

# Le SSR dans la filière cancer en région Rhône Alpes en 2013



Juin 2015

Rapport régional

## Coordination SSR Rhône – Alpes

Dr Chloé Tarnaud, médecin de santé publique - Coordination régionale SSR, Dr Adélaïde Marquer –  
Coordination SSR Grenoble, Pr Paul Calmels - Coordinations SSR Rhône-Réadaptation Lyon et Saint  
Etienne, Anne-Sophie Danguin - ARS Rhône-Alpes, Valérie Dreux Coordination Rhône Réadaptation  
avec

la collaboration de l'ensemble des coordinations territoriales Rhône-Alpes et de l'ARS Rhône-Alpes

Avertissement : le rapport présente l'ensemble des données régionales sur la filière SSR et cancer. L'analyse a été détaillée pour chacun des 5 territoires de santé, dans un document complémentaire : « **Le SSR dans la filière cancer en région Rhône Alpes en 2013 : territoire Centre, Nord, Est, Ouest, et Sud** ».

La méthode et les résultats ont fait aussi l'objet de présentation et discussion en groupe de travail régional « cancer » sous l'autorité de l'ARS Rhône Alpes en date des 21/09/2014 et 11/05/2015.

#### Remerciements

La coordination SSR Rhône-Alpes remercie pour leur contribution

- Pr C Righini, médecin ORL, CHU Grenoble
- Pr JM Prades, chirurgie, ORLCHU Saint Etienne
- Pr Descotes, chirurgien, urologue, CHU de Grenoble
- Dr M Filbet, médecin Soins Palliatifs, Hospices Civils de Lyon
- Dr S Couray-Targe, C Piegay S Polazzi et, pôle IMER (Information Médicale Evaluation Recherche), Hospices Civils de Lyon
- Aude-Marie Foucaut, enseignant STAPS, Unité Cancer Environnement, Centre Léon Bérard.

## Abréviations

AFSOS : Association francophone des soins oncologiques de support  
AE : Affection Etiologique  
ARS : Agence Régionale de Santé  
BH : Bassin Hospitalier  
CCAM : Classification Commune des Actes médicaux  
CH : Centre Hospitalier  
CHARME : Centre Hospitalier d'Ardèche Méridionale  
CHPH : Centre Hospitalier Public d'Hauteville  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
CIM-X : Classification Internationale des Maladies 10ème révision  
CLB : Centre Léon Bérard  
CMA : Centre Médical de l'Argentière  
DAS : Diagnostic Associé  
DMS : Durée Moyenne de Séjour  
DP : Diagnostic Principal  
DR : Diagnostic Relié  
EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées  
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
FPPC : Finalité Principale de Prise en Charge  
GHM : Groupe Homogène de Malade  
GN : Groupe Nosologique  
HAD : Hospitalisation à Domicile  
HC : Hospitalisation Complète  
HCL : Hospices Civils de Lyon  
HDN : Hôpitaux Drôme Nord  
HTP : Hospitalisation à Temps Partiel  
ICLN : Institut Cancérologique Lucien Neuwirth  
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat  
InCA : Institut National contre le Cancer  
InVS : Institut de Veille Sanitaire  
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique  
MMP : Manifestation Morbide Principale  
MPR : Médecine Physique et Réadaptation  
NCA : Non Classé Ailleurs  
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information  
RHA : Résumé Hebdomadaire Anonymisé  
RSA : Résumé Standardisé Anonymisé  
SLD : Soins de Longue Durée  
SP : Soins Palliatifs  
SROS : Schéma d'Organisation de l'Offre de Soins  
SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile  
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation  
SSR-PAP : SSR avec mention spécialisée « Personnes Agées Polypathologiques dépendantes »  
TEI : Tumeur à Evolution Imprévisible  
TM : Tumeur Maligne  
TS : Territoire de Santé  
USP : Unité de Soins Palliatifs  
VT : ViaTrajectoire

## Sommaire

I	Résumé .....	5
II	Contexte .....	8
II.1	Epidémiologie/généralités .....	8
II.2	Contexte réglementaire.....	8
II.3	Filière cancérologie .....	9
II.4	Les réseaux cancer et l'activité physique adaptée en région Rhône-Alpes .....	10
III	Objectifs.....	11
IV	Quel est le besoin de SSR ? .....	12
IV.1	Définition clinique des situations relevant d'un SSR en cancérologie .....	12
IV.2	Méthode générale : population d'étude (PMSI MCO).....	13
IV.3	Besoin de SSR en post-chirurgie carcinologique (PMSI MCO).....	15
IV.3.1	Méthodes .....	15
IV.3.1.1	Besoin de SSR après un acte de chirurgie carcinologique lourde .....	15
IV.3.1.2	Besoin de SSR pour les autres chirurgies carcinologiques.....	16
IV.3.2	Résultats .....	17
IV.3.2.1	Actes de chirurgie carcinologique lourde.....	17
I.1.1.1	Autres chirurgies carcinologiques.....	21
IV.4	Besoin de SSR pour cancer hors post-chirurgie carcinologique (PMSI MCO).....	23
IV.4.1	Méthodes .....	23
IV.4.2	Résultats .....	24
IV.5	Résultats pour les principaux établissements de la région (besoin post-chirurgie et autres). 26	
V	Production SSR pour cancer (PMSI SSR) .....	30
V.1.1	Méthodes .....	30
V.1.2	Résultats .....	31
VI	Prescriptions de SSR (ViaTrajectoire).....	37
VI.1	Méthodes .....	37
VI.2	Résultats .....	38
VII	Enquête qualitative .....	45
VIII	Limites.....	50
IX	Préconisations .....	51
X	Annexes.....	52

## I Résumé

L'étude du SSR dans la filière cancer a été réalisée à partir de 3 sources de données : le PMSI MCO pour estimer le besoin théorique de SSR pour cancer, le PMSI SSR pour décrire l'activité réelle pour cancer, ViaTrajectoire pour identifier le besoin non couvert et évaluer la fluidité de la filière. Cette étude a été complétée par une enquête ad hoc auprès des médecins responsables d'unité SSR sur les freins à l'admission en SSR.

**Le besoin de SSR pour des patients atteints d'un cancer** a été estimé, après interrogation des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du cancer, à partir des séjours PMSI MCO 2013, en distinguant le besoin de SSR post-chirurgie des autres indications. Les séjours cancer pour adultes domiciliés en région Rhône-Alpes représentent **11% de l'ensemble des séjours MCO**.

**Les patients avec une chirurgie carcinologique « lourdes »** (chirurgies ORL délabrantes majeures, pneumectomies, colectomies / cystectomies totales, mais aussi les allogreffes de moelle osseuse), nécessitent un séjour d'aval SSR en raison de la lourdeur des soins et/ou pour rééducation et réadaptation spécifique. En théorie, tous ont besoin d'aval SSR : leur taux d'accès SSR cible est de 100%. **Ce besoin a été estimé à environ 1 800 séjours MCO sur l'année 2013**, dont 40% sont produits par les 3 CHU de la région et le Centre Léon Bérard (CLB). **Leur taux d'accès au SSR n'est que de 30%, et est bien supérieur pour les plus de 75 ans (45%) comparé aux plus jeunes (25%)**. Pour les allogreffes de moelle osseuses, les orientations et filières sont très hétérogènes entre le CHU de Grenoble (91% d'accès au SSR), les HCL (quasiment tous retournent à domicile, avec des durées MCO allongées) et l'ICLN (22% d'accès HAD). Le constat est similaire pour les suites de chirurgies ORL délabrantes majeures.

**Les patients avec une chirurgie carcinologique « non-lourde »** peuvent aussi nécessiter un aval SSR, de façon non systématique : en fonction de l'environnement du patient et de ses comorbidités. Ce besoin potentiel de SSR correspond à 26 000 séjours MCO, dont 8 % ont été suivis de SSR, avec de fortes variations selon les MCO et selon le type de chirurgie (chirurgie digestive, mammaire, etc...).

En dehors des suites de chirurgies carcinologiques, les patients peuvent aussi nécessiter un aval SSR pour des **soins palliatifs terminaux**, ou les **complications médicales** survenant le plus souvent en intercure de chimiothérapie / radiothérapie, lors de complications infectieuses, aplasies médullaires, altérations majeures de l'état général, décompensations cardio-respiratoires, ou des séjours dits « de répit » correspondant à un besoin de réévaluation du patient. Ce besoin de SSR n'est pas systématique et est fonction de l'environnement et des comorbidités du patient. Enfin, les autres indications habituelles au SSR restent identiques pour les patients avec un cancer : c'est le cas par exemple des fractures du col du fémur ou les compressions médullaires.

**Le besoin d'aval au MCO pour soins palliatifs a été évalué environ 2 800 séjours, avec un aval partagé entre le SSR : 27% et l'HAD : 22%**. L'orientation vers le SSR ou l'HAD est

extrêmement hétérogène sur l'ensemble de la région, en fonction de l'âge des patients (aval HAD pour les plus jeunes, et SSR pour les plus âgés), mais surtout de l'offre de soins MCO soins palliatifs / SSR / HAD. Le BH de Valence se distingue par un très faible accès SSR : l'essentiel de l'aval étant assuré par l'HAD du CH de Crest, positionnée historiquement sur les soins palliatifs sur le BH. De même, le CLB dispose d'un aval SSR, mais a également développé une importante filière HAD, et aussi MCO (Praz Coûtant). A l'inverse, certains hôpitaux et notamment les CHU de Saint-Etienne et de Grenoble ont une filière essentiellement SSR pour les soins palliatifs.

**Le besoin d'aval au MCO pour complication médicale survenant généralement en intercure et les autres besoins de SSR a été estimé à 6 900 séjours, avec 27% d'accès SSR et 6% en HAD.** Comme pour les soins palliatifs, l'orientation vers le SSR ou l'HAD est extrêmement hétérogène sur l'ensemble de la région, en fonction de l'âge des patients, mais surtout de l'offre de soins SSR/ HAD.

**La production réelle de séjours SSR pour les patients atteints d'un cancer** a été quantifiée à partir des séjours PMSI SSR 2013. Les établissements SSR rhônalpins ont produit environ 9 000 séjours en hospitalisation complète (HC) correspondant à 265 000 journées, soit **9% de la production totale SSR. Il s'agit principalement de journées SSR pour des cancers digestifs (31%) et des cancers broncho-pulmonaires (16%).** L'essentiel de la production est assuré par les SSR polyvalents (65%) et les SSR pour personne âgée polyopathologique dépendante (SSR-PAP) (19%). Les soins palliatifs représentent une part importante de la production SSR en cancer : 20% (*contre 2% pour l'activité totale SSR adulte*). Les séjours SSR cancer sont comparables au reste de la production SSR en termes de DMS (32 jours), d'âge (71 ans en moyenne), de dépendance (31% avec une dépendance physique  $\geq 12/16$ ).

Les 2 principaux établissements SSR de la région avec plus de 17 000 journées SSR HC pour cancer sont le Val Rosay sur le TS Centre (8% de la production régionale HC) et Rocheplane sur le TS Est (6%).

**La fluidité de la filière MCO-SSR pour le cancer** a été estimée à partir des prescriptions de SSR ViaTrajectoire 2013. Les établissements MCO rhônalpins ont réalisé environ 6 500 prescriptions de SSR pour la cancérologie, dont un quart en post-chirurgie. **Les prescriptions cancer représentent 9% de l'ensemble des prescriptions.**

**Le taux d'admission VT des prescriptions cancer (75%) est très inférieur aux autres pathologies hors cancer (91%). De même, les délais moyens d'admission SSR pour cancer (6.0 jours) sont beaucoup plus longs en comparaison aux autres pathologies (4.4 jours).** Ces difficultés concernent principalement les prescriptions pour cancer hors suites opératoires, qui se distinguent par un pourcentage très élevé d'annulation de la demande de SSR à cause du décès du patient (13%).

L'analyse des spécialités SSR requises et d'admission montrent un faible positionnement des SSR-PAP dans la filière cancer. Selon la description du prescripteur, 39% des prescriptions

nécessitent une prise en charge en SSR polyvalent, 37% en SSR-PAP et 12% en unité de soins palliatifs (USP). Parmi les admissions, 61% ont été réalisées en SSR polyvalent et 16% en SSR-PAP.

**Une enquête qualitative sur les freins à l'accueil des patients souffrant d'un cancer en SSR** a été réalisée auprès des médecins responsables d'unité SSR en Rhône Alpes en juin 2014. Le premier facteur limitant déclaré et la première attente des médecins responsables des admissions SSR **concerne le financement des surcoûts de prise en charge spécifique au cancer.**

Cependant, d'autres points d'améliorations semblent également incontournables :

- **La formalisation de la filière** avec la création de partenariats pour l'amélioration d'une communication restant largement insuffisante, à la fois avec les services d'amont, mais également avec les structures d'aval ;
- **La formation technique des médecins et des soignants en SSR**, qui permettrait notamment de réduire les 20% de refus de patients trachéotomisés ou sous VAC thérapie pour des problèmes techniques et de compétences ;
- **La formation des médecins MCO aux indications SSR en cancer.**

**Les préconisations pour la construction de la filière cancer sont, au niveau régional :**

- **Améliorer l'accès aux SSR pour le cancer et les délais d'admissions ;**
- **Identifier ou développer des SSR spécialisés pneumologiques et oncohématologie**, pour les suites de chirurgies carcinologiques lourdes thoraciques et ORL et les suites d'allogreffes de moelle ;
- **Identifier ou développer des SSR polyvalents « référents cancer » pour chaque BH :**
- **Envisager une réflexion globale « soins palliatifs/soins de fin de vie » ;**
- **Construire une filière cancer par territoire de santé.**

## II Contexte

### II.1 Epidémiologie/généralités

Le cancer est une pathologie fréquente avec 355 000 nouveaux cas estimés par an en France (données INVS 2012<sup>1</sup>), et il s'agit en France de la première cause de mortalité (148 000 décès par an soit près de 26% des décès).

Les progrès thérapeutiques ont permis une amélioration du pronostic (avec désormais un taux de survie à 5 ans supérieur à 50 %, tous cancers confondus)<sup>2</sup>. Les thérapeutiques utilisées (de plus en plus lourdes, responsables d'effets secondaires importants) ainsi que la chronicisation de la pathologie cancéreuse sont susceptibles d'engendrer une altération de l'état général des patients. Cette altération de l'état général nécessitera le recours à des soins de support. Les soins de supports sont définis comme : « *l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements oncologiques ou onco-hématologiques spécifiques lorsqu'il y en a* ». (cf. circulaire DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie).

Le rôle du SSR est la mise en œuvre des soins de support lorsque ceux-ci ne peuvent pas être réalisés à domicile et qu'ils ne relèvent plus d'une hospitalisation en MCO.

### II.2 Contexte réglementaire

La place du SSR dans le parcours de soins en cancérologie est peu détaillée : les différents documents disponibles sur le parcours de soins en cancérologie insistent sur les modalités de la prise en charge initiale, du suivi oncologique, sur l'importance de l'accès aux soins de support et à un dispositif d'accompagnement à l'après cancer, mais les modalités d'accès aux soins de support (MCO/SSR/ville) ne sont pas précisées.

❖ Dans le 3<sup>ème</sup> plan cancer (2014-2019), certaines actions de l'objectif 7 (« *assurer des prises en charge globales et personnalisées* ») abordent la place du SSR :

➤ **Objectif 7 : Assurer des prises en charge globales et personnalisées**

**Action 7.5 :** Structurer sous la responsabilité des ARS une organisation territoriale mobilisant les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux impliqués pour assurer une prise en charge globale et coordonnée.

- Élargir les possibilités d'accueil dans des établissements de soins de suite et organiser la continuité de prise en charge dans les établissements et services médico-sociaux (établissements d'hébergement pour personnes âgées ; établissements et services pour enfants ou adultes en situation de handicap...). La question de la prise en charge des

---

<sup>1</sup> Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff A-S, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 - Tumeurs solides. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire ; 2013. 122 p.

<sup>2</sup> Grosclaude P, Remontet L, Belot A, Danzon A, Rasamimanana C, Bossard N. Survie des personnes atteintes de cancer en France, 1989-2007 - Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2013. 412 p.

médicaments onéreux dans ces établissements et services doit être prise en compte à cette fin (voir Action 17.7).

**Action 7.6 :** Assurer une orientation adéquate vers les soins de support pour tous les malades.

- Organiser sous la responsabilité des ARS un maillage territorial adapté pour les prestations de soins de support (prise en charge de la douleur, diététique, soins palliatifs...), assurer la lisibilité de cette offre et mettre en place un accès coordonné hôpital/ville (voir « Fluidifier et adapter les parcours de santé »).
  
- ❖ Le projet d'avenant au Schéma régional d'organisation des soins (SROS) 2012 – 2017 de l'ARS Rhône-Alpes paru en mars 2014 comporte une modification du volet thématique SSR, notamment pour la cancérologie avec pour objectif de dégager des moyens pour privilégier l'accès aux SSR des patients atteints de pathologies lourdes et dépendances importantes, notamment l'oncologie et l'onco-hématologie.
  
- ❖ L'ARS Ile de France a défini un cahier des charges de SSR oncologie ; les SSR respectant ces critères peuvent prétendre à une labellisation « oncologie » et recevoir une tarification spécifique. La typologie de patients pouvant être accueillis ainsi que les soins spécifiques pouvant être réalisés au sein du SSR sont précisés. Le SSR assure des soins de support de cancérologie ne pouvant être réalisés auprès des soins de ville (pour des raisons de technicité des soins et/ou d'environnement) et ne relevant pas ou plus d'une unité de soins de support MCO.
  
- ❖ L'association francophone des soins oncologiques de support (AFSOS) décrit des référentiels interrégionaux<sup>3 4</sup> qui précisent les symptômes et les thérapeutiques possibles ou non sur le lieu où sont dispensés les soins de support et des orientations d'aval, dont SSR spécialisés ou non et des besoins de prise en charge en rééducation/réadaptation et activité physique (AFSOS).

### **II.3 Filière cancérologie**

La filière cancérologie regroupe les principaux acteurs suivants :

- Le court séjour :
  - les services de médecine, de chirurgie et d'oncologie, avec lits dédiés de soins palliatifs ;
  - les unités de soins palliatifs (USP) (voir annexe 1) ;
  - les soins de support MCO.
- Les SSR (en hospitalisation complète et à temps partiel):
  - o SSR polyvalents, onco-hémato, gériatrie ou PAP, SSR spécialisé (dans le cadre de pathologie d'organe : locomoteur, pneumologie, neurologie,...)
  - o Lits de soins palliatifs SSR (voir annexe 1).

---

<sup>3</sup> Référentiel régional de bonne pratique en médecine physique et de réadaptation chez les patients atteints de cancer, Réseau CAROL : Coordination alsacienne des réseaux oncologiques locaux, 2008

<sup>4</sup> Critères de prise en charge en médecine physique et de réadaptation et pathologies cancéreuses, Oncologie (2010) 12 : 543-549, Calmels P, et al.

- L'HAD (Hospitalisation à Domicile), en particulier pour les soins palliatifs ;
- Les structures de soins de longue durée (SLD) / établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), pour les personnes âgées (EHPA) ;
- Les ressources ambulatoires de ville :
  - o Les réseaux et filières :
    - Filière gériatrique,
    - Réseaux cancer et autres réseaux de santé, avec par exemple l'organisation et l'aide à la prise en charge en activité physique adaptée ;
  - o Les acteurs paramédicaux (IDE, orthophoniste, kinésithérapeute...) de ville, secteur libéral ou au sein de service (SSIAD...).

## **II.4 Les réseaux cancer et l'activité physique adaptée en région Rhône-Alpes**

En région Rhône-Alpes, aux côtés du réseau régional « Réseau Espace Santé-Cancer » il existe actuellement deux réseaux de santé de cancérologie ville-hôpital :

- **Le réseau Source**, basé sur Lyon, avec un périmètre d'action qui s'étend sur l'ensemble du TS Centre. Les patients sont adressés par ses établissements partenaires (CLB, et SSR Val Rosay, Notre Dame du Grand Port).
- **Le réseau Oncoléman, basé à Thonon-les-bains** avec un périmètre d'action qui s'étend sur le département de Haute-Savoie (Praz-Coutant, la Marteraye, Plateau d'Assy, SSR Gex). Les patients sont adressés par les établissements partenaires, mais également par les libéraux ou les familles.

Ces réseaux assurent la coordination de la prise en charge des patients à leur domicile, le soutien des patients et de leurs familles (écoute, conseils, information), et favorise la communication de l'ensemble des intervenants et en particulier avec le médecin traitant.

Les deux réseaux apportent des soins à domicile : chimiothérapie, immunothérapie, soins d'intercures, soins de supports ou soins palliatifs. Oncoléman organise également des séances de groupes d'activité physique adaptée.

Il n'y a pas de réseau cancérologie identifiés sur les autres BH.

Les missions de ces réseaux sont susceptibles d'être modifiés prochainement dans le cadre de la réforme des réseaux de santé.

### III Objectifs

En Rhône-Alpes, des données subjectives (ressenti des acteurs de terrain) indiquent un fonctionnement difficile de la filière de cancérologie. **L'objectif de cette étude est d'analyser le fonctionnement de la filière à partir des bases de données médicales à notre disposition (PMSI, ViaTrajectoire) et d'une enquête ad hoc.**

Cette analyse est constituée de 4 éléments :

**1) Evaluation du besoin de SSR en cancérologie, à partir des séjours MCO (PMSI).**

Pour cela, **les professionnels de terrain ont été sollicités afin de définir quelles sont les situations en cancérologie qui relèvent d'un séjour en SSR.** Ces situations ensuite ont été « traduites » en codage PMSI pour quantifier le nombre de séjours MCO concernés. Enfin, les séjours MCO ont été chaînés avec le SSR pour évaluer si le besoin de SSR a été couvert ou non.

**2) Evaluation de la production SSR en cancérologie (PMSI) ;**

**3) Analyse des prescriptions de SSR à partir des données ViaTrajectoire ;**

**4) Enquête qualitative auprès des médecins responsables d'unités SSR en Rhône Alpes pour étudier les difficultés de la filière, au-delà du besoin non couvert.**

## IV Quel est le besoin de SSR ?

### IV.1 Définition clinique des situations relevant d'un SSR en cancérologie

Les professionnels de santé du MCO et du SSR impliqués dans la prise en charge du cancer ont été sollicités pour lister les « **situations-types** » pour lesquelles un séjour en SSR peut être nécessaire :

#### ❖ En post-chirurgie carcinologique

- **Certaines chirurgies lourdes de cancer nécessiteraient un séjour systématique en SSR** en raison de la lourdeur des soins nécessaires et/ou d'une rééducation/réadaptation nécessaire
  - Chirurgies ORL délabrantes (soins locaux, rééducation orthophonique spécifique et éducation) ;
  - Pneumectomies (rééducation spécifique) ;
  - Colectomies hautes (éducation nécessaire en raison des pertes hydriques importantes par la stomie), amputation rectum (éducation et soins locaux importants) ;
  - Cystectomies (éducation à la stomie).

Par analogie, **les allogreffes de moelle osseuse** ont été incluses dans cette catégorie, en raison d'un programme de rééducation spécifique nécessaire.

Remarque : **Le besoin de SSR peut également être « pré-chirurgical** », pour la renutrition des patients avant une pneumectomie ou une chirurgie ORL, par exemple.

- **Les autres chirurgies carcinologiques ne nécessitent pas systématiquement un séjour en SSR**, mais un séjour en SSR peut être nécessaire en fonction des facteurs environnementaux et des comorbidités du patient.

Par analogie les autogreffes de moelle ont été incluses dans cette catégorie.

#### ❖ En dehors des suites opératoires pour cancer, plusieurs situations peuvent nécessiter un séjour en SSR en fonction des facteurs environnementaux et des comorbidités du patient :

- Les soins palliatifs terminaux ;
- Les complications médicales dites d'intercure : cela correspond à une altération importante de l'état général suite à une complication médicale (aplasie, infection, dénutrition, décompensation cardio-respiratoire...).

#### ❖ Enfin, les **autres indications habituelles au SSR restent identiques pour les patients avec un cancer**, telles que les suites opératoires en fonction des facteurs environnementaux et des comorbidités du patient, les fractures du col du fémur, les compressions médullaires, etc...

## IV.2 Méthode générale : population d'étude (PMSI MCO)

### Sélection des séjours MCO « cancer »

Le besoin de SSR pour les patients atteints d'un cancer a été estimé à partir des séjours MCO pour cancer en 2013 (données PMSI).

La méthode de sélection des séjours MCO en cancérologie nécessitant une prise en charge SSR s'est appuyée sur **l'algorithme de sélection des hospitalisations liées à la prise en charge du cancer dans les bases nationales d'activité hospitalière de court séjour développé par l'Institut national du cancer (InCA)**<sup>5</sup>. L'algorithme est basé sur la présence de codes CIM-X<sup>6</sup> « traceurs » de cancer. Cet algorithme a été adapté à l'objectif de notre étude **pour conserver uniquement les séjours susceptibles de nécessiter un séjour SSR d'aval** : les séjours pour surveillance, dépistage, antécédents de cancer, ou prise en charge de tumeurs in situ et tumeurs bénignes n'ont pas été pris en compte<sup>7</sup>.

Une base de séjours PMSI-MCO « cancer » a été constituée à partir de la présence d'un code CIM-X traceur en diagnostic principal (DP), diagnostic associé (DAS), diagnostic relié (DR), ou à partir du groupe homogène de malade (GHM) des résumés de sortie anonymes (RSA) (hors séances et séjours en erreurs<sup>8</sup>). Les séjours présentant l'un des codes suivants ont été sélectionnés :

- Codes de tumeur maligne primitive, secondaire ou à évolution imprévisible (C00-C97 et D37-D48) ;
- Codes de pathologies dont le libellé inclut des pathologies tumorales (ex : G73.2 : « autres syndromes myasthéniques au cours de maladies tumorales (C00-D48) »), ou une complication du traitement du cancer (ex : K52.0 : « gastroentérite et colite dues à une irradiation ») (liste des codes établie par l'InCA en annexe 2-1)
- Codes de chimiothérapie pour tumeur (Z51.1) ;
- Codes de radiothérapie (Z51.0) ou irradiation (Z51.01) en lien avec un cancer<sup>9</sup> ;
- Codes de greffe de moelle osseuse en DP ou DR (greffe, rejet, réaction du greffon, voir annexe 2-2) en lien avec un cancer<sup>10</sup> ;

---

<sup>5</sup> ©Algorithme de sélection des hospitalisations liées à la prise en charge du cancer dans les bases nationales d'activité hospitalière de court séjour « algorithme cancer », ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, juin 2013.

<sup>6</sup> Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision

<sup>7</sup> Non inclusion des codes d'examen de contrôle après traitement de tumeurs malignes (Z08), de séances de préparation à une irradiation (Z51.00 Séance de préparation à une irradiation), de soins préparatoires pour traitement ultérieur (Z51.4), de tumeurs in situ (D00-D09), tumeurs bénignes (D10-D36).

<sup>8</sup> CM 28, CM90, DP vide et DP= « RRSABS »

<sup>9</sup> Code de radiothérapie en DP : à condition que le DR soit un code de tumeur maligne ou à évolution imprévisible (C00-C97 et D37-D48) ou qu'il ne soit pas renseigné – ou code de radiothérapie en DAS.

<sup>10</sup> Pour un DP de greffe de moelle, le lien avec un cancer a été retenu à partir d'un DR en code de tumeur maligne invasive, à évolution imprévisible (C00-C97 et D37-D48), ou un DR non renseigné. Pour un DR de greffe de moelle, le lien avec un cancer a été retenu à partir d'un DAS en code de tumeur maligne invasive, à évolution imprévisible. La recherche du lien avec un cancer à partir des RSA des années antérieures, jusqu'à 2007, n'a pas été réalisé, même si l'algorithme InCA a retenu cette méthode. Ainsi pour notre étude, les séjours avec un code de greffe de moelle osseuse en position de DAS uniquement et sans code de tumeur maligne associé n'ont pas été retenus.

- Codes d'effets indésirables de chimiothérapie ou radiothérapie<sup>11</sup>;
- Codes d'effets indésirables des traitements anti-tumoraux en DAS<sup>12</sup> ;
- Ou un GHM comportant une mention de cancer dans le libellé (Annexe 3) : tumeur ou affection maligne, chimiothérapie pour tumeur maligne ou prise en charge pour leucémie, lymphome ou autres affections malignes hématopoïétiques<sup>13</sup>.

**Seuls les séjours pour les patients adultes et domiciliés sur la région Rhône-Alpes ont été analysés**, partant du principe que les patients se rapprochent généralement de leur domicile pour faire leurs séjours SSR. Les séjours d'établissements MCO rhônalpins pour des patients domiciliés hors région n'ont pas été pris en compte.

C'est à partir de cette base PMSI-MCO « cancer » que les séjours avec un besoin d'aval en SSR ont été identifiés en distinguant le type de besoin : post-chirurgie carcinologique ou hors « post-chirurgie ».

**Les taux d'accès en SSR et en HAD ont été calculés à partir du chaînage des bases PMSI MCO, SSR et HAD :**

- Un séjour MCO a été considéré comme ayant « accès au SSR » si le patient a été transféré directement du MCO au SSR (le jour-même), car la prise en charge SSR doit être la plus précoce possible.
- Un séjour MCO a été considéré comme ayant « accès à l'HAD » s'il a été suivi d'un séjour en HAD dans un délai de 2 jours suivant la sortie du MCO (pour prendre en compte le week-end le cas échéant).

Les variabilités de prise en charge des établissements, notamment en termes de gravité, peuvent impacter le taux d'accès SSR / HAD. Par exemple, le taux d'accès sera d'autant plus faible que les décès sont fréquents. Pour tenir compte de ces différences, les taux d'accès en SSR et HAD ont été calculés après exclusion des décès en MCO (mode de sortie) et des transferts MCO-MCO (par le chaînage)<sup>14</sup>.

---

<sup>11</sup> T451 : Intoxication par médicaments antitumoraux et immunosuppresseurs, T66 Effets de rayonnements, sans précision

<sup>12</sup> Ne peuvent être codés qu'en DAS : Y43.1 Effets indésirables des antimétabolites antitumoraux au cours de leur usage thérapeutique, Y43.2 Effets indésirables des produits antitumoraux naturels au cours de leur usage thérapeutique, Y43.3 Effets indésirables d'autres médicaments antitumoraux au cours de leur usage thérapeutique, Y63.2 Dose excessive administrée en radiothérapie

<sup>13</sup> Non inclusion des GHM avec la mention d'âge inférieur à 18 ans, des GHM d'irradiation externes ou de greffes de moelle sans code de tumeur maligne associé, et des GHM de séance.

<sup>14</sup> Les séjours avec un code retour en erreur pour le numéro anonyme dans l'un des 7 premiers champs ont également été exclus pour le calcul du taux d'accès.

## IV.3 Besoin de SSR en post-chirurgie carcinologique (PMSI MCO)

### IV.3.1 Méthodes

Sélection dans la base « cancer » à partir des données PMSI : les « situations-types » avec besoin d'aval en SSR en post-chirurgie.

#### IV.3.1.1 Besoin de SSR après un acte de chirurgie carcinologique lourde

Les actes CCAM de chirurgie carcinologique lourde en MCO qui devraient  systématiquement  être suivis de SSR ont été identifiés après consultation d'experts de chaque spécialité :

- Actes CCAM de chirurgie pneumologique : bilobectomie / pneumonectomie (Annexe 4)
- Actes CCAM de chirurgie ORL délabrantes majeures<sup>15</sup> (Annexe 5) ;
- Actes CCAM de chirurgie digestive : colectomie totale, amputation du rectum (Annexe 6) ;
- Actes CCAM de chirurgie urologique : cystectomie totale (Annexe 7) ;
- Actes CCAM d'allogreffe de moelle osseuse<sup>16</sup>, après exclusion des séjours ambulatoires (ré-injections) et greffes pour des pathologies non cancéreuses<sup>17</sup>.

Pour chacun des organes ciblés, la cohérence entre les codes cancers du séjour, le motif d'hospitalisation (DP) et l'acte a été vérifiée. En cas d'incohérence, le séjour a été exclu<sup>18</sup>.

---

<sup>15</sup> Remarque : Les actes de trachéostomie n'ont pas été inclus dans les actes traceurs car ces actes sont communs à la chirurgie du cancer broncho-pulmonaire (GELF001 : Pose de cathéter laryngé ou de cathéter trachéal, par voie transcutanée, GEPA004 : Trachéotomie, par cervicotomie).

<sup>16</sup> Acte : FELF009 : Injection intraveineuse d'un produit de thérapie cellulaire pour allogreffe

<sup>17</sup> Exclusion des séjours pour allogreffe de moelle avec l'un des codes suivants : D81 : déficit immunitaire combiné, D80 : déficit immunitaire avec déficit prédominant de la production d'anticorps, D610 : aplasie médullaire constitutionnelle, D613 : aplasie médullaire idiopathique). Remarque : conservation du D611 : aplasie médullaire médicamenteuse (si on considère que c'est la chimiothérapie qui en est à l'origine)

<sup>18</sup> Exclusion de 3 séjours avec un acte de chirurgie ORL avec DAS de cancer mais un DP de tumeur bénigne/ carcinome in situ / sinusite sur cancer du sein, avec des durées de séjour très courtes.

### IV.3.1.2 Besoin de SSR pour les autres chirurgies carcinologiques

Au-delà de certains actes spécifiques, la chirurgie carcinologique peut également nécessiter un séjour SSR d'aval selon les facteurs environnementaux et /ou les comorbidités du patient.

Ces séjours pour chirurgie non-spécifique ont été sélectionnés à partir des GHM avec un acte classant opératoire (C) et un DP de tumeur maligne (ou tumeurs à évolution imprévisibles<sup>19</sup>). Ces séjours ont été regroupés par organe à partir du DP. L'analyse secondaire du libellé des GHM a permis d'exclure les séjours qui ne nécessitaient pas d'aller en SSR (biopsies, reconstruction mammaire, ligature tubaire, greffe de peau, arthroscopie, interventions sous thoraco-scopie, etc...)<sup>20</sup>.

Par analogie, les séjours avec un acte d'autogreffe de moelle osseuse<sup>21</sup> en lien avec un cancer ont également été pris en compte, leur besoin de SSR étant également lié aux conditions du patient.

Les séjours pour chirurgie de la peau et les séjours ambulatoires<sup>22</sup> ont été exclus de l'analyse, car n'ayant pas besoin de SSR.

---

<sup>19</sup> Selon la méthode référencée dans la CIRCULAIRE N°D HOS/O/INCa/2008/101 du 26 mars 2008 relative à la méthodologie de mesure des seuils de certaines activités de soins de traitement du cancer. Remarque : les séjours de chirurgie avec une fracture de col ou une compression médullaire ne sont pas comptabilisés dans cette rubrique, car ils sont comptabilisés dans les « complications non chirurgicales ».

<sup>20</sup> 09C02 : Greffes de peau et/ou parages de plaie pour ulcère cutané ou cellulite ; 09C03 : Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites ; 09C10 : Autres interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les seins ; 09C11 : Reconstructions des seins ; 13C09 : Laparoscopies ou coelioscopies diagnostiques ; 3C10 : Ligatures tubaires par laparoscopie ou coelioscopie ; 13C17 : Cervicocystopexie ; 13C04 : Int. réparatrices sur appareil génital féminin 08C12 : Biopsies ostéoarticulaires ; 08C20 : Greffes de peau pour maladie de l'appareil musculo-squelettique ou du tissu conjonctif ; 08C38 : Autres arthroscopies du genou ; 08C40 : Arthroscopies d'autres localisations ; 10C12 : Interventions sur la thyroïde pour affections non malignes ; 06C22 : Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodénum pour affections autres que malignes ou ulcères, âge supérieur à 17 ans ; 07C07 : Interventions diagnostiques sur le système hépato-biliaire et pancréatique pour affections non malignes ; 07C10 : Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave pour affections non malignes ; 15C04 : Autres interventions chirurgicales, groupes nouveau-nés 1 à 7.

<sup>21</sup> Acte : FELF010 (Injection intraveineuse d'un produit de thérapie cellulaire pour autogreffe ) et greffes pour des pathologies non cancéreuses D81 : déficit immunitaire combiné, D80 : déficit immunitaire avec déficit prédominant de la production d'anticorps, D610 : aplasie médullaire constitutionnelle, D613 : aplasie médullaire idiopathique)

<sup>22</sup> GHM en J

## IV.3.2 Résultats

### Avertissements :

- les résultats présentés ci-dessous ne correspondent pas à l'activité cancer des MCO : seuls les séjours avec un besoin potentiel de SSR en aval sont présentés (séjours de patients adultes rhônalpins, exclusion de certaines chirurgies (peau, reconstructions mammaires, etc...).
- une analyse détaillée des filières au niveau de chaque territoire de santé est établie et disponible dans un document complémentaire territoire « **Le SSR dans la filière cancer en région Rhône Alpes en 2013 : territoire Centre/ Nord / Ouest / Est / Sud** ».

Parmi l'ensemble des séjours MCO en 2013, **182 728 séjours « cancer » ont été identifiés, soit 13% des séjours MCO pour adultes domiciliés en région Rhône-Alpes.**

### IV.3.2.1 Actes de chirurgie carcinologique lourde

#### Résultats régionaux

**En 2013, 2 106 séjours avec un acte de chirurgie lourde ont été identifiés**, correspondant à 2 059 patients adultes résidant en région Rhône-Alpes (Tableau 1). Il s'agit de patients jeunes (âge moyen : 66 ans) et de séjours longs (DMS de 24.0 jours) : 74% ont duré plus d'un mois en MCO, en particulier pour les allogreffes de moelle (84%  $\geq$  30 jours). Pour les chirurgies digestives et urologiques, les patients sont plus âgés (âge moyen : 71 ans).

Théoriquement, la totalité des 1 816 séjours restants après exclusion des décès et transferts en MCO nécessiteraient un aval en SSR. Dans les faits, **seuls 30% ont effectivement été suivis de SSR, avec un minimum de 21% pour les chirurgies ORL délabrantes majeures** et un maximum de 54% pour les pneumonectomies / bilobectomies. **3% ont été suivis d'HAD dans les 2 jours suivant la sortie du MCO.**

**Le taux d'accès au SSR est bien plus élevé pour les patients âgés de 75 ans et plus (45%) comparé aux plus jeunes (25%). Le taux d'accès en HAD est similaire (2% pour les 75 ans et plus et 3% pour les plus jeunes).**

**Tableau 1 : PMSI MCO 2013 : Séjours cancer avec besoin SSR en post-chirurgie carcinologique lourde (patients adultes Rhônealpins)**

Actes de chirurgie lourde	Nb patients <sup>(6)</sup>	Nb séjours	% < 75 ans	% ≥ 30 jours	% décès	Transfert MCO (chaînage)	Nb séjours hors décès et transferts MCO <sup>(7)</sup>	Nb et % transfert SSR (chaînage)*	Nb et % transfert HAD (chaînage)*
Digestif <sup>(1)</sup>	736	760	53%	26%	12%	59	608	200 <b>33%</b>	22 <b>4%</b>
ORL <sup>(2)</sup>	571	586	88%	25%	2%	26	542	115 <b>21%</b>	13 <b>2%</b>
Uro <sup>(3)</sup>	470	472	62%	15%	4%	26	426	131 <b>31%</b>	5 <b>1%</b>
Allogreffe de moelle <sup>(4)</sup>	136	140	100%	84%	10%	13	112	35 <b>31%</b>	6 <b>5%</b>
Pneumo <sup>(5)</sup>	148	148	94%	5%	6%	8	128	69 <b>54%</b>	0 <b>0%</b>
<b>Total</b>	<b>2 059</b>	<b>2 106</b>	<b>71%</b>	<b>26%</b>	<b>7%</b>	<b>132</b>	<b>1 816</b>	<b>550 30%</b>	<b>46 3%</b>

(1) Bilobectomie / pneumonectomie

(2) Actes de chirurgie ORL délabrantes majeures

(3) Colectomie totale, amputation du rectum

(4) Cystectomie totale

(5) Acte d'allogreffe de moelle osseuse, après exclusion des séjours ambulatoires (ré-injections) et greffes pour des pathologies non cancéreuses.

(6) Remarque : un même patient peut figurer dans plusieurs lignes

(7) Nombre de séjours après exclusion des décès (mode de sortie) (n=142), des transferts dans un autre MCO (chaînage) (n=132) et des séjours avec un code retour du numéro anonyme en erreur (n=16).

\* calculé hors décès, hors transfert MCO et parmi les séjours « chaînables », sans erreur (n=1 816 séjours)

### Résultats des principaux établissements de la région

Le tableau 2 détaille les données pour les 4 établissements ayant réalisé plus de 100 séjours avec une chirurgie lourde en 2013 pour Rhônealpins. **Les 3 CHU de la région et le CLB ont produit 40% des séjours avec un acte de chirurgie carcinologique lourde avec besoin de SSR<sup>23</sup>**. Leurs taux d'accès au SSR sont très variables, très faible pour les HCL et le CLB (autour de 20%) et maximum à 56% au CHU de Grenoble.

Remarque : Le Centre médical de Praz Coutant, situé en Haute-Savoie est un établissement MCO, mais avec un fonctionnement d'aval SSR connu au niveau régional pour la prise en charge du cancer. En considérant Praz-Coutant comme un aval SSR, le taux d'accès SSR du CHU de Grenoble serait de 58% (7 séjours transférés sur Praz-Coutant), de 25% pour le CLB (5 séjours) pour le CLB et resterait à 23% pour les HCL (1 seul séjour).

Les transferts en HAD restent peu fréquents (3 à 9 séjours transférés).

<sup>23</sup> Aux côtés de ces grands établissements, 11 autres établissements ont réalisé chacun entre 40 et 60 séjours (2-3% de la région chacun) : CH Chambéry, Cl. Protestante, CH Valence, Hôp. Privé Médipôle de Savoie, Hôp. Privé de La Loire, Cl. Belledonne, Hôp. Privé Mermoz, CH Annecy-Genevois 2 sites, Hôp. du Léman – Thonon, Cl. Mutualiste de La Loire, et Cl. Pasteur (HPDA).

**Tableau 2 : PMSI MCO 2013 : Principaux établissements (n> 100 séjours) producteurs de chirurgies carcinologiques lourdes avec besoin de SSR (patients adultes rhônalpins).**

Principaux établissements (n>100 séjours)	Nb patients (1)	Nb séjours	%< 75 ans	%≥ 30 jours	% décès	Transfert MCO (chaînage)	Nb séjours hors décès et transferts MCO (8)	Nb et % transfert SSR (chaînage)*	Nb et % transfert HAD (chaînage)*
HCL	423	434	85%	38%	7%	29	369	85 23%	5 1%
CHU Grenoble	168	169	82%	36%	6%	11	146	82 56%	3 2%
CHU St Etienne	117	119	80%	21%	7%	2	108	41 38%	9 8%
CLB	107	110	87%	18%	2%	11	97	20 21%	4 4%
Autres étab (n=106)(3)	1 247	1 274	63%	21%	7%	79	1 096	322 29%	25 2%
<b>Total résidents RA</b>	<b>2 059</b>	<b>2 106</b>	<b>71%</b>	<b>26%</b>	<b>7%</b>	<b>132</b>	<b>1 816</b>	<b>550 30%</b>	<b>46 3%</b>

(1) Remarque : un même patient peut figurer dans plusieurs lignes

(2) Nombre de séjours après exclusion des décès (mode de sortie) (n=142), des transferts dans un autre MCO (chaînage) (n=132) et des séjours avec un code retour du numéro anonyme en erreur (n=16).

(3) Les résultats des autres établissements sont détaillés dans un fichier Excel mis à disposition des coordinations SSR

\* calculé hors décès, hors transfert MCO et parmi les séjours « chaînables », sans erreur (n=1 816 séjours)

Remarque : l'ensemble des résultats pour les autres établissements sont détaillés dans le tableau Excel mis à disposition des coordinations. Les analyses de filières territoriales sont détaillées dans le document « territoire ».

Le tableau 3 détaille le type d'acte de chirurgie pour les 4 principaux établissements.

**Tableau 3 : PMSI MCO 2013 : Principaux établissements (n> 100 séjours) producteurs de séjours pour cancer avec un acte de chirurgie lourde : détail par type d'acte**

Principaux établissements (n>100 séjours)	Nb de séjours	Actes de chir. digestive	Actes de chir. ORL	Actes de chir. Uro	Actes d'allogreffe de moelle	Actes de chir. pneumo
HCL	434	72	207	47	65	43
CHU Grenoble	169	45	50	24	42	8
CHU St-Etienne	119	39	43	10		27
CLB	110	35	72			3
Autres étab (n=106) (1)	1 274	569	214	391	33 (2)	67
<b>Total résidents RA</b>	<b>2 106</b>	<b>760</b>	<b>586</b>	<b>472</b>	<b>140</b>	<b>148</b>

(1) Les résultats des autres établissements sont détaillés dans le fichier Excel en annexe

(2) Il s'agit des 25 séjours avec un acte CCAM d'allogreffe de moelle réalisés par l'IC, plus 8 autres séjours dans un MCO hors région.

Pour le CHU de St-Etienne et le CLB, un tiers des séjours concerne les colectomies et/ou amputation du rectum. Les HCL en premier lieu et le CLB ont réalisé un grand nombre de séjours avec chirurgies ORL délabrante majeure.

### Allogreffes de moelle osseuses

Les 3 établissements rhônalpins producteurs de séjours pour allogreffe de moelle sont<sup>24</sup> :

- les HCL (n=65 séjours) : DMS : 56.2 jours, taux d'accès au SSR : 6% (HAD : 0)
- le CHU de Grenoble (n=42 séjours) : DMS : 39.2 jours, taux d'accès au SSR : 91% (HAD : 0)
- l'ICLN (n=25 séjours) : DMS : 42.3 jours, taux d'accès au SSR : 4% (HAD : 6, soit 29%)

**Le CHU de Grenoble se distingue par un taux d'accès au SSR de quasiment 100% pour les allogreffes de moelle, alors que pour les HCL et l'ICLN, la plupart des patients retournent à domicile, montrant une hétérogénéité majeure en termes d'orientation et de filières pour ces patients. Cette différence peut s'expliquer par le fait que le SSR de référence régional est le**

<sup>24</sup> Les HCL ont réalisé 6 séjours pour des résidents hors région, le CHU de Grenoble : 1 séjour et l'ICL : 6 séjours. Rappel : les séjours de 0 nuit ont été exclus, ainsi que les greffes pour des pathologies non cancéreuses.

**Grésivaudan, sur le BH de Grenoble.** L'accès à ce centre de référence concerne avant tout les patients pris en charge du BH de Grenoble et non les autres territoires.

Les durées de séjours MCO sont très longues sur les HCL, probablement en lien avec un équivalent de SSR en MCO, pouvant être responsable d'un engorgement de la filière en amont du MCO.

#### **Actes de chirurgie ORL lourde**

**De façon analogue, Rocheplane est également centre de référence pour l'ORL** et on constate pour les actes de chirurgie ORL délabrante, un taux d'accès en SSR supérieur pour le CHU de Grenoble (59%) comparé aux autres établissements (HCL : 21%, CLB : 20%, CHU de St Etienne : 12%).

### **I.1.1.1 Autres chirurgies carcinologiques**

Plus de 27 000 séjours cancer avec un acte chirurgical non listé précédemment ont été identifiés, correspondant à près de 25 000 patients adultes rhônalpins (Tableau 4). Ces séjours étaient principalement en lien avec des cancers uro/néphrologiques (32%), les cancers du sein (20%) et digestifs (19%). Globalement, il s'agit de séjours de courte durée (DMS : 8.2 jours) concernant des patients jeunes (âge moyen : 64.4 ans, 75% <75 ans).

Sur les 25 914 séjours restants après exclusion des décès et transferts en MCO, seule une partie nécessite un aval SSR selon les facteurs socio-environnementaux des patients. Dans les faits, **8% ont été suivis de SSR** (hors décès et transferts MCO), **atteignant 20% pour les chirurgies des cancers broncho-pulmonaires, métastases vertébrales et les cancers digestifs**, et autour des 10% pour les cancers gynécologiques, les tumeurs cérébrales et les tumeurs osseuses et des tissus mous. Quasiment aucun séjour n'a été suivi d'HAD dans les 2 jours suivant la sortie du MCO (hors décès et transferts MCO).

**Le taux d'accès au SSR est bien plus élevé pour les patients âgés de 75 ans et plus (16%) comparé aux plus jeunes (5%). Le taux d'accès en HAD est similaire (1% pour les deux catégories d'âge).**

**Tableau 4 : PMSI MCO 2013 : Séjours cancer avec besoin potentiel de SSR en post-chirurgie carcinologique « non-lourde » (patients adultes Rhône-Alpes)**

Actes de chirurgie non-spécifiques	Nb patients (1)	Nb séjours	% < 75 ans	% ≥ 30 jours	% décès	Transfert MCO (chaînage)	Nb séjours hors décès et transferts MCO (8)	Nb et % transfert SSR (chaînage)*	Nb et % transfert HAD (chaînage)*
Uro / néphro <sup>25</sup>	8 020	8 805	68%	1%	1%	96	8 570	265 3%	12 0%
Sein <sup>26</sup>	5 083	5 550	81%	0%	0%	15	5 482	181 3%	19 0%
Digestif <sup>27</sup>	4 942	5 156	67%	11%	4%	189	4 744	911 19%	62 1%
Utérus, ovaire <sup>28</sup>	1 542	1 763	81%	2%	0%	17	1 721	195 11%	9 1%
Autogreffe de moelle <sup>29</sup>	233	242	100%	5%	0%	32	205	6 3%	0 0%
Hémato, méta ganglionnaire et sièges non précisés <sup>30</sup>	1 275	1 319	76%	7%	2%	72	1 198	60 5%	6 1%
Broncho-pulmonaire, médiastin <sup>31</sup>	1 183	1 220	84%	3%	2%	67	1 126	278 25%	4 0%
Thyroïde, surrénales <sup>32</sup>	951	1 002	94%	0%	0%	3	985	4 0%	1 0%
SNC et périphérique, oeil <sup>33</sup>	744	772	84%	6%	2%	165	584	69 12%	14 2%
ORL <sup>34</sup>	716	758	76%	4%	1%	18	722	34 5%	12 2%
Os/cartilage, Tissus mous <sup>35</sup>	426	447	80%	5%	1%	17	417	42 10%	7 2%
Méta osseuse et moelle <sup>36</sup>	184	191	76%	9%	4%	24	160	33 21%	6 4%
<b>Total</b>	<b>24 953</b>	<b>27 225</b>	<b>75%</b>	<b>3%</b>	<b>1%</b>	<b>715</b>	<b>25 914</b>	<b>2 078 8%</b>	<b>152 1%</b>

(1) Remarque : un même patient peut figurer dans plusieurs lignes.

(2) Nombre de séjours après exclusion des décès (mode de sortie) (n=334), des transferts dans un autre MCO (chaînage) (n=715) et des séjours avec un code retour du numéro anonyme en erreur (n=262).

\* calculé hors décès, hors transfert MCO et parmi les séjours « chaînables », sans erreur (n=25 914 séjours)

<sup>25</sup> DP de TMI, II, TEI : rein, vessie, voies urinaires (C64, C65, D410, D411, C790, C66, C67, C68, D412, D413, D414, D417, D419, C791), prostate et testicules (C60, C63, D407, D409, C61, D400, C62, D401) avec un acte classant

<sup>26</sup> DP de TMI ou II du sein (C50) avec un acte classant (+ exclusion des GHM de greffes de peau, reconstruction...seules les mastectomies totales et subtotaux ont été conservées)

<sup>27</sup> DP de TMI, II, TEI : tube digestif de l'œsophage au canal anal, pancréas, péritoine, foie/voies biliaires (C26, C4671, D377, D379, C788, C21, C18, C19, C20, D373, D374, D375, C785, C16, C17, D371, D372, C784, C22, C23, C24, D376, C787, C15, C25, C451, C48, D483, D4830, D4838, D484, C786) avec un acte classant (+ exclusion des GHM avec la mention « intervention pour une affection autre que qu'une tumeur maligne »)

<sup>28</sup> DP de TMI, II, TEI : col/corps de l'utérus, ovaire, placenta (C51, C52, C578, C579, D397, D399, C53, C54, C55, C56, C57, D391, C796, C58, D392, D390) avec un acte classant (+ exclusion des GHM avec la mention « laparoscopie, coelioscopie diagnostiques, ligatures tubaires par laparoscopies, cervicocystopexie, interventions réparatrices »)

<sup>29</sup> Acte FELF010, après exclusion des séjours ambulatoires (ré-injections) et greffes pour des pathologies non cancéreuses D81 : déficit immunitaire combiné, D80 : déficit immunitaire avec déficit prédominant de la production d'anticorps, D610 : aplasie médullaire constitutionnelle, D613 : aplasie médullaire idiopathique). Remarque : conservation du D611 : aplasie médullaire médicamenteuse (si on considère que c'est la chimiothérapie qui en est à l'origine)

<sup>30</sup> DP de leucémies lymphoïde, monocyttaire, myéloïde et autre, lymphomes, myélome, métastase ganglionnaire, Kaposi, sièges mal définis/mal précisés ( C94, C95, C96, C91, C93, C92, C81, C82, C83, C84, C85, C86C88, C946, D45, D46, D47, C90, C77, C463, C76, C800, C809, D487, D489, C80+0, C97, C798, C799) avec un acte classant

<sup>31</sup> DP de TMI, II, TEI : trachée, bronche, plèvre, médiastin, thymus, cœur (C388, C39, C4672, D385, D386, C783, C384, C450, D382, C782, C38, C37, C452, D383, D384, C781, C33, C34, D381, C780) avec un acte classant (+ exclusion des GHM avec la mention « intervention sous thoracoscopie »)

<sup>32</sup> DP de TMI ou II : surrénales, thyroïde (C75, D442, D442, D443, D444, D4440, D4448, D445, D446, D447, D448, D449, C74, D441, C797, C73, D440) avec un acte classant (+ exclusion des GHM avec la mention « intervention pour une affection autre que qu'une tumeur maligne »)

<sup>33</sup> DP de TMI, II, TEI : cerveau, Moelle, nerfs rachidiens, nerfs périphériques(-C70, C71, D420, D421, D429, D430, D431, D432, C793, C72, D433, D434, C47, D482, C728, C729, D437, D439, C794) (+ exclusion des GHM de biopsies), C69 avec un acte classant

<sup>34</sup> DP de TMI, II, TEI : larynx, lèvres, bouche, pharynx, nez, sinus, oreille moyenne (-C30, C31, C32, D380, C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, C11, C12, C13, C14, D370, C462, C4670) avec un acte classant

<sup>35</sup> DP de TMI, II, TEI : os et cartilage (C40, C41, D480) avec un acte classant (+ exclusion des GHM de biopsies et arthroscopie et des interventions pour fracture de hanche, comptabilisées de façon distincte), tissus conjonctifs et tissus mous (C457, C459, C461, C467, D4678, C468, C469, C49, D481) avec un acte classant (+ exclusion des GHM de biopsies et greffes de peau)

<sup>36</sup> DP C79.5 : Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse avec un acte classant (+ exclusion des GHM de biopsies et des compressions médullaires, comptabilisées de façon distincte)

## IV.4 Besoin de SSR pour cancer hors post-chirurgie carcinologique (PMSI MCO)

En dehors du besoin de SSR suite à une chirurgie carcinologique, les patients atteints d'un cancer peuvent nécessiter un aval SSR pour des **soins palliatifs terminaux ou pour des complications (le plus souvent dans le cadre d'intercures de chimio / radiothérapie) : complications infectieuses, aplasies médullaires, altérations de l'état général, décompensations cardio-respiratoires, ou pour des séjours dits « de répit » correspondant à une rupture dans la prise en charge et un besoin de réévaluation.**

### IV.4.1 Méthodes

**Sélection dans la base « cancer » à partir des données PMSI : les « situations-types » avec besoin d'aval en SSR hors post-chirurgie.**

Les « situations-types » hors post chirurgie/greffe de moelle ont été identifiées sur la présence d'un code « traceur » en position de DP ou de DAS<sup>37</sup>. Les séjours MCO d'une durée inférieure à 7 ou 10 jours (selon les complications) ont été exclus, pour ne conserver que les situations suffisamment complexes pour avoir potentiellement besoin de SSR.

*Remarque : ces différentes complications peuvent se cumuler au sein d'un même séjour. Si un séjour présente plusieurs complications, il est compté une seule fois (en priorisant les situations dans l'ordre de présentation ci-dessous) :*

- **Séjours pour soins palliatifs avec une durée ≥ 10 jours** : séjours avec un code CIM-X de soins palliatifs (Z515). Les séjours pour soins palliatifs liés à une **tumeur cérébrale** (Annexe 8) ont été distingués, leur prise en charge étant plus lourde;
- **Séjours avec une indication au SSR autre que le cancer avec une durée ≥ 7 jours** :
  - **Séjours pour fracture du col du fémur** (Annexe 9)
  - **Séjours pour compression médullaire** : séjours avec un code CIM-X de compression médullaire, paraplégie, tétraplégie, syndrome de la queue de cheval, myélopathie. (Annexe 10)

**Remarque** : En réalité, il existe de nombreux autres besoins pour des motifs non liés au cancer chez des patients avec cancer, notamment toutes les autres fractures.

---

<sup>37</sup> Les codes de complication ont également été recherchés en position de DAS pour tenir compte des complications survenues au décours de l'hospitalisation, et les séjours multi-RUM. Ces séjours avec un DAS de complication ont été retenus uniquement si le DP était un code de tumeur maligne primitive, secondaire ou à évolution imprévisible.

➤ **Séjours pour complications d'intercure avec une durée ≥ 10 jours<sup>38</sup> :**

- **Aplasie / anémie** : séjours avec un code CIM-X d'anémie, neutropénie, thrombopénie, aplasie médullaire en DP ou DAS<sup>39</sup> (Annexe 11) ;  
*Remarque* : dans le cadre des pathologies hématologiques, les aplasies et anémies sont des effets secondaires attendus des thérapeutiques et ont donc été exclus de cette analyse.
- **Complications infectieuses** : séjours avec un code CIM-X d'infections bactériennes, virales, fongiques, pneumopathie, sepsis, etc... (Annexe 12) ;
- **Altération de l'état général** : séjours avec un code CIM-X de fatigue, altération de l'état général, anorexie, dénutrition, stomatite, colite non infectieuse, chutes à répétition, etc... (Annexe 13) ;
- **Décompensation cardio/respiratoire** : séjours avec un code CIM-X d'insuffisance cardiaque, détresse respiratoire aiguë (Annexe 14) ;
- **Convalescence (Annexe 15) et répit avec besoin de réévaluation** : ces séjours sont difficilement appréhendables par les codes CIM-X. Les codes relatifs aux difficultés liées à une dépendance envers les installations médicales et les soignants (Annexe 16) permettent de repérer une partie de ces séjours.

#### IV.4.2 Résultats

**Avertissement : les résultats présentés ci-dessous ne correspondent pas à l'activité cancer des MCO : seuls les séjours avec un besoin potentiel de SSR en aval sont présentés (séjours de patients adultes rhônalpins, et seuls les séjours ≥ 7 jours / 10 jours apparaissent).**

Le tableau 5 détaille le besoin de SSR hors post-chirurgie : soins palliatifs et complications médicales en intercures : complications infectieuses (21%), altérations de l'état général (14%), anémies / aplasies (hors cancer hémato) (9%) et décompensations cardio-respiratoires (7%).

Il s'agit de séjours longs (20% ≥ 1 mois, DMS : 22.5 jours), pour des patients âgés (âge moyen : 72.0 ans, 47% ≥ 75 ans).

Remarque : ces séjours ont été sélectionnés entre autre sur une durée ≥ 7 ou 10 jours (voir méthodes).

Ces séjours peuvent nécessiter un aval en SSR selon les facteurs socio-environnementaux des patients. **Pour les soins palliatifs, l'aval HAD est particulièrement développé** (Taux d'accès de 27% en SSR et 22% en HAD). Ils correspondent pleinement aux critères médicaux d'admission en HAD. **Pour les complications d'intercures, les taux d'accès sont de 24% en SSR et seulement 6% en HAD.**

---

<sup>38</sup> Pour les séjours avec un DP de convalescence ou de répit : seuls les séjours < 2 jours ont été exclus (en DAS : exclusion des séjours < 10 jours)

<sup>39</sup> A condition que le DP : soit un DP de tumeur maligne ou de chimiothérapie.

Pour les soins palliatifs et les intercures, le type d'aval varie avec l'âge : aval privilégié en HAD pour les plus jeunes, et en SSR pour les plus âgés<sup>40</sup>.

Le taux d'accès au SSR est plus élevé pour les autres indications au SSR, en particulier pour les fractures du col du fémur de patients avec un cancer (69%).

Tableau 5 : PMSI MCO 2013 : Séjours cancer avec besoin SSR hors post-chirurgie carcinologique (patients adultes Rhônalpins)

Besoin de SSR hors post-chirurgie	Nb patients (1)	Nb de séjours	% <75 ans	% ≥ 30 jours (2)	% décès	Transfert MCO (chaînage)	Nb séjours hors décès et transferts MCO (3)	Nb et % transfert SSR (chaînage)*	Nb et % transfert HAD (chaînage)*
Soins palliatifs – hors tumeurs cérébrales	5 796	6 734	54%	26%	51%	590	2 715	732 27%	601 22%
Soins palliatifs pour tumeurs cérébrales	187	212	69%	32%	50%	23	81	23 28%	18 22%
Fracture du col du fémur	382	387	30%	12%	7%	27	331	228 69%	4 1%
Compression médullaire	202	215	77%	26%	12%	35	150	53 35%	13 9%
<b>Complications d'intercure :</b>	<b>7 061</b>	<b>8 045</b>	<b>51%</b>	<b>15%</b>	<b>11%</b>	<b>719</b>	<b>6 388</b>	<b>1 552 24%</b>	<b>408 6%</b>
<i>Anémie, aplasie</i>	1 241	1 345	64%	18%	12%	124	1 058	211 20%	80 8%
<i>Infectieux</i>	2 978	3 210	52%	18%	11%	262	2 567	574 22%	180 7%
<i>Décompensation cardio-respiratoire</i>	1 041	1 093	35%	12%	16%	96	815	221 27%	28 3%
<i>AEG</i>	2 069	2 171	50%	11%	9%	206	1 758	477 27%	106 6%
<i>Convalescence/répit</i>	218	226	44%	15%	2%	31	190	69 36%	14 7%
<b>Total</b>	<b>12 589</b>	<b>15 593</b>	<b>53%</b>	<b>20%</b>	<b>29%</b>	<b>1 394</b>	<b>9 665</b>	<b>2 588 27%</b>	<b>1 044 11%</b>

(1) Remarque : un même patient peut figurer dans plusieurs catégories, par exemple : une fois en compressions médullaire, et une fois en soins palliatifs.

(2) Remarque : les séjours ont été sélectionnés sur une durée ≥ 10 jours (soins palliatifs et complications d'intercure) ou une durée ≥ 7 jours (fracture du col du fémur et compression médullaire)

(3) Nombre de séjours après exclusion des décès (mode de sortie) (n=4478), des transferts dans un autre MCO (chaînage) (n=1394) et des séjours avec un code retour du numéro anonyme en erreur (n=56).

\* calculé hors décès, hors transfert MCO et CR chaînage en erreur (Au total : n=9 665 séjours).

Le tableau 6 détaille les données pour les 7 établissements ayant réalisé plus de 500 séjours en 2013 pour des résidents de la région Rhône-Alpes. Les 3 CHU, les CH d'Annecy-Genoises, Chambéry, Valence et le CLB ont produit 39% des séjours avec un besoin de SSR hors post-chirurgie. **Les filières sont hétérogènes selon les établissements MCO, avec les CHU de St Etienne et Grenoble qui utilisent préférentiellement le SSR à l'HAD (Taux d'accès SSR ≥ 20%), alors que le CH de Valence et surtout le CLB utilisent préférentiellement l'HAD (Taux d'accès SSR < 15%).**

Remarque : en assimilant l'aval MCO sur Praz-Coutant comme un aval SSR, le taux d'accès SSR serait augmenté de façon importante pour CLB : 23% (36 séjours transférés sur Praz-Coutant), et de façon moins importante pour le CHU de Grenoble : 26% (14 séjours), et les HCL : 25% (12 séjours).

<sup>40</sup> Taux d'accès SSR et HAD selon l'âge :

	Nb séjours	< 75 ans		≥ 75 ans		
		Taux d'accès SSR	Taux d'accès HAD	Nb séjours	Taux d'accès SSR	Taux d'accès HAD
Soins palliatifs	1 502	22%	27%	1294	33%	17%
Intercures	3 410	18%	9%	3459	35%	4%

**Tableau 6 : PMSI MCO 2013 : Principaux établissements : séjours cancer avec besoin SSR hors post-chirurgie carcinologique (patients adultes Rhônalpins)**

Principaux établissements (n>100 séjours)	Nb patients (1)	Nb de séjours	% <75 ans	% ≥ 30 jours (2)	% décès	Transfert MCO (chaînage)	Nb séjours hors décès et transferts MCO (3)	Nb et % transfert SSR (chaînage)*	Nb et % transfert HAD (chaînage)*
HCL	1 713	2 069	65%	24%	24%	269	1 295	314 24%	146 11%
CHU Grenoble	983	1 155	60%	19%	23%	43	831	203 24%	48 6%
CHU St Etienne	523	614	55%	14%	25%	35	422	137 32%	61 14%
CH Annecy	515	596	55%	16%	26%	26	404	120 30%	41 10%
CH Chambéry	494	567	54%	20%	30%	34	364	68 19%	39 11%
CLB	495	560	78%	13%	24%	35	300	41 14%	129 43%
CH Valence	440	510	52%	26%	26%	127	340	57 17%	74 22%
<i>Autres étab. (248)</i>	<i>7 918</i>	<i>9 522</i>	<i>47%</i>	<i>20%</i>	<i>31%</i>	<i>825</i>	<i>5 709</i>	<i>1 648 29%</i>	<i>506 9%</i>
<b>Total résidents RA</b>	<b>12 589</b>	<b>15 593</b>	<b>53%</b>	<b>20%</b>	<b>29%</b>	<b>1 394</b>	<b>9 665</b>	<b>2 588 27%</b>	<b>1 044 11%</b>

(1) Remarque : un même patient peut figurer dans plusieurs catégories, par exemple : une fois en compressions médullaire, et une fois en soins palliatifs.

(2) Remarque : les séjours ont été sélectionnés sur une durée ≥ 10 jours (soins palliatifs et complications d'intercure) ou une durée ≥ 7 jours (fracture du col du fémur et compression médullaire)

(3) Nombre de séjours après exclusion des décès (mode de sortie) (n=4478), des transferts dans un autre MCO (chaînage) (n=1394) et des séjours avec un code retour du numéro anonyme en erreur (n=56).

\* calculé hors décès, hors transfert MCO et CR chaînage en erreur (Au total : n=9 665 séjours)

## IV.5 Résultats pour les principaux établissements de la région (besoin post-chirurgie et autres)

Le tableau 7 montre l'ensemble des résultats (tous types de séjours cancer) pour les établissements MCO ayant réalisé au moins 200 séjours pour des patients adultes résidents en Rhône-Alpes, et le total pour chaque BH et TS.

*Lecture (2ème ligne) : Les HCL ont produit 6854 séjours en 2013 pour des adultes domiciliés en Rhône-Alpes. Parmi ces séjours, 62% correspondaient à un acte de chirurgie carcinologique non spécifique (n=4 081), 7% (n=434) à des actes de chirurgie carcinologique lourde (avec 100% de besoin SSR), 17% (n=1 149) à un besoin de SSR hors chirurgie : complications d'intercure, autres indications (fracture du col du fémur, compression médullaire) et 14% (n=920) à un besoin de SSR hors chirurgie : soins palliatifs de fin de vie. Parmi l'ensemble des séjours, 77% correspondaient à des patients de moins de 75 ans, 24% ont duré plus de 30 jours en MCO. 15% des séjours ont eu accès au SSR à la sortie du MCO et 3% en HAD (dans les 2 jours suivant la sortie du MCO).*

Les taux d'accès au SSR et à l'HAD sont très variables d'un établissement à l'autre, et sont à mettre en relation avec le type d'activité cancer identifiée.

**Tableau 7-1 : PMSI MCO 2013 : Séjours cancer MCO avec besoin potentiel de SSR pour les principaux établissements (n≥200 séjours), pour résidents adultes Rhône-Alpes**

TS, BH et établissements (n≥ 200 séjours)	Total séjours N	Besoin de SSR post-chirurgie carcinologique				Besoin de SSR hors chirurgie				Age <75 ans %	Durée ≥ 30J %	Tx accès SSR <sup>(2)</sup> %	Tx accès HAD <sup>(3)</sup> %
		Chir. non spécifique		Chir. lourde 100% SSR		Complications d'intercure / autre <sup>(1)</sup>		Soins Palliatifs (fin de vie)					
		N	%	N	%	N	%	N	%				
<b>TS01(Centre)</b>	<b>17 151</b>	<b>10 851</b>	<b>63%</b>	<b>871</b>	<b>5%</b>	<b>2 884</b>	<b>17%</b>	<b>2 545</b>	<b>15%</b>	<b>71%</b>	<b>10%</b>	<b>13%</b>	<b>4%</b>
HCL	6 584	4 081	62%	434	7%	1 149	17%	920	14%	77%	13%	15%	3%
Centre Léon Bérard	1 863	1 193	64%	110	6%	300	16%	260	14%	84%	6%	7%	9%
Hôp. Privé Mermoz	1 370	961	70%	46	3%	145	11%	218	16%	72%	9%	8%	2%
Cl. Protestante	1 034	821	79%	56	5%	84	8%	73	7%	67%	4%	12%	1%
Cl. du Tonkin	598	538	90%	25	4%	25	4%	10	2%	72%	4%	9%	1%
Cl. Charcot	588	450	77%	31	5%	44	7%	63	11%	65%	5%	10%	4%
CH Bourgoin	557	164	29%	14	3%	176	32%	203	36%	53%	13%	21%	6%
Cl. Trénel	489	419	86%	28	6%	10	2%	32	7%	69%	3%	6%	1%
Cl. La Sauvegarde	469	333	71%	21	4%	66	14%	49	10%	68%	7%	10%	1%
CH St Joseph St Luc	460	248	54%	20	4%	114	25%	78	17%	56%	12%	17%	4%
Cl. Val d'Ouest	379	349	92%	10	3%	10	3%	10	3%	70%	2%	6%	0%
Polycl. Rillieux	336	243	72%	14	4%	21	6%	58	17%	65%	4%	9%	3%
GHM Les Portes Du Sud	324	212	65%	19	6%	54	17%	39	12%	62%	10%	6%	2%
Cl. Mutualiste Lyon	315	86	27%	3	1%	166	53%	60	19%	52%	21%	27%	5%
CH Vienne	299	56	19%	7	2%	133	44%	103	34%	39%	24%	35%	6%
HIA Desgenettes	203	45	22%	8	4%	120	59%	30	15%	57%	16%	30%	12%
<i>Autres étab (n=19)</i>	<i>1 283</i>	<i>652</i>	<i>51%</i>	<i>25</i>	<i>2%</i>	<i>267</i>	<i>21%</i>	<i>339</i>	<i>26%</i>				
<b>TS02(Est)</b>	<b>13 187</b>	<b>8 023</b>	<b>61%</b>	<b>547</b>	<b>4%</b>	<b>2 714</b>	<b>21%</b>	<b>1 903</b>	<b>14%</b>	<b>68%</b>	<b>11%</b>	<b>13%</b>	<b>2%</b>
Haute-Savoie	4 369	2 491	57%	160	4%	908	21%	810	19%	68%	9%	12%	3%
CH Annecy-Genevois	1 380	742	54%	42	3%	337	24%	259	19%	66%	10%	17%	4%
CH Alpes Léman	559	244	44%	20	4%	150	27%	145	26%	63%	9%	14%	4%
Hôp. du Léman - Thonon	519	294	57%	41	8%	124	24%	60	12%	59%	5%	17%	3%
Cl. d'Argonay	459	410	89%	16	3%	18	4%	15	3%	76%	7%	9%	1%
Hôp. Privé Pays Savoie	394	301	76%	13	3%	36	9%	44	11%	79%	6%	2%	0%
Cl. Générale Annecy	365	255	70%	12	3%	27	7%	71	19%	70%	8%	8%	5%
Hôp Mt Blanc-Sallanches	342	236	69%	16	5%	66	19%	24	7%	69%	58%	10%	2%
CM Praz Coutant	237	1	0%		0%	144	61%	92	39%	73%	11%	6%	8%
<i>Autres étab (n=3)</i>	<i>114</i>	<i>8</i>	<i>7%</i>	<i>0</i>	<i>0%</i>	<i>6</i>	<i>5%</i>	<i>100</i>	<i>88%</i>				
Grenoble	5 851	3 774	65%	265	5%	1 175	20%	637	11%	69%	10%	14%	2%
CHU Grenoble	2 602	1 278	49%	169	6%	747	29%	408	16%	71%	14%	20%	3%
Cl. Belledonne	1 186	1 116	94%	47	4%	13	1%	10	1%	79%	3%	9%	0%
GHM Grenoble	1 019	648	64%	22	2%	227	22%	122	12%	61%	10%	6%	1%
Cl. des Cèdres	612	525	86%	22	4%	36	6%	29	5%	67%	5%	9%	0%
CH Voiron	216	91	42%	4	2%	94	44%	27	13%	48%	14%	34%	7%
<i>Autres étab (n=5)</i>	<i>216</i>	<i>116</i>	<i>54%</i>	<i>1</i>	<i>0%</i>	<i>58</i>	<i>27%</i>	<i>41</i>	<i>19%</i>				
Chambéry	2 967	1 758	59%	122	4%	631	21%	456	15%	65%	10%	12%	2%
CH Chambéry	1 531	905	59%	59	4%	367	24%	200	13%	66%	10%	13%	3%
Médipôle de Savoie	923	748	81%	53	6%	53	6%	69	7%	75%	4%	4%	1%
<i>Autres étab (n=8)</i>	<i>513</i>	<i>105</i>	<i>20%</i>	<i>10</i>	<i>2%</i>	<i>211</i>	<i>41%</i>	<i>187</i>	<i>36%</i>				
<b>TS03(Nord)</b>	<b>2 786</b>	<b>1 485</b>	<b>53%</b>	<b>90</b>	<b>3%</b>	<b>638</b>	<b>23%</b>	<b>573</b>	<b>21%</b>	<b>59%</b>	<b>11%</b>	<b>18%</b>	<b>4%</b>
Bourg-en-Bresse	1 419	806	57%	53	4%	275	19%	285	20%	62%	8%	17%	4%
CH Bourg En Bresse	604	311	51%	20	3%	152	25%	121	20%	66%	8%	16%	7%
Cl. Convert	554	410	74%	25	5%	55	10%	64	12%	68%	6%	12%	3%
<i>Autres étab (n=6)</i>	<i>261</i>	<i>85</i>	<i>33%</i>	<i>8</i>	<i>3%</i>	<i>68</i>	<i>26%</i>	<i>100</i>	<i>38%</i>				
Villefranche	1 367	679	50%	37	3%	363	27%	288	21%	57%	14%	19%	4%
Hôp. Nord-Ouest 2 sites	689	330	48%	22	3%	265	38%	72	10%	56%	14%	21%	4%
Polycl. Beaujolais	403	349	87%	15	4%	28	7%	11	3%	69%	1%	10%	0%
<i>Autres étab (n=5)</i>	<i>275</i>	<i>0</i>	<i>0%</i>	<i>0</i>	<i>0%</i>	<i>70</i>	<i>25%</i>	<i>205</i>	<i>75%</i>				
<b>Total séjours résidents RA</b>	<b>44 924</b>	<b>27 225</b>	<b>61%</b>	<b>2106</b>	<b>5%</b>	<b>8 647</b>	<b>19%</b>	<b>6 946</b>	<b>15%</b>	<b>67%</b>	<b>10%</b>	<b>14%</b>	<b>3%</b>

**Tableau 7-2 : PMSI MCO 2013 : Séjours cancer MCO avec besoin potentiel de SSR pour les principaux établissements (n≥200 séjours), pour résidents adultes Rhône-Alpes**

TS, BH et établissements (n≥ 200 séjours)	Total séjours N	Besoin de SSR post-chirurgie carcinologique				Besoin de SSR hors chirurgie				Age <75 ans %	Durée ≥ 30J %	Tx accès SSR <sup>(2)</sup> %	Tx accès HAD <sup>(3)</sup> %
		Chir. non spécifique		Chir. lourde 100% SSR		Complications d'intercure / autre <sup>(1)</sup>		Soins Palliatifs (fin de vie)					
		N	%	N	%	N	%	N	%				
<b>TS04(Ouest)</b>	<b>5 994</b>	<b>3 458</b>	<b>58%</b>	<b>334</b>	<b>6%</b>	<b>1 236</b>	<b>21%</b>	<b>966</b>	<b>16%</b>	<b>62%</b>	<b>10%</b>	<b>18%</b>	<b>4%</b>
St Etienne	4 975	2 942	59%	294	6%	933	19%	806	16%	63%	10%	18%	4%
CHU St-Etienne	1 645	912	55%	119	7%	325	20%	289	18%	68%	9%	22%	6%
Cl. Mutualiste Loire	783	718	92%	40	5%	15	2%	10	1%	67%	5%	8%	2%
Hôp. Privé de la Loire	617	460	75%	48	8%	50	8%	59	10%	67%	7%	11%	2%
CH Forez – 2 sites	410	142	35%	20	5%	95	23%	153	37%	45%	14%	22%	5%
CH Ardèche Nord	351	136	39%	5	1%	132	38%	78	22%	53%	18%	26%	2%
Cl. du Parc-Littré	338	295	87%	25	7%	6	2%	12	4%	69%	4%	11%	1%
Hôp. du Gier 2 sites	285	97	34%	4	1%	97	35%	87	31%	37%	14%	18%	7%
ICL	237	34	14%	25	11%	115	49%	63	27%	87%	27%	20%	22%
<i>Autres étab (n=6)</i>	<i>309</i>	<i>8</i>	<i>3%</i>	<i>148</i>	<i>48%</i>	<i>98</i>	<i>32%</i>	<i>55</i>	<i>18%</i>				
Roanne	1 019	516	51%	40	4%	303	30%	160	16%	59%	11%	19%	4%
CH Roanne	608	184	30%	17	3%	268	44%	139	23%	52%	16%	23%	7%
Cl. du Renaison	389	332	85%	23	6%	23	6%	11	3%	69%	3%	11%	1%
<i>Autres étab (n=1)</i>	<i>22</i>	<i>0</i>	<i>0%</i>	<i>0</i>	<i>0%</i>	<i>12</i>	<i>55%</i>	<i>10</i>	<i>45%</i>				
<b>TS05(Sud)</b>	<b>4 395</b>	<b>2 458</b>	<b>56%</b>	<b>199</b>	<b>5%</b>	<b>925</b>	<b>21%</b>	<b>813</b>	<b>18%</b>	<b>59%</b>	<b>12%</b>	<b>13%</b>	<b>5%</b>
Valence	2 779	1 559	56%	138	5%	565	20%	517	19%	61%	13%	10%	5%
CH Valence	1 065	500	47%	55	5%	331	31%	179	17%	63%	17%	14%	9%
Cl. Pasteur (HPDA)	773	717	93%	40	5%	11	1%	5	1%	70%	2%	6%	0%
HDN 2 sites	376	152	40%	23	6%	117	31%	84	22%	53%	16%	13%	2%
Cl. La Parisière	205	180	88%	18	9%	3	1%	4	2%	57%	5%	9%	1%
<i>Autres étab (n=7)</i>	<i>360</i>	<i>10</i>	<i>3%</i>	<i>2</i>	<i>1%</i>	<i>103</i>	<i>29%</i>	<i>245</i>	<i>68%</i>				
Montélimar	1 616	899	56%	61	4%	360	22%	296	18%	55%	9%	18%	4%
CH Montélimar	535	293	55%	22	4%	123	23%	97	18%	56%	10%	19%	7%
CH des Vals D'Ardèche	273	161	59%	10	4%	51	19%	51	19%	60%	12%	15%	2%
Cl. Kennedy	265	210	79%	12	5%	23	9%	20	8%	59%	2%	5%	1%
CHARME 2 sites	233	58	25%	6	3%	109	47%	60	26%	43%	11%	34%	8%
<i>Autres étab (n=10)</i>	<i>310</i>	<i>177</i>	<i>57%</i>	<i>11</i>	<i>4%</i>	<i>54</i>	<i>17%</i>	<i>68</i>	<i>22%</i>				
Etab. hors RA	1 411	950	67%	65	5%	250	18%	146	10%	74%	7%	12%	1%
Total séjours résidents RA	44 924	27 225	61%	2106	5%	8 647	19%	6 946	15%	67%	10%	14%	3%

Le tableau 8 présente le flux du domicile patient au lieu du MCO.

*\*Lecture (1ère colonne) : Pour les 13 912 séjours de patients résidents sur l'inter-bassin lyonnais, 95% ont été admis sur Lyon (n=13 279) et 1% sur Villefranche (n=150).*

Les MCO lyonnais prennent en charge les patients résidents sur toute la région, et en particulier les résidents du TS Nord (8% des séjours lyonnais).

On constate un taux de fuite hors région important pour les résidents des BH de Bourg-en-Bresse (11% de fuite) mais surtout Montélimar (23% de fuite).

Remarque : les MCO des BH de Bourg en Bresse, Roanne et St Etienne prennent une part importante de patients résidents hors région (respectivement 11%, 10% et 15%). Ces séjours pour résidents hors région n'ont pas été comptabilisés dans les résultats MCO pour estimer le besoin de SSR, supposant que ces patients feront leur séjour SSR dans leur région de domicile.

**Tableau 8 : PMSI MCO 2013 : Flux domicile patient → MCO : Tous séjours cancer pour résidents Rhône-Alpes, et taux de fuite hors région**

MCO	Domicile patient											Total étab. RA*
	LYON* (% col)	Hte-Savoie (% col)	Grenoble (% col)	Chambéry (% col)	Bourg (% col)	Villefranche (% col)	St Etienne (% col)	Roanne (% col)	Valence (% col)	Montélimar (% col)	Hors RA	
LYON	13 279 (95%)	503	220	340	695	667	297	215	581	306	1 221	18 372
Hte-Savoie	46	4 208 (83%)	15	85	3	3		1	3	2	64	4 433
Grenoble	100	229	5 029 (94%)	240	2	1	5	1	223	16	141	5 992
Chambéry	83	45	38	2 785 (80%)	15				1		20	2 987
Bourg	13	14	1	5	1 381 (58%)	3		1	1		181	1 600
Villefranche	150				23	1 172 (61%)	2	20			18	1 385
St Etienne	122				2	3	4 622 (92%)	137	68	11	869	5 844
Roanne	1				1	3	29	985 (71%)			119	1 138
Valence	19		16				48		2 431 (71%)	263	15	2 794
Montélimar	1								51	1 564 (56%)	58	1 674
Hors RA (taux de fuite)	98 (1%)	79 (2%)	48 (1%)	41 (1%)	254 (11%)	82 (4%)	44 (1%)	27 (2%)	75 (2%)	655 (23%)	3	1 414
Total résidents RA *	13 912	5 078	5 367	3 496	2 376	1 934	5 047	1 387	3 434	2 817	2 709	47 633

\*Remarque : 76 séjours avec le BH du domicile manquant

### Evolution depuis 2012

Les données sont stables depuis 2012.

## V Production SSR pour cancer (PMSI SSR)

### V.1.1 Méthodes

#### Sélection des séjours SSR à partir du PMSI en 2013.

L'analyse concerne tous les séjours contenant au moins un résumé hebdomadaire (RHA)<sup>41</sup> avec un code cancer en manifestation morbide principale (MMP) ou affection étiologique (AE) :

- Codes de tumeur maligne primitive, secondaire ou à évolution imprévisible (C00-C97 et D37-D48) ;
- Codes de pathologies dont le libellé inclut des pathologies tumorales (ex : G73.2 : « autres syndromes myasthéniques au cours de maladies tumorales (C00-D48) »), ou une complication du traitement du cancer (ex : K52.0 : « gastroentérite et colite dues à une irradiation ») (liste des codes établie par l'InCA en annexe 17).

Remarque : Cette méthode présente l'avantage d'être exhaustive par rapport à l'analyse des groupes nosologiques (GN) pour tumeurs malignes<sup>42</sup>. En effet, l'algorithme groupe les séjours en GN selon un ordre pré-établi<sup>43</sup> qui peut impacter le classement en GN. Par exemple, un séjour pour soins palliatifs sur cancer peut être classé dans le GN « Soins palliatifs », et non dans le GN cancer. De même, un séjour pour complication du cancer ne sera pas forcément groupé dans un GN de cancer. C'est par exemple le cas des amputations, des dénutritions, des atteintes médullaires, etc...Par ailleurs, les GN pour tumeurs malignes incluent également les carcinomes in situ et les tumeurs bénignes : ces séjours n'ont pas été pris en compte dans notre analyse.

De la même façon, l'identification des journées pour soins palliatifs s'est basée sur la présence du code Z515 (soins palliatifs) en finalité principale de prise en charge (FPPC) : cette méthode donne des résultats différents du groupage en GN « soins palliatifs » car en fonction des codes présents en AE et MMP, ces journées peuvent être groupées dans un GN de tumeur maligne.

#### Seuls les séjours pour patients adultes ont été analysés.

---

<sup>41</sup> Pour prendre en compte les variabilités de codage d'une semaine à l'autre (erreurs de codage, décompensation avec un code ZAIGU, etc...), l'ensemble des RHA des séjours sélectionnés ont été analysés : 1 336 séjours avaient au moins 1 RHA sans code cancer : pour ces RHA, la localisation tumorale du premier RHA leur ont été réaffecté.

<sup>42</sup> Les GN pour tumeurs malignes sont les suivants : GN 0106 : Tumeurs malignes du système nerveux, GN 0303 : Tumeurs malignes des voies aérodigestives supérieures, GN 0403 : Tumeurs malignes de l'appareil respiratoire, GN 0603 : Tumeurs malignes des organes digestifs, GN 0821 : Tumeurs malignes des os et des tissus mous, GN 0912 : Tumeurs malignes de la peau et des seins, GN 1103 : Tumeurs malignes du tractus génito-urinaire, GN 1603 : Tumeurs malignes des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et tumeurs malignes de siège imprécis

<sup>43</sup> Dans l'ordre des catégories majeures diagnostics (CM) puis des codes en positions de AE et/ou MMP : cf. manuel des groupes médico-économiques en soins de suite et de réadaptation, Bulletin officiel No 2014/8 bis Fascicule spécial Coordination SSR Rhône-Alpes, SSR dans la filière cancer - juin 2015

## V.1.2 Résultats

Pour l'année 2013, les SSR rhônalpins ont produit 9 178 séjours « cancers » en hospitalisation complète et 925 séjours en hospitalisation partielle. **Cela représente 9% de la production totale des SSR** (en journées HC).

Le tableau 9 montre la production par localisation tumorale.

*\*Lecture (1<sup>ère</sup> ligne) : Concernant les cancers digestifs, les SSR rhônalpins ont produit 43 séjours en HDJ (séances) et 2 979 séjours en hospitalisation complète (de semaine). Pour ces séjours en hospitalisation complète, 9% ont duré plus de 60 jours en SSR, avec une DMS de 30.2 jours. Ils correspondent à 82 190 journées SSR, dont 40% ont concerné des patients âgés de moins de 75 ans, 20% en soins palliatifs, 30% avaient une dépendance physique  $\geq 12/16$  et 25% une dépendance cognitive  $\geq 5/8$ . 74% de ces journées ont été réalisées en unité SSR polyvalente et 24% en SSR pour personne âgée polypathologique dépendante (SSR-PAP).*

**Les journées SSR en HC concernent principalement les cancers digestifs (31%) et les cancers broncho-pulmonaires (16%). Les patients sont âgés** (51%  $\geq 75$  ans, âge moyen : 72 ans)

*Remarque : à titre indicatif, pour le total de l'activité SSR adulte : 55%  $\geq 75$ , âge moyen=71 ans.*

La DMS est de 32 jours et 12% des séjours ont dépassé 60 jours.

*Remarque : à titre indicatif, pour le total de l'activité SSR adulte : DMS = 34 jours et 12%  $\geq 60$  jours.*

**Les soins palliatifs représentent une part importante de l'activité cancer (20%).**

*Remarque : à titre indicatif, pour le total de l'activité SSR adulte : les soins palliatifs représentent 2%.*

La part des journées pour des patients avec une dépendance physique importante ( $\geq 12/16$ ) est de 31% (comparable aux 32% de l'activité SSR adulte globale). **L'essentiel des journées cancer est assuré par les SSR polyvalents (65%) et les SSR-PAP (19%). D'autres mentions spécialisées peuvent être plus impliquées en fonction de la localisation tumorale :**

- Pour les cancers de l'appareil respiratoire / thorax, 43% des journées sont réalisées en SSR respiratoire (SSR polyvalent : 42%, SSR-PAP : 13% en PAP) ;
- Pour les cancers hémato, 7% des journées HC sont réalisées en SSR onco-hémato, le reste étant pris en charge par les SSR polyvalents (57% des journées) et PAP (26%) ;
- Pour les tumeurs cérébrales, 28% des journées sont réalisées en SSR neuro (polyvalent ; 55%, PAP : 12%).
- Pour les complications liées au cancer, 28% des journées sont réalisées en SSR neuro (essentiellement les compressions des racines, plexus nerveux avec maladies tumorales (G550), et neuromyopathie et neuropathie paranéoplasiques (G130)) (SSR polyvalent : 43%, SSR-PAP : 17% en PAP).

**Les séjours SSR pour cancer ORL sont particulièrement longs** : 27% ont dépassé 60 jours, avec une DMS de 45 jours.

**Les séjours HDJ concernent essentiellement les cancers du sein (68%).**

**Tableau 9 : PMSI SSR 2013 : Production SSR pour cancer des établissements rhônalpins**

	Séjours				Journées en hospitalisation complète						
	HTP	HC	% durée ≥ 60 J <sup>(1)</sup>	DMS <sup>(1)</sup>	journées HC	% âge <75ans	% soins palliatifs	% Dép. Physique ≥12	% Dép. Cognitive ≥5	% SSR polyvalent	% SSR PAP
Digestif	43	2 979	9%	30,2	82 190	40%	20%	30%	25%	74%	24%
Respi/ thorax	29	1 539	11%	31,7	43 248	64%	23%	26%	28%	42%	13%
Hémato	66	983	9%	27,0	24 273	38%	14%	31%	29%	57%	26%
Neuro: SNC/ SNP, Œil	60	692	17%	37,7	22 621	70%	29%	52%	47%	55%	12%
Uro-néphro, prostate	12	877	9%	28,7	22 918	31%	19%	35%	26%	73%	24%
Sein	631	487	10%	30,3	13 514	41%	19%	25%	26%	75%	20%
ORL	9	543	27%	44,9	20 733	79%	10%	16%	23%	91%	5%
Méta os / moelle osseuse	11	393	18%	37,1	13 246	42%	32%	54%	40%	65%	24%
Gynéco	14	434	9%	28,2	11 390	47%	18%	24%	21%	70%	24%
Os/Tissus mous	29	102	17%	40,7	3 676	59%	11%	30%	23%	38%	9%
Endoc, peau	9	118	17%	36,0	3 514	39%	14%	24%	18%	56%	27%
Complication Kc <sup>(2)</sup>	12	131	15%	32,5	3 765	57%	4%	34%	22%	43%	17%
<b>Total</b>	<b>925</b>	<b>9 278</b>	<b>12%</b>	<b>31,8</b>	<b>265 088</b>	<b>49%</b>	<b>20%</b>	<b>31%</b>	<b>28%</b>	<b>65%</b>	<b>19%</b>

(1) pour les séjours en hospitalisation complète et terminés, soit 8 947 séjours

(2) Codes avec libellé de pathologies tumorales, sans localisation par organe (cf. annexe 17)

En hospitalisation complète, 24% étaient des suites de chirurgie (dans un délai d'1 mois, selon la date d'intervention remplie) (Tableau 10). Seulement 212 séjours (2%) avaient un acte CCAM ou un code PMSI de transfusion.

**Tableau 10 : PMSI SSR 2013 : Description des séjours SSR pour cancer des établissements rhônalpins**

	Séjours HC	% col	Séjours HTP	% col
<b>Séjours SSR post-chirurgie</b>				
dans les 30 jours suivant la date de l'intervention	2 222	24%	6	1%
<b>Transfusion sanguine durant le séjour</b>				
Au moins un acte codé <sup>(1)</sup> , ou code CIM-X dans le PMSI <sup>(2)</sup>	212	2%	0	0%
<b>Total</b>	<b>9 278</b>	<b>100%</b>	<b>925</b>	<b>100%</b>

(1) acte FELF011 (Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume inférieur à une demi-masse sanguine), ou FELF006 (Transfusion de produit sanguin labile non érythrocytaire), ou FELF004 (Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume supérieur à une demi-masse sanguine chez l'adulte ou à 40 millilitres par kilogramme [ml/kg] chez le nouveau-né en moins de 24 heures)

(2) Code Z51.30 (Séance de transfusion de produit sanguin labile) codé en FPPC, MMP, AE ou DAS

Le tableau 11 détaille les résultats pour les établissements SSR ayant réalisé au moins 1 000 journées HC et le total pour chaque BH et TS.

*Lecture (2ème ligne) : Le Val Rosay a produit 586 séjours HC en 2013 (0 en HTP), dont 21% ont duré 60 jours et plus en SSR, avec une DMS de 38.7 jours. Cela correspond à une production de 20 117 journées cancer dont 72% pour des patients de moins de 75 ans, 11% pour des soins palliatifs (FPPC Z515), 17% pour des patients avec une dépendance physique ≥ 12/16 et 77% pour des résidents de l'interbassin lyonnais. En rapportant ces journées cancer au total des journées HC pour adultes de l'établissement (n=92 120), le cancer a représenté 22% de son activité en 2013.*

**Les 2 principaux établissements SSR de la région avec plus de 17 000 journées SSR HC pour cancer sont le Val Rosay sur le TS Centre (8% de la production régionale HC) et Rocheplane sur le TS Est (6%).** Le Val Rosay et Rocheplane prennent en charge des patients jeunes (respectivement 72% et 69% < 75 ans), avec des séjours longs (respectivement 21 et 22% ≥ 60 jours). Les journées HC cancer représentent pour chacun 22% de l'activité de l'établissement. Les journées concernent essentiellement les cancers ORL (39 et 33%), digestifs (24 et 34%) et broncho-

pulmonaires (11 et 12%). Rocheplane a également une activité importante en HDJ (3 617 journées), essentiellement pour le cancer du sein (62%).

Sur le BH de Bourg-en-Bresse, les deux principaux SSR avec une activité cancer ont une production très importante pour des résidents hors bassin : 40% des journées du CHPH et 75% des journées du Pontet (Le Modern + Clair Soleil) : pour des résidents du TS Centre et des BH de Haute-Savoie essentiellement. Le constat est le même sur le BH de Villefranche où le CH de Trévoux et Château de Gléteins ont produit quasiment la moitié de leurs journées cancer pour des résidents hors BH (essentiellement pour des résidents de l'interbassin lyonnais).

**Tableau 11-1 : PMSI SSR 2013 : Production SSR pour cancer des TS, BH et principaux établissements (n≥1 000 journées)**

TS, BH et principaux établissements (n≥1000 journées)	Séjours				Journées HTP	Journées SSR en hospitalisation complète (âge ≥ 18 ans)						
	Séjours HTP	Séjours HC	% durée ≥60 J	DMS		Journées HC	% âge <75ans	% soins palliatifs	% Dép. Physique ≥12	% pour résidents du BH	total journées HC	% journées cancer
<b>TS01(Centre)</b>	442	3 074	12%	30,0	5 313	83 473	46%	14%	27%	86%	985	8%
Le Val Rosay	0	586	21%	38,7		20 117	72%	11%	17%	77%	92 120	22%
HCL	57	542	6%	20,9	613	9 909	35%	10%	35%	86%	171	6%
Notre Dame Gd Port	0	300	2%	24,5		6 763	74%	9%	9%	88%	15 141	45%
Les Presles	0	165	15%	35,7		5 214	33%	1%	22%	96%	41 395	13%
CH Gér. du Mt d'Or	0	140	20%	36,6		4 337	11%	21%	37%	90%	46 734	9%
Virieu Bourgoin	0	155	6%	22,6		3 366	56%	37%	59%	94%	18 688	18%
Le Mas des Champs	0	83	15%	39,8		3 217	56%	31%	21%	96%	17 867	18%
Les Ormes	0	103	10%	30,6		2 929	29%	6%	20%	99%	27 645	11%
Cl. La Majolane	0	79	9%	30,0		2 192	41%	12%	21%	98%	28 961	8%
Les Ormes - Grd										98%		
<b>Large</b>	0	80	6%	27,6		2 077	21%	1%	13%		14 620	14%
CH Vienne	0	71	13%	29,9		1 892	12%	68%	73%	97%	22 249	9%
Hôp. de Fourvière	0	84	8%	24,6		1 844	5%	0%	27%	95%	29 061	6%
HL St Symph. /Coise	0	63	14%	29,8		1 791	22%	37%	38%	59%	9 484	19%
HL St P. de Boeuf	0	42	26%	45,6		1 632	38%	15%	20%	87%	10 278	16%
HL Condrieu	0	58	8%	28,8		1 589	13%	30%	30%	87%	10 324	15%
IRIS (3 sites)	338	46	22%	36,2	4 114	1 501	72%	2%	39%	76%	87 099	2%
HL St L. Chamousset	0	48	11%	33,7		1 435	45%	29%	32%	91%	6 122	23%
Crx Rouge La Pinède	0	54	7%	25,1		1 266	11%	0%	22%	81%	20 244	6%
Hôp. de l'Arbresle	0	30	20%	43,8		1 259	52%	32%	49%	76%	8 324	15%
HL Pelussin	0	42	10%	32,5		1 224	35%	7%	40%	84%	10 260	12%
HLI Neuville/Saône	0	52	2%	22,3		1 106	12%	5%	28%	87%	9 011	12%
<i>Autres étab.(n=18)</i>	47	251			586	6 813						
<b>TS02(Est)</b>	361	2 481	15%	36,2	4 559	79 234	56%	26%	33%	94%	835	9%
<b>Haute-Savoie</b>	11	851	17%	36,1	251	27 646	52%	24%	36%	94%	356	8%
La Marteraye	0	265	24%	41,3		9 667	60%	34%	47%	93%	17 250	56%
Centre MGEN A										96%		
<b>Léaud</b>	1	162	14%	34,0	8	5 344	49%	31%	30%		42 289	13%
Château Bon Attrait	0	92	11%	34,0		2 890	50%	3%	21%	99%	50 654	6%
Le Sancellemoz	0	58	18%	35,3		1 691	87%	0%	19%	75%	53 426	3%
CH Rumilly	0	32	23%	46,4		1 285	34%	28%	28%	96%	16 850	8%
les Deux Lys	0	26	35%	49,2		1 146	33%	11%	20%	100%	34 577	3%
<i>Autres étab.(n=9)</i>	10	216			243	5 623						
<b>Grenoble</b>	339	1 125	16%	38,1	3 916	37 067	64%	20%	27%	85%	320	12%
C. Méd. Rocheplane	309	466	22%	44,7	3 637	17 139	69%	17%	16%	86%	77 104	22%
Le Repos de Virieu	0	187	14%	37,1		6 298	49%	32%	50%	81%	27 782	23%
Centre H. Bazire	0	189	13%	34,8		5 876	80%	16%	18%	89%	22 312	26%
CHU Grenoble	25	66	12%	30,9	192	1 930	42%	17%	52%	81%	72 757	3%
Cl. du Grésivaudan	4	69	7%	30,5	85	1 771	100%	1%	11%	63%	18 472	10%
Les Granges	0	53	2%	29,4		1 447	31%	21%	44%	97%	28 397	5%
<i>Autres étab.(n=7)</i>	7	95			2	2 606						
<b>Chambéry</b>	11	505	12%	31,9	392	14 521	45%	45%	45%	93%	158	9%
Arc En Ciel	0	266	12%	28,8		7 340	61%	57%	41%	90%	22 173	33%
CH Belley	0	53	9%	34,5		1 666	29%	23%	45%	97%	11 313	15%
CH Aix-les-Bains	0	39	8%	31,3		1 004	26%	75%	49%	97%	20 821	5%
<i>Autres étab.(n=8)</i>	11	147			392	4 511						
<b>Total SSR rhônalpins</b>	925	9 278	12%	31,8	12 032	265 088	49%	20%	31%		3023 870	9%

**Tableau 11-2 : PMSI SSR 2013 : Production SSR pour cancer des TS, BH et principaux établissements (n≥1 000 journées)**

TS, BH et principaux établissements (n≥1000 journées)	Séjours				Journées HTP	Journées SSR en hospitalisation complète (âge≥ 18 ans)						
	Séjours HTP	Séjours HC	% durée ≥60 J	DMS		Journées HC	% âge <75ans	% soins palliatifs	% Dép. Physique ≥12	% pour résidents du BH	total journées HC	% journées cancer
<b>TS03(Nord)</b>	7	1 177	10%	30,4	72	32 573	51%	13%	30%	66%	421 827	8%
Bourg	7	662	11%	32,6	72	19 470	53%	19%	25%	64%	286 061	7%
CHPH- Albarine	0	151	10%	36,1		4 895	63%	6%	19%	59%	47 249	10%
C.Méd. Le Modern	0	102	10%	31,4		3 166	77%	13%	14%	27%	18 455	17%
C.Méd. Clair Soleil	0	75	20%	38,4		2 468	54%	8%	11%	45%	12 492	20%
CH Bourg - Hôtel Dieu	2	98	11%	33,9	20	2 948	43%	47%	52%	85%	24 617	12%
CH Ht Bugey Oyonnax	0	66	5%	24,4		1 400	30%	50%	18%	85%	10 816	13%
Les Arbelles	0	43	12%	33,2		1 354	58%	1%	15%	83%	36 664	4%
<i>Autres étab.(n=6)</i>	5	127			52	3 239						
Villefranche	0	515	8%	27,6		13 103	47%	5%	38%	67%	135 766	10%
CH Trévoux	0	229	7%	26,3		5 551	57%	0%	50%	55%	23 628	23%
Château de Gléteins	0	85	6%	27,8		2 193	55%	0%	5%	55%	22 507	10%
HL Belleville	0	53	13%	32,4		1 557	38%	0%	43%	100%	14 708	11%
Hôp. Nord-Ouest	0	44	11%	31,2		1 210	16%	30%	60%	91%	18 985	6%
Ain Val										66%		
SaôneThoissey	0	48	9%	23,2		1 077	28%	25%	26%		10 241	11%
HL Beaujeu	0	35	12%	30,0		1 021	37%	0%	43%	98%	9 737	10%
<i>Autres étab.(n=1)</i>	0	21			0	494						
<b>TS04(Ouest)</b>	96	1 511	11%	31,7	1 662	42 856	40%	31%	41%	83%	417 649	10%
St Etienne	96	1 192	10%	31,6	1 662	33 385	42%	27%	40%	79%	339 920	10%
C. Méd. des 7 Collines	5	222	8%	31,3	50	6 015	41%	16%	38%	94%	31 963	19%
CH Ch. Feugerolles	0	175	17%	36,7		5 788	56%	46%	50%	88%	30 850	19%
Gravenand	0	134	19%	38,7		3 909	78%	7%	37%	25%	22 851	17%
CH Forez	0	65	24%	41,5		2 549	20%	69%	58%	86%	21 802	12%
CH Firminy	0	89	9%	28,4		2 318	22%	22%	42%	66%	22 602	10%
CHU St-Etienne	8	62	16%	33,9	72	1 850	26%	4%	65%	99%	38 895	5%
Hôp. du Gier	1	72	8%	27,6	1	1 758	27%	32%	27%	91%	26 953	7%
HL de Serrières	0	61	0%	25,7		1 491	32%	15%	26%	56%	12 266	12%
HL Hazelles /Lyon	0	38	14%	41,5		1 466	46%	53%	54%	88%	7 177	20%
HL St Félicien	0	58	5%	24,5		1 323	39%	13%	30%	90%	8 769	15%
Alma Sante	0	58	0%	23,1		1 281	49%	0%	7%	68%	18 837	7%
CH Ardèche Nord	0	44	2%	27,4		1 069	8%	30%	26%	92%	7 172	15%
<i>Autres étab.(n=6)</i>	82	114			1539	2 568						
Roanne	0	319	12%	32,4		9 471	32%	44%	44%	91%	77 729	12%
CH Roanne	0	137	12%	34,1		4 179	14%	51%	56%	92%	37 205	11%
HLI Thizy/Cours-Ville	0	68	6%	30,1		1 980	54%	16%	25%	97%	17 574	11%
HL Charlieu	0	61	17%	34,8		1 945	33%	53%	46%	87%	12 042	16%
HL Amplepuis	0	43	13%	26,4		1 059	56%	47%	23%	86%	8 140	13%
<i>Autres étab.(n=1)</i>	0	10			0	308						
<b>TS05(Sud)</b>	19	1 035	9%	28,3	426	26 952	52%	11%	24%	86%	363 920	7%
Valence	10	365	7%	28,0	235	9 255	43%	4%	22%	89%	141 786	7%
CM Ste-Cath. Labouré	0	135	0%	22,0		2 851	53%	2%	11%	86%	16 202	18%
HL Lamastre	0	32	19%	38,4		1 178	8%	8%	22%	94%	9 495	12%
CH Valence	0	36	14%	34,1		1 075	20%	11%	24%	89%	18 404	6%
<i>Autres étab.(n=7)</i>	10	162			235	4 151						
Montélimar	9	670	9%	28,5	191	17 697	57%	15%	25%	70%	222 134	8%
CCR Folcheran	0	94	2%	26,4		2 272	90%	1%	3%	15%	16 841	13%
La Condamine	0	57	18%	36,4		2 047	63%	16%	19%	98%	19 150	11%
SSR Le Château	0	82	11%	25,7		1 822	64%	0%	8%	36%	9 072	20%
CCR Dieulefit	0	76	0%	23,4		1 737	85%	0%	7%	20%	26 753	6%
CH Montélimar	0	60	12%	31,6		1 715	32%	22%	63%	94%	16 586	10%
HL Villeneuve de Berg	0	35	21%	43,7		1 415	51%	32%	26%	100%	11 171	13%
CHARME	8	37	9%	32,6	183	1 042	46%	43%	55%	100%	44 742	2%
<i>Autres étab.(n=10)</i>	1	229			8	5 647						
<b>Total SSR rhônalpins</b>	925	9 278	12%	31,8	12 032	265 088	49%	20%	31%		3023 870	9%

Le tableau 12 présente le flux du domicile patient au lieu du SSR.

*Lecture (1ère colonne) : Pour les 3 136 séjours de patients résidant sur l'inter-bassin lyonnais, 84% ont été admis sur l'inter-bassin (n=2 640) et 4% sur Villefranche (n=132).*

Une partie des résidents du BH de Villefranche (18%) vont en SSR dans les bassins lyonnais. Une partie importante (42%) des résidents du BH de Valence font leur SSR dans un autre BH : sur Lyon, Grenoble, St Etienne et hors région. On constate un taux de fuite hors région important pour les résidents des BH de Bourg-en-Bresse (8% de fuite) mais surtout Montélimar (16% de fuite).

Remarque : les SSR des BH de Roanne et St Etienne prennent une part importante de patients résidents hors région (respectivement 6% et 8%).

L'attractivité des SSR du BH de Montélimar pour les résidents du BH de Valence (110 séjours) sont liés en partie au rattachement du SSR le Château au BH de Montélimar (57 séjours), et à l'attractivité du centre Dieulefit (47 séjours).

**Tableau 12 : PMSI SSR 2012 : Flux domicile → SSR (séjours en HC)**

SSR	Nombre de séjours HC par domicile patient											Total*
	LYON*	Hte-Savoie	Grenoble	Chambéry	Bourg	Villefranche	St Etienne	Roanne	Valence	Montélimar	Hors RA	
LYON	2 640 (84%)	12	22	14	53	75	55	18	39	14	120(4%)	3074 (32%)
Hte-Savoie	6	802 (87%)	8	22	2		1			1	9 (1%)	851 (9%)
Grenoble	58	19	937 (92%)	48				1	29	9	24 (2%)	1125 (12%)
Chambéry	28	13	7	450 (78%)	4						1 (0%)	505 (5%)
Bourg	105	54	1	29	435 (78%)	3				1	34 (5%)	662 (7%)
Villefranche	132	4		2	18	324 (76%)	2	4	1	3	25 (5%)	515 (5%)
St Etienne	120		2		1		920 (85%)	21	25	1	99 (8%)	1192 (12%)
Roanne						4	4	293 (81%)			18 (6%)	319 (3%)
Valence	3		9				3		330 (58%)	18	2 (1%)	365 (4%)
Montélimar	9	3	1	1		1	53	23	110	422 (76%)	47 (7%)	670 (7%)
Etab Hors RA (tx de fuite)	35 (1%)	16 (2%)	37 (4%)	14 (2%)	44 (8%)	17 (4%)	41 (4%)	1 (0%)	35 (6%)	88 (16%)	29 (8%)	358 (4%)
<b>Total</b>	<b>3 136 (100%)</b>	<b>923 (100%)</b>	<b>1024 (100%)</b>	<b>580 (100%)</b>	<b>557 (100%)</b>	<b>424 (100%)</b>	<b>1079 (100%)</b>	<b>361 (100%)</b>	<b>571 (100%)</b>	<b>556 (100%)</b>	<b>408 (100%)</b>	<b>9636 (100%)</b>

\*17 bassins manquants

## VI Prescriptions de SSR (ViaTrajectoire)

### VI.1 Méthodes

Les données VT concernent toutes les prescriptions pour « adultes et personnes âgées » archivées. Les prescriptions ont été sélectionnées à partir de la famille de pathologie « cancérologie ». L'analyse des détails de pathologies a permis de distinguer les prescriptions post-chirurgie<sup>44</sup> (ou post greffe de moelle) et celles « hors post-chirurgie ».

#### Définition du « vrai besoin » de SSR

Le besoin « réel » - théorique - a été estimé à partir du nombre de prescriptions pour cancer réalisées par les établissements MCO<sup>45</sup> rhônalpins. L'analyse des motifs d'annulation<sup>46</sup> a permis de sélectionner les prescriptions correspondant à un « vrai besoin » de SSR :

- **Prescriptions suivies d'une admission** dans VT, ou bien dans un établissement non connecté à VT ;
- **Prescriptions annulées pour « impossibilité de trouver une place SSR dans un délai raisonnable »** ;
- **Prescriptions annulées car « l'amélioration du patient a permis son retour à domicile », lorsque l'annulation a été faite plus de 7 jours après la date d'admission souhaitée** : correspond souvent à des patients qui ont fait un équivalent de séjour SSR au sein du MCO : ces patients auraient pu bénéficier d'un séjour en SSR ;
- **Prescriptions (uniquement en hors post opératoire) annulées car le « patient est décédé », lorsque l'annulation a été faite plus de 7 jours après la date d'admission souhaitée** : correspond à des patients qui auraient pu bénéficier d'un séjour en SSR pour soins palliatifs.

*Remarque : Les prescriptions annulées pour un autre motif n'ont pas été considérées comme relevant d'un besoin de SSR<sup>47</sup>.*

Les délais « d'admission » (entre date d'admission souhaitée et la date d'admission réelle) ont été calculés uniquement pour les admissions en SSR en hospitalisation complète, hors procédure simplifiée par admission directe VT, hors prescriptions programmées.

#### Le devenir de chaque prescription a été réparti de la façon suivante :

- **Admis** : VT dans un délai<sup>48</sup> < 10 jours ou dans un établissement non connecté ;

---

<sup>44</sup> Tous les détails de pathologie incluant les mentions de « chirurgie », « post-opératoire » ou « suite de greffe »

<sup>45</sup> Les transferts de SSR à SSR n'ont pas été pris en compte.

<sup>46</sup> Une prescription peut être suivie d'une admission ou bien être annulée pour divers motifs : le prescripteur peut annuler sa demande pour un motif lié à son patient (décès, aggravation clinique, etc...), à une erreur d'utilisation du logiciel, ou à l'impossibilité de trouver une place en SSR.

<sup>47</sup> Prescriptions annulées pour un motif lié au patient (refus par le patient, aggravation de l'état du patient, ré-intervention, mutation dans une autre unité de court séjour) ; Prescriptions en erreur (erreur d'utilisation de VT, doublon par exemple, demande inappropriée) ; Prescriptions annulées pour admission dans un établissement médico-social : **l'admission directement du MCO vers un établissement médico-social peut être justifiée dans le cas particulier de la cancérologie.**

Coordination SSR Rhône-Alpes, SSR dans la filière cancer - juin 2015

➤ **Situations « bloquantes » :**

- Admis mais dans un délai  $\geq 10$  jours ou ;
- Annulées pour « impossibilité de trouver une place SSR dans un délai raisonnable » ou ;
- Annulées car « l'amélioration du patient a permis son retour à domicile » avec une date d'annulation ayant dépassé la date d'admission souhaitée d'au moins 7 jours<sup>49</sup>.

➤ **Décès du patient** si la date d'annulation a dépassé la date d'admission souhaitée de plus de 7 jours.

Le taux de refus<sup>50</sup> pour un motif lié à l'absence de place / dépassement des possibilités du SSR a pris en compte les motifs de refus suivants :

- Aucune place disponible, malgré une indication incontestable ;
- Les soins requis dépassent les possibilités ;
- Patient non domicilié sur le territoire de l'unité ;
- Coût du traitement incompatible avec la dotation ;
- Offre du SSR temporairement modifiée.

*Remarque : les autres motifs de refus<sup>51</sup> n'ont pas été pris en compte pour le calcul de ce taux de refus.*

## VI.2 Résultats

**Les MCO de la région Rhône-Alpes ont réalisé 6 456 prescriptions correspondant à la notion de vrai besoin, dont 72% concernent un besoin de prise en charge hors suites opératoires** (voir tableau 13) :

➤ **Prescriptions hors suites opératoires (n = 4 656 prescriptions)** : il s'agit principalement des complications intercurrentes au cours de l'évolution d'une maladie cancéreuse (24%), des soins palliatifs et fin de vie (27%), des anémies et asthénies majeure (10%), des intercures de chimiothérapie et radiothérapie (9%), des problèmes spécifiques aux hémopathies malignes (6%) et de l'onco-gériatrie (5%) (Annexe 18). **21% de ces demandes n'ont pas été anticipées**, avec une demande initialisée le jour-même ou la veille du transfert souhaité en SSR<sup>52</sup>. **Les prescriptions ont concerné des patients dépendants** (31% avec au moins 1 besoin d'aide complète) ;

---

<sup>48</sup> Délai entre date d'admission souhaitée et date d'admission réelle

<sup>49</sup> Correspond souvent à des patients qui ont fait un équivalent de séjour SSR au sein du MCO : ces patients auraient pu bénéficier d'un séjour en SSR.

<sup>50</sup> Remarque : un même SSR peut recevoir plusieurs demandes d'admission pour une même prescription, et donc apporter plusieurs réponses par prescription. Trois réponses sont possibles : acceptation, acceptation provisoire ou refus : dans ce cas, le refus est obligatoirement motivé. Un refus n'est pas incompatible avec l'admission du patient (dans une autre structure, ou suite à une modification de la demande d'admission). Les taux et motifs de refus ont été analysés uniquement hors admission directe et pour les prescriptions correspondant au vrai besoin

<sup>51</sup> Le patient relève d'une autre prise en charge ; Incertitude de l'évolution à court terme : pas de projet de réadaptation possible ; Niveau de soins requis trop faible ; Problème essentiellement social ; L'âge du patient ne correspond pas à l'activité du SSR ; Le prescripteur n'a pas confirmé l'accord initial ; La rédaction de la demande ne permet pas de se prononcer ; Les soins requis relèvent des soins de ville et non de SSR ; L'environnement ne permet pas une prise en charge en HAD.

<sup>52</sup> Délai entre la date d'initialisation de la prescription et la date d'admission souhaitée

- Prescriptions en post-opératoire (n=1 800 prescriptions), il s'agit essentiellement des cancers digestifs (36%), gynécologiques (16%), urologiques (11%), broncho-pulmonaires (11%) et VADS (10%) (Annexe 19). Les demandes sont mieux anticipées, avec notamment 11% de prescriptions programmées à l'avance. Elles concernaient des patients peu dépendants (11% avec au moins 1 besoin d'aide complète).

**Les patients avec une prescription de SSR pour cancer sont relativement jeunes** (âge moyen : 71 ans, et 61% < 75 ans) en comparaison aux autres pathologies (âge moyen : 74 ans, 52% < 75 ans).

Sur l'ensemble des prescriptions SSR et selon la description du prescripteur (DE requise), **l'essentiel des prescriptions nécessitent une prise en charge en SSR polyvalent (39%) ou en SSR-PAP (37%).**

**Tableau 13 : VT 2013 Descriptions des prescriptions correspondant au « vrai besoin »**

	Cancer post-opératoire N (% colonne)	Cancer non post-opératoire N (% colonne)
<b>Nombre de prescriptions</b>	<b>1 800</b>	<b>4 656</b>
<b>Type de prescription (% colonne)</b>		
Non programmée	1 513 (84%)	3 846 (83%)
Non renseignée <sup>(1)</sup>	64 (4%)	726 (16%)
Programmée	223 (12%)	84 (2%)
<b>Procédure simplifiée VT : admission directe (% colonne)</b>	4 (0%)	122 (3%)
<b>Demande non anticipée</b> (demande réalisée le jour même ou la veille de l'admission souhaitée en SSR) <sup>(2)</sup>	166 (11%)	918 (21%)
<b>Sexe masculin (% colonne)</b>	884 (49%)	2 484 (53%)
<b>Age moyen (médiane)</b>	69.3 (70)	72.1 (74)
<b>Catégorie d'âge (% colonne)</b>		
<60 ans	380 (21%)	737 (16%)
[60-74]	713 (40%)	1 706 (37%)
≥ 75 ans	700 (39%)	2 197 (47%)
<b>Capacité fonctionnelle (% colonne)</b> <sup>(3)</sup>		
Besoin d'aide complète pour un des 6 items <sup>(4)</sup>	201 (11%)	1 391 (31%)
<b>Trouble (% colonne)</b> <sup>(3)</sup>		
Présence d'au moins un des 4 troubles <sup>(5)</sup>	108 (6%)	879 (19%)
<b>DE requise (% colonne)</b>		
SSR polyvalent	629 (35%)	1 882 (40%)
SSR-PAP	828 (46%)	1 553 (33%)
USP	0 (0%)	749 (16%)
USLD	60 (3%)	315 (7%)
SSR pneumo	60 (3%)	35 (1%)
SSR onco-hémato	49 (3%)	6 (0%)
Coordination domicile	128 (7%)	95 (2%)
Autre	46 (3%)	21 (0%)

(1) pas de date d'hospitalisation renseignée dans la prescription

(2) délai < 2 jours entre la date d'initialisation et la date d'admission souhaitée, hors admission directe et hors programmé

(3) 9 prescriptions post-op et 125 prescriptions non post-op avec données manquantes

(4) pour les déplacements, transferts, faire sa toilette, l'habillage, aller aux toilettes, l'alimentation

(5) Troubles de la conscience, de l'humeur, cognitif, du comportement

## Taux d'admission

Le taux d'admission VT en SSR est très inférieur pour les prescriptions cancer : 75%, contre 91% pour les autres pathologies. Ce taux d'admission est inférieur surtout pour les prescriptions hors suites opératoires (71%) alors qu'il est relativement plus élevé pour les prescriptions post-opératoires (85%) (Tableau 14). Cette différence s'explique en partie par un taux de décès<sup>53</sup> très élevé hors suites opératoires (13% de décès, contre seulement 3% en post-opératoire<sup>54</sup>). Pour les prescriptions de SSR hors suites opératoires, les annulations pour décès du patient ont été considérées comme relevant d'un vrai besoin de SSR, considérant que les patients auraient pu bénéficier d'un séjour en SSR pour soins palliatifs de fin de vie. La fréquence des décès hors suites opératoires explique en partie seulement le faible taux d'admission en SSR. En effet, même en excluant ces décès, le taux d'admission reste faible : 82%.

## Délais d'admission

Les délais d'admission sont plus élevés pour le cancer (6.0 jours en moyenne) comparé aux autres pathologies hors cancer (4.4 jours). Ces délais sont particulièrement longs pour les prescriptions hors suites opératoires (6.4 jours), alors qu'ils sont relativement plus courts pour le post-opératoire (5.1 jours). Au total, ce sont 634 prescriptions (24%) hors suite opératoires qui ont attendu au moins 10 jours en MCO pour obtenir une place en SSR et 184 (15%) pour le post-opératoire (13% pour les autres pathologies).

**Tableau 14 : VT2013 : Descriptions des échanges pour les prescriptions correspondant au « vrai besoin »**

	Cancer post-opératoire N (% colonne)	Cancer non post-opératoire N (% colonne)
<b>Prescriptions avec au moins 5 unités contactées</b> <sup>(1)</sup>	338 (23%)	1 024 (23%)
<b>Prescriptions avec au moins 5 refus</b> <sup>(1)</sup>	159 (10%)	482 (11%)
<b>Prescriptions suivies d'une admission</b>		
Admission ViaTrajectoire	1 532 (85%)	3 329 (71%)
Admission en établissement non connecté	50 (3%)	201 (4%)
<b>Pour les admis VT :</b>		
<b>Délai admission souhaitée et réelle</b> <sup>(2)</sup>		
< 3 jours	610 (48%)	1 034 (39%)
[3-9 jours]	471 (37%)	1 015 (38%)
[10-19 jours]	124 (10%)	468 (17%)
≥ 20 jours	60 (5%)	166 (6%)
<b>Délai moyen admission souhaitée – réelle en jours (médiane)</b> <sup>(2)</sup>	5.1 (3)	6.4 (4)

(1) Prescriptions Hors procédure simplifiée par admission directe et prescriptions programmées, soit un total de 1 573 prescriptions pour le post-opératoire et 4 450 pour le non post-opératoire.

(2) Admissions Hors procédure simplifiée par admission directe et prescriptions programmées, soit un total de 1 265 prescriptions pour le post-opératoire et 2 683 pour le non post-opératoire.

<sup>53</sup> Seuls les décès avec une date d'annulation ayant dépassé la date d'admission souhaitée d'au moins 7 jours ont été pris en compte.

<sup>54</sup> Remarque : 1% de de décès pour les prescriptions d'autres pathologies hors cancer

## Spécialités SSR d'admission

Les admissions SSR ont été réalisées essentiellement en unités SSR polyvalents (61%), SSR-PAP (16%) (Tableau 15). Les admissions en SSR-PAP sont un peu plus fréquentes pour les prescriptions hors suites opératoires (17% contre 14% pour le post-opératoire).

Tableau 15 : VT 2013 : Spécialité d'admission des prescriptions pour cancer

	Cancer post-opératoire N (% colonne)	Cancer non post-opératoire N (% colonne)	Total cancer
<b>Total admis ViaTrajectoire</b>	<b>1 532</b>	<b>3 329</b>	<b>4 861</b>
<b>Discipline d'équipement d'admission</b>			
SSR-polyvalent	1 030 (67%)	1 948 (59%)	2 978 (61%)
SSR-PAP	214 (14%)	566 (17%)	780 (16%)
SSR-pneumo	119 (8%)	141 (4%)	260 (5%)
SSR-onco-hémato	38 (2%)	141 (4%)	179 (4%)
HAD	51 (3%)	432 (13%)	483 (10%)
Autre <sup>(1)</sup>	80 (5%)	101 (3%)	181 (4%)

(1) SSR-locomoteur, SSR neuro, SSR app. digestif, USLD

## Situations de blocage

Au total, pour synthétiser les difficultés d'accès du MCO au SSR et la fluidité de la filière en cancérologie sur l'année 2013, **1 545 prescriptions (24%) ont été en situation de blocage** :

- 818 prescriptions ont atteint 10 jours de délais d'attente<sup>55</sup> en MCO avant l'admission,
- 314 prescriptions annulées pour impossibilité de trouver une place SSR dans un délai raisonnable,
- 413 prescriptions annulées car « l'amélioration du patient a permis son retour à domicile » avec une date d'annulation ayant dépassé la date d'admission souhaitée d'au moins 7 jours: correspond souvent à des patients qui ont fait un équivalent de séjour SSR au sein du MCO : ces patients auraient pu bénéficier d'un séjour en SSR.

Enfin, 617 prescriptions (10%) ont dû être annulées à cause du décès du patient (alors que la date de transfert souhaitée en SSR était déjà dépassée d'une semaine).

**Le pourcentage de prescriptions en situation de blocage est supérieur pour le cancer (24%) comparé aux autres pathologies (15%), en particulier pour les prescriptions hors suites opératoires (25%) (22% pour le post-opératoire) (Pour les autres pathologies : 15%).** Ces situations de blocage reflètent les besoins non couverts et une fluidité altérée pour une partie de la filière MCO-SSR cancérologique.

<sup>55</sup> Délai entre la date d'admission souhaitée et la date d'admission réelle

**Tableau 16 : VT 2013 : Situations de blocage des prescriptions pour cancer**

	Cancer post-opératoire N (% col)	Cancer non post-opératoire N (% col)
<b>Prescriptions cancer</b>		
Situation non bloquante	1 398 (78%)	2 896 (62%)
Situation bloquante <sup>(1)</sup>	402 (22%)	1 143 (25%)
Décès du patient <sup>(2)</sup>	-	617 (13%)

(1) Prescriptions avec au moins 10 jours de délais d'attente en MCO (*date d'admission souhaitée – réelle*), ou annulées pour faute de place en SSR, ou annulées car « l'amélioration du patient a permis son retour à domicile » alors que le patient a déjà attendu au moins 7 jours en MCO pour une place SSR.

(2) Prescriptions annulées pour le décès du patient, alors que la date d'admission souhaitée a été dépassée depuis plus de 7 jours.

Le tableau 17 présente ces situations de blocage par établissement.

Lecture (2<sup>ème</sup> ligne) : les HCL ont réalisé 1 277 prescriptions de SSR pour cancer sur l'année 2013. Parmi celles-ci, 280 ont été en situation bloquante (délai d'admission  $\geq$  10 jours, ou annulées faute de place en SSR, ou parce que le patient s'est amélioré et est retourné au domicile alors qu'il est resté plus d'une semaine en MCO à attendre une place) et 66 ont été annulées à cause du décès du patient (alors que la date d'admission souhaitée était dépassée de plus d'1 semaine). Sur l'ensemble des prescriptions cancer, 40% ont concerné une prise en charge post-opératoire.

**Les TS qui cumulent les plus grandes proportions de situations bloquantes sont les TS Est, Ouest et Sud avec plus de 27% de situations bloquantes, alors que le TS Nord en comptabilise seulement 17%.**

Les établissements avec les plus fort taux de situations bloquantes sont le CH de Chambéry (43%), le CH de Valence (41%), l'ICLN (40%), le CH de Voiron (35%), la Clinique Mutualiste de Lyon (32%) et les HCL – Herriot (32%). Ce sont les HCL en premier lieu puis le CHU de Grenoble qui ont comptabilisés le plus grand nombre de situations bloquantes (respectivement 280 et 177).

On note un pourcentage élevé de prescriptions annulées pour le décès du patient (avec une date d'admission souhaitée dépassée de plus de 7 jours) pour les CH de Bourgoin-Jallieu (23%), le GHM de Grenoble (20%), le CH de Roanne (19%), l'ICLN (18%) et le Médipôle de Savoie (18%).

### Evolution depuis 2012

Les données sont stables depuis 2012, à l'exception du TS Est :

- sur le BH de Grenoble, le pourcentage de situations bloquantes a diminué depuis 2012 (36% en 2012 à 29% en 2013)
- alors que **sur le BH de Chambéry, le pourcentage de situations bloquantes a augmenté depuis 2012** (29% en 2012 à 35% en 2013), et en particulier pour le CH de Chambéry.

**Tableau 17 : VT 2013 : Prescriptions pour cancer par établissements (n≥50 prescriptions)**

TS, BH et principaux établissements (n≥50 prescriptions)	Total prescriptions		Situations bloquantes <sup>(1)</sup>		Décès <sup>(2)</sup>		% prescriptions post-opératoire
	N	%	N	%	N	%	
<b>TS Centre</b>	<b>2 699</b>		<b>536</b>	<b>20%</b>	<b>175</b>	<b>6%</b>	<b>33%</b>
HCL*	1 277		280	22%	66	5%	40%
Centre Léon Bérard	399		86	22%	12	3%	31%
CH Bourgoin-Jallieu	129		28	22%	30	23%	9%
CH Saint Joseph - Saint Luc	111		17	15%	12	11%	31%
Cl. Protestante de Lyon	105		8	8%	4	4%	30%
Cl. Charcot	81		10	12%	4	5%	23%
Cl. Mut. de Lyon (Eugene André)	79		25	32%	10	13%	16%
Hop. Privé Jean Mermoz	68		14	21%	8	12%	6%
Cl. de La Sauvegarde	64		10	16%	3	5%	45%
HIA Desgenettes	56		10	18%	8	14%	5%
<i>Autres étab (n=17)</i>	<i>330</i>		<i>48</i>	<i>15%</i>	<i>18</i>	<i>5%</i>	
<b>TS Est</b>	<b>1 866</b>		<b>540</b>	<b>29%</b>	<b>236</b>	<b>13%</b>	<b>26%</b>
BH Haute-Savoie	640		162	25%	76	12%	18%
CH Annecy	291		79	27%	35	12%	8%
CH Alpes Léman	76		16	21%	10	13%	8%
CHI du Léman	74		21	28%	9	12%	23%
CH de Sallanches	55		11	20%	1	2%	53%
<i>Autres étab (n=9)</i>	<i>144</i>		<i>35</i>	<i>24%</i>	<i>21</i>	<i>15%</i>	
BH Grenoble	930		274	29%	120	13%	34%
CHU Grenoble	579		187	32%	85	15%	26%
GHM Grenoble	101		27	27%	20	20%	18%
Cl. Belledonne	93		13	14%	1	1%	58%
Cl. des Cèdres Grenoble	77		20	26%	4	5%	91%
CH de Voiron	66		23	35%	7	11%	29%
<i>Autres étab (n=3)</i>	<i>14</i>		<i>4</i>	<i>28%</i>	<i>3</i>	<i>21%</i>	
BH Chambéry	296		104	35%	40	14%	17%
CH de Chambéry	144		62	43%	16	11%	24%
Hôp. Privé Médipôle de Savoie	57		8	14%	10	18%	21%
<i>Autres étab (n=5)</i>	<i>95</i>		<i>34</i>	<i>36%</i>	<i>14</i>	<i>15%</i>	
<b>TS Nord</b>	<b>456</b>		<b>76</b>	<b>17%</b>	<b>46</b>	<b>10%</b>	<b>13%</b>
BH Bourg	260		31	12%	27	10%	10%
CH Fleyriat Bourg-En-Bresse	153		26	17%	19	12%	10%
Cl. Convert - Bourg-En-Bresse	55		4	7%	6	11%	4%
<i>Autres étab (n=5)</i>	<i>52</i>		<i>2</i>	<i>4%</i>	<i>1</i>	<i>2%</i>	
BH Villefranche	196		45	23%	19	10%	16%
CH Villefranche Sur Saône	166		42	25%	17	10%	19%
<i>Autres étab (n=4)</i>	<i>30</i>		<i>3</i>	<i>10%</i>	<i>2</i>	<i>7%</i>	
<b>TS Ouest</b>	<b>1 049</b>		<b>290</b>	<b>28%</b>	<b>132</b>	<b>13%</b>	<b>26%</b>
BH St-Etienne	816		230	28%	97	12%	26%
CHU St Etienne	284		72	25%	30	11%	33%
Institut de Cancérologie L. Neuwirth	182		72	40%	32	18%	13%
CH d'Annonay	101		25	25%	7	7%	31%
CH du Forez (2 sites)	61		18	30%	14	23%	7%
Hop. Privé de La Loire	54		8	15%	4	7%	37%
<i>Autres étab (n=6)</i>	<i>134</i>		<i>35</i>	<i>26%</i>	<i>10</i>	<i>75%</i>	
BH Roanne	233		60	26%	35	15%	24%
CH de Roanne	183		56	31%	34	19%	7%
Cl. du Renaison	50		4	8%	1	2%	86%
<b>TS Sud</b>	<b>386</b>		<b>103</b>	<b>27%</b>	<b>28</b>	<b>7%</b>	<b>23%</b>
BH Valence	234		69	29%	16	7%	32%
CH Valence	119		49	41%	10	8%	18%
<i>Autres étab (n=7)</i>	<i>115</i>		<i>20</i>	<i>17%</i>	<i>6</i>	<i>5%</i>	
BH Montélimar	152		34	22%	12	8%	9%
CH Montélimar	60		17	28%	5	8%	8%
CH D'Aubenas	57		11	19%	6	11%	0%
<i>Autres étab (n=5)</i>	<i>35</i>		<i>6</i>	<i>17%</i>	<i>1</i>	<i>3%</i>	
<b>Total Rhône-Alpes</b>	<b>6 456</b>		<b>1545</b>	<b>24%</b>	<b>617</b>	<b>10%</b>	<b>28%</b>

(1) Prescriptions avec au moins 10 jours de délais d'attente en MCO (*date d'admission souhaitée – réelle*), ou annulées pour

faute de place en SSR, ou annulées car « l'amélioration du patient a permis son retour à domicile » alors que le patient a déjà attendu au moins 7 jours en MCO pour une place SSR.

(2) Prescriptions annulées pour le décès du patient, alors que la date d'admission souhaitée a été dépassée depuis plus de 7 jours.

## Refus des demandes d'admissions

**Parmi les réponses aux demandes d'admission pour cancer<sup>56</sup>, 27% ont été refusées pour un motif lié à l'absence de place<sup>57</sup> (contre 24% pour les autres pathologies). Les autres motifs de refus étaient liés à un problème d'orientation ou un problème de rédaction de la demande<sup>58</sup>.**

Ce taux de refus pour absence de place était similaire pour les cancers non post-opératoire (26%), et post-opératoire (27%).

---

<sup>56</sup> Sur l'année 2013 en région Rhône-Alpes, les SSR ont reçu un total de 23 750 demandes d'admission de « vrai besoin » pour cancer, hors admission directe, hors programmé, et de prescripteur Rhône-Alpes. Les SSR ont émis 17 468 réponses VT. Remarque : une même prescription peut être envoyée plusieurs fois et peut recevoir plusieurs réponses. Un refus n'est pas incompatible avec l'admission effective du patient dans un autre SSR, ou bien suite à une modification de la demande.

<sup>57</sup> Motifs de refus pour absence de place / dépassement des capacités du SSR : Aucune place disponible, malgré une indication incontestable ; Les soins requis dépassent les possibilités ; Patient non domicilié sur le territoire de l'unité ; Coût du traitement incompatible avec la dotation ; Offre du SSR temporairement modifiée.

<sup>58</sup> Motifs de refus pour erreur d'orientation ou autre : patient relève d'une autre prise en charge ; Incertitude de l'évolution à court terme : pas de projet de réadaptation possible ; Niveau de soins requis trop faible ; Problème essentiellement social ; L'âge du patient ne correspond pas à l'activité du SSR ; Le prescripteur n'a pas confirmé l'accord initial ; La rédaction de la demande ne permet pas de se prononcer ; Les soins requis relèvent des soins de ville et non de SSR

## VII Enquête qualitative

Diverses analyses et retours d'expériences font état de la difficulté d'accueil de patients présentant une affection cancérologique en SSR, que ce soit dans les suites d'une intervention, d'une chimiothérapie, pendant une radiothérapie, à un stade évolué palliatif ou même de bon pronostic, quelles que soit les déficiences ou les conséquences fonctionnelles. Divers obstacles sont souvent rapportés dont certains d'ordre économique, clinique et surtout en rapport avec le devenir ou la méconnaissance de ce devenir.

Afin de mieux analyser ces freins à l'accueil des patients de cancérologie en SSR, une enquête qualitative a été réalisée auprès des médecins responsables d'unité SSR en Rhône Alpes en juin 2014.

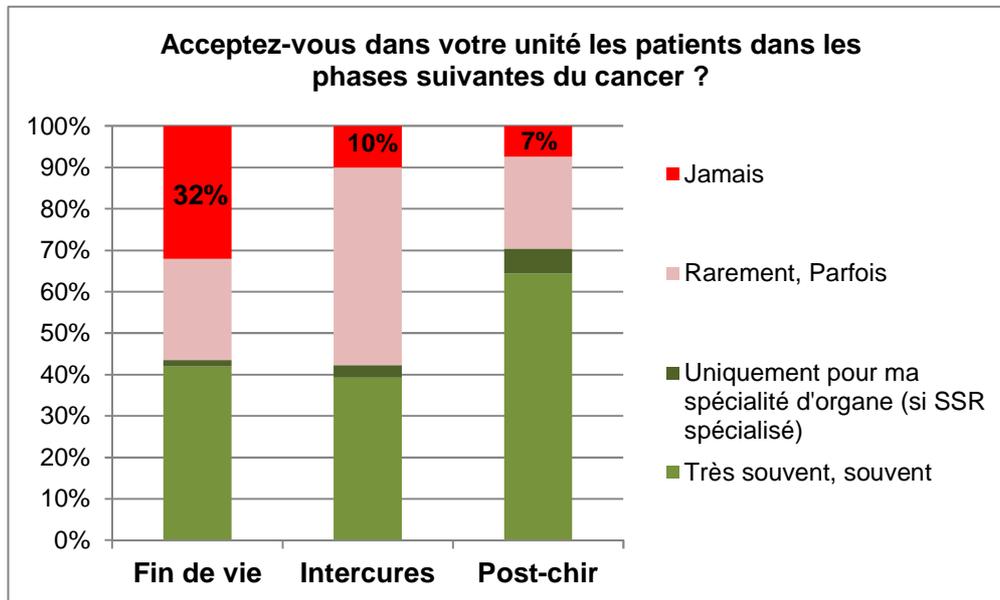
Les médecins ont été contactés par mail, à partir du listing de l'annuaire ViaTrajectoire. Un lien Web permettait de répondre directement en ligne. Le questionnaire était anonyme et comportait 35 questions sur l'acceptation des patients atteints d'un cancer dans leur unité ; les liens avec les services d'amont et d'aval, leurs difficultés et leurs attentes. Les questions étaient à choix multiples, avec la possibilité de compléter les réponses par des commentaires libres.

Sur les 234 personnes contactées, 137 ont répondu, soit un **taux de réponse de 58%**.

**La grande majorité des unités répondantes (130) étaient des SSR adultes, dont 44% d'unités polyvalentes, 21% d'unités pour personnes âgées polypathologiques dépendantes, et 10% d'unités mixtes (avec plusieurs autorisations). Seulement 16 unités ont déclaré disposer de lits identifiés de soins palliatifs.**

## Accueil en SSR de patients atteints d'un cancer

Les médecins responsables d'unités ont été interrogés sur l'accueil des patients atteints d'un cancer selon le stade de prise en charge. Les situations générant le plus de difficultés sont **les patients en intercure et en soins palliatifs terminaux**, avec environ 55% de responsables d'unité qui ne les acceptent jamais ou rarement, contre 30% pour les post-chirurgies du cancer.



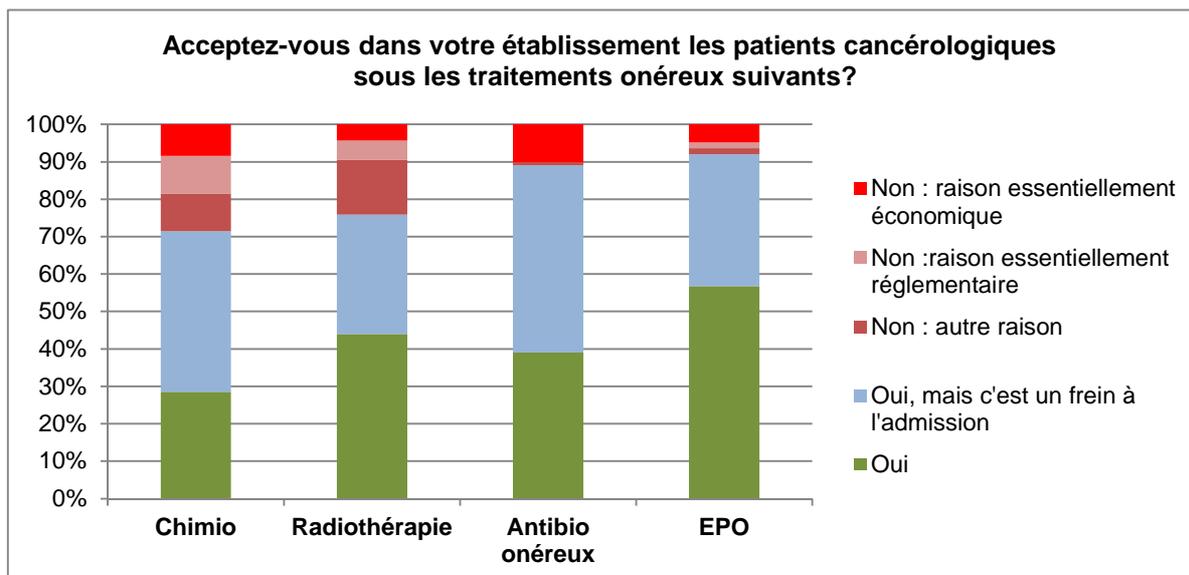
Pour les unités qui prennent des patients en post-chirurgie cancérologique, **il y a de plus grandes difficultés pour les chirurgies respiratoires, ORL et neurologiques** par rapport aux chirurgies urologiques, orthopédiques et digestives. Parmi les facteurs expliquant les refus, les médecins responsables d'unité ont évoqué en premier lieu la lourdeur et l'instabilité de ces patients, ainsi que l'éloignement des plateaux techniques spécialisés.

## Facteurs limitant la prise en charge des patients cancérologiques

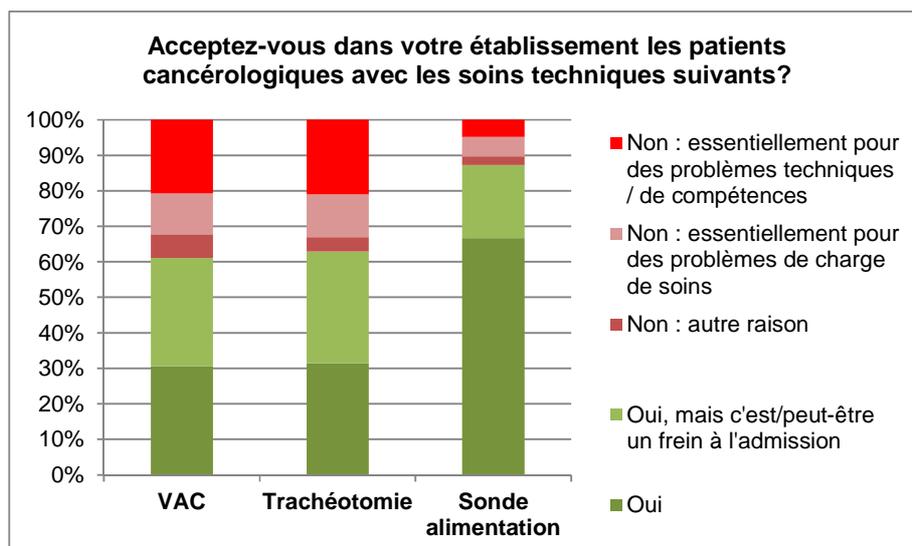
L'acceptation en SSR des patients atteints d'un cancer a également été analysée au travers des traitements : les transfusions, les molécules onéreuses ainsi que certains soins techniques spécifiques.

**Les trois quarts des responsables ont déclaré ne jamais ou rarement faire de transfusion au sein de leur unité**, essentiellement pour des raisons réglementaires (15%). Cela laisse supposer une importante hétérogénéité dans les soins réalisés entre les différents SSR.

Concernant les traitements onéreux, **la chimiothérapie et la radiothérapie** génèrent un refus des responsables d'admission dans plus de 20% des cas, alors que les antibiothérapies onéreuses représentent plus un facteur limitant l'admission.



Pour les patients avec un cancer et sous VAC-thérapie ou trachéotomisés, les problèmes techniques et de compétences représentent les principales causes de refus.



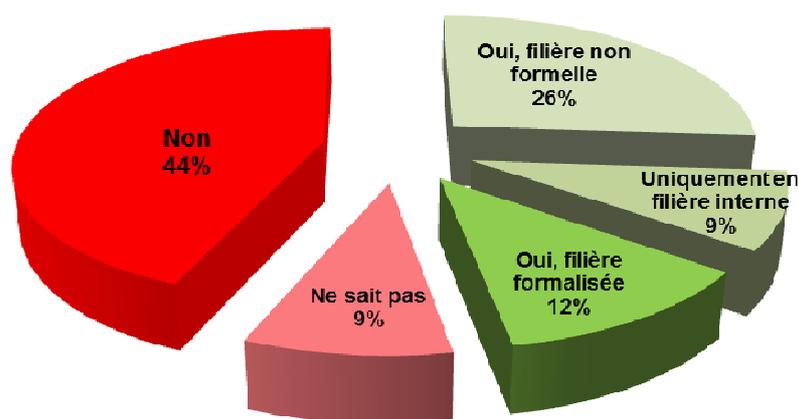
De façon générale, pour 40% des responsables d'admission, **les deux premiers facteurs « très limitants » l'admission des patients avec un cancer sont les coûts des transports sanitaires itératifs, et les coûts des traitements et du suivi.** Pour un tiers des responsables d'admission, les autres facteurs « très limitants » sont l'éloignement du SSR des plateaux techniques / du domicile patient, les problèmes de communication avec les services d'amont et la lourdeur en soins infirmiers, soins techniques et de nursing.

## Construction de la filière SSR et cancer

### Services d'amont et SSR

La filière est très peu construite, et encore moins formalisée, avec 70% des unités pour lesquelles il n'existe pas de filière, ou non formelle, et 9% des responsables d'unité ne savent pas s'il en existe une.

Pour la prise en charge du cancer, disposez-vous d'une filière?



L'absence de filière formalisée se traduit par de réelles difficultés entre les services d'amont et les SSR, avec une insuffisance d'information en provenance des services d'amont :

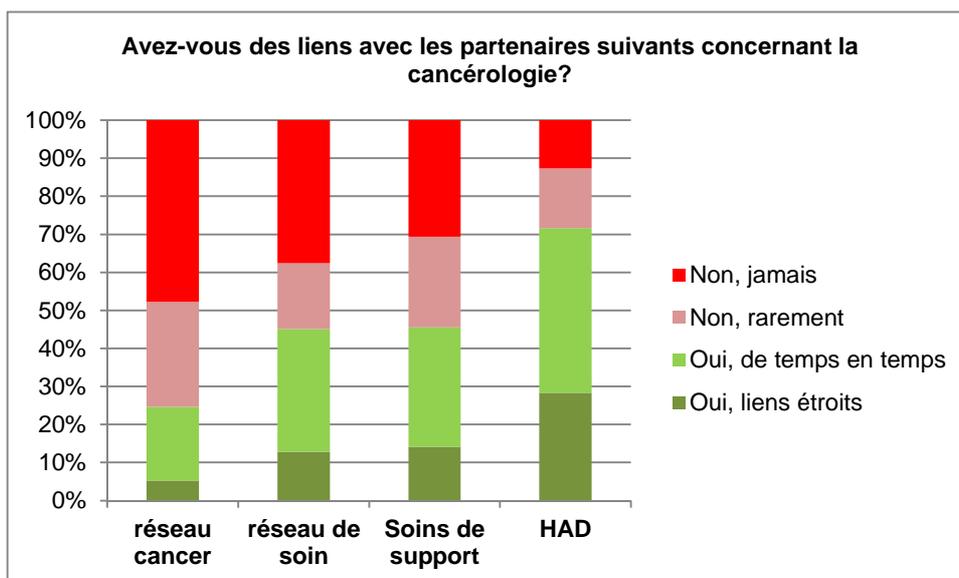
- 60% des responsables des admissions ont déclaré que les prescriptions SSR ViaTrajectoire étaient souvent insuffisantes pour prendre une décision,
- 25% d'entre eux reçoivent rarement les transmissions médicales à l'arrivée du patient ;
- et **80% ont déclaré que le cancérologue ne passait jamais dans le service SSR**, à l'inverse de ce qui peut être observé dans d'autres filières.

De plus, 75% des médecins responsables d'unité ont déclaré ne jamais participer aux RCP, leur avis n'étant jamais ou rarement pris en compte par les services d'amont.

**Enfin, en cas de complications ou de nécessité de réaliser des examens complémentaires, seuls 20% des médecins SSR disposent d'une procédure identifiée et réactive.**

### SSR et partenaires d'aval

Les liens des SSR avec les structures d'aval possibles pour les patients de cancérologie semblent également insuffisants. Si l'HAD est la structure la plus identifiée, on note qu'elle est toutefois peu utilisée (30% des unités). Plus de la moitié des unités SSR n'utilisent pas les soins de support. Les réseaux sont également méconnus.



## Attentes des SSR

La première attente des médecins interrogés est **le financement des surcoûts liés à la prise en charge du cancer (73% des médecins)**, puis la formation aux gestes techniques des médecins et soignants, et la formalisation de la filière et la contractualisation de partenariats (62%). De nombreux médecins ont également **signalé la nécessité de former les médecins MCO aux indications SSR pour les patients atteints d'un cancer.**

## En conclusion

Alors que le premier facteur limitant et la première attente des médecins responsables des admissions SSR **concerne le financement des surcoûts de prise en charge spécifique au cancer**, d'autres points d'améliorations semblent également incontournables :

- **La formalisation de la filière** avec la création de partenariats pour l'amélioration d'une communication restant largement insuffisante, à la fois avec les services d'amont, mais également avec les structures d'aval ;
- **La formation technique des médecins et des soignants en SSR**, qui permettrait notamment de réduire les 20% de refus de patients trachéotomisés ou sous VAC thérapie pour des problèmes techniques et de compétences ;
- **La formation des médecins MCO aux indications SSR en cancer.**

## VIII Limites

### PMSI

Si la base de données PMSI est exhaustive, le codage des séjours peut différer selon les différents professionnels. Ainsi plusieurs biais pourraient être soulevés :

- Codes de cancer manquant pouvant sous-évaluer le besoin en SSR/ la production de SSR ;
- Acte CCAM ou code de complication manquant pouvant sous évaluer le besoin en Dépendance en SSR sous/sur évaluée.

Par ailleurs, l'étude des facteurs socio-environnementaux par le PMSI est difficilement appréhendable.

### ViaTrajectoire

Les données VT doivent être interprétées avec précaution car elles ne sont pas exhaustives (exhaustivité estimée entre 80 et 85% en 2012).

**L'exhaustivité est susceptible d'être encore moins bonne pour la filière cancérologie, avec un phénomène d'autocensure de la part des prescripteurs :** sachant qu'ils ne trouveront pas de place, ils ne font pas de demandes VT.

Comme pour le PMSI, l'analyse des données dépend de la qualité de remplissage des prescriptions.

### Enquête qualitative

Le taux de participation est correct, mais pas exhaustif. De plus, l'enquête étant anonyme, nous ne pouvons pas savoir si les SSR n'ayant pas répondu sont des SSR non impliqués dans la filière cancérologie. Enfin, cette enquête a été réalisée auprès des médecins responsables d'unités SSR et non auprès des directeurs d'établissements.

## IX Préconisations

**Les préconisations** pour la construction de la filière cancer sont, au niveau régional :

*Remarque : les préconisations pour chaque territoire sont détaillées dans leurs documents d'analyse respectifs*

### 1. Améliorer l'accès aux SSR pour le cancer et les délais d'admissions

### 2. Identifier ou développer des SSR spécialisés pneumologiques avec une activité reconnue cancérologie, pour les suites de chirurgies carcinologiques thoraciques et ORL :

- Actuellement les principaux SSR qui prennent ces cancers sont le Val Rosay, Rocheplane, le Centre Folcheran et le centre cardio-respiratoire Dieulefit.
- En pratique il est nécessaire d'identifier une filière avec un SSR spécialisé pneumologie et ORL pour les patients des territoires Ouest, Sud et Est ;
- **Identifier ou développer des SSR spécialisés oncohématologie pour les 2 centres d'allogreffes de moelle (Lyon Sud et l'ICLN), actuellement dépourvus d'aval SSR spécialisé** (Actuellement le Grésivaudan est le seul SSR onco-hémato de la région)

### 3. Identifier ou développer des SSR polyvalents « référents cancer » pour chaque BH, sur la base de la reconnaissance de l'activité cancer et de **la conformité au cahier des charges « SSR Cancérologie »**

### 4. Envisager une réflexion globale « soins palliatifs/soins de fin de vie »

- Besoin important de SSR pour soins palliatifs non couvert ;
- Associer à ce besoin l'ensemble de l'offre et des modalités de fonctionnement : USP MCO, lits dédiés MCO, USP en SSR, activité non reconnue en SSR polyvalent.

### 5. Construire une filière cancer par territoire de santé

- Identifier les acteurs, les besoins, les fonctionnements ;
- Favoriser les synergies SSR/HAD/MCO/réseaux de ville : les patients de cancérologie sont fragiles, avec une évolution longue et fluctuante. Les patients devraient pouvoir facilement passer d'une structure à l'autre en fonction de leur état clinique ;
- Associer les EHPAD et les USLD dans la construction de la filière de cancérologie pour permettre l'accueil des patients ne pouvant rentrer à leur domicile, mais ne relevant pas de soins palliatifs terminaux. Des structures pour les moins de 60 ans seraient également nécessaires.

## X Annexes

### Annexe 1 : Inventaire des structures soins palliatifs fin 2014, source : ARS Rhône-Alpes

Inventaire structures sur les soins palliatifs fin 2014

TS 01 CENTRE		LISP			USP		EMSP
		MCO	SSR	USLD	Lits	Nb	
BH 08	HCL-HEH	11			12	1	1,0
	HCL-Charpennes				SP		
	Centre Léon Bérard	15					1,5
	Hôpital neuro-cardio						
	Hôp. des Charmettes				10	1	1,0
	CH Bourgoin	5					1,0
	CH Pont de Beauvoisin	3					
	Clinique du Tonkin	4					
	HPEL	8					
	Hopital Privé Jean Mermoz (St Jean)	28					
	Clinique Mutualiste de Lyon						1,0
TOTAL BH 08		74	0	0	22	2	5,5
BH 09	HCL-Croix Rousse/H-Dieu	9					1,0
	Infirmierie Protestante	4					
	Polyclinique de Rillieux	5					
	TOTAL BH 09		18	0	0	0	0
BH 10	HCL - Lyon sud	16			12	1	1,0
	CH Vienne	6	8				1,5
	CH Givors	5					1,0
	Clinique Charcot	3					
	HL Condrieu	3					
	Clinique de la Sauvegarde	3					
TOTAL BH10		36	8	0	12	1	3,5
TOTAL TS 01		128	8	0	34	3	10,0

Inventaire structures sur les soins palliatifs fin 2014

TS 02 EST		LISP			USP		EMSP
		MCO	SSR	USLD	Lits	Nb	
BH 04	CHU Grenoble	16			10	1	2,0
	GHM 38 (IPC+Eaux Claires)	11					1,0
	CH Voiron	3					1,0
	CH Rives	3					
	CM Rocheplane		8				
	CENTRE HENRI BAZIRE		5				
	Clinique des Cèdres	3					
	TOTAL BH 04		36	13	0	10	1
BH 11	CH Chambéry	4			10	1	1,5
	CH Aix les Bains	4	4				
	CH Albertville - Moûtiers	3					1,0
	CH St Jean de Maurienne	3					1,0
	Centre SSR Tresserve "Arc en Ciel"		5				
	Medipole de Savoie	10					
TOTAL BH 11		24	9	0	10	1	3,5
BH 12	CHRA	5					1,0
	CM Praz-Coutant	30					1,0
	CHI Sud Léman Valserine						1,0
	Centre La Marteraye		6				
	Clinique générale d'Annecy	3					
TOTAL BH 12		38	6	0	0	0	3,0
BH 13	Hôp. du Léman	4			6	1	1,0
	CHIAB	6					1,0
	Polycl. de Savoie	4					
	CM A. Léaud		3				
TOTAL BH 13		14	3	0	6	1	2,0
TOTAL TS 02		112	31	0	26	3	12,5

Inventaire structures sur les soins palliatifs fin 2014		LISP			USP		EMSP
<b>TS 03 NORD</b>							
BH 01	CH Public Hauteville	5					
	CH Bourg en Bresse	10			10	1	1,5
	Clinique Convert	4					
	CHHB						0,5
	<b>TOTAL BH 01</b>	<b>19</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>2,0</b>
BH 07	CH Trévoux				10	1	
	CH Villefranche						1,0
	CH Tarare	3					
	HL Belleville	4					
	HL Beaujeu	4					
	CM Beaulieu			3			
	Hôpital de Grandis Letra	5					
	<b>TOTAL BH 07</b>	<b>16</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>1,0</b>
	<b>TOTAL TS03</b>	<b>35</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>2</b>	<b>3,0</b>

Inventaire structures sur les soins palliatifs fin 2014		LISP			USP		EMSP
<b>TS 04 OUEST</b>							
BH 05	CH Roanne	5					1,5
BH 06	CHU St Etienne	12			8	1	1,5
	CH Annonay	4					1,0
	CH Firminy						1,0
	I.C.L.	6					
	HPL	5					
	CH Pays de Gier	3					
	CH Montbrison	3					
	CH Feurs	4					1,5
	CH Chambon-Feugerolles			8			
	USLD Ste Elisabeth				4		
	<b>TOTAL BH 06</b>	<b>37</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>5,0</b>
	<b>TOTAL TS 04</b>	<b>42</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>6,5</b>

Inventaire structures sur les soins palliatifs fin 2014		LISP			USP		EMSP
<b>TS 05 SUD</b>							
BH 02	CH Valence	5			10	1	1,5
	Hôpitaux Drôme nord		8				1,0
	CH Crest				8	1	1,0
	CH St Marcellin	3					
	CH Tournon	3					
	Hôpital privé Drôme Ardèche	4					
	<b>TOTAL BH 02</b>	<b>15</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>18</b>	<b>2</b>	<b>3,5</b>
BH 03	Centre hospitalier d'Ardèche Méridionale	6					1,5
	CH Vals d'Ardèche				6	1	1,0
	HL Bourg St Andéol	5					
	CH Montélimar	3					1,0
	Clinique Kennedy	3					
	<b>TOTAL BH 03</b>	<b>17</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>3,5</b>
	<b>TOTAL TS 05</b>	<b>32</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>24</b>	<b>3</b>	<b>7,0</b>
	<b>TOTAL REGION</b>	<b>349</b>	<b>58</b>	<b>4</b>	<b>112</b>	<b>12</b>	<b>39,0</b>

## **Annexe 2-1 : Liste de codes de pathologies dont le libellé inclut des pathologies tumorales (établie par l'InCA)**

- B21.0 Maladie par VIH à l'origine d'un sarcome de Kaposi
- B21.1 Maladie par VIH à l'origine d'un lymphome de Burkitt
- B21.2 Maladie par VIH à l'origine d'autres lymphomes non hodgkiniens
- B21.3 Maladie par VIH à l'origine d'autres tumeurs malignes des tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentés
- B21.7 Maladie par VIH à l'origine de tumeurs malignes multiples
- B21.8 Maladie par VIH à l'origine d'autres tumeurs malignes
- B21.9 Maladie par VIH à l'origine d'une tumeur maligne, sans précision
- D63.0 Anémie au cours de maladies tumorales (C00- D48)
- E88.3 Syndrome de lyse tumorale
- G53.3 Paralysie de plusieurs nerfs crâniens au cours de maladies tumorales (C00- D48)
- G55.0 Compression des racines et des plexus nerveux au cours de maladies tumorales (C00- D48)
- G63.1 Polynévrite au cours de maladies tumorales (C00- D48)
- G73.2 Autres syndromes myasthéniques au cours de maladies tumorales (C00- D48)
- G94.1 Hydrocéphalie au cours de maladies tumorales (C00- D48)
- J70.0 Affections pulmonaires aiguës dues à une irradiation
- J70.1 Affections pulmonaires chroniques et autres dues à une irradiation
- K52.0 Gastro-entérite et colite dues à une irradiation
- K62.7 Rectite due à une irradiation
- L41.2 Papulose lymphomatoïde
- L58.0 Radiodermite aiguë
- L58.1 Radiodermite chronique
- L59.8 Autres affections précisées de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané liées à une irradiation
- L59.9 Affection de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané liée à une irradiation, sans précision
- M36.0 Dermato (poly) myosite au cours de maladies tumorales (C00-D48)
- M36.1 Arthropathie au cours de maladies tumorales classées ailleurs (C00-D48)
- **M90.6 Ostéite déformante au cours de maladies tumorales (C00-D48)**
- *M90.60 Ostéite déformante au cours de maladies tumorales (C00-D48) - Sièges multiples*
- *M90.61 Ostéite déformante au cours de maladies tumorales (C00-D48) - Région scapulaire*
- *M90.62 Ostéite déformante au cours de maladies tumorales (C00-D48) - Bras*
- *M90.63 Ostéite déformante au cours de maladies tumorales (C00-D48) - Avant-bras*
- *M90.64 Ostéite déformante au cours de maladies tumorales (C00-D48) - Main*
- *M90.65 Ostéite déformante au cours de maladies tumorales (C00-D48) - Région pelvienne et cuisse*
- *M90.66 Ostéite déformante au cours de maladies tumorales (C00-D48) - Jambe*
- *M90.67 Ostéite déformante au cours de maladies tumorales (C00-D48) - Cheville et pied*
- *M90.68 Ostéite déformante au cours de maladies tumorales (C00-D48) - Autres localisations*
- *M90.69 Ostéite déformante au cours de maladies tumorales (C00-D48) - Siège non précisé*
- **M90.7 Fracture osseuse au cours de maladies tumorales (C00- D48)**
- *M90.70 Fracture osseuse au cours de maladies tumorales (C00- D48) - Sièges multiples*
- *M90.71 Fracture osseuse au cours de maladies tumorales (C00- D48) - Région scapulaire*
- *M90.72 Fracture osseuse au cours de maladies tumorales (C00- D48) - Bras*
- *M90.73 Fracture osseuse au cours de maladies tumorales (C00- D48) - Avant-bras*
- *M90.74 Fracture osseuse au cours de maladies tumorales (C00- D48) - Main*
- *M90.75 Fracture osseuse au cours de maladies tumorales (C00- D48) - Région pelvienne et Cuisse*
- *M90.76 Fracture osseuse au cours de maladies tumorales (C00- D48) - Jambe*
- *M90.77 Fracture osseuse au cours de maladies tumorales (C00- D48) - Cheville et pied*
- *M90.78 Fracture osseuse au cours de maladies tumorales (C00- D48) - Autres localisations*
- *M90.79 Fracture osseuse au cours de maladies tumorales (C00- D48) - Siège non précisé*
- M96.2 Cyphose après irradiation
- M96.5 Scoliose après irradiation
- N30.4 Cystite due à une irradiation
- O35.6 Soins maternels pour lésions fœtales (présumées) dues à une irradiation
- + G130 : Neuromyopathie et neuropathie paranéoplasiques

## **Annexe 2-2 : Codes en liaison avec les greffes de moelle osseuse :**

- Z94800 Autogreffe de cellules souches hématopoïétiques
- Z94802 Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, greffon de moelle osseuse, de cellules souches périphériques ou d'unité de sang placentaire de donneur apparenté
- Z94803 Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, greffon de moelle osseuse ou de cellules souches périphériques de donneur non apparenté
- Z94804 Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, greffon d'unité de sang placentaire de donneur non apparenté
- Z94809 Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, autres et sans précision
- T8600 Rejet d'une greffe de moelle osseuse par l'hôte
- T8601 Réaction aiguë d'un greffon de moelle osseuse contre l'hôte

- T8602 Réaction chronique d'un greffon de moelle osseuse contre l'hôte
- T8609 Rejet d'une greffe de moelle osseuse, SAI

### **Annexe 3 : Racines de GHM avec libellé de cancer :**

- 01M26 Tumeurs malignes du système nerveux
- 03M07 Tumeurs malignes des oreilles, du nez, de la gorge ou de la bouche
- 06C16 Interventions sur l'oesophage, l'estomac et le duodénum pour tumeurs malignes, âge supérieur à 17 ans
- 06M05 Autres tumeurs malignes du tube digestif
- 06M13 Tumeurs malignes de l'oesophage et de l'estomac
- 07C06 Interventions diagnostiques sur le système hépato-biliaire et pancréatique pour des affections malignes
- 07C09 Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave pour tumeurs malignes
- 07M06 Affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas
- 08C29 Interventions sur le tissu mou pour tumeurs malignes
- 08M24 Tumeurs malignes primitives des os
- 09C04 Mastectomies totales pour tumeur maligne
- 09C05 Mastectomies subtotaux pour tumeur maligne
- 09M10 Tumeurs malignes des seins
- 10C11 Interventions sur la thyroïde pour tumeurs malignes
- 12C05 Interventions sur les testicules pour des tumeurs malignes
- 12C09 Autres interventions pour tumeurs malignes de l'appareil génital masculin
- 12C11 Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes
- 12M03 Tumeurs malignes de l'appareil génital masculin
- 13C05 Interventions sur le système utéroannexiel pour des tumeurs malignes
- 13C11 Dilatations et curetages, conisations pour tumeurs malignes
- 13C14 Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour tumeurs malignes
- 13M03 Tumeurs malignes de l'appareil génital féminin
- 17C02 Interventions majeures au cours de lymphomes ou de leucémies
- 17C03 Autres interventions au cours de lymphomes ou de leucémies
- 17M03 Lymphomes ou leucémies, âge supérieur à 17 ans
- 17M05 Chimiothérapie pour leucémie aiguë
- 17M06 Chimiothérapie pour autre tumeur
- 17M09 Leucémies aiguës, âge supérieur à 17 ans
- 17M10 Lymphomes ou autres leucémies
- 17M11 Autres leucémies
- 17M12 Lymphomes et autres affections malignes hématopoïétiques

### **Annexe 4 : Actes de bilobectomie / pneumonectomie :**

- GFFA018 : Bilobectomie pulmonaire, par thoracotomie
- GFFA023 : Bilobectomie pulmonaire avec résection-anastomose ou réimplantation de bronche, par thoracotomie
- GFFA010 : Bilobectomie pulmonaire avec résection de la paroi thoracique, par thoracotomie
- GFFA031 : Bilobectomie pulmonaire avec résection-anastomose de la veine cave supérieure ou résection de l'oreillette gauche, par thoracotomie
- GFFA015 : Bilobectomie pulmonaire avec résection et remplacement prothétique de la veine cave supérieure, par thoracotomie
- GFFA034 : Bilobectomie pulmonaire avec résection d'organe et/ou de structure de voisinage, par thoracotomie
- GFFA012 : Pneumonectomie, par thoracotomie avec préparation par thoracoscopie
- GFFA024 : Pneumonectomie, par thoracotomie
- GFFA011 : Pneumonectomie avec résection-anastomose de la bifurcation trachéale, par thoracotomie
- GFFA001 : Pneumonectomie avec exérèse totale de la plèvre [Pleuropneumonectomie], par thoracotomie
- GFFA025 : Pneumonectomie avec résection de la paroi thoracique, par thoracotomie
- GFFA028 : Pneumonectomie avec résection-anastomose de la veine cave supérieure ou résection de l'oreillette gauche, par thoracotomie
- GFFA002 : Pneumonectomie avec résection et remplacement prothétique de la veine cave supérieure, par thoracotomie
- GFFA007 : Pneumonectomie avec résection d'organe et/ou de structure de voisinage, par thoracotomie

### **Annexe 5 : Liste des actes de chirurgie ORL requérant systématiquement un SSR**

- GDFA001 : Hyo-thyro-épiglottectomie
- GDFA006 : Laryngectomie partielle verticale
- GDFA016 : Laryngectomie frontale antérieure avec épiglotoplastie
- GDFA014 : Laryngectomie supraglottique
- GDFA008 : Laryngectomie supraglottique étendue à la base de langue
- GDFA009 : Laryngectomie supracricoidienne avec crico-hyoïdopexie
- GDFA011 : Laryngectomie supracricoidienne avec crico-hyoïdo-épiglotopexie
- GDFA013 : Hémilaryngopharyngectomie

- GDFA017 : Laryngopharyngectomie supraglottique
- GDFA012 : Laryngopharyngectomie supracricoïdienne avec cricoïdopexie
- GDFA003 : Glottectomie horizontale
- GDFA005 : Laryngectomie totale
- GDFA018 : Laryngectomie totale étendue à la base de langue
- GDCA002 : Exclusion du larynx
- HAFA001 : Glossectomie partielle de base, par cervicotomie
- HAFA005 : Exérèse partielle de la base de la langue et/ou du sillon amygdalogue, par abord intrabuccal
- HAFA013 : Glossectomie totale de langue mobile, par abord intrabuccal
- HAFA003 : Glossectomie totale de langue mobile, par abord cervicofacial
- HAFA012 : Glossectomie totale de base
- HAFA029 : Glossectomie totale de base de langue et de langue mobile
- HAFA016 : Glossectomie totale avec pharyngolaryngectomie totale
- HAFA007 : Pelvectomie orale partielle, par abord intrabuccal
- HAFA006 : Pelviglossectomie de langue mobile, par abord intrabuccal
- HAFA027 : Pelviglossectomie de langue mobile, par abord cervicofacial
- HAFA033 : Pelvimandibulectomie non interromptrice, par abord intrabuccal
- HAFA024 : Pelvimandibulectomie non interromptrice, par abord cervicofacial
- HAFA004 : Pelvimandibulectomie interromptrice, par abord cervicofacial
- HAFA002 : Pelvi-glosso-mandibulectomie non interromptrice, par abord intrabuccal
- HAFA026 : Pelvi-glosso-mandibulectomie non interromptrice, par abord cervicofacial
- HAFA017 : Pelvi-glosso-mandibulectomie interromptrice, par abord cervicofacial
- HDFA002 : Oropharyngectomie latérale avec amygdalectomie, par abord intrabuccal
- HDFA008 : Oropharyngectomie latérale, par cervicotomie
- HDFA009 : Oropharyngectomie postérieure, par abord intrabuccal
- HDFA017 : Oropharyngectomie postérieure, par cervicotomie
- HDFA019 : Oropharyngectomie par mandibulotomie
- HDFA007 : Oropharyngectomie par mandibulotomie avec pharyngolaryngectomie totale
- HDFA004 : Oropharyngectomie avec mandibulectomie partielle non interromptrice, par abord direct
- HDFA011 : Oropharyngectomie avec mandibulectomie partielle interromptrice, par abord cervicofacial
- HDFA013 : Oropharyngectomie avec mandibulectomie partielle interromptrice et pharyngolaryngectomie totale
- HDFA016 : Pharyngectomie latérale, par cervicotomie
- HDFA012 : Pharyngectomie postérieure, par cervicotomie
- HDFA005 : Pharyngolaryngectomie totale
- HDFA003 : Pharyngolaryngectomie totale étendue à la base de langue
- HDFA010 : Pharyngolaryngectomie totale circulaire
- HDFA001 : Pharyngolaryngectomie totale circulaire avec rétablissement de continuité par transplant libre de jéjunum
- HDFA006 : Pharyngolaryngectomie totale circulaire avec rétablissement de continuité par coloplastie rétrosternale

#### **Annexe 6 : Liste des actes de chirurgie digestive requérant systématiquement un SSR**

- HHCC007: Colostomie cutanée, par coelioscopie
- HHCA002: Colostomie cutanée, par laparotomie
- HHFA026: Colectomie droite sans rétablissement de la continuité, par laparotomie
- HHFA021: Colectomie totale avec conservation du rectum, sans rétablissement de la continuité, par laparotomie
- HHFA005: Colectomie totale avec conservation du rectum, sans rétablissement de la continuité, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie
- HHFA030: Coloproctectomie totale sans rétablissement de la continuité, par laparotomie
- HHFA029: Coloproctectomie totale sans rétablissement de la continuité, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie
- HJFC031: Résection rectosigmoïdienne dépassant le cul-de-sac de Douglas, sans rétablissement de la continuité, par coelioscopie
- HJFA011: Résection rectosigmoïdienne dépassant le cul-de-sac de Douglas, sans rétablissement de la continuité, par laparotomie
- HJFA005: Amputation du rectum, par abord périnéal
- HJFA007: Amputation du rectum, par laparotomie et par abord périnéal
- HJFA019: Amputation du rectum, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie et par abord périnéal

#### **Annexe 7 : Liste des actes de chirurgie urologique requérant systématiquement un SSR**

- JDFA001: Cystectomie totale avec urétérostomie cutanée, par laparotomie

- JDFA003: Cystectomie totale avec urétérostomie cutanée transintestinale par anse détubulée continente, par laparotomie
- JDFA005: Cystectomie totale, par laparotomie
- JDFA008: Cystectomie totale avec urétérostomie cutanée transintestinale par anse non détubulée, par laparotomie
- JDFA009: Cystectomie totale avec anastomose urétérocolique directe, par laparotomie
- JDFA016 Cystectomie totale avec entérocystoplastie de remplacement [néovessie] orthotopique par anse détubulée, par laparotomie
- JDFA019: Vésiculo-prostato-cystectomie totale avec anastomose urétérocolique directe, par laparotomie
- JDFA020: Vésiculo-prostato-cystectomie totale avec urétérostomie cutanée transintestinale par anse détubulée continente, par laparotomie
- JDFA021 : Vésiculo-prostato-cystectomie totale avec entérocystoplastie de remplacement [néovessie] orthotopique par anse détubulée, par laparotomie
- JDFA023: Vésiculo-prostato-cystectomie totale avec urétérostomie cutanée, par laparotomie
- JDFA024: Vésiculo-prostato-cystectomie totale, par laparotomie
- JDFA025: Vésiculo-prostato-cystectomie totale avec urétérostomie cutanée transintestinale par anse non détubulée, par laparotomie
- JFFA001 : Pelvectomie antérieure avec urétérostomie cutanée, par laparotomie
- JFFA003 : Pelvectomie antérieure avec urétérostomie cutanée transintestinale par anse non détubulée, par laparotomie
- JFFA008 : Pelvectomie totale avec urétérostomie cutanée, par laparotomie et par abord périnéal
- JFFA011 : Pelvectomie totale avec urétérostomie cutanée transintestinale par anse non détubulée, par laparotomie et par abord périnéal
- JFFA022 : Pelvectomie antérieure avec entérocystoplastie de remplacement [néovessie] orthotopique par anse détubulée, par laparotomie
- JFFA013 : Pelvectomie totale avec urétérostomie cutanée transintestinale par anse détubulée continente, par laparotomie et par abord périnéal
- JFFA016 : Pelvectomie antérieure avec urétérostomie cutanée transintestinale par anse détubulée continente, par laparotomie

#### **Annexe 8 : Liste des codes de tumeurs cérébrales**

- C71 Tumeur maligne de l'encéphale
  - C710 Tumeur maligne du cerveau, sauf lobes et ventricules
  - C711 Tumeur maligne du lobe frontal
  - C712 Tumeur maligne du lobe temporal
  - C713 Tumeur maligne du lobe pariétal
  - C714 Tumeur maligne du lobe occipital
  - C715 Tumeur maligne d'un ventricule cérébral
  - C716 Tumeur maligne du cervelet
  - C717 Tumeur maligne du tronc cérébral
  - C718 Tumeur maligne à localisations contiguës de l'encéphale
  - C719 Tumeur maligne de l'encéphale, sans précision
- D431 Tumeur à évolution imprévisible ou inconnue de l'encéphale, infratentorial
- D432 Tumeur à évolution imprévisible ou inconnue de l'encéphale, sans précision
- D430 Tumeur à évolution imprévisible ou inconnue de l'encéphale, supratentorial

#### **Annexe 9 : Liste des codes pour fracture du col du fémur**

- S720 Fracture du col du fémur
  - S7200 Fracture fermée du col du fémur
  - S7201 Fracture ouverte du col du fémur
- S721 Fracture du trochanter
  - S7210 Fracture fermée du trochanter
  - S7211 Fracture ouverte du trochanter
- S722 Fracture sous-trochantérienne
  - S7220 Fracture fermée sous-trochantérienne
  - S7221 Fracture ouverte sous-trochantérienne
- M9075 : Fracture osseuse au cours de maladies tumorales - Région pelvienne et cuisse

#### **Annexe 10 : Liste des codes en lien avec une compression médullaire**

- G82 : Paraplégie et tétraplégie
  - G820 Paraplégie flasque

- G821 Paraplégie spastique
- G822 Paraplégie, sans précision
- G823 Tétraplégie flasque
- G824 Tétraplégie spastique
- G825 Tétraplégie, sans précision
- G952 : Compression médullaire, sans précision
- G834 : Syndrome de la queue de cheval
- G992 : Myélopathies au cours de maladies classées ailleurs (inclut les myélopathies due à maladie néoplasique NCA)
- G958 : Autres affections précisées de la moelle épinière (inclut les myélopathies dues à irradiation, post-radiothérapie)

#### **Annexe 11 : Liste des codes CIM-X pour anémie/aplasie**

- D61 : Autres aplasies médullaires
  - D611 Aplasie médullaire médicamenteuse
  - D612 Aplasie médullaire due à d'autres agents externes
  - D618 Autres aplasies médullaires précisées
  - D619 Aplasie médullaire, sans précision
- D60 : Aplasie médullaire acquise pure [érythroblastopénie]
  - D600 Aplasie médullaire acquise pure, chronique
  - D601 Aplasie médullaire acquise pure, transitoire
  - D608 Autres aplasies médullaires acquises pures
  - D609 Aplasie médullaire acquise pure, sans précision
- D63 : Anémie au cours de maladies chroniques classées ailleurs
  - D630 Anémie au cours de maladies tumorales
  - D638 Anémie au cours d'autres maladies chroniques classées ailleurs
- D70 : Agranulocytose
- D64 : Autres anémies
  - D648 Autres anémies précisées
  - D649 Anémie, sans précision
- D69 : Purpura et autres affections hémorragiques
  - D695 Thrombopénie secondaire
  - D696 Thrombopénie, sans précision
- Z513 : Transfusion sanguine (en DP uniquement)
  - Z5130 Séance de transfusion de produit sanguin labile
  - Z5131 Séance d'aphérèse sanguine

#### **Annexe 12 : Liste des codes de complications infectieuses**

- Codes A / B
  - (A00-A09) Maladies intestinales infectieuses
  - (A15-A19) Tuberculose
  - (A20-A28) Certaines anthrozooses bactériennes
  - (A30-A49) Autres maladies bactériennes
  - (A50-A64) Infections dont le mode de transmission est essentiellement sexuel
  - (A65-A69) Autres maladies à spirochètes
  - (A70-A74) Autres maladies à Chlamydia
  - (A75-A79) Rickettsioses
  - (A80-A89) Infections virales du système nerveux central
  - (A90-A99) Fièvres virales transmises par des arthropodes et fièvres virales hémorragiques
  - (B00-B09) Infections virales caractérisées par des lésions cutanéomuqueuses
  - (B15-B19) Hépatite virale
  - (B20-B24) Maladies dues au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
  - (B25-B34) Autres maladies virales
  - (B35-B49) Mycoses
  - (B50-B64) Maladies dues à des protozoaires
  - (B65-B83) Helminthiases
  - (B85-B89) Pédiculose, acariase et autres infestations
  - (B90-B94) Séquelles de maladies infectieuses et parasitaires
  - (B95-B97) Agents d'infections bactériennes, virales et autres
- R650 Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse sans défaillance d'organe
- R651 Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse avec défaillance d'organe
- R659 Syndrome de réponse inflammatoire systémique, sans précision
- R572 Choc septique
- R509 Fièvre, sans précision
- N390 Infection des voies urinaires, siège non précisé

- N300 Cystite aiguë
- N10 Néphrite tubulo-interstitielle aiguë
- (J13) Pneumonie due à *Streptococcus pneumoniae*
- (J14) Pneumopathie due à *Haemophilus influenzae*
- (J15) Pneumopathies bactériennes, non classées ailleurs
  - (J15.0) Pneumopathie due à *Klebsiella pneumoniae*
  - (J15.1) Pneumopathie due à *Pseudomonas*
  - (J15.2) Pneumopathie due à des staphylocoques
  - (J15.3) Pneumopathie due à des streptocoques, groupe B
  - (J15.4) Pneumopathie due à d'autres streptocoques
  - (J15.5) Pneumopathie due à *Escherichia coli*
  - (J15.6) Pneumopathie due à d'autres bactéries aérobies à Gram négatif
  - (J15.7) Pneumopathie due à *Mycoplasma pneumoniae*
  - (J15.8) Autres pneumopathies bactériennes
  - (J15.9) Pneumopathie bactérienne, sans précision
- (J16) Pneumopathie due à d'autres micro-organismes infectieux, non classée ailleurs
  - (J16.0) Pneumopathie due à *Chlamydia*
  - (J16.8) Pneumopathie due à d'autres micro-organismes infectieux
- (J17) Pneumopathie au cours de maladies classées ailleurs
  - (J17.0) Pneumopathie au cours de maladies bactériennes classées ailleurs
  - (J17.1) Pneumopathie au cours de maladies virales classées ailleurs
  - (J17.2) Pneumopathie au cours de mycoses
  - (J17.3) Pneumopathie au cours de maladies parasitaires
  - (J17.8) Pneumopathie au cours d'autres maladies classées ailleurs
- (J18) Pneumopathie à micro-organisme non précisé
  - (J18.0) Bronchopneumopathie, sans précision
  - (J18.1) Pneumopathie lobaire, sans précision
  - (J18.2) Pneumopathie hypostatique, sans précision
  - (J18.8) Autres pneumopathies, micro-organisme non précisé
  - (J18.9) Pneumopathie, sans précision

#### **Annexe 13 : Liste des codes AEG**

- R53 Malaise et fatigue
  - R53+0 Altération [baisse] de l'état général
  - R53+1 Malaise
  - R53+2 Fatigue [asthénie]
- R63 : Symptômes et signes relatifs à l'absorption d'aliments et de liquides
  - R630 Anorexie
  - R633 Difficultés nutritionnelles et nutrition inadaptée
  - R634 Perte de poids anormale
  - R636 Absorption insuffisante d'aliments et de liquides par négligence personnelle
- R11 Nausées et vomissements
- R13 Dysphagie
- R296 Chutes à répétition, non classées ailleurs
- E43 Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision
- E44 Malnutrition protéino-énergétique légère ou modérée
  - E440 Malnutrition protéino-énergétique modérée
  - E441 Malnutrition protéino-énergétique légère
- E46 Malnutrition protéino-énergétique, sans précision
- K52 Autres gastro-entérites et colites non infectieuses
  - K520 Gastro-entérite et colite dues à une irradiation
  - K521 Gastro-entérite et colite toxiques
  - K522 Gastro-entérite et colite allergiques et alimentaires
  - K523 Colite d'origine indéterminée
  - K528 Autres gastro-entérites et colites non infectieuses précisées
  - K529 Gastro-entérite et colite non infectieuses, sans précision
- K12 Stomatites et affections apparentées
  - K120 Aphtes buccaux récidivants
  - K121 Autres formes de stomatite
  - K122 Phlegmon et abcès de la bouche
  - K123 Mucite buccale

#### **Annexe 14 : Liste des codes de décompensation cardio/respiratoire**

- J960 Insuffisance respiratoire aiguë

- J80 Syndrome de détresse respiratoire de l'adulte
- J81 Œdème pulmonaire
- I50 Insuffisance cardiaque
  - I500 Insuffisance cardiaque congestive
  - I501 Insuffisance ventriculaire gauche
  - I509 Insuffisance cardiaque, sans précision

#### Annexe 15 : Liste des codes de convalescence

- Z54 Convalescence
  - Z540 Convalescence après intervention chirurgicale
  - Z541 Convalescence après radiothérapie
  - Z542 Convalescence après chimiothérapie
  - Z547 Convalescence après traitements combinés
  - Z548 Convalescence après un autre traitement
  - Z549 Convalescence après un traitement non précisé

#### Annexe 16 : Liste des codes de séjours de répit

- Z75 Difficultés liées aux installations médicales et autres soins de santé
  - Z750 Absence de services médicaux à domicile
  - Z751 Sujet attendant d'être admis ailleurs, dans un établissement adéquat
  - Z753 Centres médicaux non disponibles et non accessibles
  - Z754 Autres organisations d'aide non disponibles et non accessibles
  - Z755 Prise en charge pendant les vacances
  - Z7588 Autres difficultés liées aux installations médicales et autres soins de santé, non classées ailleurs
  - Z759 Difficulté liée aux installations médicales et autres soins de santé, sans précision
- Z74 Difficultés liées à une dépendance envers la personne qui donne les soins
  - Z741 Besoin d'assistance et de soins d'hygiène
  - Z742 Besoin d'assistance à domicile, aucun autre membre du foyer n'étant capable d'assurer les soins
  - Z743 Besoin d'une surveillance permanente
  - Z748 Autres difficultés liées à une dépendance envers la personne qui donne les soins
  - Z749 Difficulté liée à une dépendance envers la personne qui donne les soins, sans précision

#### Annexe 17 : Liste de codes de pathologies dont le libellé inclut des pathologies tumorales (établie par l'InCA)

- B21.0 Maladie par VIH à l'origine d'un sarcome de Kaposi
- B21.1 Maladie par VIH à l'origine d'un lymphome de Burkitt
- B21.2 Maladie par VIH à l'origine d'autres lymphomes non hodgkiniens
- B21.3 Maladie par VIH à l'origine d'autres tumeurs malignes des tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentés
- B21.7 Maladie par VIH à l'origine de tumeurs malignes multiples
- B21.8 Maladie par VIH à l'origine d'autres tumeurs malignes
- B21.9 Maladie par VIH à l'origine d'une tumeur maligne, sans précision
- D63.0 Anémie au cours de maladies tumorales (C00- D48)
- E88.3 Syndrome de lyse tumorale
- G53.3 Paralysie de plusieurs nerfs crâniens au cours de maladies tumorales (C00- D48)
- G55.0 Compression des racines et des plexus nerveux au cours de maladies tumorales (C00- D48)
- G63.1 Polynévrite au cours de maladies tumorales (C00- D48)
- G73.2 Autres syndromes myasthéniques au cours de maladies tumorales (C00- D48)
- G94.1 Hydrocéphalie au cours de maladies tumorales (C00- D48)
- J70.0 Affections pulmonaires aiguës dues à une irradiation
- J70.1 Affections pulmonaires chroniques et autres dues à une irradiation
- K52.0 Gastro-entérite et colite dues à une irradiation
- K62.7 Rectite due à une irradiation
- L41.2 Papulose lymphomatoïde
- L58.0 Radiodermite aiguë
- L58.1 Radiodermite chronique
- L59.8 Autres affections précisées de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané liées à une irradiation
- L59.9 Affection de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané liée à une irradiation, sans précision
- M36.0 Dermato (poly) myosite au cours de maladies tumorales (C00-D48)
- M36.1 Arthropathie au cours de maladies tumorales classées ailleurs (C00-D48)
- **M90.6 Ostéite déformante au cours de maladies tumorales (C00-D48)**
  - M90.60 Ostéite déformante au cours de maladies tumorales (C00-D48) - Sièges multiples
  - M90.61 Ostéite déformante au cours de maladies tumorales (C00-D48) - Région scapulaire
  - M90.62 Ostéite déformante au cours de maladies tumorales (C00-D48) - Bras
  - M90.63 Ostéite déformante au cours de maladies tumorales (C00-D48) - Avant-bras
  - M90.64 Ostéite déformante au cours de maladies tumorales (C00-D48) - Main
  - M90.65 Ostéite déformante au cours de maladies tumorales (C00-D48) - Région pelvienne et cuisse
  - M90.66 Ostéite déformante au cours de maladies tumorales (C00-D48) - Jambe
  - M90.67 Ostéite déformante au cours de maladies tumorales (C00-D48) - Cheville et pied

- M90.68 Ostéite déformante au cours de maladies tumorales (C00-D48) - Autres localisations
- M90.69 Ostéite déformante au cours de maladies tumorales (C00-D48) - Siège non précisé
- **M90.7 Fracture osseuse au cours de maladies tumorales (C00- D48)**
- M90.70 Fracture osseuse au cours de maladies tumorales (C00- D48) - Sièges multiples
- M90.71 Fracture osseuse au cours de maladies tumorales (C00- D48) - Région scapulaire
- M90.72 Fracture osseuse au cours de maladies tumorales (C00- D48) - Bras
- M90.73 Fracture osseuse au cours de maladies tumorales (C00- D48) - Avant-bras
- M90.74 Fracture osseuse au cours de maladies tumorales (C00- D48) - Main
- M90.75 Fracture osseuse au cours de maladies tumorales (C00- D48) - Région pelvienne et Cuisse
- M90.76 Fracture osseuse au cours de maladies tumorales (C00- D48) - Jambe
- M90.77 Fracture osseuse au cours de maladies tumorales (C00- D48) - Cheville et pied
- M90.78 Fracture osseuse au cours de maladies tumorales (C00- D48) - Autres localisations
- M90.79 Fracture osseuse au cours de maladies tumorales (C00- D48) - Siège non précisé
- M96.2 Cyphose après irradiation
- M96.5 Scoliose après irradiation
- N30.4 Cystite due à une irradiation
- O35.6 Soins maternels pour lésions fœtales (présumées) dues à une irradiation
- + G130 : Neuromyopathie et neuropathie paranéoplasiques

#### Annexe 18 : Sous famille de pathologie et détail de pathologie des prescriptions pour cancer, hors post-opératoire

Sous-famille et détail de pathologie	2012		2013	
	Nb pres°	% col	Nb pres°	% col
<b>[01] Situations communes à de nombreux cancers, hors prises en charge palliatives.</b>	<b>2741</b>	<b>62%</b>	<b>2613</b>	<b>56%</b>
Complication intercurrente au cours de l'évolution d'une maladie cancéreuse.	1099	25%	1131	24%
Anémie et asthénie majeure.	610	14%	477	10%
Intercures de chimio et/ou radiothérapie.	411	9%	413	9%
Onco-gériatrie	226	5%	218	5%
Douleur	99	2%	81	2%
Métastases osseuses	95	2%	101	2%
Organisation d'un traitement par radiothérapie.	55	1%	43	1%
Prise en charge (chimio ou immunothérapie) dans le cadre d'un réseau	47	1%	49	1%
Dépression ou décompensation psychologique.	35	1%	35	1%
Sarcopénie et traitements nutritionnels (hors situation de soins palliatifs terminaux).	27	1%	33	1%
Complications infectieuses d'une neutropénie ou d'une aplasie.	24	1%	22	0%
Aplasia sans complication	13	0%	10	0%
<b>02 Soins palliatifs et soins de fin de vie</b>	<b>1063</b>	<b>24%</b>	<b>1238</b>	<b>27%</b>
Situations de prise en charge palliative (autres).	855	19%	1010	22%
Cancer dépassé à retentissement respiratoire	105	2%	110	2%
Retentissement neurologique invalidant (métastase ou syndrome paranéoplasique).	103	2%	118	3%
<b>11 Hémopathies malignes (Problèmes spécifiques).</b>	<b>259</b>	<b>6%</b>	<b>289</b>	<b>6%</b>
Hémopathies malignes peu évolutives.	77	2%	-	-
3- Aplasia, anémie	68	2%	36	1%
Hémopathies malignes très évolutives.	66	1%	-	-
Myélodysplasies.	15	0%	-	-
7- Asthénie ou polyopathie avec retentissement sur l'autonomie	13	0%	134	3%
1- Complications hémorragiques, troubles de coagulation, ou complications vasculaires	11	0%	10	0%
2- Complications infectieuses	4	0%	35	1%
6- Complications neurologiques, centrales ou périphériques	3	0%	25	1%
8- Echappement au traitement	2	0%	25	1%
<b>06 Cancers digestifs (Problèmes spécifiques).</b>	<b>117</b>	<b>3%</b>	<b>150</b>	<b>3%</b>
3- Avec alimentation parentérale	66	1%	56	1%
7- Traitements spécifiques, alcoolisation, embolisations, dérivations endoscopiques...	22	0%	38	1%
5- Complications locales, retard de cicatrisation, lésions cutanées.	20	0%	37	1%
6- Endoprothèse de l'oesophage.	6	0%	14	0%
8- Incontinence anale.	3	0%	5	0%
<b>12 Tumeurs malignes du système nerveux (Problèmes spécifiques).</b>	<b>60</b>	<b>1%</b>	<b>76</b>	<b>2%</b>
6- Troubles du comportement.	20	0%	21	0%
2- Complication médullaire ou métastase à risque neurologique.	20	0%	35	1%

5- Troubles de la conscience.	8	0%	10	0%
4- Syndromes neurologiques paranéoplasiques.	8	0%	7	0%
3- Complications de la corticothérapie.	4	0%	3	0%
<b>13 Autres problèmes spécifiques en cancérologie</b>	<b>58</b>	<b>1%</b>	<b>113</b>	<b>2%</b>
Cancers d'emblée étendus ou métastasés	56	1%	102	2%
Troubles électrolytiques et suivi des tumeurs endocrines.	1	0%	2	0%
Lymphoedème.	1	0%	2	0%
<b>03 Cancers des voies aérodigestives supérieures (Problèmes spécifiques)</b>	<b>46</b>	<b>1%</b>	<b>39</b>	<b>1%</b>
4- Complications locales.	31	1%	27	1%
1- En pré-opératoire	15	0%	12	0%
<b>04 Cancers de la tête et du cou, cancers de l'oeil (Problèmes spécifiques).</b>	<b>37</b>	<b>1%</b>	<b>51</b>	<b>1%</b>
2- Complications locales.	36	1%	45	1%
3- Traitement en Centre National	1	0%	6	0%
<b>08 Cancers urologiques (Problèmes spécifiques).</b>	<b>13</b>	<b>0%</b>	<b>35</b>	<b>1%</b>
5- Complications locales.	13	0%	35	1%
<b>05 Cancers broncho-pulmonaires et plèvre (Problèmes spécifiques).</b>	<b>12</b>	<b>0%</b>	<b>33</b>	<b>1%</b>
1- Préparation à l'intervention	12	0%	33	1%
<b>10 Tumeurs cutanées (Problèmes spécifiques).</b>	<b>5</b>	<b>0%</b>	<b>12</b>	<b>0%</b>
Avec complications locales .	5	0%	12	0%
<b>07 Cancers gynécologiques (Problèmes spécifiques).</b>	<b>3</b>	<b>0%</b>	<b>7</b>	<b>0%</b>
4- Complications de la radiothérapie.	3	0%	7	0%
<b>Total général</b>	<b>4414</b>	<b>100%</b>	<b>4656</b>	<b>100%</b>

#### Annexe 19 : Sous-famille et détail de pathologies des prescriptions en post-opératoire

Sous-famille et détail de pathologie	2012		2013	
	Nb pres°	% col	Nb pres°	% col
<b>06 Cancers digestifs (Problèmes spécifiques).</b>	<b>546</b>	<b>37%</b>	<b>645</b>	<b>36%</b>
1- Post-chirurgie abdominale ou thoraco-abdominale sans stomie d'alimentation.	473	32%	547	30%
2- Post-chirurgie avec stomie d'alimentation.	44	3%	55	3%
4- Complications de la chirurgie lourde.	29	2%	43	2%
<b>07 Cancers gynécologiques (Problèmes spécifiques).</b>	<b>283</b>	<b>19%</b>	<b>291</b>	<b>16%</b>
1- Post chirurgie du sein.	144	10%	147	8%
2- Post chirurgie pelvienne ou périnéale.	135	9%	137	8%
3- Complications locales de la chirurgie.	4	0%	7	0%
<b>03 Cancers des voies aérodigestives supérieures (Problèmes spécifiques)</b>	<b>191</b>	<b>13%</b>	<b>185</b>	<b>10%</b>
3- En post-opératoire avec trachéotomie ou trachéostomie.	138	9%	124	7%
2- En post-opératoire sans trachéotomie.	53	4%	61	3%
<b>08 Cancers urologiques (Problèmes spécifiques).</b>	<b>157</b>	<b>11%</b>	<b>196</b>	<b>11%</b>
2- Chirurgie vésicale.	71	5%	105	6%
3- Suite de chirurgie du rein.	45	3%	55	3%
1- Chirurgie du cancer de la prostate.	39	3%	34	2%
4- Néphrectomie bilatérale.	2	0%	2	0%
<b>05 Cancers broncho-pulmonaires et plèvre (Problèmes spécifiques).</b>	<b>119</b>	<b>8%</b>	<b>189</b>	<b>11%</b>
4- En post-opératoire sans menace respiratoire ni suppléance ventilatoire.	95	6%	155	9%
3- Complications de la chirurgie thoracique.	16	1%	19	1%
2- En post-opératoire (chirurgie thoracique) avec ventilation assistée ou menace respiratoire.	8	1%	15	1%
<b>04 Cancers de la tête et du cou, cancers de l'oeil (Problèmes spécifiques).</b>	<b>99</b>	<b>7%</b>	<b>104</b>	<b>6%</b>
1- En post-opératoire.	99	7%	104	6%
<b>12 Tumeurs malignes du système nerveux (Problèmes spécifiques).</b>	<b>34</b>	<b>2%</b>	<b>72</b>	<b>4%</b>
1- En post-opératoire	34	2%	72	4%
<b>11 Hémopathies malignes (Problèmes spécifiques).</b>	<b>26</b>	<b>2%</b>	<b>67</b>	<b>4%</b>
4- Suites de greffe	26	2%	67	4%
<b>09 Tumeurs osseuses primitives et tumeurs musculaires (problèmes spécifiques).</b>	<b>19</b>	<b>1%</b>	<b>36</b>	<b>2%</b>
En post-opératoire avec problèmes orthopédiques.	12	1%	21	1%
En post-opératoire sans problème orthopédique.	7	0%	15	1%
<b>10 Tumeurs cutanées (Problèmes spécifiques).</b>	<b>16</b>	<b>1%</b>	<b>15</b>	<b>1%</b>
En post-opératoire.	16	1%	15	1%
<b>Total général</b>	<b>1490</b>	<b>100%</b>	<b>1800</b>	<b>100%</b>