

Etat des lieux des soins palliatifs en Région Centre à partir du PMSI 2009-2011

Emeline LAURENT

Sous la direction du **Dr Sabine BARON**,
Unité Régionale d'Epidémiologie Hospitalière (UREH)
CHRU de Tours - ARS du Centre



Réunion de santé publique -
30 janvier 2014

Contexte

- **Soins Palliatifs (SP)** : soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluridisciplinaire ; maladie grave évolutive ou terminale ; prise en compte de la personne dans sa globalité (*ANAES 2002*)
- Accès aux SP garanti par la loi du 9 juin 1999
- Prise en charge hospitalière :
 - circulaire du 25 mars 2008 : dispositif **gradué en MCO et SSR**
 - programme national de développement des SP 2008-2012
- En Région Centre : offre de soins hospitalière satisfaisante avec hétérogénéité territoriale (*données réseau soins palliatifs Centre*)
- PMSI : recueil exhaustif des hospitalisations dans les 3 champs MCO-SSR-HAD

Objectif

- Décrire la consommation / production / tarification hospitalière des soins palliatifs de l'adulte en Région Centre, à partir des PMSI MCO, SSR et HAD 2009-2011

Sélection PMSI des SP

- **MCO** : séjours : DP + DAS en Z515 « Soins Palliatifs »
- **SSR** : semaines : FP en Z515 + DAS en Z515 si décès
- **HAD** : séquences de soins :
 - MP/MA n°4 « Soins Palliatifs »
 - DP/DAS en Z515 si décès et MP en 01 « Assistance respiratoire », 07 « Prise en charge de la douleur », 14 « Soins de nursing lourd »

Tarification

- **MCO** : Tarif séjour = GHS + borne haute - borne basse + suppléments
- **SSR** : Tarif jour « réel » (Dotation globale) & tarif « IVA » (T2A)

		Public	Privé
Tarif jour	"réel"	$\frac{\text{Dotation établissement} \pm \text{Dotation LISP}}{\text{Nb lits}} \times 365 \times 0,9$	Connu <i>(données ARS)</i>
	"IVA"	nb IVA x 0,1374 €	nb IVA x 0,0949 €

- **HAD** : Tarif séjour = somme [tarif GHT * nombre de jours]

Analyses

- Trois axes :
 - **Consommation** : séjours de patients domiciliés en Région Centre, quel que soit le lieu de prise en charge → indicateurs patients
 - **Production** : séjours réalisés en Région Centre, quel que soit le lieu de domicile du patient = activité de la RC → indicateurs séjours
 - **Tarifification** (en production)

Consommation : épidémiologie

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

	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
Age moyen du décès	72,6 [18-104]	78,9 [32-105]	75,6 [23-99]	73,8 [18-105]
SP avec cancer (%)	75,9	65,9	72,6	72,4
Age moyen décès si cancer	69,8 [18-100]	76,3 [33-98]	72,0 [24-98]	70,8 [18-100]

Production

Production de SP en HC - PMSI MCO-SSR-HAD - Région Centre 2009-2011

	Nombre de séjours			Séjours 2011 (%)	Public 2011 (% séjours)	DMS 2011 (jours)	Médiane 2011 (jours)	Décès 2011 (% séjours)
	2009	2010	2011					
MCO	6703	6509	6676	66,2%	83,5%	18,5	14	55,5%
USP	190	197	197	2,0%	100,0%	14,3	12	54,3%
LISP	2827	3022	3129	31,0%	72,9%	20,1	16	64,0%
Autre	3686	3290	3350	33,2%	92,5%	17,3	12	47,6%
SSR	1188	1105	1126	12,2%	86,4%	24,0	17	66,2%
HAD	979	1295	1440	15,6%	8,6%	24,8	13	38,3%

∅ augmentation
sauf HAD (+50%)

↓
2/3
MCO

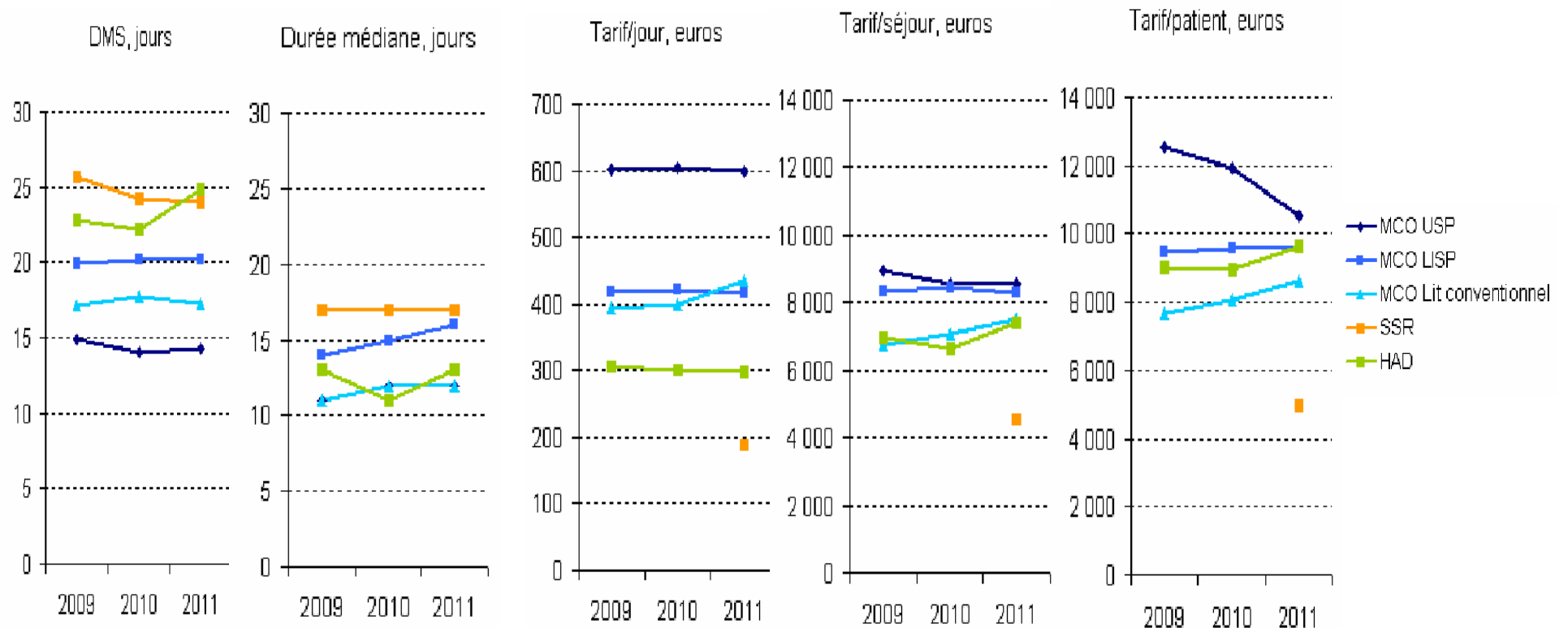
Public
sauf
HAD
(ESPIC)+
Variable
- USP
SSR/HAD

↓
<DMS

% décès
élevé ne
conditionne
pas la DMS

Tarification

Durées et tarifs moyens en HC - PMSI MCO-SSR-HAD - Région Centre 2009-2011



Tarif/jour en SSR :

IVA > réel (+22%)

Limites et forces

- Limites :
 - Définition SP : PMSI quantitative ≠ clinique (HAS) qualitative
 - Limites du codage en SSR :
 - Absence de T2A
 - Sujets âgés polypathologiques
 - Prise en charge extra-hospitalière non prise en compte
 - Courte période d'étude
- Forces :
 - Première étude sur les SP à partir des 3 PMSI
 - Bases PMSI exhaustives et standardisées
 - Validation par comité scientifique pluridisciplinaire
 - Éléments décisionnels forts : panorama global de l'offre de soins

Résultats

- Patients peu différents entre les 3 PMSI, sauf en SSR (plus âgés et lourds)
- Forte augmentation de la consommation/production en HAD, en cohérence avec le programme national de développement des soins palliatifs
- Tarifs :
 - SSR sous-doté
 - dispersion des tarifs
 - Tendance au nivellement des tarifs entre les différentes prises en charge en MCO
- Durée médiane de séjour aussi importante que DMS

Perspectives

- Soins palliatifs à domicile (médecin-traitant, IDE, SSIAD¹) + EHPAD, USLD
- Elargissement avec données SNIIRAM², Trajectoire
- Etudes des coûts réels : adéquation avec tarifs ?³
- Etudes de qualité de la prise en charge

1. *Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV), rapport 2012 - Vivre la fin de vie chez soi*

2. *Ricci P, Mezzarobba M, Blotière PO, Polton D. Les dépenses de soins remboursés durant la dernière année de vie, en 2008, en France. Rev Epidemiol Sante Publique. 2013 Fev;61(1):29–36.*

3. *Bilan du programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012. Juin 2013.*

Remerciements

- UREH : Dr BARON S., Mme LECUYER A.I., Mle GODILLON L., Mr GABORIT C., Pr RUSCH E.
- 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. et l'équipe de l'UMASP 37
- Médecins DIM : Dr COTTU B., Dr FOURQUET F., Dr LE LOUARN A., Dr ROGEZ R.
- Directeurs d'établissement : Mr CAMUS T.-M., Mme DEMOREST M.-F.

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 (Pallioence).

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 01/06/2012 en RC (Données Réseau SPRC-ARS)

Dpt	Nb Lits		Total lits		Total LISP		Total lits		Nb autor.
	EMSP	USP	MCO/100 000 hab*	LISP/33R	SSR/100 000 hab*	HAD	/100 000 hab*		
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.

<https://www.sante-centre.fr/ureh-centre>

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 Kamofsky (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°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.

Compléments



Contexte

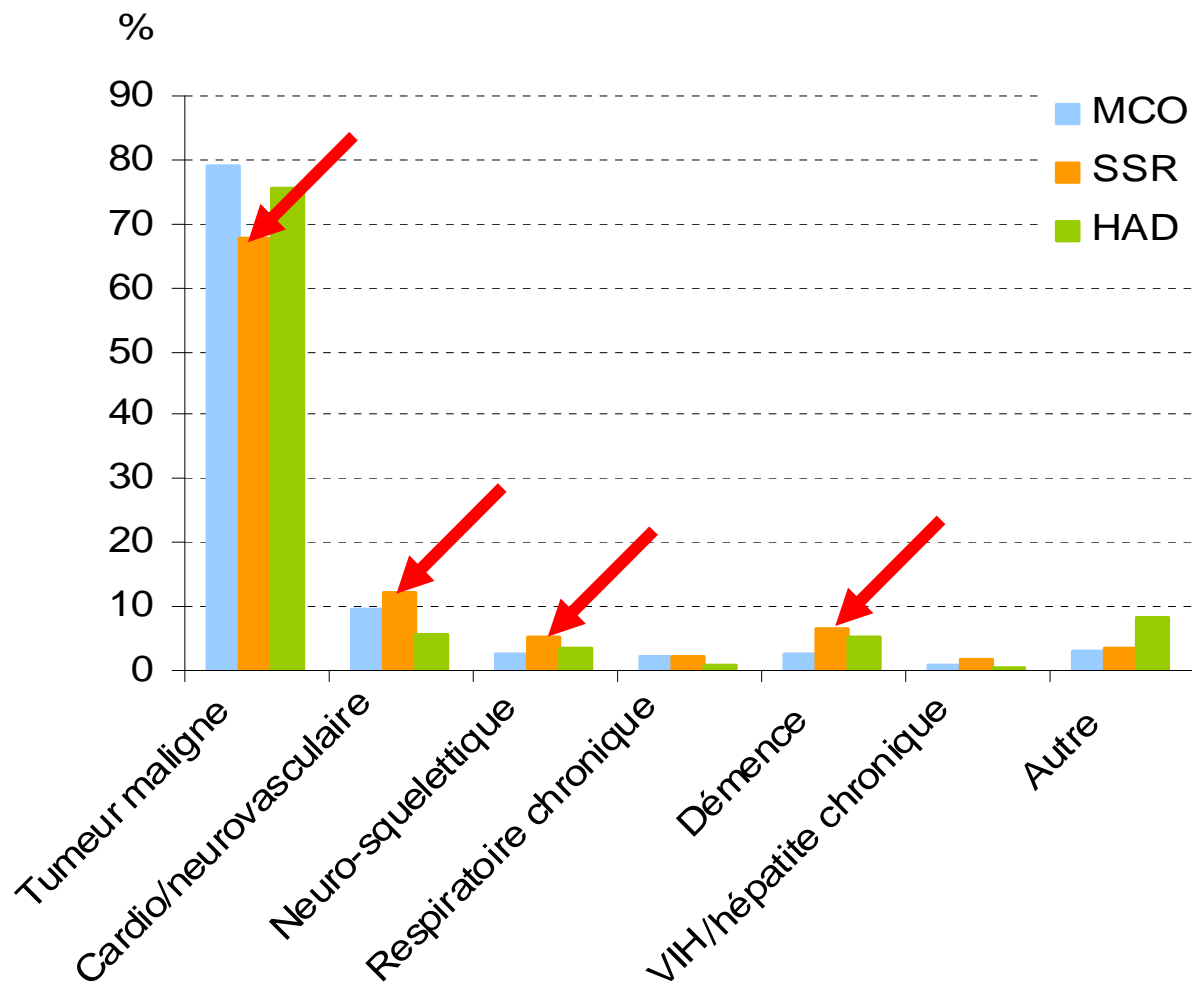
- En Région Centre : offre de soins hospitalière en soins palliatifs (SP) satisfaisante avec hétérogénéité territoriale
(données réseau soins palliatifs Centre)

Département	EMSP	Lits USP	LISP MCO	Total lits MCO/ 100 000 hab*	LISP SSR	Total LISP SSR/ 100 000 hab*	Total lits dédiés /100 000 hab*	Total lits dédiés /10 000 hab >65 ans	Autor. HAD
18 - Cher	3	0	40	12,8	11	3,5	16,3	7,8	2
28 - Eure-et-Loir	2	0	48	11,1	4	0,9	12,1	7,4	1
36 - Indre	1	0	23	9,9	9	3,9	13,8	5,9	1
37 - Indre-et-Loire	2	10	36	7,7	4	0,7	8,4	4,7	2
41 - Loir-et-Cher	2	0	35	10,5	15	4,5	15,1	7,3	1
45 - Loiret	2	0	49	7,4	29	4,4	11,8	7,1	2
Région Centre	12	10	231	9,4	72	2,8	12,2	6,6	9

* Population INSEE 2012

- RC : 12,2 lits/100 000 hab > moyenne nationale 7,6

Consommation : pathologies



Pathologies prises en charge en HC (% des séjours)

- PMSI MCO-SSR-HAD

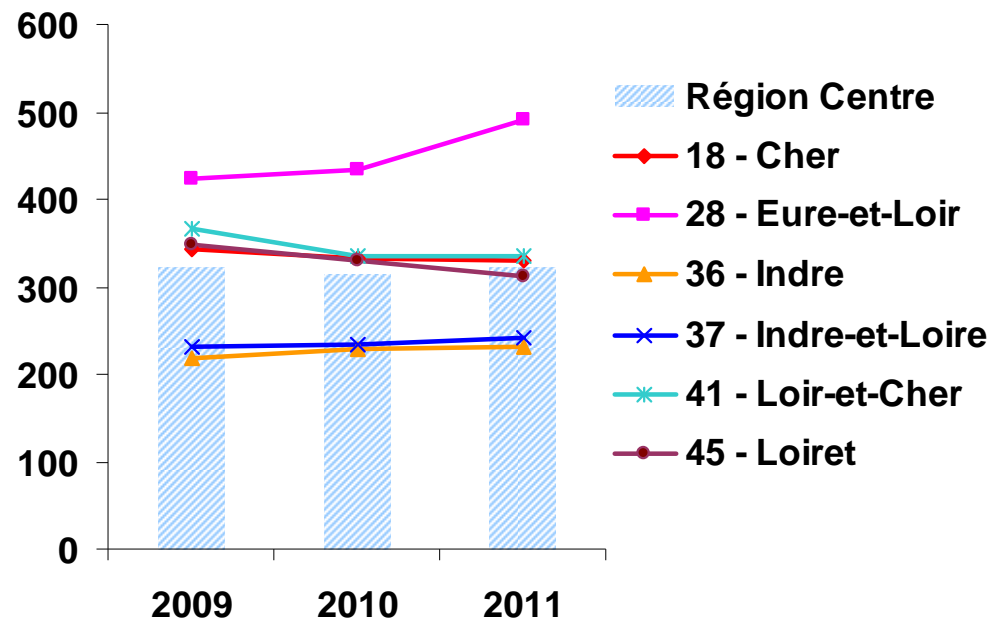
- RC 2009-2011

Consommation : taux de recours (1)

Taux de recours aux SP en MCO, standardisé par âge et sexe, RC

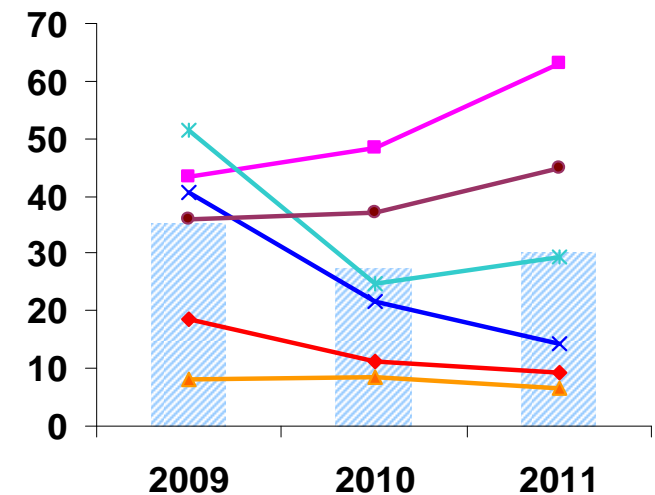
Hospitalisation Complète (HC)

Séjours/100 000 hab.



Hospitalisation de Jour (HJ) (8,5% des séjours)

Séjours/100 000 hab.

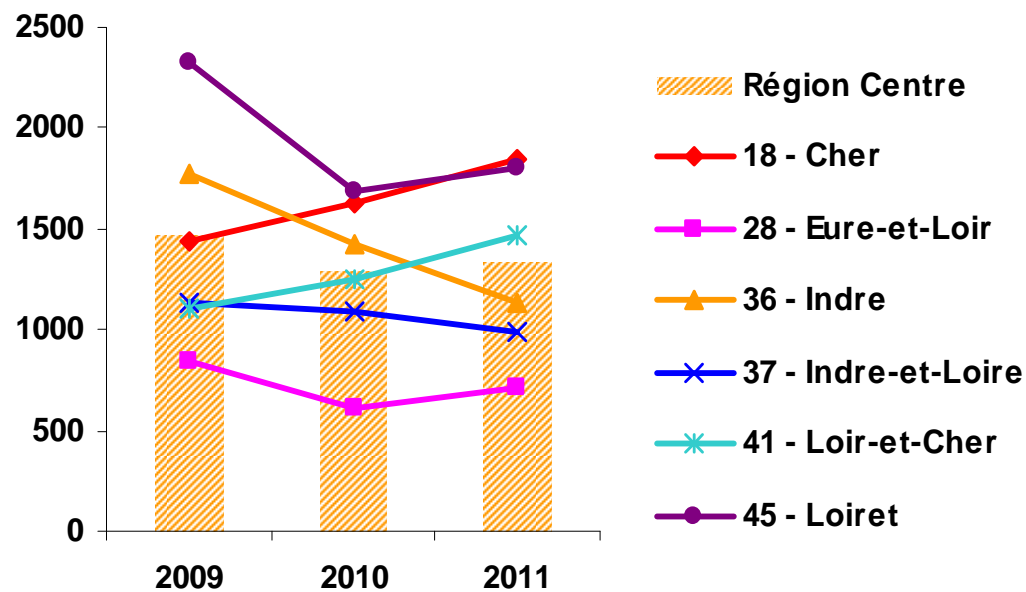


Consommation : taux de recours (2)

Taux de recours aux SP, standardisé par âge et sexe, RC

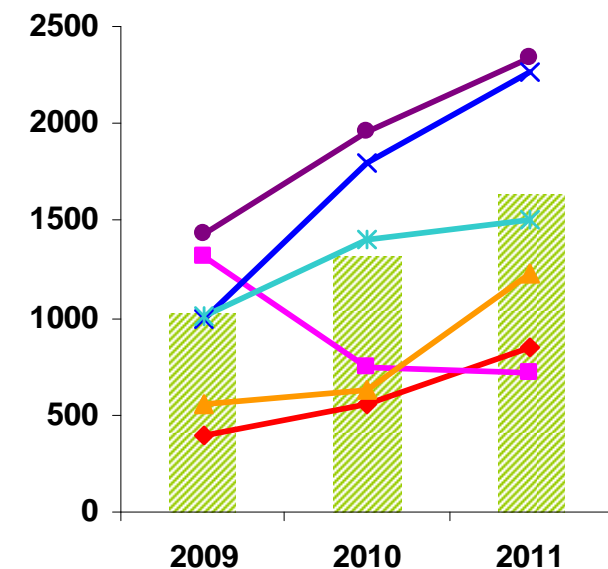
SSR

Jours/100 000 hab



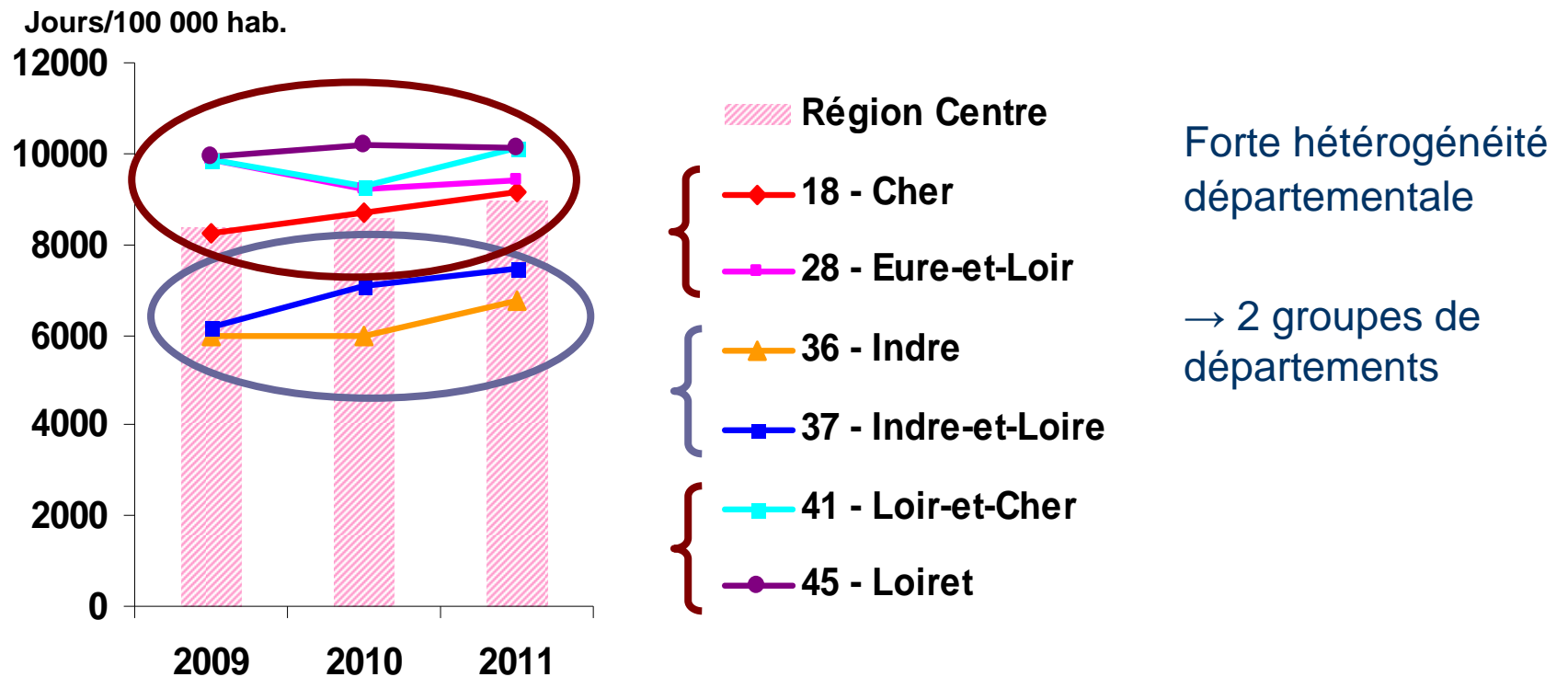
HAD

Jours/100 000 hab

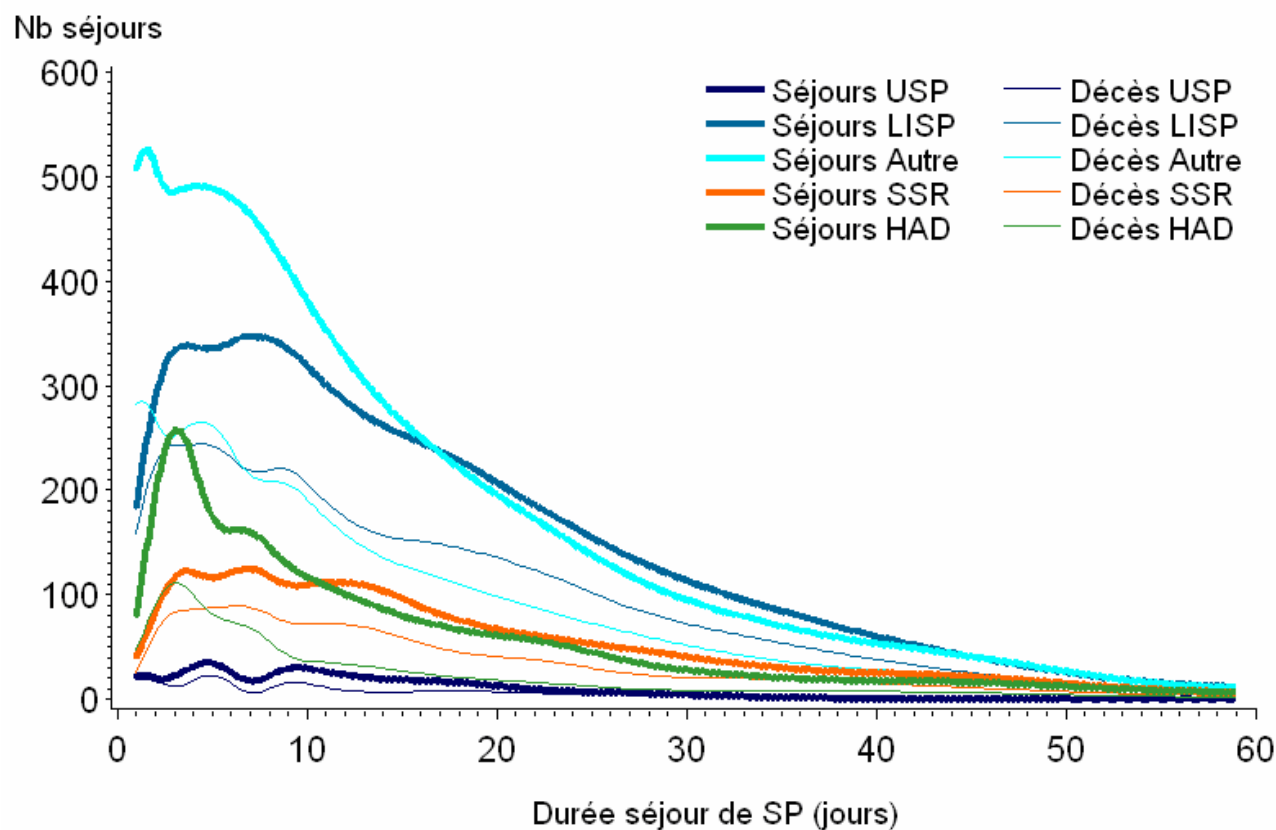


Consommation : taux de recours (3)

Taux de recours aux SP, standardisés par âge et sexe, RC
PMSI MCO-SSR-HAD



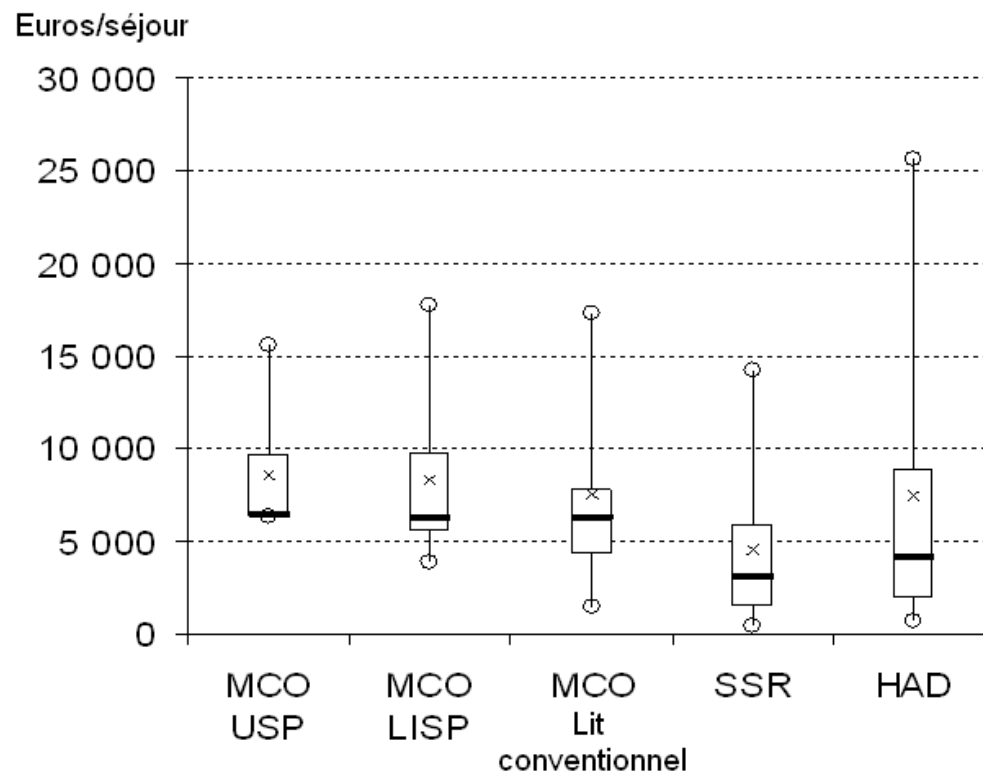
Production



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)

Tarification

Tarif par séjour de soins palliatifs



- Dispersion liée à la dispersion des durées de séjour
- Médiane < moyenne car distribution non normale des durées
- Tarifs médians importants à considérer

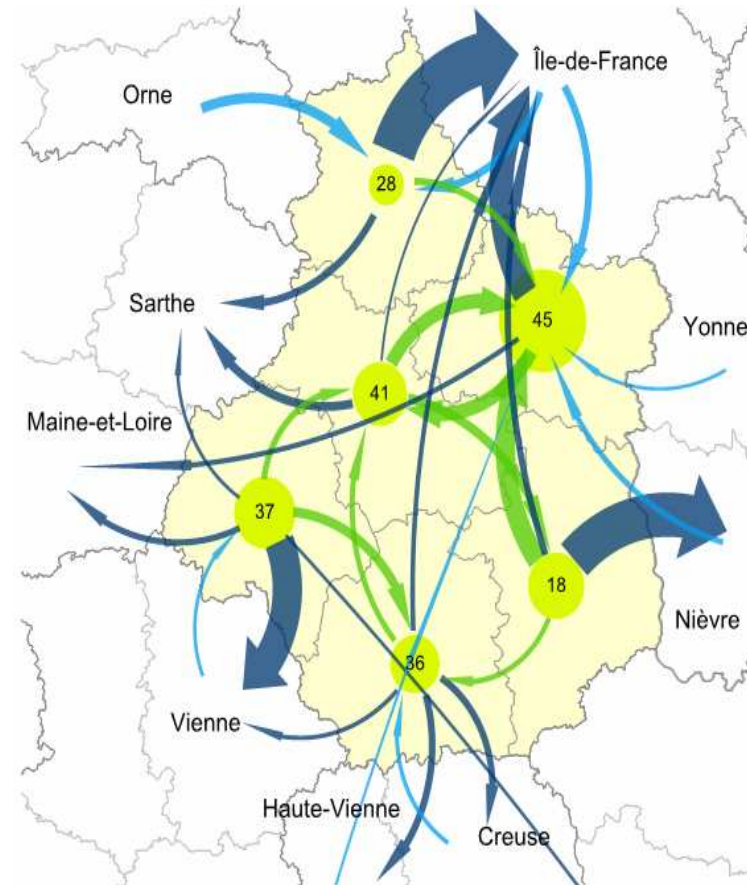
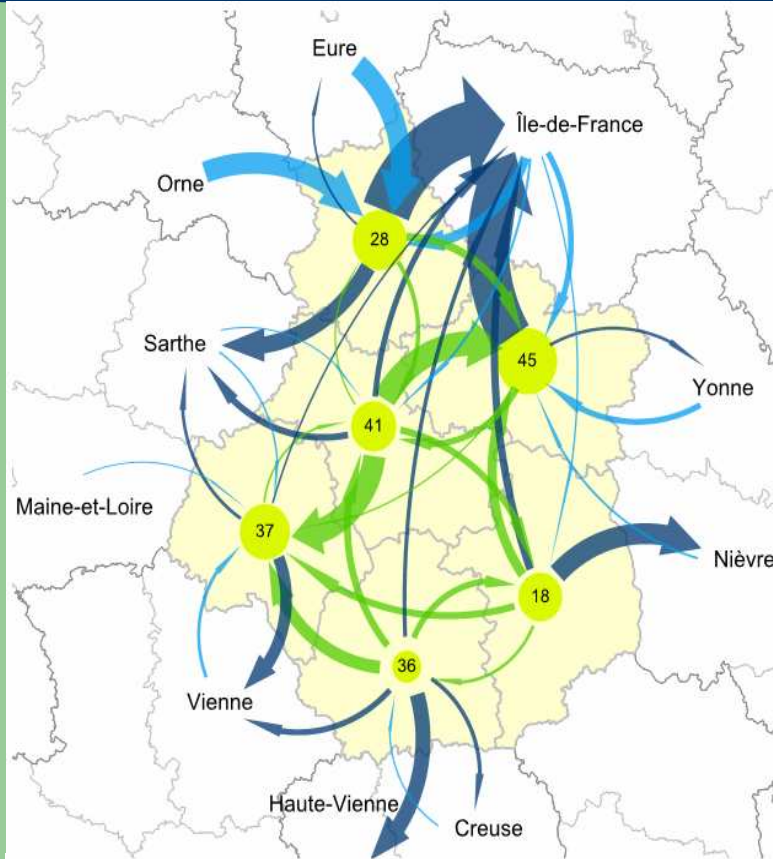
Flux : inter-PMSI

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*		
					Décès	Sortie Domicile	Retour au départ
MCO autre	MCO LISP/USP	6,5%	8,0%	7,9%	66,8%	20,4%	6,6%
MCO autre/LISP	USP	1,3%	1,9%	2,1%	69,2%	19,2%	5,5%
MCO	SSR (tous)	7,2%	7,0%	8,3%	42,7%	31,3%	18,7%
MCO	HAD (tous)	5,9%	6,6%	7,1%	31,6%	6,6%	58,5%
SSR	MCO (tous)	18,1%	16,5%	15,7%	38,8%	18,6%	30,3%
HAD	MCO (tous)	44,4%	44,0%	42,0%	43,0%	45,8%	3,6%

* année de sortie du premier champ PMSI

Flux HC 2009-2011



Flux 2009-2011

