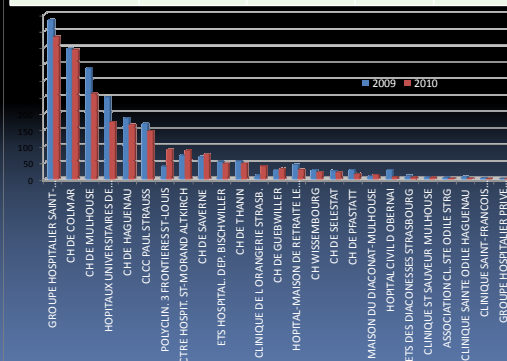
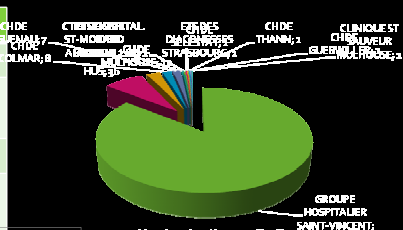


Dr S Theobald, DIM CPS
 Dr C Weidmann, DIM HUS
 Dr V Bouchez, DIM GHSV
 Journées des DIM d'Alsace, Saverne, mardi 14 février 2012

CODAGE DES SOINS PALLIATIFS

Quelques chiffres 2009-2010

	France entière (%)		Alsace (%)	
	2009	2010	2009	2010
Nombre de séjours Z515	95156 (0,39)	87079 (0,35)	2336 (0,31)	2103 (0,27)
DMS	16,84	17,32	18,8	18,41
Décès	56110	52 337 (60,1)	1370	1288 (61,3)



Définition des soins palliatifs

- Articles L. 1110-10, L. 6143-2-2, D. 6114-3 (7°), L. 1112-4, L. 6114-2, D. 6143-37-1 du code de la santé publique
- Circulaire n° DHOS/O2/DGS/SD5D n° 2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement
- Circulaire DHOS/O2 n° 035601 du 5 mai 2004 et guide annexé
- Circulaire n° DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs
- Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs (Agence nationale d'évaluation et d'accréditation en santé – ANAES – décembre 2002)

Article L. 1110-10 du code de la santé publique

- Définit les soins palliatifs et leur objectif :
 - Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile
 - Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage

Articles L6143-2-2, D6114-3(7°), L1112-4, L6114-2, D6143-37-1

- Ces articles positionnent les soins palliatifs dans les établissements de santé à travers :
 - Le projet médical
 - Les moyens alloués à cette prise en charge
 - Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)

Circulaire n° DHOS/02/DGS/SD5D n° 2002-98 du 19 février 2002

- Définit les patients concernés, rappelle la définition des SP, en fixe les objectifs, précise qui sont les professionnels concernés :
 - Tous les professionnels de santé, travaillant en équipe interdisciplinaire et en lien avec des professionnels formés spécifiquement, sont concernés par cette démarche.
 - Des bénévoles d'accompagnement, formés et bénéficiant d'une supervision des pratiques, interviennent en complémentarité avec ces équipes, dans le cadre de conventions conformes à l'annexe du décret n° 2000-1004 du 16 octobre 2000.
- Définit les missions, l'organisation et le fonctionnement :
 - des places d'hospitalisation à domicile « identifiées » en soins palliatifs
 - des lits « identifiés » de soins palliatifs
 - des équipes mobiles de soins palliatifs (emsp)
 - des unités de soins palliatifs (usp)

Recommandation de bonne pratique :
modalités de prise en charge de
l'adulte nécessitant des soins
palliatifs, ANAES, 12/2002

- Définit les soins palliatifs
- Liste les professionnels concernés par les recommandations
- Précise quand mettre en œuvre les soins palliatifs
- Définit les modalités de prise en charge des principaux symptômes

Circulaire DHOS/02 n° 035601
du 5 mai 2004 et guide annexé

- Définit au niveau des établissements de santé :
 - Les conditions de mise en place des soins palliatifs
 - Les conditions de mise en œuvre des soins palliatifs
 - Les conditions d'évaluation et de suivi

Grille pour séjour en LISP

A remplir pour les patients relevant des soins palliatifs
Mais pris en charge dans les services ayant des Lits Dédiés de Soins palliatifs

sl. Diagnostic médical	Oui	Non pertinent	Refusé par le patient
- Affection maligne, cancéreuse évoluée ou terminale			
- Maladie chronique / insuffisance sévère au stade avancé ou terminal quand le pronostic vital est mis en jeu malgré les traitements de l'affection causale (ex : insuffisances respiratoires, rénales, hépatiques, circulatoires, cardiovasculaires terminales, troubles métaboliques irréversibles, ...)			
- Maladies infectieuses incurables au stade terminal (sida ...)			
- Maladies graves, incurables, évoluées et évolutives (ex : maladie neurologique, Charcot, ...)			
Les efforts de soins sont davantage axés sur la prise en charge médico-psycho-ocio-spirituelle et les traitements symptomatiques que sur les traitements étiologiques dits curatifs (règle du maximum d'effort de soins)	X		
Synthèse 1 : Répondre OUI quand au moins 2 fois OUI ci-dessus			
2. Prise en charge multidisciplinaire coordonnée (au vu des éléments tracés dans le dossier)	Oui	Non pertinent	Refusé par le patient
- Evaluation et suivi régulier par équipe médicale et soignante (douleur, symptômes...)	X		
- Intervention d'un psychologue et / ou psychiatre			
- Intervention du service social			
- Intervention du kinésithérapeute et / ou ergothérapeute, arthérapeute, orthophoniste, psychomotricien			
- Intervention du diététicien			
- Intervention de l'EMSP et/ou de l'Unité de prise en charge de la Douleur Chronique (médecin, IDE, psychologue)			
- Réponses de synthèse multidisciplinaire			
Synthèse 2 : répondre OUI quand au moins 2 fois OUI ci-dessus			
3. Besoins en soins de support	Oui	Non pertinent	Refusé par le patient
- Prise en compte de la douleur (évaluation et adaptation thérapeutique régulières)	X		
- Prise en charge psychologique du patient et / ou de ses proches (travail de deuil, demande d'euthanasia, syndrome de glissement, ... nécessitant écoute, relation d'aide, soutien psychologique)			
- Soins de nursing pluriquotidiens (rythme, soins de bouche, mobilisation, aide aux repas...)			
- Prise en compte des symptômes vécus d'inconfort (gestion, respiratoires, digestifs, neuropsychiques...) nécessitant des soins importants (perfusion, sonde, aspirations, pansements, soins de bouche, ponctions, lavements...)			
- Prise en charge nutritionnelle (adaptation régulière des apports par os, alimentation artificielle...)			
- Soins réguliers de masse-kinésithérapie et réduction physique			
- Prise en charge sociale (problèmes financiers, préparation retour à domicile, attention soins palliatifs...)			
- Intervention d'autres acteurs des soins de support : stomathérapeute, socio-aesthéticien, sophrologue, réseaux de soins, accompagnement spirituel, ...			
- Accompagnement de la famille et des proches			
Synthèse 3 : répondre OUI quand au moins 3 fois OUI ci-dessus			
Conclusion : Les réponses aux 3 synthèses ci-dessus sont OUI, le séjour peut relever de soins palliatifs NB : Les 3 items éga cochés sont obligatoires au GESP			

Guide méthodologique (Bulletin officiel N° 2011/6 bis Fascicule spécial) [1]

- La situation clinique SP est une exception à la situation de traitement :
 - Le DP doit être codé Z51.5 [règle T11]
 - « dès lors que leur définition est respectée »
- Au terme des séjours pour soins palliatifs, le diagnostic relié est l'affection qui a motivé la prise en charge, par exemple :
 - séjour de soins palliatifs pour cancer du corps utérin en phase terminale : DP Z51.5, DR C54.-
 - séjours de soins palliatifs pour SIDA avec cachexie : DP Z51.5, DR B22.2

Guide méthodologique (Bulletin officiel N° 2011/6 bis Fascicule spécial) [2]

- Une maladie chronique ou de longue durée ne peut être le DP d'un séjour que dans les circonstances suivantes :
- –...décès éventuellement,...hors soins palliatifs (règle T11)

CNAMTS/ DCCRF annexe 5 : proposition après avis de la SFAP - 26/04/2010 [1]

- Ce document n'est pas un référentiel
- « Des traitements invasifs peuvent être encore institués à la phase « initiale » des soins palliatifs (« initiale » par opposition à la phase terminale) »
- « De même, les soins palliatifs, tout en cherchant à éviter les investigations déraisonnables, incluent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes de manière à pouvoir les prendre en charge »

CNAMTS/ DCCRF annexe 5 : proposition après avis de la SFAP - 26/04/2010 [2]

- En cas de situations cliniques multiples, le guide méthodologique prévoit que le diagnostic principal est celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort de soins [règle M₁] :
 - hospitalisation pour symptômes neurologiques ; découverte d'une hémorragie méningée nécessitant une prise en charge en soins palliatifs d'emblée ; mise en œuvre de cette prise en charge au cours du même séjour ;
 - hospitalisation pour surveillance après traitement d'un cancer ; découverte de localisations secondaires multiples ; mise en œuvre de soins palliatifs et d'une chimiothérapie palliative
- En cas de prise en charge équivalente (dont la réalité doit être contrôlable dans le dossier du malade), le choix du DP est laissé à l'établissement [règle M₂]

CNAMTS/ DCCRF annexe 5 : proposition après avis de la SFAP - 26/04/2010 [3]

- Si, au terme cette analyse, la situation clinique retenue n'est pas celle de traitement unique médical, le code Z51.5 peut être retenu en DAS si les éléments du dossier du patient le permettent
- Pour une hospitalisation liée à un cancer au stade terminal et se terminant par un décès, et si la situation clinique retenue est bien celle de traitement unique médical, mais que les éléments du dossier n'attestent pas d'une prise en charge répondant à la définition des soins palliatifs, le DP pourra être, selon les cas :
 - le motif précis du décès si il existait à l'entrée dans l'unité médicale, qu'il a été identifié et pris en charge, tel une insuffisance cardiaque, une embolie pulmonaire, une hémorragie...
 - le cancer lui-même, s'il n'a pas été identifié de cause précise au décès
 - Cf. Jean-François Noury le 05 janvier 2010 à 17h53 # 23992
 - Dans le cas d'une hospitalisation pour un cancer au stade terminal achevée par un décès, les diagnostics principaux possibles sont les suivants : soins palliatifs si les soins ont correspondu à leur définition ; - le motif précis du décès s'il a été identifié et pris en charge, tel une insuffisance cardiaque (ce peut être aussi une embolie pulmonaire, une hémorragie...); en l'absence des deux précédents, le cancer lui-même.

CNAMTS/ DCCRF annexe 5 : proposition
après avis de la SFAP - 26/04/2010 [4]

- En l'absence de référentiel validé concernant la justification médicale de la démarche de soins palliatifs, il n'est pas possible de mettre en cause la justification médicale des soins

Mutation fictive d'un patient vers un LISP

- Il n'est pas licite de muter artificiellement un patient vers un LISP si le patient reste dans la même unité médicale :
 - la mutation est définie comme une sortie du patient vers une autre entité médicale d'hospitalisation
 - dans le nouveau guide de comptabilité analytique hospitalière p 29 : « L'unité médicale est définie comme un ensemble individualisé de moyens matériels et humains

Critères pour coder les soins palliatifs en hospitalisation de jour

RESUME D'UNITE MEDICALE
de l'hôpital de jour de Soins palliatifs

Étiquette du patient

Intervenants (cocher les professionnels qui ont intervenu lors de l'hospitalisation de jour)

Médecin Infirmière Psychologue Kinésithérapeute Aide soignante
 Assistante sociale Diététicienne Autres (bénévoles, artérapeutes...)

Soins de support (cocher les soins de support réalisés pendant l'hospitalisation de jour)

Prise en charge de la douleur <input type="checkbox"/>	Prise en charge psychologique <input type="checkbox"/>
> Soins de nursing <ul style="list-style-type: none"> • hygiène <input type="checkbox"/> • mobilisation <input type="checkbox"/> • soins de bouche <input type="checkbox"/> • soins d'escarre <input type="checkbox"/> • aspiration <input type="checkbox"/> • soins de stomies <input type="checkbox"/> • sonde à demeure <input type="checkbox"/> • changement de sonde <input type="checkbox"/> • alimentation parentérale, drip <input type="checkbox"/> • pansement <input type="checkbox"/> • toucher relationnel <input type="checkbox"/> • autre <input type="checkbox"/> 	> Traitement des divers symptômes vecteurs d'inconfort <ul style="list-style-type: none"> • toux <input type="checkbox"/> • dyspnée <input type="checkbox"/> • prurit <input type="checkbox"/> • dysphagie <input type="checkbox"/> • nausées <input type="checkbox"/> • vomissements <input type="checkbox"/> • déshydratation <input type="checkbox"/> • troubles du transit <input type="checkbox"/> • anxiété <input type="checkbox"/> • dépression <input type="checkbox"/> • troubles du sommeil <input type="checkbox"/> • autre <input type="checkbox"/>

Si 3 intervenants différents et 3 soins de supports sont cochés ⇒ DP = Z51.5

Indiquer le cancer ou la maladie chronique :

Si non cocher ce qui a été fait pendant l'hospitalisation de jour en précisant la pathologie (ex stomie : gastrostomie, douleur préciser le type de douleur ou la cause de la douleur....) qui deviendra DP

Discussion [1]

- Les interventions des professionnels doivent être toutes tracées dans le dossier du patient
- L'utilisation d'une check-list peut faciliter l'identification de ces séjours
- Le motif d'hospitalisation est **rarement** « soins palliatifs » [T1], les prises en charges complexes sont les plus fréquentes
- L'existence d'un autre motif d'hospitalisation, **situation la plus fréquente**, n'est pas un argument suffisant pour ne pas coder le séjour en soins palliatifs [M1],
- La réalisation de traitements invasifs (chimio, radiothérapie) au cours d'un séjour, ne constitue pas un argument suffisant pour récuser cette qualification
- La justification de la qualification des soins en SP ne peut être remise en cause en l'absence de référentiel validé

Discussion [2]

- Problème de la valorisation des séjours avec motif d'hospitalisation et Z51.5 en DAS qui s'excluent (liste d'exclusion 831)
- Problème d'identification des séjours avec Z51.5 en DAS dans les enquêtes nationales ou régionales