CONSUMMATION (patients domiciliés en Région Centre)

De 2009 à 2011, la **consommation** est de 22 931 séjours de SP soit une **moyenne de 7 600 séjours/an pour 5 800 patients/an domiciliés en RC**. **91,5% de l'activité se fait en hospitalisation complète (HC)**. **79% des patients avec SP n'effectuent qu'un seul séjour** (2 séjours : 14%). Avec **76% de SP avec cancer**, le sex-ratio et la pyramide des âges sont très superposables à ceux du cancer en RC*. L'âge moyen du décès par cancer est de 70 ans, très inférieur à celui du décès en l'absence de cancer codé (81 ans, $p < 0,001$). Environ **90 patients/an (1,5%) ont moins de 40 ans**.

Tableau 1 Données patients hospitalisés avec SP en MCO, domiciliés en RC

	2009	2010	2011
Patients distincts (n)	5919	5750	5756
Sex-ratio H/F	1,24	1,26	1,27
Age moyen [min-max]	72,3 [19-106]	72,3 [18-109]	72,5 [18-107]
18-39 ans (%)	1,6	1,3	1,6
40-74 ans (%)	48,3	48,9	47,4
≥75 ans (%)	50,1	49,8	51,0
Décès (%)	69,5	70,7	68,9
Age moyen du décès	72,8 [23-103]	72,6 [18-109]	72,6 [18-104]
SP avec cancer (%)	75,7	77,1	75,9
Age moyen décès si cancer	69,8 [23-101]	70,0 [18-99]	69,8 [18-100]

Figure 1 Pyramide des âges

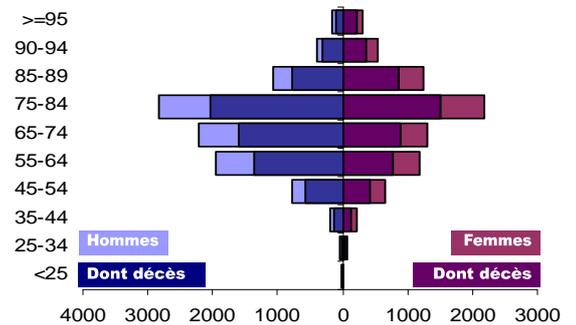
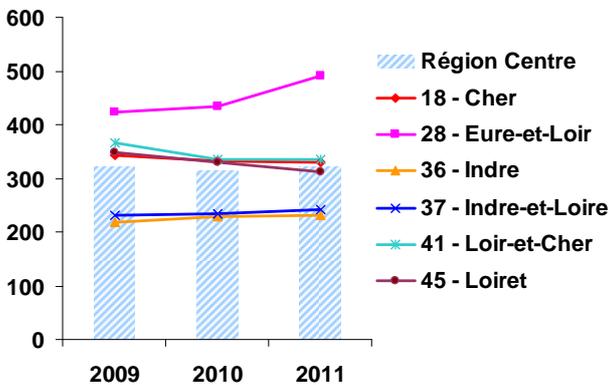


Figure 2 Taux de recours aux SP en MCO, standardisé par âge et sexe, Hospitalisation Complète (HC) et de Jour (HJ), RC

Séjours en HC/100 000 hab.



Séjours en HJ/100 000 hab.

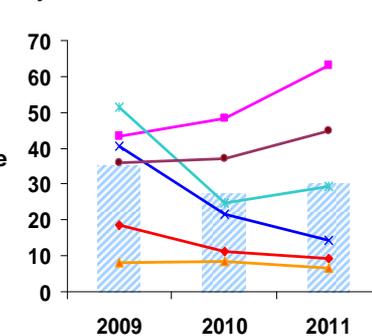
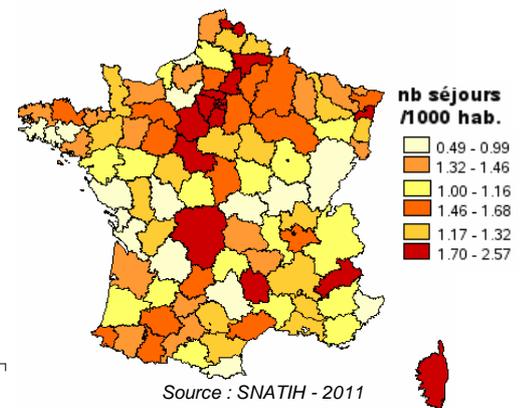


Figure 3 Taux de recours aux GHM de SP (Z515 codé en Diagnostic Principal)



Au vu du codage, les taux de recours aux SP en HC sont stables pour la RC entre 2009 et 2011 (séjours/journées de SP) et plus élevés chez l'homme, reflet de la population prise en charge en SP. Deux départements ont de faibles taux de recours standardisés (moins consommateurs "à âge égal") : 37-Indre-et-Loire (le plus sous-doté en nombre de lits/habitant) et 36-Indre malgré une bonne offre de soins, mais avec une population plus âgée, donc des taux de recours bruts (non présentés) plus élevés. Les taux de recours les plus élevés sont observés pour le 28-Eure-et-Loir. On retrouve les mêmes tendances pour les taux de recours en jours (non présentés).

Nos données divergent des données ministérielles, figure 3 (séjours de SP codés uniquement en DP) : les patients du 41-Loir-et-Cher paraissent plus consommateurs sur la carte, car les SP y sont plus fréquemment codés en DP (65% vs 55% ailleurs).

La part de l'HJ est faible (8,5%) mais son recours semble augmenter dans les 2 départements du nord de la RC. L'HJ correspond cependant majoritairement à des séances de radio-/chimiothérapie (60%) avec SP en DAS. Le codage des SP en HJ ne semble pas fiable pour différencier les patients :

- en situation palliative (radio-/chimio-thérapie palliative)
- ou avec recours aux équipes ressources de SP (probablement sous-codé).

Tableau 3 Par pathologie : séjours, DMS et taux de recours en séjours de SP en MCO (standardisé par âge et sexe)

Pathologies (liste adaptée de l'ONFV)*	Séjours HC	DMS, jours	Taux de recours, séjours HC/an/100 000 hab	Séjours HJ
Tumeur maligne	78,9%	18,2	254,0	89,8%
Cardio/neurovasculaire	9,6%	20,0	28,9	1,4%
Neuro-squelettique	2,7%	19,3	8,7	4,1%
Pathologie respiratoire chronique	2,2%	19,9	7,0	0,8%
Démence	2,7%	22,6	8,1	0,5%
VIH/hépatite chronique	0,9%	17,1	2,9	0,3%
Autre	3,1%	16,4	9,6	3,2%
Total séjours 2009-2011	20 973 (100%)	18,5	319,1	1 958 (100%)

* Observatoire National de la Fin de Vie, rapport 2011 : Fin de vie – un premier état des lieux – p.105

Tableau 2 Codage en HJ

	Nb séjours HJ	Diagnostic Principal (%)		
		SP	Radio/chimio-thérapie (séance)	Autre
2009	750	13	61	26
2010	579	11	62	27
2011	629	11	56	33

La prise en charge hospitalière du cancer représente le premier motif de recours aux SP en HC (80%) et en HJ (90%), suivi par les maladies cardio-vasculaires (HC). Ces pathologies constituent les deux premières causes de décès en France. Viennent ensuite, à part égale en HC, les pathologies neuro-squelettiques (neuro-musculaires et ostéo-articulaires, avec comme 1^{er} diagnostic l'amyotrophie spinale : 19%), respiratoires et les démences. Les « autres » motifs de recours aux SP sont présents, pour moitié, dans la liste de l'Observatoire National de la Fin de Vie.

On observe peu de disparités des DMS par pathologies, toutes proches de 3 semaines.

➤ **PRODUCTION** (patients hospitalisés en Région Centre)

- **Production stable des SP en MCO en RC : moyenne annuelle de 7 200 séjours pour 5 600 patients.** L'HC représente 6 700 séjours/an (92%), stable en RC mais avec hétérogénéité départementale : stable sur 3 départements, en augmentation en Eure-et-Loir et en Indre, en diminution dans le Loiret. La DMS en HC est de 18 jours : >6 jours à la borne haute des GHS de SP. L'HJ, quasi-inexistante dans le Cher et l'Indre, n'augmente que dans le Loiret.
- **Le codage des SP se modifie de 2009 à 2011 :** augmentation des SP codés en DAS, passant de 42% à 47%.
- Alors que le **nombre de patients hospitalisés en RC reste stable sur la période, le nombre de patients vus par les EMSP a augmenté** : +22%, de 3 566 à 4 341 (en très grande majorité en MCO), excepté dans le 41-Loir-et-Cher (Données Réseau SPRC).
- **La production en SP est majoritairement publique** : 85% des séjours / 83% des patients.

Tableau 2 Séjours avec SP en MCO produits en RC en HC et HJ, Nombre, DMS et tarifs des séjours*

Département de prise en charge	2009				2010				2011				
	USP	LISP	Autres**	Total	USP	LISP	Autres**	Total	USP	LISP	Autres**	Total	
18-Cher	HC, Nb Séjours	461	433	894	490	392	882		520	378	898		
	DMS, jours	18,4	18,7	18,5	19,4	20,3	19,8		18,6	20,8	19,6		
	Tarif/séjour, €	7 908	6 632	7 290	8 377	7 571	8 019		8 117	8 766	8 390		
	HJ, Nb Séjours		12			3				15			
			537			645			547				
28-Eure-et-Loir	HC, Nb Séjours	475	896	1 371	489	852	1 341		635	946	1 581		
	DMS, jours	20,9	16,5	18	21,7	16,6	18,4		18,9	14,9	16,5		
	Tarif/séjour, €	10 219	6 016	7 472	10 420	6 310	7 809		8 391	6 588	7 312		
	HJ, Nb Séjours		151			135				196			
		475			456				436				
36-Indre	HC, Nb Séjours	219	142	361	185	196	381		203	204	407		
	DMS, jours	18,3	14,4	16,8	17,9	17	17,4		19,7	15,3	17,5		
	Tarif/séjour, €	8 985	5 409	7 578	8 760	6 258	7 473		9 189	6 298	7 740		
	HJ, Nb Séjours		7			4				8			
		702			707				688				
37-Indre-et-Loire	HC, Nb Séjours	190	569	512	1 271	197	518	521	1 236	197	493	557	1 247
	DMS, jours	14,9	19,5	14,8	16,9	14,1	20	15,5	17,2	14,3	20,3	16,3	17,5
	Tarif/séjour, €	8 974	6 863	6 579	7 064	8 543	7 022	6 987	7 250	8 562	7 045	7 321	7 408
	HJ, Nb Séjours		315			127				70			
		440			473				496				
41-Loir-et-Cher	HC, Nb Séjours	578	389	967	570	385	955		594	369	963		
	DMS, jours	21	24,4	22,4	21,5	18,2	20,2		23,2	19,5	21,8		
	Tarif/séjour, €	7 792	8 961	8 263	8 033	7 682	7 892		8 728	8 026	8 459		
	HJ, Nb Séjours		79			40				76			
		529			461				456				
45-Loiret	HC, Nb Séjours	525	1 314	1 839	770	944	1 714		684	896	1 580		
	DMS, jours	20	16,1	17,2	19,5	19	19,2		19,6	18,4	18,9		
	Tarif/séjour, €	8 927	6 826	7 426	8 564	7 655	8 063		8 710	8 116	8 374		
	HJ, Nb Séjours		124			102				202			
		634			493				488				
Région Centre (RC)	HC, Nb Séjours	190	2 827	3 686	197	3 022	3 290	6 509	197	3 129	3 350	6 676	
	DMS, jours	14,9	19,9	17,1	18,2	14,1	20,2	17,8	18,8	14,3	20,1	17,3	18,5
	Montant total RC, M€	1,71	23,56	24,85	50,12	1,68	25,63	23,39	50,71	1,69	26,03	25,14	52,86
	Tarif/séjour, €	8 974	8 335	6 743	7 478	8 543	8 482	7 111	7 791	8 562	8 319	7 505	7 918
	Tarif/jour, €	601	420	394	411	604	420	400	416	600	414	434	426
	Tarif/patient, €	12537	9459	7709	8803	11936	9600	8075	9235	10608	9619	8643	9526
	HJ, Nb Séjours		688				411				567		
	Tarif global, M€		0,34				0,19				0,27		
		497				475				471			

* Tarif = Tarif réel = GHS (Groupe Homogène de Séjours) + suppléments + borne haute - borne basse

** Autres = Z515 en DP (lit conventionnel hors GHS LISP/USP) ou Z515 en DAS (LISP ou lit conventionnel)

▪ **Principales caractéristiques de production USP/LISP/Autres :**

- **DMS** : durée de séjour en USP (15j, médiane : 12j) inférieure de 5 jours à celle des LISP (20j, médiane : 15j) ("Autres" : 17j, médiane : 9j) et similaire, tous séjours confondus, qu'il y ait ou non décès.
 - **Décès** : fréquence des décès inférieure en USP qu'en LISP (53% vs 65% des séjours), avec retour à domicile plus fréquent (39% vs 23%) ("Autres" : 51% de décès).
 - **Age des patients** : plus jeunes en USP (66 ans) qu'en LISP (72 ans) ("Autres" : 72 ans).
 - **Nombre moyen de séjours / patient** : 1,4 [1-5] en USP (diminution en 2011 à 1,2) vs 1,1 en LISP et autres lits (stable).
- Au total, l'USP accueille des patients plus jeunes, avec projet complexe et retour programmé à domicile ; la DMS élevée des LISP pourrait être liée à l'existence d'un délai entre une prise en charge initialement curative et le début d'une démarche palliative. Les séjours "Autres" sont plus composites : 24% SP en DP (et en diminution) et 76% de SP en DAS, d'où une grande disparité des GHM.

▪ **Valorisation :**

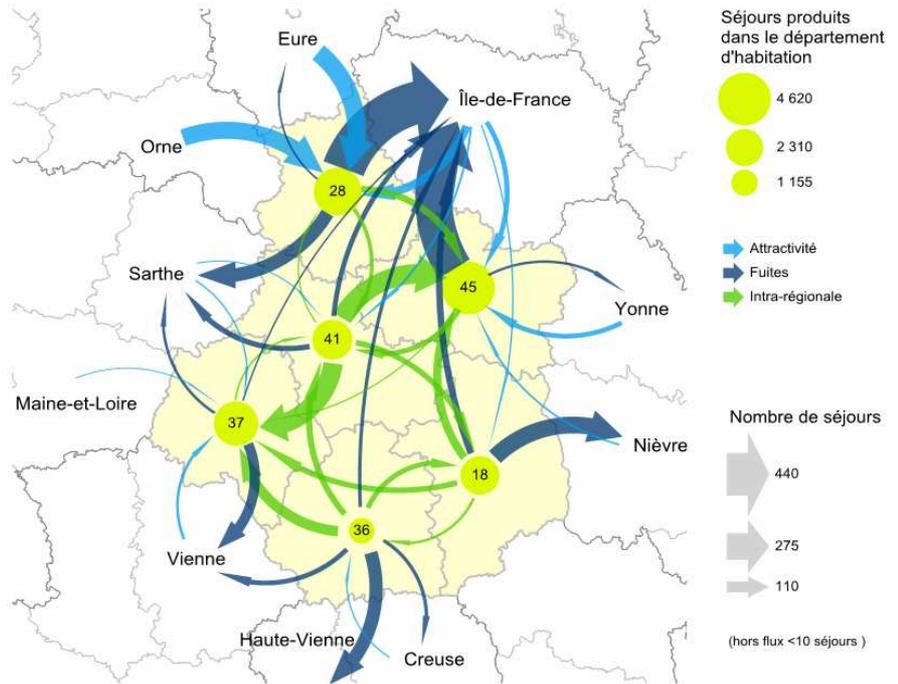
- **Tarif séjour (HC) : meilleure valorisation des séjours en 2011** (+2,7 M€ entre 2009 et 2011, soit plus de 5%) non liée à la revalorisation des tarifs séjours, mais à un codage plus valorisant des séjours hors structures dédiées ou hors GHM de SP, grâce à l'usage du code Z515 en DAS (niveau de sévérité 3). La seule USP, rattachée au secteur public, est valorisée à hauteur de 8 500 €/séjour, à peine plus (+250 €/séjour) qu'un séjour en LISP, voire moins (-650 €/séjour en 2011) en ne considérant que le secteur public, du fait des DMS plus courtes. L'effet « borne haute » (+ 300 à 400 €/jour) est favorable aux LISP : DMS>8j à la borne haute. L'augmentation des suppléments en lit "Autre" (700 à 1 000 €/séjour) explique en partie que les tarifs se rapprochent entre LISP et lits autres (suppléments dans 11,4% des séjours en 2009 vs 16,1% en 2011 : réanimation (5%), surveillance continue (8%), soins intensifs (4,5%)). L'hétérogénéité départementale des tarifs LISP est liée à l'effet « tarif » public/privé distinct : + 2 000 € pour le GHS LISP en public et +3 000€ en tarif moyen des séjours publics mais hors actes et honoraires des professionnels dans le privé. Pour information, ces honoraires (données PSLV 2011) représentent 900 €/séjour sur le GHS LISP de SP, dont 10% consultations médicales, 28% actes de radiologie/biologie, 24% actes paramédicaux, 38% autres actes médicaux. Le tarif moyen plus bas en Indre-et-Loire s'explique par une proportion plus faible de séjours en LISP public : 41% vs 60-100% dans les autres départements.
- **Tarif patient** : la différence importante entre les 3 types de lit a tendance à s'amenuiser. Le tarif/patient diminue en USP, car le nombre de séjours/patient en USP diminue.
- **Tarif d'un lit** (calculé à taux d'occupation=100% et dans les conditions actuelles de codage et tarification) : en 2011, un lit d'USP =169 000 €/an, un LISP = 113 000 €/an.
- **Tarif séjour (HJ)** : la valorisation est un peu inférieure au tarif du GHS de SP (550 €), du fait d'une part majoritaire de séances de chimio-radiothérapie pour cancer avec codage des SP en DAS.

Figure 4 HC en USP/LISP/autres : production+consommation=21 868 séjours

Tableau 5 HC en USP/LISP/autres : évolution

Taux en %	Auto-suffisance	Attractivité hors RC	Fuite hors RC	
2009	18-Cher	88	3	11
	28-Eure-et-Loir	96	11	12
	36-Indre	71	2	17
	37-Indre-et-Loire	112	3	5
	41-Loir-et-Cher	85	1	5
	45-Loiret	102	3	8
Région Centre	95	4	8	
2010	18-Cher	89	2	11
	28-Eure-et-Loir	92	11	15
	36-Indre	71	2	17
	37-Indre-et-Loire	107	3	6
	41-Loir-et-Cher	90	2	3
	45-Loiret	100	3	9
Région Centre	94	4	9	
2011	18-Cher	92	4	11
	28-Eure-et-Loir	96	12	14
	36-Indre	74	3	17
	37-Indre-et-Loire	104	2	6
	41-Loir-et-Cher	91	2	3
	45-Loiret	98	2	9
Région Centre	95	5	9	

* Capacité à prendre en charge ses propres patients (=production/consommation)



⚠ (Séjours produits dans le département d'habitation) non proportionnels aux (Flux)

Figure 5 Hospitalisation de Jour (y compris au cours de séances) n=2 072

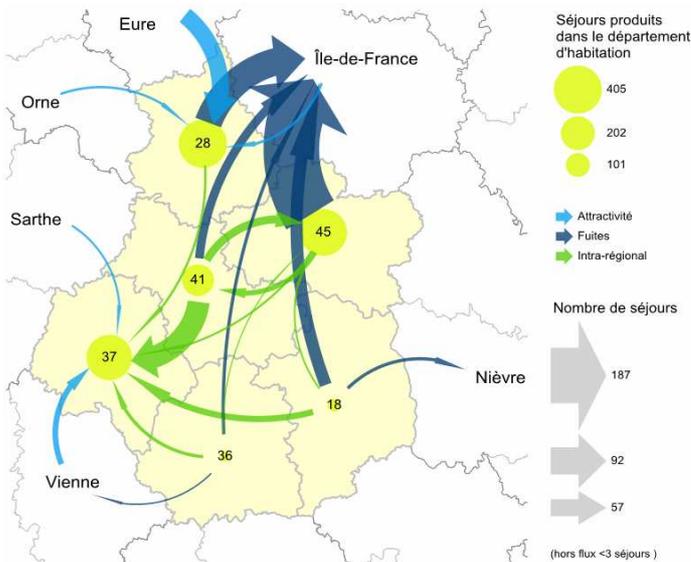
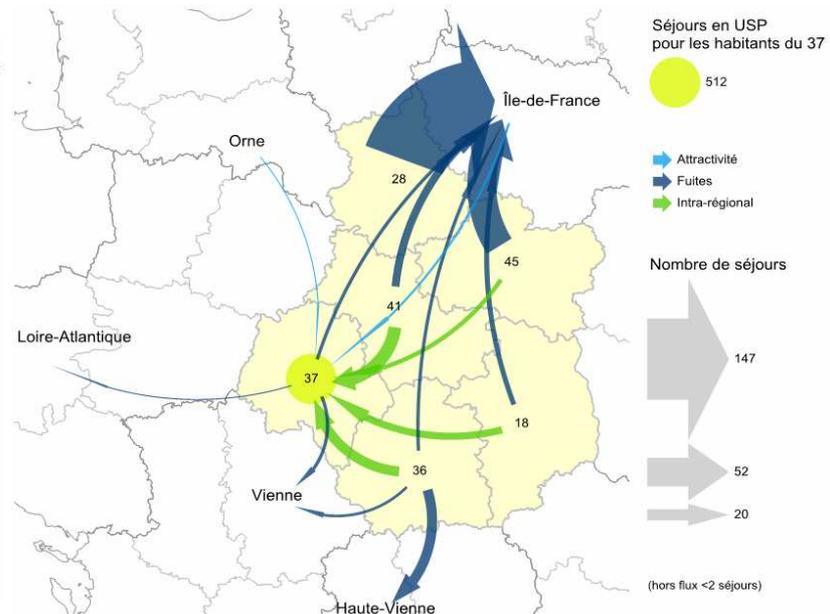


Figure 6 Hospitalisation en USP, n=859



En moyenne en région Centre, l'autosuffisance en HC est satisfaisante et stable à 95%. Seule l'Indre a une autosuffisance plus faible mais en augmentation (74% en 2011).

- Le **Cher** augmente sa production, sans diminution des fuites vers les départements limitrophes → autosuffisance ↗.
- L'**Eure-et-Loir** attire l'Eure et l'Orne (↗ production), ce qui compense la fuite vers l'Île-de-France : partenariat Dreux-Houdan (78) → autosuffisance →.
- L'**Indre** augmente sa production avec des fuites stables vers les départements limitrophes → autosuffisance ↗.
- L'**Indre-et-Loire** a une production stable mais des fuites hors RC qui augmentent légèrement (augmentation modérée de la consommation) → autosuffisance en légère ↘.
- Le **Loir-et-Cher** fuit uniquement en intra-régional vers Tours et Orléans → autosuffisance ↗.
- Le **Loiret** diminue sa production, principalement à Montargis, et fuit vers l'Île-de-France (↗) → autosuffisance en légère ↘.

Les deux départements "tampons" qui absorbent les SP des autres départements en HC (Indre-et-Loire et Loiret), commencent probablement à être saturés (diminution de l'autosuffisance, notamment en Indre-et-Loire dont le recours est faible pour ses propres habitants), traduisant une possible inadéquation future pour la prise en charge des SP en RC.

La couverture des besoins (majoritairement liés au cancer) est difficile à mesurer : légère diminution de la fréquence d'accès aux SP dans l'année précédant le décès des patients qui meurent à l'hôpital avec cancer (de 71% en 2007 à 66% en 2011, actualisation du [rapport cancérologie - Région Centre 2006-2010](#)) ; mais pas de mesure possible via le PMSI pour les décès survenant à domicile.

Tableau 6 Production-consommation des séjours de SP (tous types de lits) en MCO par établissement, HC, 2009-2011

Etablissement de prise en charge SP en MCO, HC	2009																2010																2011															
	Département de domiciliation								Département de domiciliation								Département de domiciliation								Département de domiciliation																							
	18	28	36	37	41	45	AU		18	28	36	37	41	45	AU		18	28	36	37	41	45	AU		18	28	36	37	41	45	AU																	
18 CH BOURGES	381		4		3		9	345		3		1	2	7	334		3		2	1		24																										
CH VIERZON	171		7		18			200		9		13			197				10		17		2																									
CH ST AMAND MONTROND	170						13	172						6	172				1				6																									
CLINIQUE DES GRAINETIERES	16		1					23						2	21								1																									
CLINIQUE G. DE VARYE	92		5				4	90		4		2	2	1	97				6		2		2																									
28 CL NOTRE DAME DE BON SECOURS		27							40					1				38																														
CH DREUX		427					99	411						83	496				1										128																			
HL LA LOUPE		34			1		6	44						4	51														1																			
CLINIQUE CARDIO MAISON BLANCHE		3					1	1						4	2																																	
CH NOGENT LE ROTROU		63					21	40						31	79														48																			
CH CHATEAUDUN		123			4		4	83				4	2	2	96				3										1																			
CH CHARTRES		470			1	1	15	477					3	19	499											1			10																			
CLINIQUE ST FRANCOIS		67			1		3	89						3	122														4																			
36 CH ISSOUDUN	2		47					3		29					4			25											1																			
CH CHATEAUROUX	1		164				3	1		223				3	248														2																			
CH LA CHATRE			38				1			33				3	29												1		5																			
CH LE BLANC			86							66	4				71														1																			
HL VALENCAY										1																																						
HL CHATILLON / INDRE			2																																													
CLINIQUE ST FRANCOIS			4				1			5								7																														
CTRE CONV. & DIETE MANOIR EN BERRY	5		3				4	4		6					6		2												4																			
CLINIQUE SAINT-GATIEN															1	1	2	16	1										3																			
ALLIANCE					54	1		5		2	67	3		3				2	80	2									4																			
CHRU TOURS	20	1	31	563	63	2	21	15	5	28	527	49	1	16	9	2	13	452	34	3	16								16																			
CHI AMBOISE- CHATEAU RENAULT				23	5		1				21	6						31	1										1																			
CH CHINOIS				38							51			4			66																															
CH LOCHES			3	9						3	14			1			7																															
USP LUYNES	5	1	8	159	12		5	3		4	181	3	3	3	5		6	172	8	5	1																											
HL SAINTE MAURE				2							16			1			26																															
PSLV			2	228	2		7			1	196	2	1	6			3	260	9										5																			
41 CH BLOIS	2	1	3	1	389	13	5		1	7				371	16	7													2																			
CH VENDOME		7		1	235	1	1		5		2	176	1	3		11													8																			
CH ROMORANTIN LANTHENAY			5		31		1			5		27		2			4												6																			
HL ST AIGNAN SUR CHER			2		16					4	2	11																																				
H.L. MARCHENOIR					1							1																																				
HL MONTOIRE SUR LE LOIR				3	34		2				3	55		4			3	47																														
HL MONTRICHARD											1																																					
HL SELLES SUR CHER											1																																					
POLYCLINIQUE BLOIS	2	4	3		200	1	1		7	9		225	1	3			10	1	209	5	6																											
CLINIQUE DU SAINT COEUR				2					2		3				1																																	
45 CHR ORLEANS	13	20	2		55	720	6	18	17	2		56	744	11	10	13	2	2	54	814	12																											
CH GIEN	20					111	7	9					78	8	8				1	96	5																											
CH AGGLOMERATION MONTARGOISE	2					427	36			1			376	28	1					249	16																											
CH PITHIVIERS						67							61	1						64	1																											
HL BEAUGENCY				3	11							5	19							2	19																											
HL BEAUNE LA ROLANDE					2																																											
HL PIERRE LEBRUN									1				12																1																			
45 HL SULLY					37	2	1						1	42															27																			
CLINIQUE DE LA PRESENTATION					2									1																																		
POLYCLINIQUE JEANNE D'ARC					1																																											
CLINIQUE L'ARCHETTE					5							1	13																11																			
POLYCLINIQUE DES MURLINS	2	6			4	198	2	1	4			4	131	4		5			4	93																												
CLINIQUE DE LA REINE BLANCHE					4	51			2			5	50	1			1		3	41	1																											
H PRIVE SAINT JEAN DE BRIARE					12	2								1																																		
POLYCLINIQUE LONGUES ALLEES					9									3	1																																	
Sous-total Région Centre	904	1 254	420	1 081	1 085	1 671	288	885	1 229	445	1 084	1 027	1 563	276	866	1 416	456	1 119	1 021	1 467	331																											
Départements limitrophes	82	48	75	40	32	17		72	71	78	41	14	17		71	45	75	65	15	2																												
Ile-de-France	20	117	10	5	18	112		21	145	10	9	15	128		27	178	16	3	18	141																												
Autres départements	6	8	2	9	3	11		11	9	2	19	1	7		9	7	4	9	3	7																												
Sous-total hors Région Centre	108	173	87	54	53	140		104	225	90	69	30	152		107	230	95	77	36	150																												

Conclusion MCO

L'activité en SP en MCO est stable en Région Centre, majoritairement réalisée en HC. La prise en compte de l'ensemble des séjours de SP est indispensable, en acceptant les limites du codage PMSI. La complexité du dispositif (types de lits, tarification variable) rend complexe l'interprétation des chiffres par type de lit : les LISP ne sont pas des lits physiques ; le codage des autorisations ne correspond pas toujours à la réalité (corrigé dans l'étude pour les établissements avec LISP qui codaient autorisation USP) ; les modifications de tarification 2011 (avantageant les SP en DAS) sont antagonistes avec le codage en LISP qui présuppose le codage des SP en DP. L'activité est donc plus lisible dans les USP. La limite entre LISP et autre lit est floue au vu du codage actuel.

Si l'on considère que les besoins (majoritairement liés au cancer) risquent d'augmenter, l'autosuffisance actuellement correcte (95%) va régresser. La création de 2 USP va modifier ces données et les flux.

L'activité est faible en HJ. Le codage en HJ ne semble pas fiable pour identifier une vraie prise en charge pour SP.

→ Le développement de l'HJ spécifique pour les SP pourrait être une piste à envisager pour permettre un continuum thérapeutique (et/ou un répit pour l'entourage) pour les personnes prises en charge à domicile et répondre à la volonté des patients qui veulent rester chez eux.

Le recours aux SP à âge égal est variable selon les départements, avec trois départements différents de la moyenne régionale :

- L'Eure-et-Loir, qui a un recours élevé en lien avec des fuites importantes vers l'Ile-de-France.
- L'Indre-et-Loire a des taux de recours faibles pour sa propre population, probablement expliqués par un nombre de lits SP faible et une forte attractivité du Cher, de l'Indre et du Loir-et-Cher (activité en réseau avec les EADSP de ces départements).
- L'Indre a un recours standardisé faible (plus élevé en taux brut du fait d'une population plus âgée), liée à une production qui semble faible dans certains établissements (mal identifiée par le codage ?), alors qu'elle a fortement augmenté à Châteauroux.

Le gradient de tarification selon le type de lit a tendance à se réduire en 2011 :

10 500 €/patient & 8 600 €/séjour en USP, 9 600 €/patient & 8 300 €/séjour en LISP et 8 600 €/patient & 7 500 €/séjour en lit conventionnel.

Ces résultats très quantitatifs au vu du PMSI ne prennent pas en compte la qualité de la prise en charge et du codage.

➤ SÉJOURS SÉLECTIONNÉS

Tableau 1 SP possibles et certains

	SP certains	SP possibles
Nb semaines	15 999	1 206
Nb séjours	3 797	242
DMS, moy. [min-max]	24,8 [1-371]	30,4 [1-364]
Cancer, %	72,6	61,6
AVQ (/24), moy. [min-max]	17,7 [6-24]	15,4 [6-24]
AVQ physique (/16), moy.	12,8 [4-16]	11,2 [4-16]
AVQ cognitif (/8), moy.	4,9 [2-8]	4,2 [2-8]

De 2009 à 2011, 17 205 semaines réalisées pour des adultes présentent un code Z515, quelle que soit sa position. Le codage ne varie quasiment pas selon les semaines (seuls 12 séjours "possibles" sont reclassés en "certains" au cours du séjour).

Pour mémoire, l'analyse porte sur les SP "CERTAINS" (94% des séjours). Les SP "possibles" (6%), non sélectionnés, ont une FP peu évocatrice de SP : rééducation (32%), autres soins médicaux (31%), convalescence (19%), autre (18%). Le score de dépendance (AVQ) moyen est plus élevé et la DMS plus faible pour les séjours avec SP "certains" (p<0,001).

➤ CONSOMMATION

De 2009 à 2011, la consommation est de 3 683 séjours de SP (91 300 jours), tous en HC, soit une **moyenne de 1 200 séjours/an (30 000 jours/an) pour 1 100 patients/an domiciliés en RC. 92% des patients avec SP n'effectuent qu'un seul séjour.** Un séjour de soins palliatifs dure en moyenne 4 semaines (correspondant à 25 jours de présence). L'âge moyen du décès par cancer est de 77 ans, inférieur à celui du décès en l'absence de cancer codé (84 ans, p<0,001), comme observé en MCO, mais avec des patients plus âgés en SSR et lourds : score AVQ moyen à 18 (dépendance physique à 13,0/16, et psychique à 5,0/8, plus élevée que celle de l'ensemble de la population SSR : 7,9/16 et 3,2/8). Le Poids Moyen de la Journée de Présence (PMJP) 2009-2011 est de 1 707 points IVA/jour en population SP (en augmentation : 1 753 en 2011), vs 1 443 en population globale SSR (stable), confirmant la lourdeur des séjours. Seuls **5 patients/an ont moins de 40 ans.** Le sex-ratio est à 0,94 vs 1,23 en MCO, lié à l'âge plus élevé en SSR (dans la tranche d'âge 18-74, le sex-ratio est de 1,32).

Tableau 2 Données patients hospitalisés avec SP, domiciliés en RC

	2009	2010	2011
Patients distincts (n)	1 086	1 091	1 123
Sex-ratio H/F	0,94	0,94	0,94
Age moyen [min-max]	77,7 [23-103]	78,4 [32-104]	78,2 [32-105]
18-39 ans (%)	0,9	0,4	0,4
40-74 ans (%)	31,0	29,4	29,3
≥75 ans (%)	68,0	70,2	70,3
AVQ moyen ± e.t.*	17,8 ± 5,6	18,2 ± 5,6	18,2 ± 5,3
PMJP**	1 638	1 736	1 753
Décès (%)	69,5	70,2	71,7
Age moyen du décès	79,1 [23-103]	79,9 [34-104]	78,9 [32-105]
SP avec cancer (%)	64,8	66,8	65,9
Age moyen décès si cancer	76,3 [38-97]	77,0 [44-99]	76,3 [33-98]

* AVQ : Activités de la Vie Quotidienne : score sur 24, moyenne, écart-type

** Poids Moyen de la Journée de Présence = Nb points IVA séjour / Nb jours de présence

Figure 1 Pyramide des âges

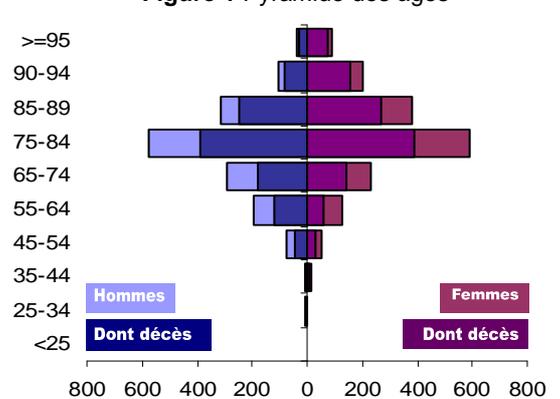
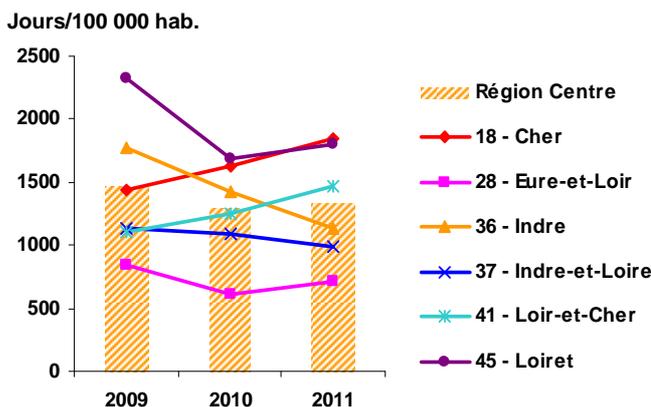


Figure 2 Taux de recours aux SP en SSR en RC (standardisé par âge et sexe)



Au vu du codage, les taux de recours en journées de présence de SP sont stables pour la RC entre 2009 et 2011, avec une grande hétérogénéité départementale.

Les taux de recours bruts par département (non présentés) sont superposables aux taux standardisés, sauf pour le Cher et l'Indre (taux bruts plus élevés car populations plus âgées). Les taux de recours en séjours (non présentés) suivent les mêmes tendances que les taux de recours en jours.

Les deux départements les plus sous-dotés en LISP SSR, l'Eure-et-Loir et l'Indre-et-Loire, ont le plus faible recours. Les taux de recours les plus élevés sont observés pour le Cher (↗) et le Loiret (↘). Le Loir-et-Cher, département le mieux doté en LISP SSR, voit sa consommation augmenter entre 2009 et 2011. En Indre, pourtant l'un des départements les mieux dotés en LISP SSR, la consommation diminue en-dessous de la moyenne régionale entre 2009 et 2011 (liée à la baisse de production aux CH Châteauroux et Issoudun, sans augmentation importante des fuites).

Tableau 3 Par pathologie : séjours, journées et taux de recours en journées de SP en SSR (standardisé par âge et sexe)

Pathologies (liste adaptée de l'ONFV)	Séjours SP	DMS SP, jours	Jours SP	Taux de recours, jours/an/100 000 hab
Tumeur maligne	67,9%	26,2	71,7%	983,1
Cardio/neurovasculaire	12,2%	18,4	9,1%	119,3
Neuro-squelettique	5,4%	32,5	7,0%	100,3
Pathologie respiratoire chronique	2,4%	18,2	1,8%	24,2
Démence	6,7%	22,9	6,2%	83,2
VIH/hépatite chronique	1,7%	20,8	1,4%	19,6
Autre	3,7%	19,0	2,8%	37,7
Total séjours 2009-2011	3 683 (100%)	24,8	91 300 (100%)	1 367,3

Comme en MCO, la prise en charge hospitalière du cancer représente le premier motif de recours aux SP (68%), suivi par les maladies cardiovasculaires. Les démences (7%) et les pathologies neuro-squelettiques (5%, dont 60% occupés par un codage d'hémiplégie/ paraplégie/tétraplégie) occupent une part significativement plus importante qu'en MCO (2,7% en MCO pour les 2 pathologies, p<0,001).

Les DMS sont similaires à celles du MCO (3 semaines), excepté pour les tumeurs malignes et les pathologies neuro-squelettiques, avec une prise en charge plus longue.

PRODUCTION

- Production stable des séjours de SP en SSR en RC : moyenne annuelle de 1 100 séjours (28 000 jours) pour 1 000 patients.
- Le nombre de patients hospitalisés en RC reste stable sur la période.
- Production des journées de SP en diminution : -11%, en partie liée à une réduction de la durée de séjour.
- Production en HC uniquement, avec hétérogénéité départementale : ↗ dans le Cher et le Loir-et-Cher, ↘ dans l'Indre.
- Production majoritairement en secteur public : 86% des séjours/jours, 87% des patients en 2011.
- A noter, aucune variable ne repère un LISP dans le secteur SSR. Dans la réalité et selon les établissements, les LISP peuvent être ou non des lits physiques.

Tableau 4 Séjours de SP en SSR produits en RC, DMS*, tarifs IVA** et tarifs réel*** par département de prise en charge.

Département de prise en charge	2009			2010			2011			
	Public	Privé	Total	Public	Privé	Total	Public	Privé	Total	
18-Cher	Nb séjours SP	150		139		185	1		186	
	Nb jours SP	3 320		4 159		4 821	13		4 834	
	DMS SP, jours	22,1		29,9		26,1	13,0		26,0	
	Tarif IVA/jour, €	233		241		243	101		242	
	Tarif réel/jour, €					210	93		209	
28-Eure-et-Loir	Nb séjours SP	54	23	77	40	25	65	33	36	69
	Nb jours SP	1 159	539	1 698	1 317	679	1 996	892	680	1 572
	DMS SP, jours	21,5	23,4	22,1	32,9	27,2	30,7	27,0	18,9	22,8
	Tarif IVA/jour, €	247	159	219	249	165	220	216	169	196
	Tarif réel/jour, €						172	94	138	
36-Indre	Nb séjours SP	156	19	175	124	16	140	122	2	124
	Nb jours SP	3 941	428	4 369	2 773	176	2 949	2 505	86	2 591
	DMS SP, jours	25,3	22,5	25,0	22,4	11,0	21,1	20,5	43,0	20,9
	Tarif IVA/jour, €	225	156	218	232	164	228	248	200	246
	Tarif réel/jour, €						160	121	159	
37-Indre-et-Loire	Nb séjours SP	198	2	200	215		188	3	191	
	Nb jours SP	5 038	71	5 109	4 796		4 137	39	4 176	
	DMS SP, jours	25,4	35,5	25,5	22,3		22,0	13,0	21,9	
	Tarif IVA/jour, €	225	161	224	233		235	112	233	
	Tarif réel/jour, €						232	104	231	
41-Loir-et-Cher	Nb séjours SP	131		148		186				
	Nb jours SP	3 618		3 495		4 848				
	DMS SP, jours	27,6		23,6		26,1				
	Tarif IVA/jour, €	229		241		241				
	Tarif réel/jour, €					209				
45-Loiret	Nb séjours SP	325	130	455	303	95	398	259	111	370
	Nb jours SP	8 862	3 504	12 366	6 936	2 393	9 329	6 022	3 016	9 038
	DMS SP, jours	27,3	27,0	27,2	22,9	25,2	23,4	23,3	27,2	24,4
	Tarif IVA/jour, €	215	148	196	236	164	218	244	161	216
	Tarif réel/jour, €						195	106	165	
Région Centre (RC)	Nb séjours SP	1 014	174	1 188	969	136	1 105	973	153	1 126
	Nb jours SP	25 938	4 542	30 480	23 476	3 248	26 724	23 225	3 834	27 059
	DMS SP, jours	25,6	26,1	25,7	24,2	23,9	24,2	23,9	25,1	24,0
	nb patients ‡	899	134	1 029	893	109	1 001	902	132	1 034
	Montant IVA total RC, M€	5,82	0,68	6,50	5,57	0,53	6,10	5,59	0,62	6,21
	Tarif IVA/séjour, €	5 735	3 912	5 468	5 748	3 927	5 523	5 746	4 068	5 518
	Tarif IVA/patient, €	6 469	5 079	5	6 237	4 900	6	6 198	4 715	6 009
	Tarif IVA/jour, €	224	150	213	237	164	228	241	162	230
	Montant IVA réel RC, M€							4,71	0,40	5,11
	Tarif réel/séjour, €							4 842	2 602	4 537
Tarif réel/patient, €							5 223	3 016	4 941	
Tarif réel/jour, €							203	104	189	

* DMS : peut être légèrement sous-estimée du fait des séjours tronqués de début et fin d'année (3% des séjours)

** Tarif IVA = nb points IVA * 0,1374€ (valeur 2010 du point IVA public) ou 0,0949€ (privé).

*** Tarif réel : calculé à partir de la dotation ARS 2011 de chaque établissement, avec un taux d'occupation des lits à 90%. Le surcoût LISP est attribué à tous les séjours ayant lieu dans des établissements avec des LISP.

‡ nb patients : total ≠ somme (public + privé)

Principales caractéristiques de production :

- DMS** : en légère diminution : 24 jours en 2011. Médiane : 17 jours, stable (similaire public/privé).
- Décès** : fréquence des décès en augmentation de 59 à 66% des séjours (public 67%, privé 38%), avec retour à domicile légèrement moins fréquent : 17 à 16% (NS). Le retour en MCO est faible et en diminution de 18 à 14% (p=0,009) (public 12%, privé 40%).
- Mode d'entrée** : le domicile, qui peut être un marqueur des hospitalisations de répit, est en légère augmentation de 8,3 à 9,6% (NS), alors que le mode d'entrée MCO est stable (86%).
- Profils de pathologies** : moins de cancers, plus de maladies cardio-vasculaires et de démences en public (comme en MCO).
- Lourdeur des séjours** : AVQ moyen en début de séjour en 2011 : 18,5 en public (en augmentation) vs 14,5 en privé (stable), en rapport avec l'âge significativement plus élevé en public (78,7 ans) qu'en privé (75,6 ans) (p=0,002).
- Nombre moyen de séjours/patient** : 1,1 [1-7] en public, 1,2 [1-12] en privé, et globalement en diminution.
- Durée moyenne annuelle de présence par patient** : en diminution de 3 jours, de 29,6 à 26,2 jours.

Valorisation :

- Tarif séjour** : valorisation IVA des séjours en diminution (-280 000 € entre 2009 et 2011, soit -4%), liée à la diminution de l'activité. On note une bonne cohérence entre tarif IVA et tarif réel attribué par l'ARS, mais les tarifs IVA sont plus élevés. A noter, l'échelle tarifaire IVA n'est toujours pas appliquée car non robuste : elle est en voie de remplacement par une échelle plus fine, type MCO.
- Tarif jour** : en augmentation pour les IVA (public et privé) et supérieur au tarif réel. Le tarif réel n'a pu être calculé que pour l'année 2011 : 200 €/jour dans le public, 100 €/jour en privé, hors honoraires et actes médicaux et paramédicaux. A titre indicatif, la Clinique des Buissonnets à Olivet facture, en sus du tarif hebdomadaire GMD, les actes de kinésithérapie et de laboratoire (données Buissonnets).
- Tarif patient** : en IVA : 6 200 € (public) et 4 700 € (privé), vs en tarif réel ARS : 5 200 € (public) et 3 000 € (privé), en diminution car un peu moins de séjours par patient. Ces tarifs s'entendent hors honoraires et actes médicaux et paramédicaux en privé.
- Tarif d'un lit** : impossible à calculer en l'absence d'individualisation LISP/autre.
- NB** : les CH de Bourges (18), Châteauroux (36), l'HL Valençay (36) et le CH de Romorantin (41) ne perçoivent pas de suppléments SP ARS malgré des LISP.

Comme le fait l'ATIH, tous les flux sont présentés en journées.

Tableau 5 HC en SSR (journées) : évolution

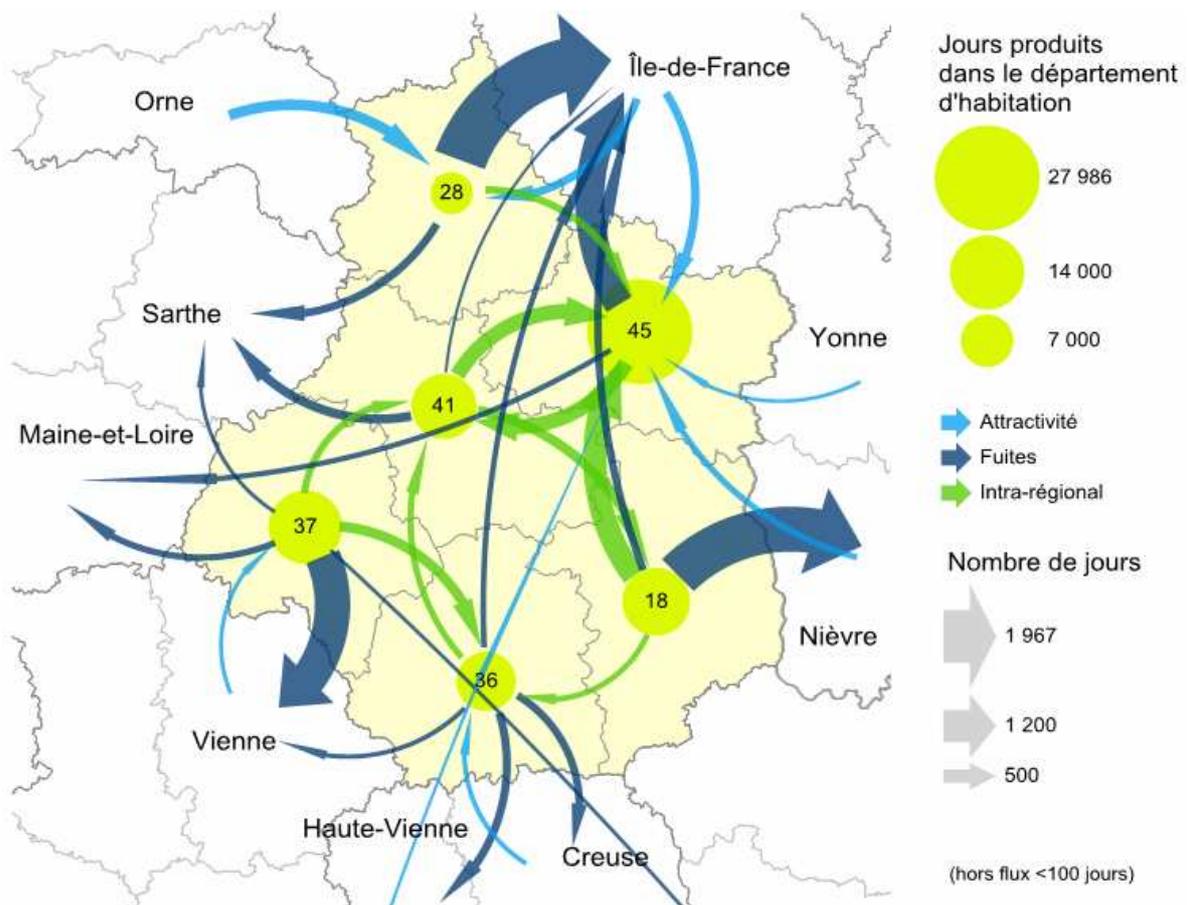
Taux en %	Auto-suffisance*	Attractivité hors RC	Fuite hors RC
18-Cher	75	3	17
28-Eure-et-Loir	61	6	41
36-Indre	106	1	3
2009 37-Indre-et-Loire	90	2	9
41-Loir-et-Cher	102		4
45-Loiret	102	4	3
Région Centre	94	3	9
18-Cher	83	3	17
28-Eure-et-Loir	95	24	27
36-Indre	87	1	16
2010 37-Indre-et-Loire	86	2	13
41-Loir-et-Cher	85		4
45-Loiret	107	3	4
Région Centre	93	4	11
18-Cher	87	1	12
28-Eure-et-Loir	65	14	35
36-Indre	92	6	14
2011 37-Indre-et-Loire	84	4	14
41-Loir-et-Cher	100	2	7
45-Loiret	97	2	9
Région Centre	91	3	12

* Capacité à prendre en charge ses propres patients (=production/consommation)

L'autosuffisance en RC est satisfaisante à 91%, mais en diminution. Les fuites sont plus importantes qu'en MCO (12% en 2011 vs 9%) et augmentent. L'Eure-et-Loir est le département qui fuit le plus, suivi de l'Indre (7 fuite), du Cher (3 fuite) et de l'Indre-et-Loire (7 fuite). Le Loiret est le plus gros producteur de séjours de SP en HC SSR en RC (33% des séjours, en diminution). Les flux sont similaires en termes de journées et séjours (non présentés).

- Le **Cher** augmente son nombre de journées produites, principalement à Bourges et Sancerre (autorisations LISP en juillet 2009), avec des fuites stables vers la Nièvre → autosuffisance ↗.
- L'**Eure-et-Loir** est petit consommateur de journées (plus faible taux de recours) et petit producteur (équipement très faible) : il fuit massivement vers l'Île-de-France, non compensé par l'attractivité de l'Orne (2010 surtout) → autosuffisance faible (65%) et fluctuante.
- L'**Indre** diminue son nombre de journées produites (Châteauroux, Issoudun) et consommées (non compensées par une augmentation des fuites) → autosuffisance ↘.
- L'**Indre-et-Loire** a un nombre de journées produites faible pour sa population (équipement très faible) et une consommation en diminution (sans diminution des fuites vers la Vienne) → autosuffisance en légère ↘.
- Le **Loir-et-Cher** augmente sa production (Vendôme, Saint-Aignan-sur-Cher, Romorantin et Montrichard) et sa consommation (fuite en intra-régional : Orléans) → autosuffisance fluctuant autour de 100%.
- Le **Loiret** diminue sa production (Gien, Montargis, Pithiviers, CHR Orléans) et sa consommation et fuit vers l'Île-de-France (7) → autosuffisance ↘.

Figure 3 HC en SSR 2009-2011 cumulé : production+consommation=94 111 jours



⚠ (Séjours produits dans le département d'habitation) non proportionnels aux (Flux)

Tableau 6 Production-consommation des journées de SP en SSR par établissement, HC, 2009-2011

Etablissement de prise en charge SP en SSR	2009							2010							2011							
	Département de domiciliation							Département de domiciliation							Département de domiciliation							
	18	28	36	37	41	45	AU	18	28	36	37	41	45	AU	18	28	36	37	41	45	AU	
18	CH BOURGES	1 229			4		47	1 790					39		2 331		2			36		
	CH VIERZON	1 235			22		25	437				265		648					42		36	
	CH ST AMAND MONTROND	277						437				37		73	486						26	
	HL SANCERRE	469					12	1 027						54	1 214							
	MRC LE BLAUDY SAINT DOULCHARD														13							
	LE CLOS DU ROY DREUX		73				22	155					82		122						20	
	CH DREUX		41					256					126		66						57	
	HL LA LOUPE		3																			
28	CRF BEAUROUVRE BLANDAINVILLE		145					107														
	CLINIQUE CARDIO DE GASVILLE		94					374							150						15	
	CH NOGENT LE ROTROU		293				83	144						213	90						64	
	CH CHATEAUDUN							35				12										
	CH CHARTRES		594					367						57	606						9	
	CSSR LA BOISSIÈRE		350					68							314						59	
	CH ISSOUDUN	95		757						66							15					
	CH CHATEAUX			1 466			39			1 402							547					
	CH LA CHATRE			311						141	14				5							
	CH LE BLANC			684			17			142				21	400							
36	HL VALENCAY			13						247		18			492				26		4	
	HOPITAL SAINT ROCH BUZANCAIS									76					295				42			
	HL CHATILLON / INDRE			378	181					521	125				472	62					70	
	CH LEVROUX														75							
	CENTRE DE CONV. & DIETE LE MANOIR EN BERRY	106		317			5	14		147				15							86	
	CLINIQUE VELPEAU				71														13		22	
	MRC LE PLESSIS				119		14				21								39			
	CRF BEL-AIR																		5			
	CHRU TOURS				138						211			6					177	6		
37	CHI AMBOISE- CHATEAU RENAULT				600	20					596				383	21						
	CH CHINONNAIS				2 754		64			2 271			94		1 918						135	
	CH LOCHES				659		18			634					671							
	ETS SSR SLD DE LUYNES				624		28			963					782							
	PSLV														4							
	CH BLOIS				1 839	157					1 518	26			7	14	1 306	24	74			
	CH VENDOME				577					873						34	1 299				9	
	CH ROMORANTIN LANTHENAY				33					201							370	5				
	HL ST AIGNAN SUR CHER			64	62					185					20	39	230					
41	HL MARCHENOIR				203	58				126							102					
	HL MONTOIRE SUR LE LOIR				14					10							14					
	HL MONTRICHARD				294					385						57	78	429			24	
	HL SELLES SUR CHER			12	66					47	36				38		289					
	CENTRE MEDICAL DES PINS				37	54				24							27	239				
	CSSR LA MENAUDIÈRE CHISSAY EN TOURAINE				33	115				4	22					66	43					
	CRF HOSPITALIET MONTOIRE SUR LE LOIR									38							11					
	CHR ORLEANS	19			28	1 652		8		31	1 114	38	16	29		87	1 154	14				
	CH GIEN	201				1 217	200	322		4	887	130	104				680	55				
	CH AGGLOMERATION MONTARGOISE					1 667	39		44		1 049	55					416					
	CH PITHIVIERS			24		1 387	56				1 106			38			691	3				
	HL BEAUNE LA ROLANDE									76	23						50	7				
	HL PIERRE LEBRUN							5		276							222					
45	HL SULLY					145					200						89					
	MAISON DE CONV. LES BUISSONNETS OLIVET				92	2 226	171	109			96	1 760	42	80			149	1 988	113			
	H PRIVE SAINT JEAN DE BRIARE					275		16			451	11					273					
	CLINIQUE MONTARGIS					12																
	CENTRE DE CONV. LA CIGOGNE ORLEANS		17			23	963		5		23	358					10	676				
	CENTRE DE CONV. LES SABLONS CHECY		9			1 891	21				23	1 011	8	82	62		5	1 827				
	DOMAINE DE LONGUEVE FLEURY-LES-AUBRAIS					31						48									118	
	Sous-total Région Centre	3 631	1 643	4 002	5 179	3 429	11 735	861	4 152	1 524	2 830	4 835	3 934	8 401	1 048	4 894	1 557	2 425	4 285	4 508	8 488	902
	Autres départements	8	49		10		32		91	69	61	4	63	74	95	27	10	167	52	63		
	Départements limitrophes	624	69	52	474	72	4		672	274	487	710	62	61	485	102	227	528	262	165		
	Ile-de-France	138	1 014	56		62	304		79	233			39	199	66	720	153		6	574		
	Sous-total hors Région Centre	770	1 132	108	484	134	340		842	576	548	714	164	334	646	849	390	695	320	802		

> 100 jours

➤ Conclusion SSR

Les résultats présentés sont dépendants du codage : l'absence de mise en place de la T2A et la lourdeur du système (codage à la semaine) fragilisent le système d'information. Le codage Z515, bien ancré dans la pathologie cancéreuse, est probablement plus difficile à utiliser pour les patients très âgés (majoritairement en SSR) : il est difficile de faire la part entre l'accompagnement "normal" et les soins palliatifs pour des prises en charge complexes.

Les patients du SSR pour des SP sont plus âgés qu'en MCO, plus souvent atteints de maladies cardiovasculaires et de démence lorsqu'ils sont dans le secteur public et lourds au vu de leur score AVQ. La fréquence des décès est voisine de celle du MCO, et est plus élevée en secteur public. Les moins de 40 ans sont quasi-inexistants : pas admis en SSR en raison de leur âge ? Restent plus souvent à domicile ?

L'activité en SP en SSR (HC uniquement) est stable en Région Centre en nombre de séjours, mais avec une baisse en nombre de journées. Le nombre de patients pris en charge est stable, mais le nombre de séjours par patient et la DMS semblent diminuer, aboutissant à une baisse de production en journées. Ceci est à suivre sur les années futures (fluctuations ?).

Le recours aux SP à âge égal est fortement hétérogène entre les départements :

- Les deux départements les plus sous-dotés en LISP SSR, l'Eure-et-Loir et l'Indre-et-Loire, ont les plus faibles recours, malgré une fuite massive vers l'Ile-de-France pour l'Eure-et-Loir, qui a par ailleurs les recours les plus élevés en MCO.
- L'Indre a un taux de recours en diminution, en-dessous de la moyenne régionale, par chute de la production à Châteauroux et Issoudun : problèmes de codage et/ou problème d'effectifs ?
- Le Cher a un recours élevé et en augmentation, en lien avec des fuites importantes vers la Nièvre et une augmentation de la production des établissements du département (amélioration des pratiques de codage et autorisations LISP depuis 2009 à Sancerre).
- Le Loir-et-Cher a un recours en augmentation, en lien avec une augmentation de sa production et sa consommation.
- Le Loiret a un recours élevé probablement expliqué par une bonne offre de soins pour les SP, mais en diminution entre 2009 et 2010 par diminution de la production (séjours et journées).

On note une bonne cohérence entre tarif IVA et tarif réel attribué par l'ARS, mais les tarifs IVA (qui ne seront pas appliqués) sont plus élevés. Le tarif réel moyen est d'environ 200 €/jour et 5 000 €/patient, inférieur aux tarifs observés en MCO.

Comme pour le MCO (et peut-être davantage encore du fait du raisonnement en journées et non en séjours), ces résultats très quantitatifs au vu du PMSI ne prennent pas en compte la qualité de la prise en charge et celle du codage.

> SÉJOURS SÉLECTIONNÉS

Tableau 1 SP possibles et certains

	SP certains	SP possibles
Nb séquences	10 006	931
Nb séjours	3 740	229
DMS, moy. [min-max]	23,3 [1-350]	27,8 [1-208]
Cancer, %	76,5	69,0
AVQ (/24), moy [min-max]	16,7 [2-24]	16,1 [6-24]
IK (100), moy. [min-max]	33,7 [10-90]	40,5 [10-90]

De 2009 à 2011, 10 937 séquences réalisées pour des adultes présentent un codage de SP, quelle que soit sa position. Le codage varie peu selon les séquences (62 séjours "possibles" sont reclassés en "certains" au cours du séjour).

Pour mémoire, l'analyse porte sur les SP "CERTAINS" (94% des séjours). L'Indice de Karnofsky (IK) moyen est plus bas (donc prise en charge plus lourde) et la DMS plus faible pour les séjours avec SP "certains".

> CONSOMMATION

De 2009 à 2011, la consommation est de 3 733 séjours de SP, soit une moyenne de 1 250 séjours/an (29 000 jours/an) pour 950 patients/an domiciliés en RC, en forte augmentation (+46%, de 760 patients en 2009 à 1 112 en 2011). 81% des patients avec SP effectuent un seul séjour (2 séjours : 13%). Un séjour de SP dure en moyenne 23 jours. La proportion de décès est plus faible qu'en MCO et SSR (50% vs 70%, p<0,001) et tend à diminuer (NS). L'âge moyen du décès par cancer est de 72 ans, inférieur à celui du décès en l'absence de cancer codé (83 ans, p<0,001), comme en MCO et SSR. Environ 17 patients/an ont moins de 40 ans (même proportion qu'en MCO). Le sex-ratio hommes/femmes est à 1,17 vs 1,23 en MCO. L'IK est en moyenne à 33, correspondant à des patients "sévèrement handicapés".

Tableau 2 Données patients hospitalisés avec SP en HAD, domiciliés en RC

	2009	2010	2011
Patients distincts (n)	760	967	1 112
Sex-ratio H/F	1,17	1,15	1,19
Age moyen [min-max]	71,6 [21-109]	71,8 [18-101]	72,4 [21-102]
18-39 ans (%)	1,7	1,6	2,1
40-74 ans (%)	50,3	49,4	46,6
≥75 ans (%)	48,0	49,0	51,3
AVQ moyen ± e.t.*	16,5 ± 4,6	17,0 ± 4,7	17,4 ± 4,7
IK moyen ± e.t.**	33,9 ± 11,5	33,7 ± 12,9	32,1 ± 12,2
Décès (%)	55,4	53,4	50,8
Age moyen du décès	75,4 [21-103]	74,6 [33-101]	75,6 [23-99]
SP avec cancer (%)	71,6	73,4	72,6
Age moyen décès si cancer	71,6 [21-97]	71,0 [33-100]	72,0 [24-98]

* AVQ : Activités de la Vie Quotidienne : score sur 24, moyenne, écart-type

** IK : Indice de Karnofsky : score sur 100, moyenne, écart-type

Figure 1 Pyramide des âges

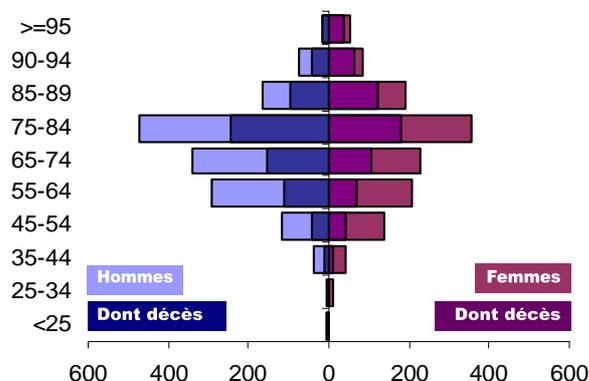
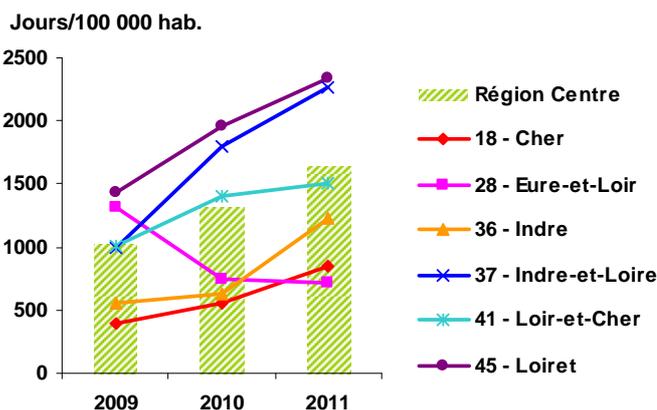


Figure 2 Taux de recours aux SP en HAD en RC (standardisés par âge et sexe)



Les taux de recours aux SP augmentent pour la RC entre 2009 et 2011 (journées).

Les taux de recours bruts par département (non présentés) sont superposables aux taux standardisés, sauf pour l'Indre, le Loir-et-Cher, le Cher (taux bruts plus élevés car population plus âgée).

Les taux de recours les plus élevés (et en forte ↗) sont observés pour l'Indre-et-Loire et le Loiret. L'Eure-et-Loir a le plus faible taux de recours en 2011, du fait d'une forte diminution entre 2009 et 2010. L'Indre voit son recours augmenter, lié à des fuites en augmentation vers l'HAD Vierzon (18). Le Cher est également en augmentation du recours. Le taux de recours du Loir-et-Cher évolue comme la moyenne régionale.

Tableau 3 Par pathologie : séjours, journées et taux de recours en journées de SP en SSR (standardisé par âge et sexe)

Pathologies (liste adaptée de l'ONFV)	Séjours SP	DMS SP, jours	Jours SP	Taux de recours, jours/an/100 000 hab
Tumeur maligne	75,5%	22,0	71,4%	954,6
Cardio/neurovasculaire	5,9%	25,8	6,5%	81,9
Neuro-squelettique	3,6%	38,0	5,9%	80,4
Pathologie respiratoire chronique	1,0%	22,9	1,0%	13,7
Démence	5,2%	28,9	6,5%	81,7
VIH/hépatite chronique	0,4%	21,3	0,4%	4,9
Autre	8,4%	23,1	8,4%	107,1
Total séjours 2009-2011	3 733	23,3	86 890	1 324,3
	(100%)		(100%)	

Comme en MCO et SSR, la prise en charge hospitalière du cancer représente le premier motif de recours aux SP (76%), suivi par les maladies cardio-vasculaires. Comme en SSR, les démences (5%) et les pathologies neuro-squelettiques (avec comme 1^{er} diagnostic l'amyotrophie spinale : 26%) occupent une part plus importante qu'en MCO (2,7% pour les 2 pathologies).

Les DMS sont similaires à celles en MCO (3 semaines), excepté pour les pathologies neuro-squelettiques, les démences et les pathologies cardio/neurovasculaire, avec une prise en charge plus longue.

➤ PRODUCTION

- **Production des SP en HAD en RC en 2011 : 1 400 séjours / 36 000 jours / 1 100 patients.**
- **En forte augmentation entre 2009 et 2011 : en séjours (+47%), jours (+60%, avec augmentation de la DMS) et patients (+46%).**
- **Hétérogénéité départementale de production** : en diminution en Eure-et-Loir, stable en Indre, en augmentation dans les autres départements avec la plus forte augmentation dans le Cher (nombre de journées multiplié par 3).
- **Production majoritairement en secteur privé non lucratif (ESPIC)** : 91% des séjours/jours/patients en 2011. Seules deux autorisations d'HAD sont rattachées à des établissements publics : CH Bourges (18), CH Châteauroux (36).

Tableau 4 Séjours de SP en HAD produits en RC, DMS* et tarifs** par département de prise en charge.

Département de prise en charge		2009	2010	2011
18-Cher	Nb séjours SP	49	90	104
	Nb jours SP	1 065	1 942	3 491
	DMS SP, jours	21,7	21,6	33,6
	Tarif/jour, €	362	292	266
28-Eure-et-Loir	Nb séjours SP	179	131	133
	Nb jours SP	4 344	2 461	2 305
	DMS SP, jours	24,3	18,8	17,3
	Tarif/jour, €	299	299	297
36-Indre	Nb séjours SP	76	75	79
	Nb jours SP	1 263	1 089	1 943
	DMS SP, jours	16,6	14,5	24,6
	Tarif/jour, €	277	266	276
37-Indre-et-Loire	Nb séjours SP	240	379	439
	Nb jours SP	4 889	8 642	11 171
	DMS SP, jours	20,4	22,8	25,4
	Tarif/jour, €	304	269	260
41-Loir-et-Cher	Nb séjours SP	150	203	215
	Nb jours SP	3 176	4 443	4 637
	DMS SP, jours	21,2	21,9	21,6
	Tarif/jour, €	311	321	308
45-Loiret	Nb séjours SP	285	417	470
	Nb jours SP	7 545	10 117	12 178
	DMS SP, jours	26,5	24,3	25,9
	Tarif/jour, €	308	324	343
Région Centre (RC)	Nb séjours SP	979	1 295	1 440
	Nb jours SP	22 282	28 694	35 725
	Nb patients	758	961	1 108
	DMS SP, jours	22,8	22,2	24,8
	Montant total RC, M€	6,83	8,62	10,65
	Tarif/séjour, €	6 977	6 660	7 398
	Tarif/jour, €	307	301	298
	Tarif/patient, €	9 011	8 974	9 615

* DMS : peut être légèrement sous-estimée du fait des séjours tronqués de début et fin d'année (8% des séjours)

** tarif = tarif réel = somme [tarif GHT * nb jours]

▪ Principales caractéristiques de production :

- **DMS** : 25 jours en 2011, en augmentation (+2 jours). Médiane : 13 jours, stable.
- **Modes d'entrée** : provenance majoritaire du MCO (70% en 2011 vs 72% en 2009), avec légère augmentation des entrées en provenance du domicile (26% vs 23%). Le domicile était l'EHPAD pour 5% des séjours en 2011, vs 3% en 2009, conforme au niveau national en 2013, où "8% des EHPAD font appel à l'HAD dans les situations de fin de vie" mais 62% ont recours à une EMSP ou un Réseau de SP (Fin de vie en EHPAD – synthèse ONFV 2013).
- **Décès et modes de sortie** : 38% des séjours se terminent par un décès, avec tendance à la diminution (42% en 2009). **Le retour en MCO (52%) est le principal mode de sortie**, et tend à augmenter (49% en 2009), en parallèle avec la diminution du nombre de décès. Comme au niveau national, la sortie en MCO en RC est 2 fois plus fréquente que pour les séjours HAD en général en 2009: 53% ([rapport d'activité HAD 2011, ATIH 2013](#)). La fin des soins HAD (arrêt ou sortie EHPAD ou relais par les infirmiers libéraux, Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) ou EADSP) est rare mais augmente légèrement (de 7% à 9%), avec encore très peu de relais SSIAD ou EHPAD (2%). A noter que le tarif du GHT est minoré en cas d'entrée en provenance d'un EHPAD (avec obligation de codage). Il n'y a quasiment aucun transfert/mutation vers le SSR.
- **Profil de pathologies** : similaire à celui observé en consommation.
- **Lourdeur des séjours** en augmentation au vu du codage : plus de dépendance (AVQ=16 en 2009 vs 17 en 2011) et moins d'autonomie (IK=34 en 2009 vs 33 en 2011).
- **Age des patients** : tend à augmenter (70,3 ans en 2009 vs 71,3 ans en 2011).
- **Nombre moyen de séjours/patient** : 1,3 [1-14], stable.
- **Durée moyenne annuelle de présence** : en augmentation de près de 3 jours, de 29,4 à 32,2 jours.

▪ Valorisation :

- **Tarif séjour** : valorisation des séjours en augmentation (+1 200 000 € entre 2009 et 2011, soit +64%), liée à la très forte augmentation de l'activité. Le tarif/séjour augmente, surtout en 2011, du fait de l'allongement de la DMS.
- **Tarif jour** : stable à 300€. Les tarifs des GHT sont les mêmes entre 2009 et 2011, et similaires entre public et privé. A noter que le tarif jour est dégressif avec la durée de la séquence de soins. Sauf exception, le médecin-traitant reste le pilier de la prise en charge, mais selon l'établissement il est payé par le GHT ou l'assurance-maladie.
- **Tarif patient** : 9 615 € en 2011, en augmentation du fait de l'allongement des DMS.

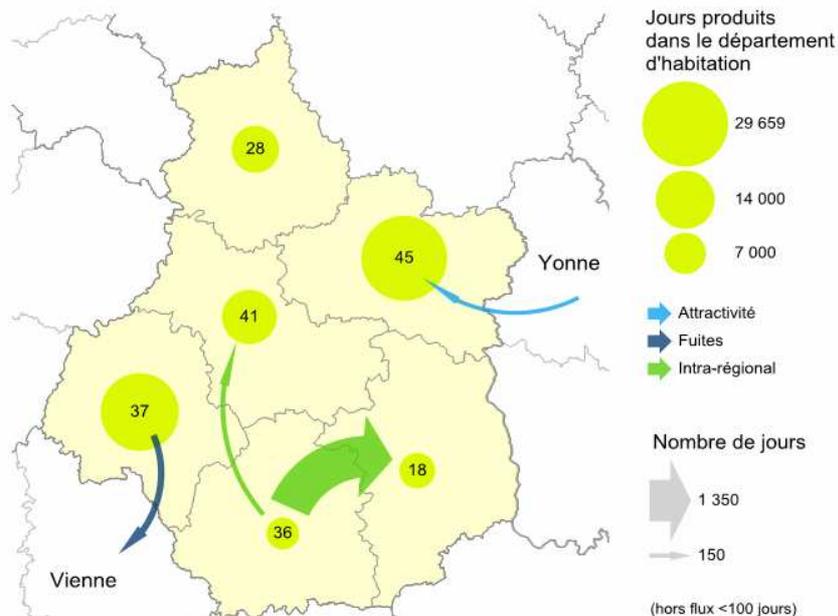
Comme le fait l'ATIH, tous les flux sont présentés en journées.

Tableau 5 Hospitalisation en HAD (journées) : évolution

Taux en %	Auto-suffisance*	Attractivité hors RC	Fuite hors RC
2009			
18-Cher	93		7
28-Eure-et-Loir	100	1	1
36-Indre	96		
37-Indre-et-Loire	100		
41-Loir-et-Cher	102		
45-Loiret	101	1	
Région Centre	100	1	1
2010			
18-Cher	119		1
28-Eure-et-Loir	100		
36-Indre	71		1
37-Indre-et-Loire	98		2
41-Loir-et-Cher	102		
45-Loiret	100		
Région Centre	99	0	1
2011			
18-Cher	141		
28-Eure-et-Loir	98	1	1
36-Indre	67	4	1
37-Indre-et-Loire	99		1
41-Loir-et-Cher	100		
45-Loiret	100		
Région Centre	100	0	0

* Capacité à prendre en charge ses propres patients (=production/consommation)

Figure 3 HAD : production+consommation=87 150 jours



Le rapport production/consommation en HAD est équilibré, avec une autosuffisance stable à 100% en RC. Il y a très peu de fuites ou d'attractivité, les patients étant pris en charge dans leur département de domicile. On note toutefois des fuites intra-régionales importantes, de l'Indre vers l'HAD Vierzon (18), en forte augmentation (l'HAD Vierzon est autorisée à intervenir sur le territoire d'Issoudun en Indre) ; et extra-régionales, avec les patients du sud de l'Indre-et-Loire pris en charge par l'HAD Châteauroux. Le Loiret et l'Indre-et-Loire sont les plus gros producteurs en termes de jours codés en SP (34% et 31%, respectivement), grâce au fort développement de l'HAD à Orléans (Sphéria, Arair) et à Tours (Arair, Assad HAD en Touraine).

Tableau 6 Production-consommation des journées de SP en HAD par établissement, 2009-2011

	2009																2010																2011															
	Département de domiciliation								Département de domiciliation								Département de domiciliation								Département de domiciliation																							
	18	28	36	37	41	45	AU		18	28	36	37	41	45	AU		18	28	36	37	41	45	AU	18	28	36	37	41	45	AU																		
18 CH BOURGES	1 065							746							1 188							1 280																										
HAD VIERZON (HAD France)								869		327												1 023																										
HAD EURE ET LOIR (Sphéria)		3 977					39		1 721													1 882						16																				
28 SERVICE HAD CHATEAUDUN (Sphéria)		328							740													329																										
HAD NOGENT LE ROTROU (Sphéria)																						78																										
36 CH CHATEAUROUX			1 251	12						1 089												1 873						70																				
HAD TOURS (Arair)				129							2 573											3 272																										
HAD INDRE-ET-LOIRE (Assad HAD)				4 760							6 069											7 899																										
41 HAD BLOIS (Arair)			61		3 115					96		4 347														4 637																						
HAD MONTARGIS (Sphéria)						3 099	109						3 260	26	3 099												2 598																					
HAD GIEN (Sphéria)						703							893														590																					
45 HAD PITHIVIERS-BELLEGARDE (Sphéria)						1 426							2 442														1 602																					
HAD - ORLEANS (Sphéria)													202				46										1 495																					
HAD ORLEANS (Arair)						2 208							3 294														5 847																					
Sous-total Région Centre	1 065	4 305	1 312	4 901	3 115	7 436	148	1 615	2 461	1 512	8 642	4 347	10 091	26	2 468	2 335	2 896	11 171	4 637	12 132	86																											
Autres départements	36	56								15																																						
Départements limitrophes	48							23	2		144	12											20	66																								
Ile-de-France																						27																										
Sous-total hors Région Centre	84	56						23	2	15	144	12			27	20	66																															

> 100 jours

➤ **Conclusion HAD**

La consommation (taux de recours) et la production (nombre de journées) en SP en HAD sont en forte augmentation (+60%). Ce développement de l'HAD est conforme aux objectifs du programme national de développement des SP 2008-2012.

La répartition des pathologies prises en charge en HAD est peu différente du MCO, avec une majorité de cancers.

La fréquence des décès chez les patients pris en charge en HAD est très inférieure à celle du MCO/SSR (50% des patients vs 70%), probablement en lien avec des sorties plus fréquentes qu'en SSR vers le MCO, où l'on décède plus. Le rapport IGAS 2010 relatif à l'HAD précise que "pour différentes raisons qui tiennent notamment à l'évolution de la charge en soins mais aussi au souhait des aidants, des patients en fin de vie sont ré-hospitalisés en MCO dans les jours qui précèdent leur décès". Des hospitalisations de répit en MCO sont également possibles.

Les patients sont pris en charge dans leur département de domicile, avec très peu d'attractivité/fuites.

Le tarif/jour de SP est stable à 300 €, du fait de la stabilité des tarifs des GHT ; et 90 € plus élevé que le tarif HAD en général. Le tarif total des SP est en forte augmentation, du fait de l'augmentation de l'activité et de l'allongement des DMS à 25 jours, vs 23 jours en 2009 (plus longue qu'en MCO mais similaire au SSR). Le tarif/patient est à 9 615 € en 2011, en augmentation par allongement de la DMS.

➤ CONSOMMATION

Tableau 1 Données patients adultes hospitalisés avec SP et domiciliés en RC, PMSI MCO-SSR-HAD 2011, HC+HJ

	MCO	SSR	HAD
Patients distincts (n)	5756	1 123	1 112
Sex-ratio H/F	1,27	0,94	1,19
Age moyen [min-max]	72,5 [18-107]	78,2 [32-105]	72,4 [21-102]
18-39 ans (%)	1,6	0,4	2,1
40-74 ans (%)	47,4	29,3	46,6
≥75 ans (%)	51,0	70,3	51,3
AVQ moyen (score/24) ± e.t.	-	18,2 ± 5,3	17,4 ± 4,7
Décès (%)	68,9	71,7	50,8
Age moyen du décès	72,6 [18-104]	78,9 [32-105]	75,6 [23-99]
SP avec cancer (%)	75,9	65,9	72,6
Age moyen décès si cancer	69,8 [18-100]	76,3 [33-98]	72,0 [24-98]
Taux de recours standardisés, jours/100 000 hab	5 953	1 339	1 632

Les patients ont des profils peu différents entre les 3 systèmes. Toutefois, le SSR accueille des patients plus âgés (donc plus de décès) et moins souvent atteints de cancer. La fréquence des décès est nettement moindre en HAD.

Au total, 7 000 patients par année bénéficient en RC de SP dans au moins un des 3 systèmes d'hospitalisation, pour 24 000 décès annuels, quelle que soit la cause (données INSEE 2011), soit un peu moins d'1 patient sur 3.

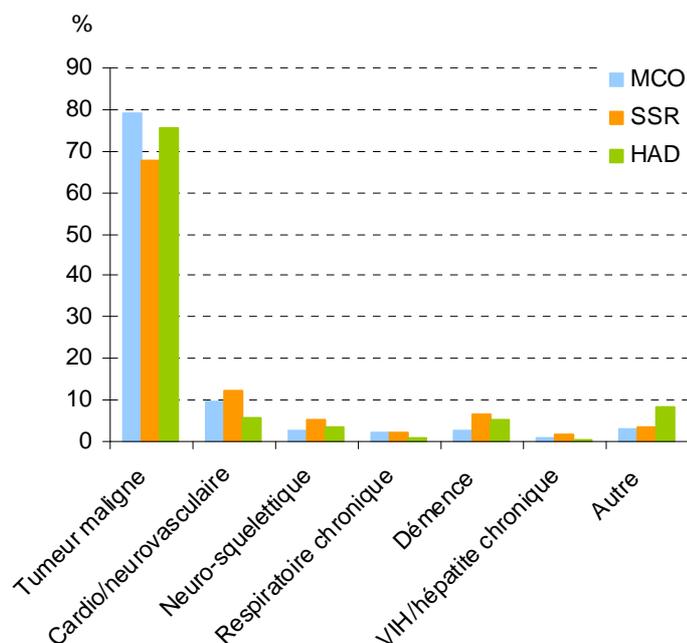


Figure 1 Pathologies par champ PMSI – RC 2009-2011

➤ PRODUCTION

Tableau 2 Production de SP en HC - 3 champs PMSI - RC 2009-2011

	Nombre de séjours			Séjours 2011 (%)	DMS 2011 (jours)	Médiane 2011 (jours)	Décès 2011 (% séjours)
	2009	2010	2011				
MCO	6 703	6 509	6 676	72,2	18,5	14	55,5
USP	190	197	197	2,1	14,3	12	54,3
LISP	2 827	3 022	3 129	33,9	20,1	16	64,0
Conventionnel	3 686	3 290	3 350	36,2	17,3	12	47,6
SSR	1 188	1 105	1 126	12,2	24,0	17	66,2
HAD	979	1 295	1 440	15,6	24,8	13	38,3

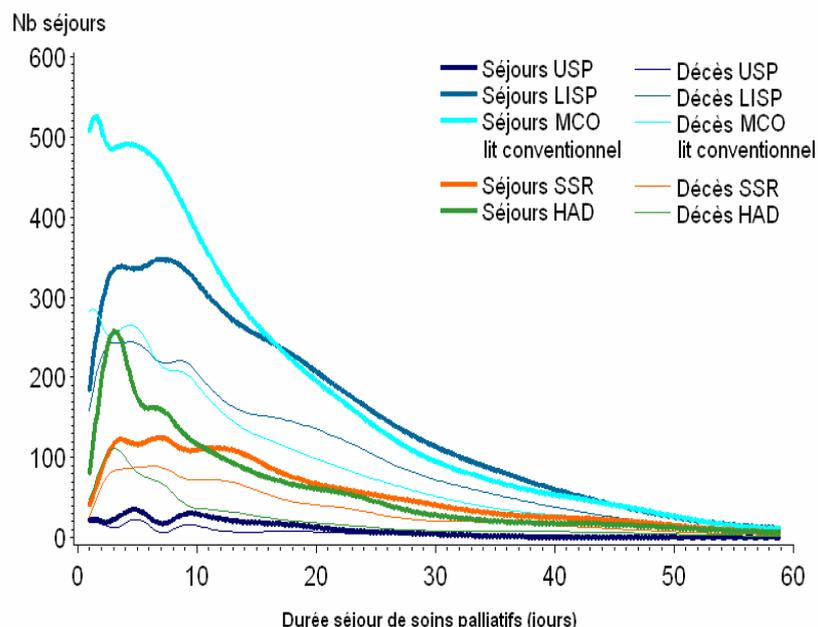


Figure 2 Nombre de séjours et décès en fonction de la durée du séjour de SP – HC adulte – 3 champs PMSI – RC 2009-2011 (séjours < 60 jours, soit 95% des séjours)

Deux-tiers des séjours sont réalisés en MCO. Les DMS sont variables en MCO : de 14j en USP (unité la plus spécifique) à 20j en LISP ; et nettement inférieures aux DMS en SSR et HAD (24j).

La DMS et la durée médiane de séjour ne diminuent pas avec l'augmentation de la fréquence du décès : SSR et LISP ont à la fois des DMS et des fréquences de décès élevées. L'ATIH soulignait qu'en 2008 les personnes décédées en soins palliatifs ont eu des séjours plus longs (19,3 jours). La DMS, supérieure de 4 à 12 jours à la médiane, est peu représentative pour les séjours de SP, dont certains peuvent être très longs.

- MCO : >80% des séjours en public ; stable, avec légère augmentation pour les lits "Autres" (90% en 2009) et légère diminution pour les LISP (76% en 2009).
- SSR : >80% des séjours en public. Le tarif reporté est le tarif ARS. Les LISP SSR ne sont pas individualisables dans le PMSI.
- HAD : 91% des séjours en privé (en augmentation : 87% en 2009) - seul champ PMSI qui a augmenté son activité (+47%).

Pour le MCO et le SSR, la répartition public/privé intervient sur les tarifs, car le tarif privé n'inclut pas les honoraires médicaux (sous-estimation du tarif facturé). En HAD, les tarifs public/privé sont similaires.

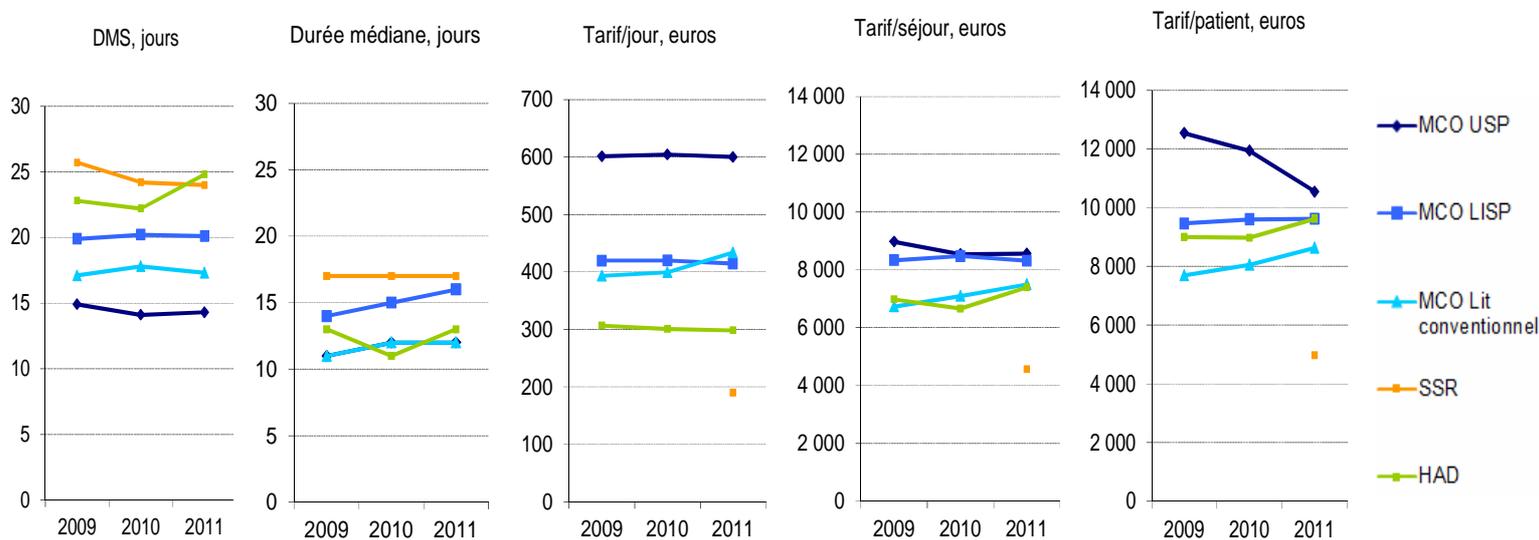


Figure 2 Durées de séjour SP et tarifs moyens en HC par champ PMSI – RC 2009-2011

Avec des tarifs journaliers stables (200 € pour le SSR, 300 € pour l'HAD, 400 € pour le MCO non USP, et 600 € pour l'USP), on aboutit compte-tenu des évolutions et des différences de DMS, à des tarifs/patient moyens qui ont tendance à se rapprocher, sauf pour le SSR, qui est très inférieur en 2011 malgré des durées de séjour élevées.

Toutefois, on note une **forte dispersion des tarifs** (figure 3), en particulier en HAD, liée aux durées de séjour. Pour les SP, le tarif médian est donc complémentaire du tarif moyen. Le tarif/séjour médian, inférieur à la moyenne, est proche de 6 400 € en USP, 6 200 € en MCO LISP et lit conventionnel. Il est très inférieur en SSR (3 000 €) et HAD (4 000 €).

A titre indicatif, une étude a montré qu'en 2008, les montants remboursés pour les hospitalisations au cours de la dernière année de vie représentent 14 950 €/patient en moyenne (avec de très fortes variations), soit 68% des montants remboursés au cours de la dernière année de vie. Plus de la moitié des dépenses surviennent au cours des deux mois précédant le décès (Ricci et al. RESP 2012). Rappelons que ces résultats sont complémentaires mais non comparables avec notre étude qui concerne des patients pris en charge en soins palliatifs uniquement, pas forcément décédés, pas forcément la dernière année de vie, tous régimes d'assurance-maladie confondus, et sans prise en compte des dépenses de soins externes.

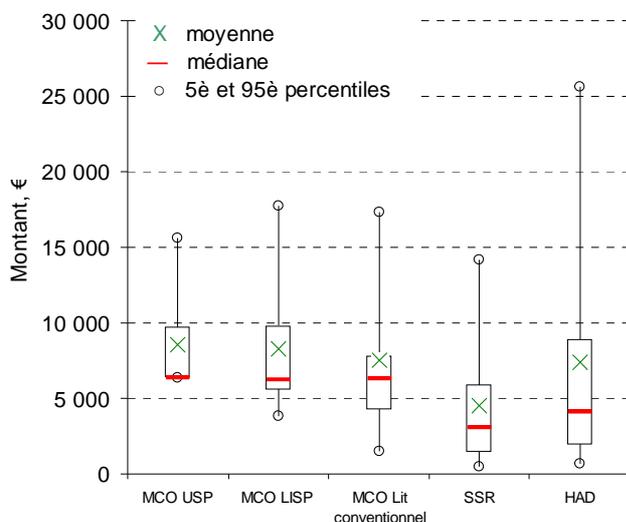


Figure 3 Tarifs en euros par séjour de SP – PMSI MCO-SSR-HAD – 2011 – RC

FLUX ENTRE LES 3 PMSI

Les délais retenus sont les délais <30j. Parmi ceux-ci, les délais = 0j représentent plus de 80% des délais, sauf pour le passage SSR → MCO (72%) et MCO "autre" → MCO LISP/USP (42%).

Tableau 3 Flux entre les 3 champs PMSI MCO-SSR-HAD 2009-2011, soins palliatifs adultes en HC

Provenance	Destination	2009*	2010*	2011*	Mode de sortie du séjour de destination en 2011*			% SP codés dans le séjour de destination - 2011
					Décès	Sortie Domicile	Retour au départ	
MCO autre	MCO LISP/USP	6,5%	8,0%	7,9%	66,8%	20,4%	6,6%	100%
MCO autre/LISP USP		1,3%	1,9%	2,1%	69,2%	19,2%	5,5%	100%
MCO	SSR (tous)	7,2%	7,0%	8,3%	42,7%	31,3%	18,7%	52%
MCO	HAD (tous)	5,9%	6,6%	7,1%	31,6%	6,6%	58,5%	81%
SSR	MCO (tous)	18,1%	16,5%	15,7%	38,8%	18,6%	30,3%	46%
HAD	MCO (tous)	44,4%	44,0%	42,0%	43,0%	45,8%	3,6%	55%

* année de sortie du premier champ PMSI

Les plus gros flux se font de l'HAD (44%) et du SSR (17%) vers le MCO. Les autres flux sont à peu près équivalents et faibles (6 à 8% pour les flux inverses). Le rapport IGAS 2009 - La mort à l'hôpital soulignait que "l'hospitalisation à domicile n'accueillait en 2007 qu'un pourcentage très faible des personnes décédées suivies par l'hôpital (2,3%)", confirmant la montée en charge de l'HAD. Les flux vers l'USP sont minimes (peu de places).

Les moins de 40 ans (une centaine par an), très majoritairement pris en charge en MCO, retournent plus souvent à domicile (55%) que les plus de 40 ans (28%), car ils y sont pris en charge par les parents/conjoints.

La fréquence des décès est moindre en HAD : 1 personne sur 2 décède pendant l'HAD, et en cas de transfert vers le MCO, 1 personne sur 2 décède en fin de ce 2^{ème} séjour.

Le codage des SP dans le séjour d'arrivée est variable :

- peu codés en MCO en provenance du SSR ou de l'HAD (complication intercurrente ?)
- peu codés en SSR (épuiement du codage ?).

Le mode de sortie du séjour d'arrivée n'est pas fiable pour le passage HAD → MCO, avec une probable sous-estimation du nombre de séjours MCO suivis d'un retour à l'HAD (assimilés à un retour à domicile), en gris dans le tableau.

➤ CONCLUSION GENERALE

En préambule, notons pour les SP des différences entre la définition clinique proposée par le référentiel HAS, pour laquelle le projet de SP est une démarche surtout paramédicale d'accompagnement via des soins de confort, et la définition PMSI qui favorise une approche de fin de vie plus "comptable" du nombre d'intervenants et de soins de support dans un objectif tarifaire.

En région Centre, la description de l'offre de soins en SP en MCO, SSR et HAD reste dépendante de la qualité du codage PMSI. En MCO, la description de l'offre de soins observée sur la période est plus robuste en considérant les diagnostics de SP quelle que soit leur position. En SSR, l'absence de tarification à l'activité et la lourdeur du codage à la semaine fragilisent la qualité du codage. D'autre part, le codage Z515, bien ancré dans la pathologie cancéreuse, est plus difficile à utiliser pour les patients très âgés (majoritairement en SSR) : il est difficile de faire la part entre l'accompagnement "normal" et les SP pour des prises en charge complexes. En HAD, malgré un recueil récent, l'offre de soins augmente fortement, ce qui semble indiquer une bonne appropriation du codage des SP.

Les patients ont des profils peu différents entre les 3 systèmes. Toutefois, le SSR accueille des patients plus âgés (donc plus de décès), lourds (dépendance physique), et moins souvent atteints de cancer. Les DMS, plus longues en HAD, et les taux de décès plus faibles, évoquent des patients moins avancés dans leur maladie ou avec décision au cours de l'HAD d'un décès à l'hôpital. En matière de durée de séjour de SP, la médiane est plus pertinente que la DMS car la distribution des durées de séjour ne suit pas une loi normale (médiane toujours inférieure à la moyenne). Les patients jeunes sont encore majoritairement pris en charge en MCO. A noter qu'en MCO la lourdeur de prise en charge ne conditionne pas la longueur du séjour, qui serait plutôt corrélée à des motifs sociaux et à des manques de solutions d'aval : soignants de ville moins formés à la prise en charge spécifique des soins palliatifs, peu de places en SSR.

On observe en RC un taux de recours stable en MCO et SSR et en forte augmentation en HAD ; avec une hétérogénéité départementale de recours très liée à l'offre de soins, qui est en train d'être revue. En 2011 :

- Le Cher a un recours moyen au MCO (→), et faible au SSR (↗) et à l'HAD (↗)
- L'Eure-et-Loir a le recours le plus élevé au MCO (↗), compensé par le plus faible recours au SSR (→) et à l'HAD (↘).
- L'Indre a un recours en-dessous de la moyenne départementale dans les 3 systèmes : MCO (→), SSR (↘) et HAD (↗).
- L'Indre-et-Loire a un recours en-dessous de la moyenne départementale au MCO (→) et SSR (légère ↘), compensé par un fort recours à l'HAD (forte ↗).
- Le Loir-et-Cher a un recours superposable à la moyenne régionale en MCO (→), SSR (↗) et HAD (↗).
- Le Loiret a un recours moyen au MCO (→), et élevé au SSR (↘) et à l'HAD (forte ↗).

En région Centre, en MCO, la production est stable sur la période. En SSR, la diminution constatée du nombre de journées de SP mérite d'être suivie (fluctuations aléatoires ?). En HAD, la production augmente fortement, en cohérence avec les objectifs du programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012.

Avec des tarifs "réels" journaliers stables, on aboutit, compte-tenu des différences de DMS, à des tarifs moyens par séjour et patient qui ont tendance à se rapprocher, sauf pour le SSR, sans T2A, qui est très inférieur en 2011. La valorisation au séjour en MCO a tendance à se niveler entre USP/LISP/autres du fait du passage, en 2011, du code Z515 en comorbidité associée de niveau 3. Le Z515 placé en DAS pour une meilleure valorisation est antagoniste avec le codage en LISP qui présuppose le codage des SP en DP. Du fait d'une forte dispersion, les tarifs médians sont autant à considérer que les tarifs moyens. Ces tarifs mériteraient d'être affinés (honoraires en sus pour le privé en MCO et SSR, forfait journalier non déduit...) et ne sont pas à considérer à "l'euro près". Ces tarifs ne sont pas des coûts, donc ne reflètent pas forcément les ressources réellement mises en œuvre par l'établissement.

Les résultats de cette étude très quantitative mériteraient d'être complétés par des données qualitatives (qualité des soins et de l'accompagnement) et par des études des coûts réels : la survalorisation en LISP est à mettre en regard des moyens humains et techniques spécifiques réellement mis en œuvre pour la prise en charge complexe de ces patients lourds, ainsi que le souligne le bilan du programme national de développement des SP. Les EMSP sont très impliquées pour la prise en charge de l'ensemble des patients hospitalisés en SP. La problématique des soins palliatifs à domicile hors HAD doit également être prise en compte, via le secteur libéral (médecins, infirmières), les SSIAD et les EADSP. Les SP sont à considérer dans une stratégie plus globale, incluant la possibilité d'un retour à domicile ([rapport ONFV 2012](#)).

Le Réseau Soins Palliatifs est très utile pour coordonner ces prises en charge et décloisonner les différents systèmes accueillant des personnes en SP.

➤ BIBLIOGRAPHIE

- [Programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012](#).
- [Aubry R. – Rapport 2011 – "Etat des lieux du développement des soins palliatifs en France en 2010"](#).
- [Bilan du programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012 – Juin 2013](#)
- [Bilans d'Activité du Réseau de Soins Palliatifs en région Centre – Années 2009, 2010 et 2011](#).
- [Unité Régionale d'Epidémiologie Hospitalière \(UREH\) – Epidémiologie hospitalière du cancer des habitants de la Région Centre – PMSI 2006-2010](#)
- [Valdélièvre H., Coquelet F., Evain F., Mouquet M.C., Oberlin P., Vuagnat A. – Prise en charge des patients nécessitant des soins palliatifs dans les établissements de santé. – Congrès ADELFO-EMOIS, 2012.](#)
- [ONFV – Rapport 2011 – "Fin de vie : un premier état des lieux"](#).
- [ONFV – Rapport 2012 – " Vivre la fin de sa vie chez soi" – Mars 2013](#)
- [ONFV – La fin de vie en EHPAD – Synthèse – Septembre 2013](#)
- [HAS \(ANAES\) – Recommandations pour la pratique clinique : Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs – Décembre 2002](#)
- [IGAS – Rapport 2010 – Hospitalisation à domicile \(HAD\), Tome 1 – Novembre 2010](#)
- [IGAS – Rapport 2009 – La Mort à l'Hôpital, Tome 1 – Novembre 2009](#)
- [ATIH – Le décès dans le PMSI MCO : étude du mode de sortie décès sur les données PMSI-MCO de 2008](#)
- [ATIH – Rapport sur l'activité d'hospitalisation à domicile en 2011 – juin 2013](#)
- [Ricci P., Mezzaroba M., Blotière P.O., Polton D. - Les dépenses de soins remboursés durant la dernière année de vie, en 2008 – RESP;2013;61\(1\):29-36.](#)

Remerciements aux personnes qui prennent en charge au quotidien ces patients & aux relecteurs/conseil scientifique

Réalisation :

- UREH : Dr LAURENT E., Dr BARON S., Mme LECUYER A.-I., Mr GABORIT C., Mme GODILLON L.
- [Laboratoire de santé publique](#) : Pr RUSCH E.

Relecteurs et conseillers scientifiques :

- ARS : Dr TITTON M., Mr PISSIER H., Mme PINSARD M.
- Réseau soins palliatifs : Mr CAMUS T.-M., Mme ROY C.
- Cliniciens : Dr DUCHENE V., Dr GAUQUELIN F., Dr HELIE A., Pr MALLET D., Dr OLIVEREAU S.
- Médecins DIM : Dr COTTU B., Dr LE LOUARN A., Dr ROGEZ R.

Mail : ureh@chu-tours.fr, region.palliatifs@chu-tours.fr

Document téléchargeable sur le site de l'UREH : <https://www.sante-centre.fr/portail/>

En collaboration avec



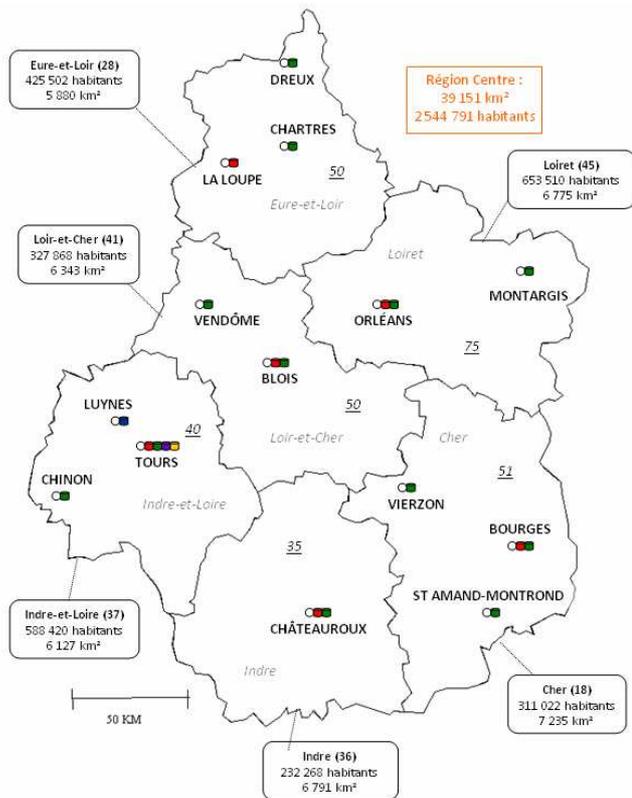
Le Réseau de Soins Palliatifs en région Centre vise, dans une dynamique partenariale en associant la famille, les proches et les professionnels de santé, à améliorer les soins et l'accompagnement des patients atteints de maladies graves, évolutives ou terminales, qu'ils vivent en institution ou à domicile.

Il réunit les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, les professionnels de santé, les associations et les intervenants notamment bénévoles.

EQUIPES RESSOURCES EN SOINS PALLIATIFS

Equipes ressources en soins palliatifs en Région Centre au 01/06/2013

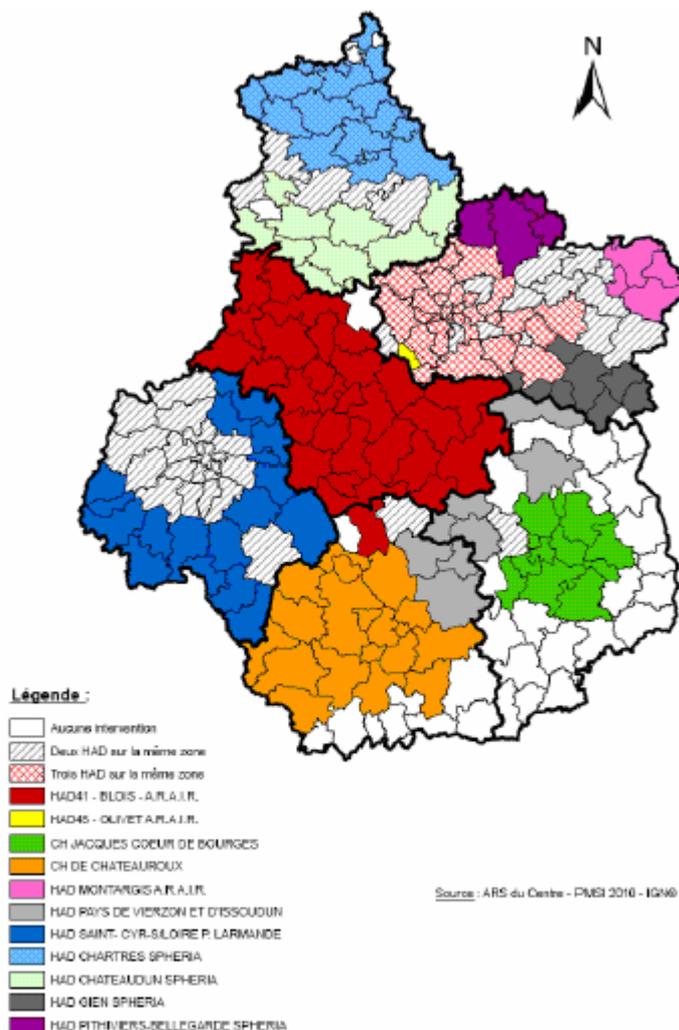
Données Réseau SPRC



- Équipe d'Appui Départementale en Soins Palliatifs (EADSP)
 - Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP)
 - Unité de Soins Palliatifs (USP)
 - Équipe Ressource Régionale en Soins Palliatifs Pédiatriques (PALLIENCE)
 - Équipe de Coordination Régionale (ECR)
- nb* Nombre de Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP)

Zones d'intervention des HAD en Région Centre selon l'activité 2010

Données Réseau SPRC



COORDONNÉES DES COMITÉS DÉPARTEMENTAUX ET DE L'ÉQUIPE DE COORDINATION RÉGIONALE

Comité Départemental du Cher (CD 18)

Tel : 02.48.78.52.00 / Courriel : anne.david-breard@hopital-sancerre.fr

Comité Départemental de l'Eure-et-Loir (ARESPEL)

Tel : 02.37.43.65.33 / Courriel : arespel@orange.fr

Comité Départemental de l'Indre (CODESPA)

Tel : 02.54.22.12.77 / Courriel : contact@codespa37.fr

Comité Départemental de l'Indre-et-Loire (ADASPIL)

Tel : 06.08.04.87.38 / Courriel : contact@adaspil.fr

Comité Départemental du Loir-et-Cher (CD 41)

Tel : 02.54.55.67.32 / Courriel : c.vespier@ch-romorantin.fr

Comité Départemental du Loiret (SP 45)

Tel : 02.38.74.46.75 / Courriel : soinspalliatifs45@yahoo.fr

Équipe de Coordination Régionale
Réseau de Soins Palliatifs en région Centre
2 Boulevard Tonnellé, 37 044 Tours Cedex 9
02.47.47.87.89

region.palliatifs@chu-tours.fr
www.sante-centre.fr/soins-palliatifs

LIENS

Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP) : www.sfap.org/
Observatoire National de la Fin de Vie : <https://sites.google.com/site/observatoirenationalfindevie/>