Soins palliatifs : un financement parfois pervers

Développer des soins palliatifs de qualité pour les personnes en fin de vie est un enjeu de santé et de société. En France, les modalités de leur financement conduisent parfois à une prise en charge des malades inadaptée.

Un financement apparemment incitatif. La tarification à l'activité ("T2A"), mise en place en France à l'hôpital à partir de 2004, valorise la réalisation d'actes diagnostiques et thérapeutiques codifiés. Elle s'avère mal adaptée à des domaines où la technique n'est pas tout, ou lorsque les soins ne sont pas standardisables, tels par exemple les soins palliatifs (1,2).

Cette particularité a conduit à mettre en place plusieurs niveaux de financement relativement incitatifs pour développer l'activité "soins palliatifs" au sein des hôpitaux (1,3). Au groupe homogène de malades (GHM) "soins palliatifs" sont applicables trois tarifs forfaitaires (alias "groupes homogènes de séjour", GHS) : forfait spécifique si le malade est dans un lit "standard", valorisé de 30 % s'il s'agit d'un lit dédié aux soins palliatifs, ou de 50 % s'il s'agit d'un service qui leur est dédié (3). Ces forfaits s'appliquent pour une durée de séjour comprise entre 4 et 12 jours d'hospitalisation ; d'autres tarifs s'appliquent en dehors de ces bornes (1,3).

Effets pervers. Dans un avis publié en 2010, le Comité consultatif national d'éthique souligne que des médecins subissent des pressions de directeurs d'établissements pour rentabiliser leur activité en raccourcissant la durée des séjours (1). Or, pour les soins palliatifs, les forfaits de la T2A font par exemple qu'un lit occupé par une personne pendant 40 jours (soit un taux d'occupation de 100 %) rapporte 2 fois moins à l'établissement qu'un lit occupé par 5 personnes pendant 4 jours chacune (taux d'occupation de 50 %) (3). D'où parfois un "nomadisme" organisé des malades entre leur lit de soins palliatifs et d'autres services, ou entre l'hôpital et leur domicile (1).

Des patients sont parfois classés abusivement en soins palliatifs, mieux financés que d'autres activités médicales, pour des prises en charge « *qui n'apportent pas réellement aux personnes en fin de vie, le soin et l'accompagnement dont elles ont besoin* » (1).

En somme, le Comité d'éthique déplore que la qualité de la prise en charge des personnes en fin de vie soit contrariée par la T2A : les soins palliatifs sont plus une question de soins personnalisés et d'entourage humain que d'actes techniques bien codifiés pendant une durée déterminée (1). Une vérité qui s'applique parfaitement à nombre d'autres activités médicales.

©Prescrire

Extraits de la veille documentaire Prescrire.
1- Comité consultatif national d'éthique "Avis sur les questions éthiques liées au développement et au financement des soins palliatifs - 2010" Site www.ccne-ethique.fr consulté le 2 février 2010 : 14 pages.
2- Prescrire Rédaction "Hôpitaux : pas de gestion sans éthique" *Rev Prescrire* 2008 ; **28** (292) : 133.
3- Devalois B "Tarification à l'activité : ses problèmes pour les soins palliatifs" Congrès national d'accompagnement et de soins palliatifs 18-20 juin 2009 : 23 pages.

Téléchargé sur prescrire.org le 03/05/2024
Copyright(c)Prescrire. Usage personnel exclusivement