



Prise en charge hospitalière des Soins palliatifs en Région Centre en MCO, SSR, et HAD - PMSI 2009-2011

LAURENT E, BARON S, LECUYER AI, GODILLON L, GABORIT C, RUSCH E

Unité Régionale d'Epidémiologie Hospitalière (UREH) région Centre
CHRU de Tours – ARS du Centre

Congrès ADELFF-EMOIS - 4 avril 2014



Contexte 2011 en Région Centre (RC)

- *23 800 décès >15 ans dont :*
 - **58%** (13 800) à l'hôpital
 - **22%** (5 200) au terme d'un séjour de soins palliatifs (SP)
- *Offre de soins hospitalière satisfaisante :*
 - LISP : 12 lits /100 000 hab. (objectif 2012 : 5/100 000)
 - mais 1 seule USP : 10 lits /2,5M hab.

Objectif

- état des lieux des SP hospitaliers, avant de revoir l'offre : nouvelle(s) USP ?
- consommation, production, flux

Méthodes : sélection des séjours

- **MCO** Séjours : DP OU DAS en Z51.5 «Soins Palliatifs»
- **SSR** Semaines : - FP en Z51.5
- OU DAS en Z51.5 si décès
- **HAD** Séquences de soins :
 - MP/MA n°4 «Soins Palliatifs»
 - OU DP/DAS en Z51.5 si décès et MP en :
 - 07 «Prise en charge de la douleur»
 - 14 «Soins de nursing lourd»
 - 01 «Assistance respiratoire»

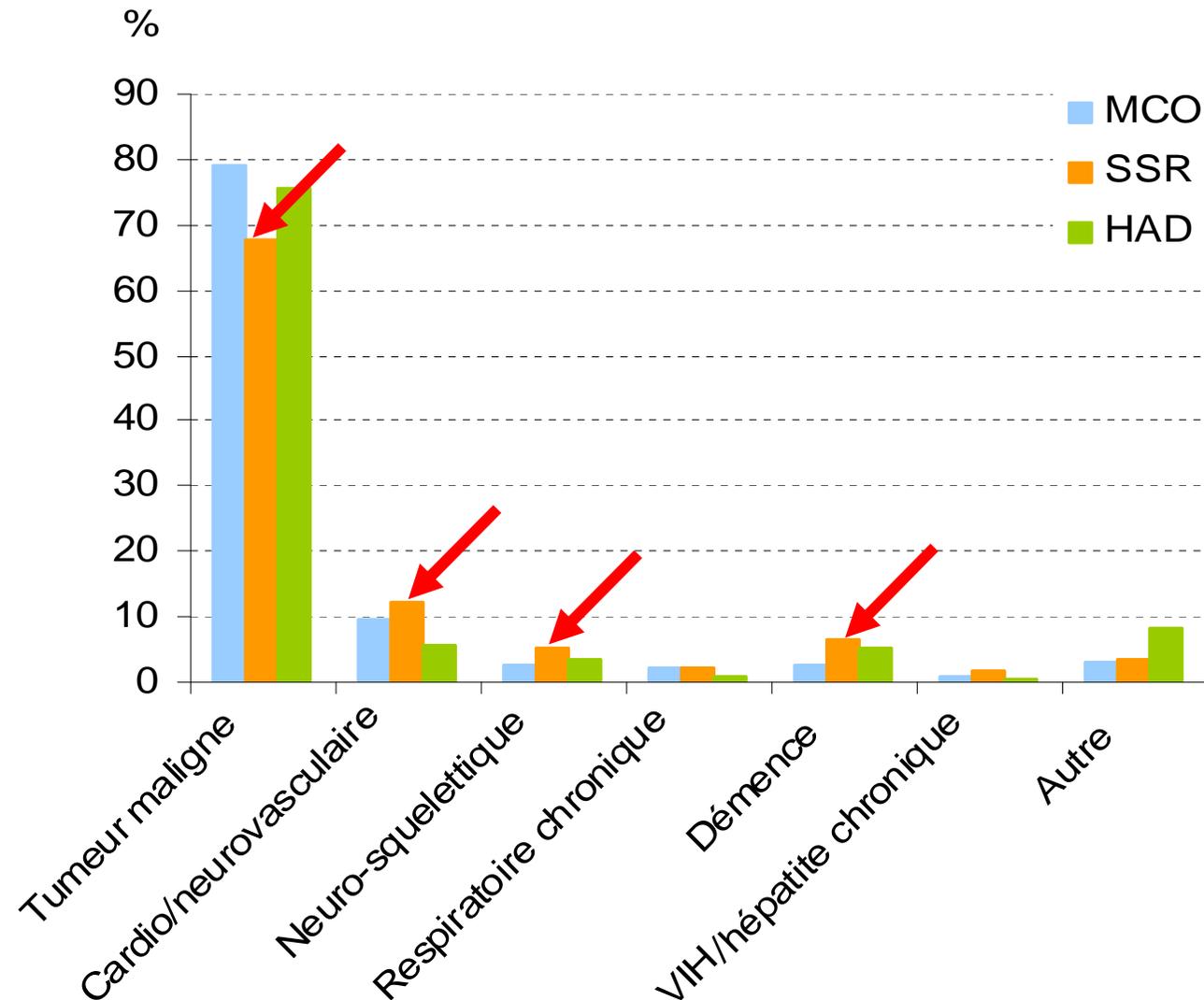
Epidémiologie

Patients adultes hospitalisés en SP et domiciliés en RC, 2011, HC+HDJ

	MCO	SSR	HAD	Tous PMSI
Patients distincts (n)	5756	1 123	1 112	7 046
Sex-ratio H/F	1,27	0,94	1,19	1,21
Age moyen [min-max]	72,5 [18-107]	78,2 [32-105]	72,4 [21-102]	73,6 [18-107]
18-39 ans (%)	1,6	0,4	2,1	1,5
40-74 ans (%)	47,4	29,3	46,6	44,0
≥75 ans (%)	51,0	70,3	51,3	54,6
AVQ moyen (score/24) ± e.t.	-	18,2 ± 5,3	17,4 ± 4,7	-
Décès (%)	68,9	71,7	50,8	75,5
SP avec cancer (%)	75,9	65,9	72,6	72,4

- **SSR** : plus de femmes, patients plus âgés, plus de décès, moins de cancers
- **HAD** : patients proches de ceux du MCO mais moins de décès

Pathologies



Pathologies prises en charge en HC (% des séjours)

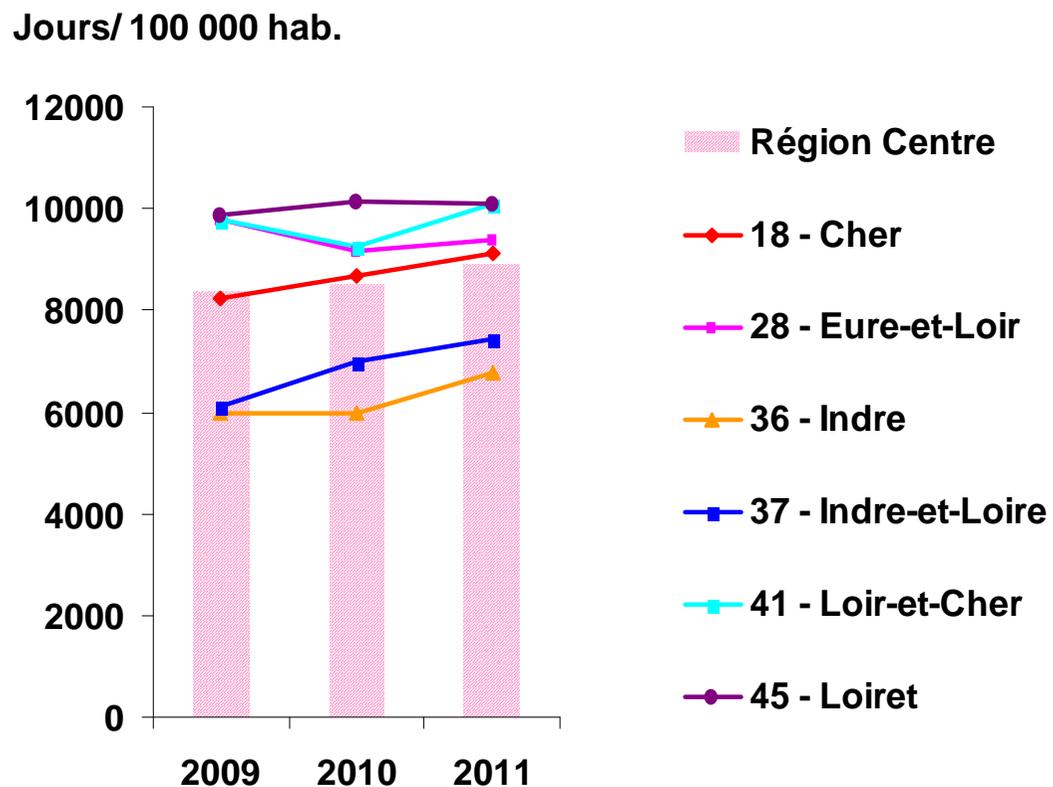
- MCO-SSR-HAD

- RC 2009-2011

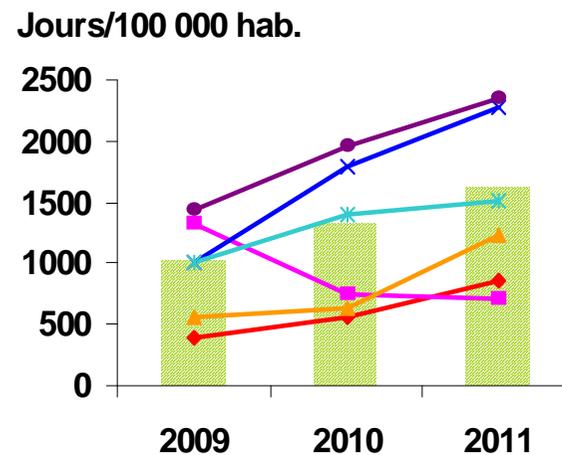
Taux de recours

Standardisés par âge et sexe

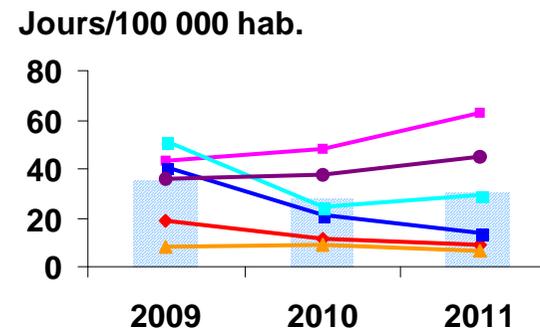
- **Sous-recours pour 2 départements (tous champs PMSI)**



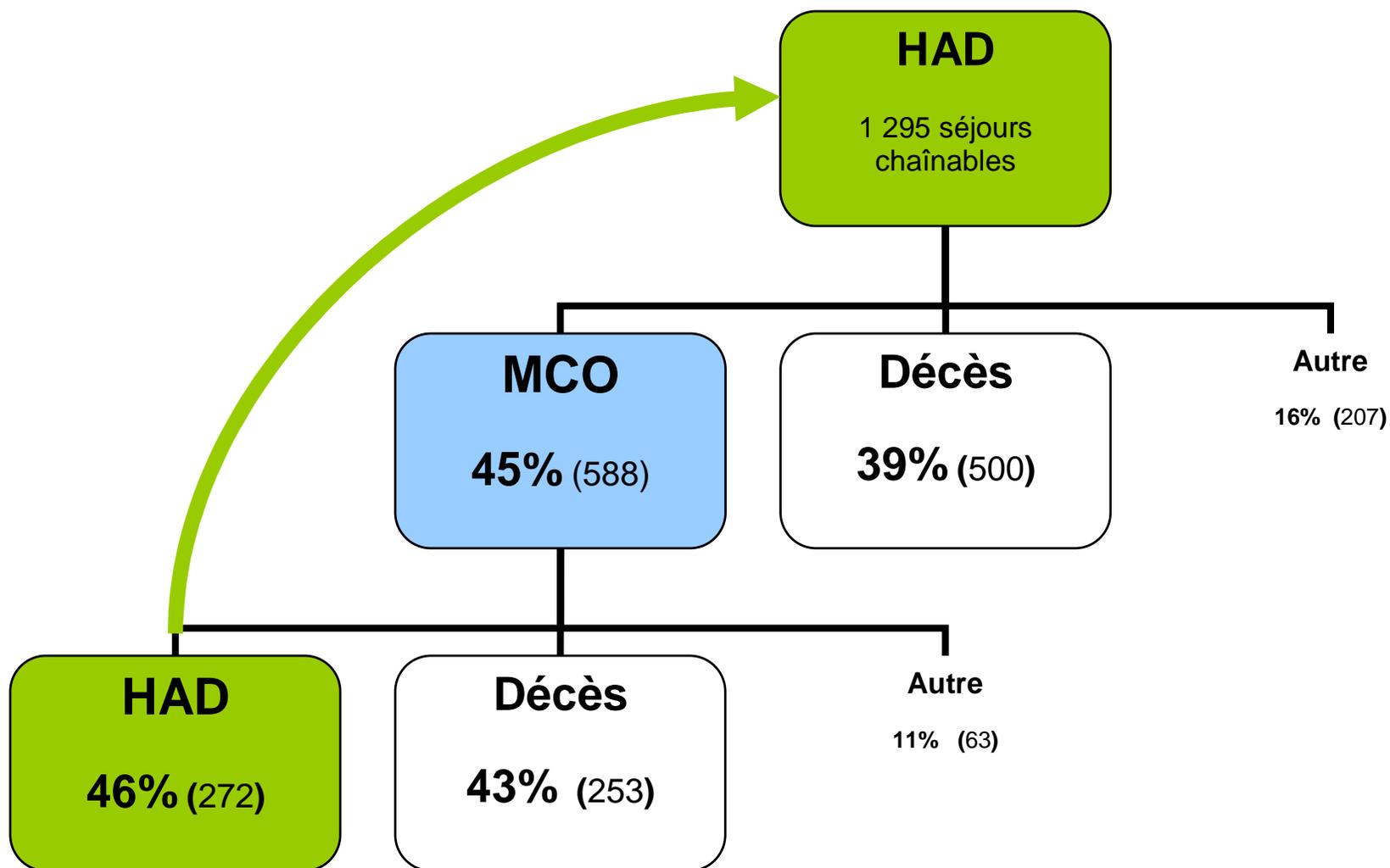
- **Augmentation liée à l'HAD**



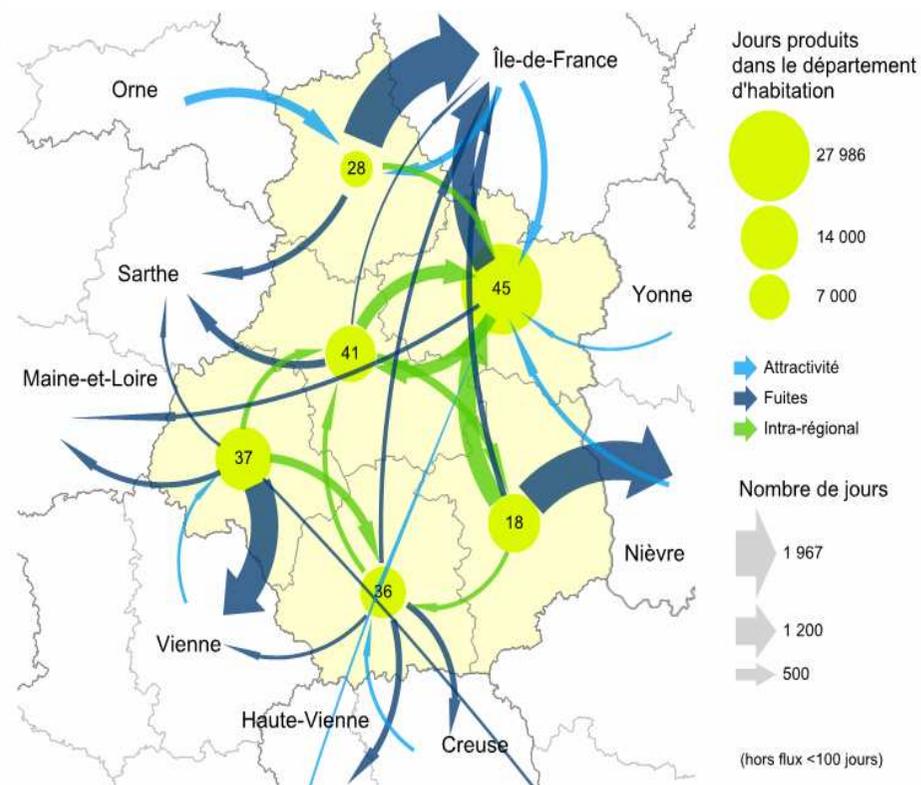
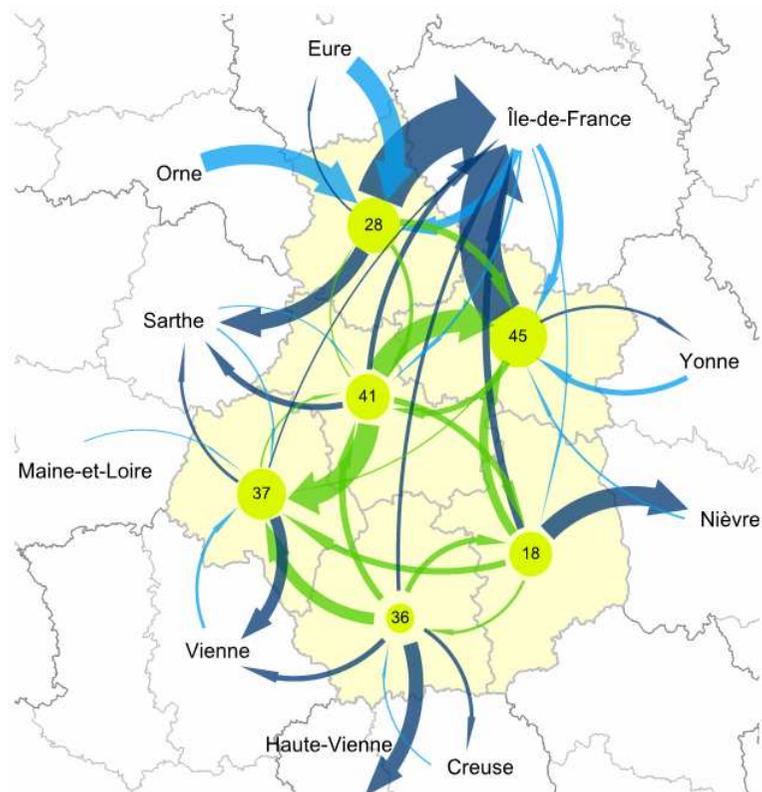
- **Sous-recours à l'HDJ (MCO)**



Flux inter PMSI : boucle HAD-MCO



Flux géographiques 2009-2011



MCO USP/LISP/lit conventionnel en séjours

SSR en jours

Fuites hors RC : 8,7% des journées / **Attractivité** : 2,5%

Discussion : limites et forces

- Limites :

- Définition SP : clinique (HAS) → qualitatif ≠ PMSI → quantitatif
- Qualité du codage :
 - MCO : le codage s'adapte à la tarification (LISP)
 - SSR : absence de T2A, sous-codage chez le patient âgé polypathologique
- **Prise en charge extrahospitalière non prise en compte**

- Forces :

- Exhaustivité des bases PMSI
- Transversalité : MCO-SSR-HAD
- Validation par comité scientifique pluridisciplinaire
- Éléments d'aide à la décision → ouverture de 2 USP en RC

Discussion : résultats

- Patients peu différents, sauf en SSR : plus âgés et lourds (plus de décès), moins de cancer
- Recours :
 - ↗ ↗ HAD : programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012
 - Hétérogénéité départementale
 - Soins palliatifs peu développés en HDJ
- Flux :
 - Inter-PMSI : Boucle HAD-MCO-HAD
 - Géographiques : fuites vers l'Ile-de-France, flux intra-régionaux importants

Perspectives

- Soins palliatifs **extra-hospitaliers** : à domicile / EHPAD, USLD : médecin-traitant, IDE, SSIAD
→ données SNIIRAM ?
- Etudes **qualitatives**
- **Tarifs** : cf poster «Tarification des Soins palliatifs en Région Centre en MCO, SSR, et HAD - PMSI 2009-2011»

Merci

- À toutes les personnes qui prennent en charge au quotidien ces patients
- Au comité scientifique :
 - 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.
 - DIM : Dr COTTU B., Dr LE LOUARN A., Dr ROGEZ R.
- ...et de votre attention



Les Soins Palliatifs hospitaliers en Région Centre 2009-2011



INTRODUCTION

« Les soins palliatifs ont 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 : Equipe 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 Equipes Mobiles de SP (EMSP) intra-hospitalières, et de l'Unité dédiée de SP (USP), le réseau régional a permis la création de six Equipes 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.

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

Équipement en lits de SP :

L'équipement national moyen MCO+SSR est de 7,8 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 01/09/2012 en RC (Données Réseau SPRC-ARS)

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



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/320 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°4 « Soins palliatifs » ou par Z515 en DP/DAS associé à un décès et à un MP n°1 « 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.