

XXIV^e Congrès national Émois
Nancy, 17 et 18 mars 2011

Communications orales

Session A – Qualité des pratiques et des soins : évaluation,
indicateurs, tableaux de bord

A1

**Recours aux unités de soins palliatifs et à l'hospitalisation
à domicile des personnes décédées d'une tumeur maligne
en 2008 : variabilité selon la localisation tumorale et
disparités régionales**

P.-O. Blotière, M. Mezzarobba, A. Weill, P. Ricordeau, H. Allemand
Caisse nationale de l'assurance-maladie des travailleurs salariés, Paris,
France

Mots clés : Hospitalisation à domicile ; Soins palliatifs ; Tumeur maligne

Objectif.– Déterminer la part des personnes décédées d'une tumeur maligne en 2008 ayant eu recours aux soins palliatifs ou à l'hospitalisation à domicile (HAD) au cours de leur dernière année de vie selon la localisation tumorale et la région.

Méthode.– La date de décès provenait du statut vital Insee intégré dans le système national d'information inter-régimes de l'assurance-maladie (Sniiram), lui-même chaîné au programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) court-séjour et HAD. La cause supposée du décès a été identifiée principalement à partir du diagnostic principal du séjour au cours duquel il est survenu. Ainsi, 70 % des causes de décès ont été identifiées par algorithme. Seuls les patients avec un groupe homogène de malades de soins palliatifs ont été considérés hospitalisés en soins palliatifs. Les taux régionaux ont été ajustés par standardisation directe sur l'âge et le sexe. Les résultats ont été calculés pour le régime général hors fonctionnaires (N = 49 millions dont 250 000 décès en 2008 avec une cause identifiée).

Résultat.– Pour 76 000 personnes, la cause de décès était une tumeur maligne, soit 33 % des causes de décès identifiées par algorithme. Le taux de recours aux soins palliatifs s'élevait à 48 % des décédés par tumeur (côlon 46 %, poumon 54 %, sein 61 %). L'hospitalisation en lit dédié concernait 60 % de ces patients, et en unité 13 %. Le taux de recours à l'HAD était de 11 % (côlon 12 %, sein 14 %, col de l'utérus 18 %). Parmi les personnes décédées de tumeur du poumon, les taux régionaux de recours étaient très variables : de 25 % en Franche-Comté à 66 % dans le Limousin pour les soins palliatifs et de 2 % en Languedoc-Roussillon à 20 % dans le Limousin pour l'HAD. Des répartitions voisines étaient retrouvées pour les personnes décédées de tumeur du côlon ou du pancréas.

Conclusion.– Les taux de recours aux soins palliatifs ou à l'HAD présentaient de fortes disparités selon la localisation tumorale et la région.

doi:10.1016/j.respe.2011.03.004

A2

**Impact de l'installation d'une Imagerie par résonance
magnétique dédiée aux urgences sur les durées de séjour au
Centre hospitalier régional universitaire de Lille, France**

A. Bruandet^a, X. Lenne^a, B. Dervaux^b, F. Pasquier^c, D. Theix^a, X. Leclerc^d

^a Département d'information médicale, clinique de santé publique, CHRU de Lille, Lille, France

^b Département de la recherche clinique et de l'innovation, CHRU de Lille, Lille, France

^c Clinique de neurologie, CHRU de Lille, Lille, France

^d Clinique d'imagerie, CHRU de Lille, Lille, France

Mots clés : Durée moyenne de séjour ; IRM ; Programme de médicalisation des systèmes d'information

Objectif.– Évaluer l'impact de l'installation d'une Imagerie par résonance magnétique (IRM) dédiée aux urgences en avril 2009 au Centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Lille sur la durée moyenne des séjours (DMS). *Matériel et méthode*.– Étude appariée de type avant/après réalisée à partir des données PMSI. Tous les patients des services de neurologie, de neurochirurgie adulte et des urgences ayant bénéficié d'un examen sur l'IRM dédiée aux urgences au cours du second semestre 2009 sont inclus (période après). Pour l'appariement, l'ensemble des séjours réalisés dans ces services au cours du second semestre 2008 est considéré (période avant). Un modèle logistique, estimant la probabilité de réalisation d'une IRM en 2009, est utilisé pour prédire la probabilité de sa réalisation en 2008.

Résultats.– En 2009, 1797 patients ont été explorés sur l'IRM ; 65 % des examens d'IRM ont été réalisés le jour de l'admission, 20 % le lendemain et 15 % les jours suivants. En neurologie, la DMS évolue peu entre 2008/2009 (9,84 à 9,71 jours, $p=0,8114$). Aux urgences, la DMS passe de 10,16 à 8,79 jours entre 2008 et 2009, ($\Delta DMS = -1,37$ jours, $p=0,0054$). La différence de DMS au sein de ce sous-échantillon tient aux séjours pour lesquels l'IRM est prescrite le jour de l'admission ($\Delta DMS = -2,20$ jours, $p=0,0001$). Aux urgences, la DMS pour les suspicions d'accident vasculaire cérébral (AVC) diminue quand l'examen est prescrit le jour de l'admission ($\Delta DMS = -3,91$ jours, $p < 0,0001$) ou le lendemain ($\Delta DMS = -3,04$ jours, $p=0,0370$).

Conclusion.– Cette étude tend à montrer que l'installation d'une IRM dédiée aux urgences permet de réduire la durée moyenne des séjours pour lesquels une IRM est prescrite aux urgences de l'ordre d'une journée. Pour les suspicions d'AVC admises aux urgences, la réduction de durée de séjour est de 3–4 jours. Pour autant, ces résultats ne permettent pas de dire si une IRM doit être dédiée à l'urgence. Cette analyse pourrait être complétée d'une étude coût/bénéfice intégrant notamment les conséquences d'une meilleure prise en charge des patients.

doi:10.1016/j.respe.2011.03.005