



# Les impacts financiers des soins palliatifs sur le système de santé - Synthèse de la littérature récente (2010-2016)

Haute Ecole Arc Santé – Mars 2016

# Sommaire exécutif

- Les coûts journaliers des soins palliatifs en hôpital sont entre 10% et 26% (selon des études regroupant 4'356 patients en tout) meilleurs marchés que pour des soins traditionnels.
- Les soins palliatifs (SP) intégrés aux services de soins aigus sont à favoriser car, en plus de réduire les coûts, ils favorisent les fins de vie en EMS alors qu'il a été démontré que la « qualité de la mort » était meilleure pour les patients qui décèdent en EMS ou à domicile que pour ceux qui décèdent à l'hôpital.
- La (ré)admission en SP plutôt qu'en soins aigus est entre 13% et 51% moins coûteuse.
- Les patients bénéficiant d'une consultation en soins palliatifs dans les 3 premiers jours de leurs hospitalisations ont un séjour hospitalier plus court, décèdent moins à l'hôpital et sont plus admis dans les EMS que les personnes ayant une consultation plus tardive.
- Les patients SP ont des séjours hospitaliers plus longs que les patients non-SP (entre 4.8% et 35% plus long selon les études). Par contre, une consultation précoce de SP réduit le séjour hospitalier de 24.6% à 68% selon les études.
- Une consultation de SP (CSP) influence l'accessibilité à des prises en charge ultérieures. Ainsi, une CSP augmente la possibilité pour les patients de bénéficier de soins à domicile (16.9x plus de chance), d'accéder à des SP (69x) ou d'être admis dans un EMS (entre 1.55x et 31x selon les études). De plus, les CSP réduisent de 1.55x le nombre de ré-hospitalisations depuis le domicile et de 1.4x le nombre de décès à l'hôpital.
- Les patients qui bénéficient d'un suivi à leur sortie d'hôpital sont entre 1.1x et 11x (selon les études) moins réadmis à l'hôpital que les patients qui n'ont pas eu de suivi.
- La mise en place de systèmes d'aide à la décision, analysant les flux de données continus produits par les différents acteurs du réseau de la santé et favorisant une détection précoce des situations, devient de plus en plus incontournable pour garantir l'efficacité de la prise en charge.
- Si les SP sont plus rentables pour le système de santé, les charges financières et pratiques augmentent significativement pour les familles. Il est donc essentiel de mettre en place des services permettant de soutenir les familles et les proches aidants. De plus, ces constats invitent à considérer les coûts des SP d'une manière globale et non uniquement du point de vue des assurances ou des hôpitaux.

## Table des matières

1	Introduction .....	3
2	Quelques constats.....	3
2.1	Constat no 1 : la majorité des coûts de la santé des patients sont investis durant leurs derniers mois de vie. ....	3
2.2	Constat no 2 : la majorité des coûts investis dans les soins durant la fin de vie ne permettent pas un retour à la vie normale.....	3
2.3	Constat no 3 : dans à peu près tous les domaines, les Soins palliatifs (SP) sont moins coûteux que les soins traditionnels.....	4
2.4	Constat no 4 : Les (ré)admissions-(re)hospitalisations en SP sont moins coûteuses que celles en soins aigus .....	6
2.5	Constat no 5 : Si les SP sont plus rentables pour le système de santé, les charges financières et pratiques augmentent pour les familles et les proches aidants.....	6
3	Bonnes pratiques .....	6
3.1	Bonne pratique no 1 : Faire analyser systématiquement et précocement (très rapidement après l’admission en soins aigus – idéalement les jours 1 et 2) les dossiers des patients par des spécialistes en SP.....	6
3.2	Bonne pratique no 2 : Mettre en place une CSP durant l’hospitalisation, influence positivement la trajectoire du patient .....	7
3.3	Bonne pratique no 3 : Mettre en place, durant la CSP en hôpital, un suivi SP pour après l’hospitalisation .....	8
3.4	Bonne pratique no 4 : Implantation d’un programme de soins palliatifs .....	8
3.5	Bonne pratique no 5 : Mettre en place une gestion administrative et financière efficace .....	9
3.6	Autres bonnes pratiques .....	9
4	Annexe I – La question PICO et la stratégie de recherche documentaire utilisée .....	10
5	Annexe II - Des indicateurs utiles à suivre dans le domaine des soins palliatifs .....	13
6	Annexe III - Synthèse détaillée des articles utilisés .....	18
6.1	Mc Grath 2013 .....	18
6.2	Simoens 2010 .....	21
6.3	Tangeman 2014 .....	23
6.4	Simoens 2013 .....	25
6.5	Smith 2014.....	27
6.6	Reyes-Ortiz - 2014 .....	29
6.7	Yoo 2012 .....	31
6.8	Whitford 2014 .....	33

6.9	Hopp 2015 .....	35
6.10	Armstrong 2013 .....	37
6.11	Bremner 2015 .....	40
6.12	Kannan 2013 .....	42
6.13	Jung 2012 .....	44
6.14	Morrison 2011.....	46
6.15	Langton 2014 .....	48
6.16	Kim 2015 .....	51
6.17	Glajchen 2011 .....	53
6.18	Dixon 2015 .....	55
6.19	Gott 2015 .....	57
6.20	Round 2015.....	59
6.21	Dumont 2015 .....	61
6.22	Weckmann 2012 .....	64
6.23	May 2014 .....	66
6.24	McCaffrey 2013.....	68
6.25	Teo 2014 .....	70
6.26	McCarthy 2014.....	72
6.27	Gomez-Batiste 2012.....	74
7	Annexe IV – Les tableaux de synthèse détaillés .....	77
7.1	Constat no 3 : dans à peu près tous les domaines, les Soins palliatifs (SP) sont moins coûteux que les soins traditionnels.....	77
7.2	Constat no 4 : Les (ré)admissions-(re)hospitalisations en SP sont moins coûteuses que celles en soins aigus .....	81
7.3	Bonne pratique no1 : Faire analyser systématiquement et précocement (très rapidement après l’admission – idéalement les jours 1 et 2) les dossiers des patients par des spécialistes en SP.....	82
7.4	Bonne pratique no 2 : Mettre en place une CSP durant l’hospitalisation, influence positivement la trajectoire du patient .....	83
7.5	Bonne pratique no 3 : Mettre en place, durant la CSP en hôpital, un suivi SP pour après l’hospitalisation .....	83
8	Bibliographie .....	85

## 1 INTRODUCTION

L'Association EMSP BEJUNE a été mandatée par les Conseillers d'Etat, respectivement Ministre, en charge de la santé des trois cantons pour présenter un projet de stratégie commune en matière de soins palliatifs. Dans le cadre de ce projet, Monsieur Christian Bernet, Directeur et médecin-chef, Monsieur Léonard Blatti, Président du Comité de Direction et Madame Chloé Saas-Vuilleumier, Cheffe de projet, ont commandé une synthèse de la littérature récente (2010-2016) à la Haute Ecole Arc Santé à Neuchâtel.

Une revue de littérature portant sur le rapport coût-efficacité des soins palliatifs, effectuée en 2011 sur mandat de l'OFSP dans le cadre de la définition de la stratégie nationale en matière de soins palliatifs, concluait que « Les études analysées montrent que les soins palliatifs contribuent à réduire les coûts du système de santé publique » (Eidgenössisches Departement des Innern EDI - Indesamt für Gesundheit BAG - Direktionsbereich Gesundheitspolitik, 2011). Les mandants nous ont donc demandé d'utiliser cette étude comme base de travail et de compléter et actualiser ses conclusions (la question de recherche détaillée et la stratégie utilisée sont décrites au chapitre 4 en page 10).

D'une manière générale, lorsque les données disponibles étaient suffisantes, nous avons défini un pseudo- intervalle de confiance pour les variables documentées. Par ailleurs, nous avons tenté d'organiser les résultats de la littérature scientifique sous une forme la plus opérationnelle possible. Dans ce sens, la synthèse présentée est organisée en trois chapitres. Premièrement, nous résumons quelques constats en lien avec l'implantation des soins palliatifs. Le deuxième chapitre porte sur l'énoncé de bonnes pratiques décrites dans la littérature. Le troisième chapitre vise à décrire des indicateurs utiles à l'évaluation de l'efficacité des soins palliatifs. Enfin, les annexes présentent 1) un résumé détaillé de chacun des articles utilisés, 2) les chiffres bruts extraits de la littérature et 3) une description de la question PICO posée par le client et de la stratégie de recherche utilisée dans ce projet.

## 2 QUELQUES CONSTATS

### 2.1 Constat no 1 : la majorité des coûts de la santé des patients sont investis durant leurs derniers mois de vie.

- 5% des patients bénéficiaires décédés en 2008 représentaient 30% des coûts (McGrath, Foote Gargis, Frith, & Hall Michael, 2013).
- Aux USA, 25% des coûts de la santé sont liés aux soins des patients en dernière année de vie (Smith, Brick, O'Hara, & Normand, 2014).
- Les frais médicaux pour le dernier mois de vie des patients correspondent à 44.6% des frais pour leurs 6 derniers mois (Corée) (Jung, Kim, Heo, & Baek, 2012).

### 2.2 Constat no 2 : la majorité des coûts investis dans les soins durant la fin de vie ne permettent pas un retour à la vie normale.

- Seulement 18% des adultes de plus de 65 ans qui sont réanimés suite à un événement cardiopulmonaire ressortent de l'hôpital (McGrath et al., 2013).
- 80% des coûts sont engendrés durant le dernier mois de vie et couvrent essentiellement des efforts de réanimation, des traitements aigus et du support à la respiration (McGrath et al., 2013).

## 2.3 Constat no 3 : dans à peu près tous les domaines, les Soins palliatifs (SP) sont moins coûteux que les soins traditionnels

Même si les comparaisons restent difficiles à faire à cause de l'hétérogénéité des mesures utilisées, il ressort néanmoins que les SP sont habituellement moins coûteux que les soins traditionnels, surtout lorsque leur durée augmente.

- Une synthèse de 46 recherches internationales publiées sur 10 ans montre que les soins palliatifs sont fréquemment identifiés comme plus économiques que les soins traditionnels pour les patients en fin de vie, que ce soit à l'hôpital, à domicile, en EMS ou dans des unités spécialisées en SP. Les résultats sont similaires entre les pays de différents continents (Smith et al., 2014).
- Si les coûts sont inférieurs pour les SP, la qualité des soins est également à considérer et devrait être mesurée afin d'apprécier réellement l'efficacité et la rentabilité des SP (Smith et al., 2014).
- Les SP intégrés aux services de soins aigus sont à favoriser car, en plus de réduire les coûts, ils favorisent les fins de vie en EMS alors qu'il a été démontré que la « qualité de la mort » était meilleure pour les patients qui décèdent en EMS ou à domicile que pour ceux qui décèdent à l'hôpital (Yoo, Nakagawa, & Kim, 2012).
- Robinson (2009) rapporte que les soins en EMS sont offerts moins souvent et plus tardivement en milieux ruraux qu'en milieux urbains (McGrath et al., 2013)

Le tableau ci-dessous présente une synthèse des différences de coûts entre les soins palliatifs et les soins traditionnels, ceci avec ou sans consultation de soins palliatifs, décrites dans la littérature scientifique récente. Ces différences de coûts sont exprimées en pourcentages, en coûts quotidiens<sup>1</sup> ou en coûts totaux pour le séjour considéré. N représente le nombre de sujets cumulés des études prises en compte pour obtenir un intervalle. Par exemple, la première case du tableau se lit comme « les coûts journaliers moyens pour des soins palliatifs en hôpital se situe entre 283€ et 991\$ (selon des études regroupant 2'451 patients en tout) » (voir les détails au chapitre 7.1 en page 77).

Coûts des SP	Lieux d'hébergement					
	Hôpital	Soins à domicile	EMS	Unités Spécial. (US)	SP Internes vs US	Tous ou non-déf.
<b>Coûts des soins palliatifs</b>						
<b>Coûts journaliers moyens</b> (durée séjour non déf.)	[283€ ; 991\$] N=2'451	[95\$; 124\$] N=31+		522€ N=146	283€ N=146	
<b>Pour 15 jours</b>	[80€ ; 1866\$] N=201+					
<b>Pour 30 jours</b>	212\$ N=31	[65\$; 124\$] N=8'674	[82\$ ; 108€] N=17'059			
<b>Pour 180 jours</b>				121\$ N=656		80\$ N=25'500+
<b>Coûts des soins aigus traditionnels</b>						

<sup>1</sup> Les \$ sont des US\$. Au besoin, les autres monnaies sont converties en US\$.

Coûts des SP	Lieux d'hébergement					
	Hôpital	Soins à domicile	EMS	Unités Spécial. (US)	SP Internes vs US	Tous ou non-déf.
<b>Coûts journaliers moyens</b> (durée séjour non déf.)	[340€ ; 1219\$] N=2'451	213\$ N= ?				
<b>Pour 15 jours</b>	[232€ ; 3066\$] N=201+					
<b>Pour 30 jours</b>	425\$ N=25500	64\$ N=8'643	81€ N=181			
<b>Pour 180 jours</b>				164\$ N=656		[145\$; 212\$] N=25'500+
Comparaison des coûts des soins palliatifs (SP) vs soins aigus traditionnels (SA)						
<b>Coût journalier moyen</b>	[-10% ; -26%] N=4356	[-55% ; N=		+84% +239€ N=146	[-13% ; N=1291	
<b>Coûts moyens par patient pour 15 jours</b>	[-17% ; -66%] N=347					
<b>Coûts moyens par patient pour 180 jours</b>	[-32% ; ] [-\$4,855 ; ] N= 517			[-27% ; ] N=656		
<b>Programme SP &gt; 180 jours</b>		[-114\$/jr. N=148				[-3000€ ; ] par pt. / par an N=23'100
<b>Programme SP &lt; 180 jrs</b>		Non sign.				
<b>Phase Terminale → Décès</b>	[-174\$/jr; -464\$/jr] [-4'908\$ ; N= ?					
<b>30 jours → Décès</b>	[-0.23%/pt. ; ] N= 114'828 [-2'450\$ ; - 3'426\$] N=37'239		[-36% ; ] [-1'366\$ ; -3'243€ ] N=9069			[1941\$ ; 1846\$] N=8'643
<b>90 jours → Décès</b>			[-5'185\$ ; ] N=245			
Impact de la consultation de soins palliatifs sur les coûts						
<b>3 jours → CSP<sup>2</sup> → 3 jours</b>	[-521\$/jr. N=25					

<sup>2</sup> Consultation de Soins Palliatifs

Coûts des SP	Lieux d'hébergement					
	Hôpital	Soins à domicile	EMS	Unités Spécial. (US)	SP Internes vs US	Tous ou non-déf.
<b>CSP → Congé hospitalier</b>	[-5.3% ; -25%] [-1'858\$ ; -4'098\$] N=3'194+					
<b>CSP → Décès</b>	[-2'650\$ ; -24'711\$] [-11% ; -31%] N=38'894					

## 2.4 Constat no 4 : Les (ré)admissions-(re)hospitalisations en SP sont moins coûteuses que celles en soins aigus

La (ré)admission en SP plutôt qu'en soins aigus est moins coûteuse. Ce tableau montre que les coûts des réadmissions en SP sont réduits entre 13% et 51% (selon les études) par rapport aux réadmissions en soins aigus (tableau détaillé sous 7.2 en page 81).

Variables influencées	Min	Max	N cumulé
Réduction du coût des réadmissions des patients.	13%	51%	2104

## 2.5 Constat no 5 : Si les SP sont plus rentables pour le système de santé, les charges financières et pratiques augmentent pour les familles et les proches aidants

- Lors que le malade reçoit des soins palliatifs à domicile, les proches aidants réalisent 75-90% des soins (Gott, Allen, Moeke-Maxwell, Gardiner, & Robinson, 2015)
- Les soins dispensés par les proches-aidants des patients cancéreux en fin de vie (et la perte de revenus que génère cette activité) représentent l'équivalent du tiers des coûts totaux (219 millions de £) (Round, Jones, & Morris, 2015)
- Les familles assument 21.35% des coûts (Dumont, Jacobs, Turcotte, Turcotte, & Johnston, 2015)

Variables influencées	Min	Max	N cumulé
Coûts assumés par les proches aidants	21.35%	33%	

## 3 BONNES PRATIQUES

Voici quelques bonnes pratiques tirées de la littérature scientifique récente (2010-2016).

### 3.1 Bonne pratique no 1 : Faire analyser systématiquement et précocement (très rapidement après l'admission en soins aigus – idéalement les jours 1 et 2) les dossiers des patients par des spécialistes en SP.

Habituellement, les soins palliatifs augmentent la durée du séjour. Par contre, une prise en charge précoce permet de réduire la durée du séjour.

- Les décès pour les patients qui ne reçoivent pas de SP arrivent plus souvent dans les 2 premiers jours (soit avant l'intervention des SP, car les prises en charge SP interviennent habituellement

après le jour 2). Sauf pour les cas de réadmission précoce, où la prise en charge SP se fait alors aux jours 1 et 2 (McGrath et al., 2013).

- Les patients bénéficiant d'une consultation en soins palliatifs dans les 3 premiers jours de leurs hospitalisations ont un séjour hospitalier plus court, décèdent moins à l'hôpital et sont plus admis dans les EMS que les personnes ayant la consultation plus tardive. Les consultations de soins palliatifs précoces devraient être systématiques dans les services de soins aigus afin d'améliorer le bien-être des patients et de diminuer les coûts de la santé (Reyes-Ortiz, Williams, & Westphal, 2014).
- Un médecin hospitalier spécialisé en SP et une infirmière de pratique avancée (IPA) se réunissent quotidiennement pour étudier les dossiers des patients en SP, les nouvelles admissions en soins aigus et les patients qui bénéficieraient d'un transfert dans le programme de SP. Grâce à ce processus, le nombre de patients référés au programme de SP a doublé (McGrath et al., 2013).
- Il est important d'identifier rapidement les patients hospitalisés dans les milieux aigus pouvant bénéficier de soins palliatifs (Simoens et al., 2010).
- Dans la pratique, la consultation de SP devrait se trouver tôt dans le séjour hospitalier. L'équipe de SP devrait collaborer avec les équipes de soins aigus (urgences, soins intensifs, cardiologie,...) pour proposer ces consultations de manière plus systématique et facilitée (Reyes-Ortiz et al., 2014).
- Il est important d'identifier et d'inclure précocement les patients pouvant bénéficier de SP, car le bénéfice apparaît sur le long terme. Pour les patients inclus dans le programme dans une phase tardive de la maladie [...] le bénéfice financier n'apparaît pas et les coûts sont élevés [...]. Les auteurs soulignent l'importance d'identifier tôt dans la maladie les patients ayant besoin de beaucoup de soins palliatifs, car les bénéfices financiers apparaissent à partir de 6 mois dans le programme (Hopp et al., 2015).
- Un outil de triage a été développé afin d'identifier dès l'arrivée aux urgences ou l'admission à l'hôpital les patients pouvant bénéficier des soins palliatifs. Cet outil évalue les activités de la vie quotidienne, les performances physiques, le poids des symptômes et le stress des proches-aidants (Glajchen, Lawson, Homel, DeSandre, & Todd, 2011).

Ce tableau montre que les patients SP ont des séjours hospitaliers plus longs que les patients non-SP ; entre 4.8% et 35% plus long selon les études. Par contre, la consultation précoce de SP réduit le séjour hospitalier de 24.6% à 68% selon les études (voir les détails sous 7.3 en page 82)

Variables influencées	Moyenne	Min	Max	N cumulé
Durée moyenne du séjour hospitalier (SP vs Non-SP)	6.33 jr	+4.8%	+35%	2304
Durée moyenne du séjour hospitalier (CSP précoce vs tardive)		-24.6%	-68%	679

### 3.2 Bonne pratique no 2 : Mettre en place une CSP3 durant l'hospitalisation, influence positivement la trajectoire du patient

La consultation SP influence l'accessibilité à des prises en charge ultérieures. De plus, les SP intégrés aux unités sont plus favorables que les unités spécialisées de SP.

Ce tableau montre que les CSP permettent à :

- 16.9x plus de patients de bénéficier de soins à domicile.
- 69x plus de patients d'accéder aux SP.

<sup>3</sup> Consultation de Soins Palliatifs (CSP)

- Entre 1.55x et 31x plus de patients d'être admis dans un EMS (selon les études).

De plus, les CSP réduisent de :

- 1.55x le nombre de réhospitalisations depuis le domicile.
- 1.4x le nombre de décès à l'hôpital.

Variables influencées	Min	Max	N cumulé
Accroissement de l'accès aux soins à domicile		16.9x	2104
Accroissement de l'accès aux SP		69x	2104
Accroissement de l'accès à un EMS+SP	1.55x	31x	3156
Réduction du taux d'hospitalisation		1.55x	148
Diminution des décès à l'hôpital	1.4x		1291

(Voir détails au chapitre 7.4 en page 83).

### 3.3 Bonne pratique no 3 : Mettre en place, durant la CSP en hôpital, un suivi SP pour après l'hospitalisation

Donner des SP à l'hôpital ne réduit pas le taux de réadmissions futures. Par contre, la mise en place, durant la CSP à l'hôpital, d'un suivi lors de la sortie de l'hôpital, permet de réduire significativement les taux de réadmissions ultérieures.

- Une équipe de SP à l'urgence serait également utile pour identifier les ressources nécessaires aux patients qui vivent de multiples réadmissions à cause d'une mauvaise gestion de leurs troubles chroniques (McGrath et al., 2013)
- Les patients SP qui ont bénéficiés de structures d'accueil à leur sortie n'ont presque pas été réadmis (1,1% vs. 12.1% si pas de structure d'accueil spécialisée) (Tangeman, Rudra, Kerr, & Grant, 2014)
- Cela démontre que la coordination entre le service de SP hospitaliers et les lieux de vie à la sortie réduit la probabilité de réadmission et doit être renforcée (Tangeman et al., 2014)
- Les soins intensifs et les urgences n'étaient pas encore intégrés. Cependant, dans le cas des soins intensifs, les familles auraient également besoin du soutien de l'équipe SP.

Ce tableau montre que les patients qui bénéficient d'un suivi à leur sortie d'hôpital sont entre 1.1x et 11x (selon les études) moins réadmis à l'hôpital que les patients qui n'ont pas eu de suivi (voir les détails sous 7.5 en page 83).

Variables influencées	Min	Max	N cumulé
Réduction du taux de réadmission à l'hôpital	1.1x	11x	2349

### 3.4 Bonne pratique no 4 : Implantation d'un programme de soins palliatifs

- L'un des facteurs de succès réside dans la volonté de conduire un changement dans l'organisation et d'implanter un programme de SP (via le modèle proposé par le Centre pour les Soins palliatifs avancés) (McGrath et al., 2013).
- Avec une réduction des coûts quotidiens de 273\$/jr, il faut 373 patient-jours pour couvrir les coûts totaux annuels du programme de SP de 101'500\$ (avec une durée moyenne de séjour de 8 jr/patient, ça représente  $373/8 = 46$  patients) (McGrath et al., 2013).
- Les SP à domicile permettent de garder les patients plus longtemps à domicile. Le bénéfice sur le nombre de jours à domicile (vs. hospitalisation) est positif dès que le seuil pour un jour de plus à domicile dépasse les 846\$ (McCaffrey et al., 2013).
- Beaucoup de patients et de familles à l'approche du décès choisissent de faire tout ce qui est possible pour prolonger la vie, même si ces traitements agressifs s'avèrent inutiles. L'éducation

thérapeutique et des campagnes de sensibilisation sont nécessaires afin de diminuer le tabou concernant les SP et d'accroître l'adhérence des patients et des familles à ces soins (Jung et al., 2012).

### 3.5 Bonne pratique no 5 : Mettre en place une gestion administrative et financière efficace

La mise en place de systèmes d'aide à la décision, analysant les flux de données continus produits par les différents acteurs du réseau de la santé et favorisant une détection précoce des situations, devient de plus en plus incontournable pour garantir l'efficacité de la prise en charge.

- Dans le domaine de la gestion et de l'organisation des soins de santé, l'utilisation de la littérature scientifique comme outil d'aide à la décision à un niveau opérationnel (Macro-Level Administrative Evidence-Based Practices) reste anecdotique (Brownson et al., 2014; Brownson, Allen, Duggan, Stamatakis, & Erwin, 2012)
- Un autre facteur de succès réside dans la mise en place d'un système de gestion administrative et financière performant, permettant l'analyse rapide et efficace des données (McGrath et al., 2013).
- A l'avenir, il faudrait donc pouvoir identifier à l'avance les personnes nécessitant le plus de soins et coûtant le plus cher afin de les inclure rapidement dans de tels programmes (Hopp et al., 2015).

### 3.6 Autres bonnes pratiques

- Les SMS ont fait leurs preuves pour le suivi des patients de SP et pour les aider à gérer leur traitement. Le fait de remplacer les consultations ambulatoires par un suivi par SMS, lorsque la situation est stable, pourrait avoir un impact positif sur les coûts de la santé (Kannan & Kamalini, 2013).
- Il en est de même pour les consultations de SP par téléphone ou vidéoconférence qui semblent se révéler efficaces pour réduire les trajets et les dépenses et éviter les hospitalisations et les visites aux urgences (Dumont et al., 2015)
- Favoriser la rédaction de directives anticipées, car celles-ci peuvent faire économiser entre 1041\$ à 64'827\$ selon les études (Dixon, Matosevic, & Knapp, 2015).

## 4 ANNEXE I – LA QUESTION PICO ET LA STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE UTILISÉE

La question PICO (Boudin et al., 2010; Stone, 2002) s'énonce comme :

- **(P)opulation**  
Les personnes (adultes de plus 18 ans), idéalement habitant en régions rurales ou péri-urbaines, dont les limites de la prise en charge à visée curative (gériatrique, psychogériatrique ou réadaptative) déclenchent / amorcent / induisent une transition vers l'intensification de soins et de traitements à visée palliative (SP).
- **(I)nterventions**  
Tous les soins et traitements dont la visée n'est pas curative.
- **(C)omparaisons**
  - Des traitements : utilité de faire des SP vs des prises en charges « inadéquates » (absence de recours ou recours tardifs ou recours en urgence à des soins ou des structures palliatives, traitements agressifs – p.ex. chimio- ou radio- thérapies - dans les 15 jours précédents le décès ou lorsque l'espérance de vie est limitée à quelques semaines, défauts dans la communication entre les intervenants, pas de prise de conscience chez les patients et les proches que l'espérance de vie est limitée, mauvais contrôle de la douleur, etc.)
  - Des différents milieux de prise en charge : EMS, à domicile, en appartements protégés, en milieu hospitalier non spécialisé, en unité ou institution spécialisée, etc.
  - Des différentes pratiques mises en œuvre, y compris l'absence de prise en charge en SP ou les démarches de détection et d'orientation précoces.
- **(O)utcomes** : Les coûts financiers.

La stratégie de recherche utilisée a consisté à :

- Consulter les bases de données MedLine (et PubMed), Cinhal, Embase, PsycInfo et Cochrane.
- Lire les sommaires 2010-2016 des revues BMC Palliative Care, Hospice et Palliative Medicine, Annals of Internal Medicine (la HES-SO ne dispose pas d'un abonnement pour les revues Journal of Palliative Care, BMJ Supportive & Palliative Care et Journal of Palliative Medicine. Nous avons donc commandé uniquement les articles pertinents à la pièce).

A partir de la question PICO énoncée ci-dessus, nous avons défini les quatre concepts « Analyse des coûts », « Soins palliatifs », « Lieux de soins » et « Indicateurs de soins ». Il est rapidement apparu que les concepts « Lieux de soins » et « Indicateurs de soins » seraient difficilement gérables. Nous nous sommes donc concentrés sur les deux premiers concepts puis nous avons triés les articles identifiés a posteriori. Pour chacun de ces deux concepts, nous avons créé une liste de mots-clés génériques et une liste de descripteurs pour chacune des bases de données consultées.

Les critères d'exclusion qui ont été considérés sont :

- N'a pas été publié entre 2011 et 2016
- Ne porte pas sur les adultes
- Ne répond pas à la question PICO:
  - Ne parle pas de coût
  - Ne parle pas de SP

- Considère les SP mais pas sous l'angle des soins aux patients (p. ex. charge sur la famille, connaissances du grand public, comparaison des patients entre les études,...)
- N'est pas empirique (bonnes pratiques, avis d'experts, étude de cas, pas de résultats concrets ou chiffrés,...)
- N'est pas une recherche (protocole, rapport national, réflexion éthique,...)
- Est trop ciblé sur un traitement spécifique, un outil ou une pathologie (p. ex. comparaison des coûts de deux traitements)
- Est rédigé dans une autre langue que l'anglais ou le français
- L'article est incomplet

Au final, l'organigramme décrivant la stratégie de recherche est le suivant.

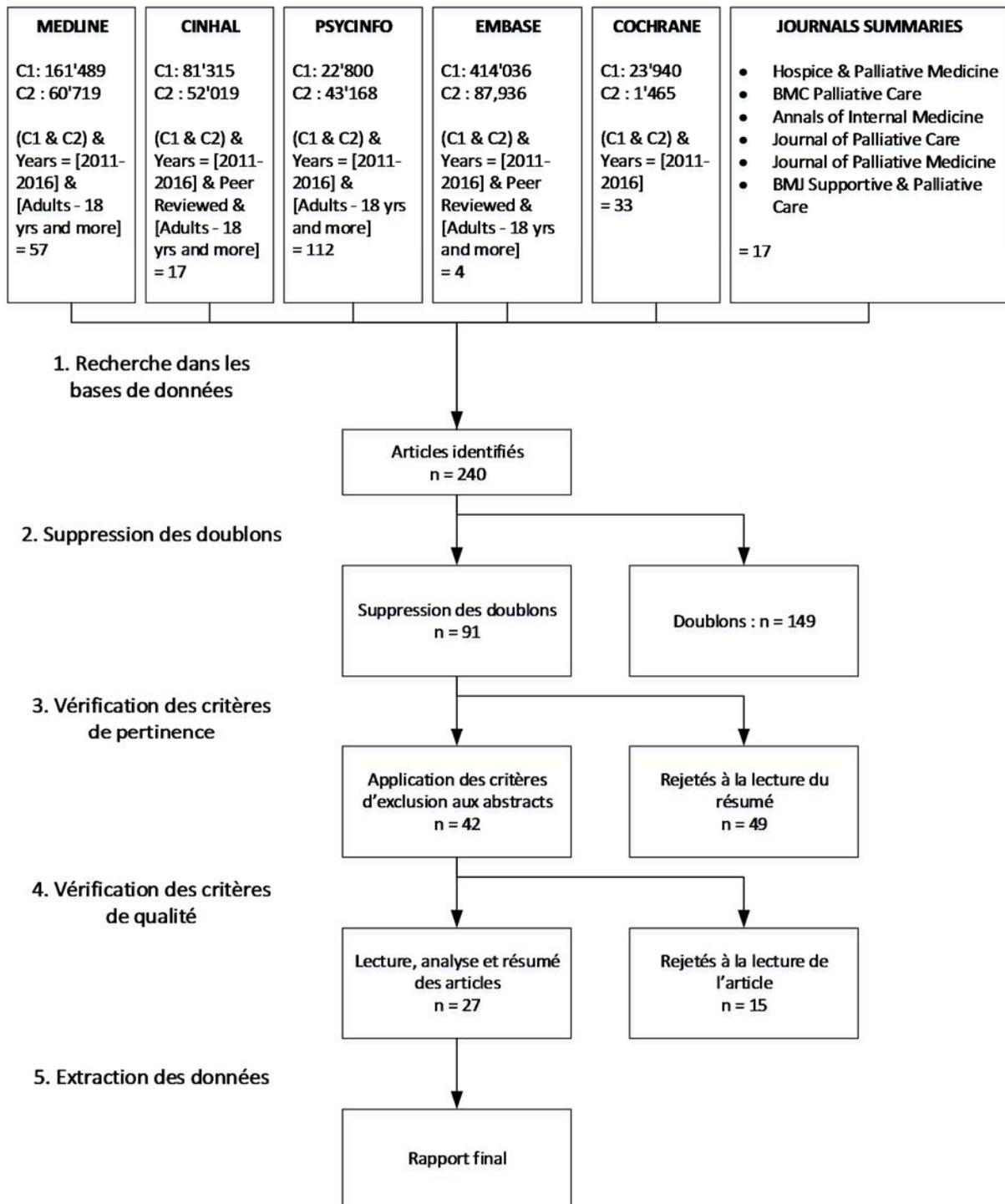


Figure 1 - Organigramme de la stratégie de recherche

## 5 ANNEXE II - DES INDICATEURS UTILES À SUIVRE DANS LE DOMAINE DES SOINS PALLIATIFS

Plusieurs articles (dont ceux de Langton et de Round, par exemple) proposent de nombreux indicateurs permettant de mesurer l'efficacité des soins palliatifs. Nous ne disposons pas du temps et des ressources nécessaires pour réaliser ce travail dans le cadre de ce mandat. Néanmoins, nous pensons qu'il vous serait utile d'élaborer un tableau de bord en choisissant parmi les indicateurs ci-dessous ceux qui vous semblent les plus pertinents. Non seulement un tel tableau vous permettrait de collecter les données réelles dans les milieux de soins de la région BEJUNE, mais aussi de rapporter les résultats de la littérature afin de pouvoir vous comparer en continu avec les meilleures pratiques rapportées dans les publications scientifiques (voir par exemple les données tirées de Langthon dans la deuxième partie du tableau).

Indicateurs	Description	Min	Max	N	Références
<b>Coûts journaliers et durées de séjour</b>					
<b><i>Coûts journaliers</i></b>					
Coûts journaliers moyens pour des Soins Aigus (SA) en hôpital (CHF)					
Coûts journaliers moyens pour des SP hospitaliers au sein d'une unité spécialisée (CHF)					
Coûts journaliers moyens pour des SP hospitaliers donnés par les équipes internes (CHF)					
Coûts journaliers moyens pour des SP hospitaliers donnés par une équipe mobile spécialisée (CHF)					
Coûts journaliers moyens pour des SP à domicile donnés par les équipes internes (CHF)					
Coûts journaliers moyens pour des SP à domicile donnés par une équipe mobile spécialisée (CHF)					
Coûts journaliers moyens pour des SP en EMS données par les équipes internes (CHF)					
Coûts journaliers moyens pour des SP en EMS donnés par une équipe mobile spécialisée (CHF)					
<b><i>Durée des séjours en milieu hospitalier (SP vs non SP)</i></b>					
Durée moyenne des séjours hospitaliers pour les patients n'ayant pas reçu de SP					

Indicateurs	Description	Min	Max	N	Références
Durée moyenne des séjours hospitaliers pour les patients ayant reçu des SP					
<b>Consultation de SP</b>					
<b><i>Consultation de SP en milieu hospitalier</i></b>					
Taux de patients ayant bénéficié d'une 1 <sup>ère</sup> consultation de SP lors du séjour (%)					
Durée moyenne du séjour hospitalier avant que le patient ne bénéficie de sa 1 <sup>ère</sup> consultation de SP (jours)					
Durée moyenne du séjour hospitalier des patients ayant bénéficié d'une consultation de SP (jours)					
Durée moyenne du séjour hospitalier des patients n'ayant pas bénéficié d'une consultation de SP (jours)					
<b><i>Consultation de SP en EMS</i></b>					
Taux de patients ayant bénéficié d'une 1 <sup>ère</sup> consultation de SP (%)					
Durée moyenne avant que le patient ne bénéficie de sa 1 <sup>ère</sup> consultation de SP (jours)					
Durée moyenne écoulée entre la 1 <sup>ère</sup> consultation de SP et le décès (jours)					
<b><i>Consultation de SP et soins à domicile</i></b>					
Taux de patients ayant bénéficié d'une 1 <sup>ère</sup> consultation de SP (%)					
Durée moyenne avant que le patient ne bénéficie de sa 1 <sup>ère</sup> consultation de SP (jours)					
Durée moyenne écoulée entre la 1 <sup>ère</sup> consultation de SP et le décès (jours)					
<b><i>Sortie de ou décès à l'hôpital sans consultation de SP</i></b>					
Taux de réhospitalisation / réadmission (%)					
Taux de réadmission en Soins Aigus (%)					

Indicateurs	Description	Min	Max	N	Références
Taux de réadmission en SP (%)					
Durée moyenne du séjour (jours)					
Taux de patients ayant nouvellement accès aux soins à domicile (%)					
Taux de patients nouvellement admis en EMS (%)					
Taux de patients ayant nouvellement accès à des SP (%)					
Taux de décès à l'hôpital (%)					
<b>Sortie de ou décès à l'hôpital avec consultation de SP</b>					
Taux de réhospitalisation (%)					
Taux de réadmission en Soins Aigus (%)					
Taux de réadmission en SP (%)					
Durée moyenne du séjour (jours)					
Taux de patients ayant nouvellement accès aux soins à domicile (%)					
Taux de patients nouvellement admis en EMS (%)					
Taux de patients ayant nouvellement accès à des SP (%)					
Taux de décès à l'hôpital (%)					
<b>Exemples de résultats tirés de (Langton et al., 2014)</b>					
<b>Pourcentages patients ayant reçus des soins dits « agressifs » en phase terminale (à réduire)</b>					
<b>Chimiothérapie</b>					
Derniers 14 jours		1%	19%	323792	
Derniers 30 jours		10%	38%	470198	
Nouveau traitement		1%	6%	61587	
Réaction ou surdosage		46%		32810	
Aucune les 6 derniers mois		63%		2291	
<b>Visite aux urgences</b>					

Indicateurs	Description	Min	Max	N	Références
Derniers 14 jours		27%	37%	29218	
Une visite ou plus		39%		7565	
Plus d'une visite		7%	19%	741954	
Pas de visite dans les derniers 6 mois (à accroître)		58%		2291	
<b>Hospitalisations</b>					
Derniers 7 jours		16%		32810	
Derniers 30 jours		45%	64%	30383	
Plus d'une hosp. dans les derniers 30 jours		8%	33%	707351	
Plus de 14 jours d'hosp. dans les derniers 30 jours		11%	58%	476157	
Une hospit. dans les derniers 6 mois		47%		2291	
Moins de 20% des derniers 6 mois passés à l'hôpital		72%		2291	
<b>Admissions aux soins intensifs</b>					
Derniers 14 jours		5%	6%	27178	
Derniers 30 jours		3%	19%	493465	
<b>Traitements prolongeant la vie</b>					
Réanimation cardio-pulmonaire dans les 30 derniers jours		7%	12%	447380	
Intubation dans les 30 derniers jours		17%	27%	447380	
Ventilation mécanique dans les 30 derniers jours		19%	33%	447380	
<b>Poucentages de personnes ayant reçu des soins dits « palliatifs » en phase terminale (à accroître)</b>					
<b>Admission en EMS</b>					
Dans les derniers 3 jours	Admission tardive	11%	36%	548061	
Dans les derniers 7 jours	Admission tardive	19%	23%	444171	
Dans les derniers 30 jours		36%		22818	
Pas d'admission		66%		32810	

Indicateurs	Description	Min	Max	N	Références
Plus de 2 mois avant le décès	Admission appropriée	6%	29%	444171	
Dans la dernière année de vie		15%	19%	447380	
Plus de 6 mois avant le décès	Admission précoce	6%	8%	260090	
<b>Traitements opioïdes</b>					
Dernier mois		25%		32810	
Derniers 2 mois		46%		7565	
<b>Autres soins</b>					
Soins à domicile dans les derniers 6 mois		21%	78%	4331	
Appels au cabinet du médecin traitant dans les derniers 14 jours		25%	28%	2040	
Suivi par médecin traitant durant les derniers 6 mois		18%		2291	

## 6 ANNEXE III - SYNTHÈSE DÉTAILLÉE DES ARTICLES UTILISÉS

### 6.1 Mc Grath 2013

<b>Référence</b>	McGrath, S., Foote Gargis, D., Frith, H., & Hall Michael, W. (2013). Cost Effectiveness of a Palliative Care Program in a Rural Community Hospital. <i>Nursing Economics</i> , 31(4), 176-183. Consulté à l'adresse <a href="http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=ccm&amp;AN=107964016&amp;site=ehost-live">http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=ccm&amp;AN=107964016&amp;site=ehost-live</a>
<b>Résumé</b>	Les soins palliatifs (SP) bénéficient aux patients et aux familles, car ils sont plutôt dédiés à l'amélioration de la qualité de vie (QV) qu'à des aspects curatifs. Vu qu'ils se concentrent sur la QV et qu'ils limitent les soins aigus complexes, les SP devraient être plus efficaces. Cette étude démontre que même dans un petit hôpital rural de 145 lits, un programme de SP peut être rentable, ceci sans égard à la taille de l'hôpital, son budget ou sa localisation. Cet article démontre qu'avec seulement 46 patients par année bénéficiant d'un programme de SP plutôt que des soins aigus traditionnels, les coûts de fonctionnement du programme de SP sont entièrement couverts.
<b>Contexte général</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aux USA, 5% des patients bénéficiaires décédés en 2008 représentaient 30% des coûts.</li> <li>• 80% des coûts sont engendrés durant le dernier mois de vie et couvrent essentiellement des efforts de réanimation, des traitements aigus et du support à la respiration.</li> <li>• Seulement 18% des adultes de plus de 65 ans qui sont réanimés suite à un événement cardiopulmonaire ressortent de l'hôpital.</li> <li>• Les mesures qui améliorent la QV sont moins agressives et moins coûteuses que les soins aigus.</li> <li>• Selon Morrison (2008), 4'908\$ par patient décédé sont économisés en mettant en œuvre un programme de SP plutôt que des soins curatifs.</li> <li>• Robinson (2009) rapporte que les soins en EMS sont offerts moins souvent et plus tardivement en milieux ruraux qu'en milieux urbains.</li> </ul>
<b>Mots-Clefs</b>	
<b>Question de recherche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Q1 : Quels sont les coûts quotidiens par patient recevant des SP ?</li> <li>• Q2 : Ces coûts peuvent-ils être couverts avec les économies faites sur les traitements curatifs non effectués ?</li> <li>• Q3 : Existe-il une différence statistiquement significative entre les coûts SP vs non SP ?</li> </ul>
<b>Population et contexte de l'étude</b>	<p>USA - Hôpital public de 145 lits. Communauté de 150 000 habitants dans 4 cantons ruraux. L'hôpital se trouve à 100 km de deux grandes villes. Sur l'année fiscale 2011-2012, cet hôpital a traité 7127 admissions. Staff : 100 MD. Infirmières : 80% ES, 15% BSc et 5% MSc + Infirmière en pratique avancée (IPA - Advanced Practice Nurse - APN).</p> <p>L'analyse porte sur tous les patients décédés à l'hôpital entre 01.07.2008 et 30.06.2009, &gt; 21 ans. 254 patients. 53 décès aux urgences ne sont pas comptabilisés. 201 patients. 125 sans SP et 76 avec SP.</p>

<b>Intervention</b>	Programme de SP. Formation de tout le personnel soignant. IPA en première ligne.
<b>Analyse</b>	Analyse rétrospective des données financières (coût total du séjour, coût moyen par jour, durée du séjour,...) d'un petit hôpital (145 lits) entre 2 groupes (SP vs. Non-SP). L'analyse a été faite après 18 mois de mise en place du programme de SP. Les 6 premiers mois n'ont pas été inclus dans l'analyse.
<b>Résultats</b>	<p>Durée du séjour moyen : 6.33 jrs (SP : 8.09 vs NOSP : 5.26).</p> <p>Les décès pour les NOSP arrivent plus souvent dans les 2 premiers jours (avant l'intervention des SP). Les prises en charge SP interviennent habituellement au jour 3. Sauf pour les cas de réadmission précoce, où la prise en charge SP se fait alors aux jours 1 et 2.</p> <p>Q1 : Quels sont les coûts quotidiens par patient recevant des SP ?</p> <p>SP : 754\$/jr Vs NOSP : 1027\$/je - <b>Diff : 273\$/jr.</b></p> <p>Total pour 76 patients : 148'471\$.</p> <p>Q2 : Ces coûts peuvent-ils être couverts avec les économies faites sur les traitements curatifs non effectués ?</p> <p>A 273\$/jr, il faut 373 patient-jour pour couvrir les coûts totaux du programme de SP de 101'500\$ (avec une durée moyenne de séjour de 8 jr/patient, ça représente <math>373/8 = 46</math> patients).</p> <p>Q3 : Existe-il une différence statistiquement significative entre les coûts SP vs non SP ?</p> <p>Au final, il n'existe pas de différence significative. La durée des SP étant plus longue que celle des NOSP, les coûts sont comparables.</p> <p>Après une semaine, ns (SP : 40K\$ vs NOSP : 44 K\$)</p> <p>Après 2 semaines (<math>p=0.004</math>) (SP : 28K\$ vs NOSP : 46K\$)</p> <p>Après 3 semaines, n trop petit.</p>
<b>Implications dans la pratique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un médecin hospitalier spécialisé en SP et une infirmière de pratique avancée (IPA) se réunissent quotidiennement pour étudier les dossiers des patients en SP, les nouvelles admissions et les patients qui bénéficieraient d'un transfert dans le programme de SP. Grâce à ce processus, le nombre de patients référés au programme de SP a doublé.</li> <li>• L'un des facteurs de succès réside dans la volonté de conduire un changement dans l'organisation et d'implanter un programme de SP (via le modèle proposé par le Centre pour les Soins palliatifs avancés).</li> <li>• Un autre facteur de succès réside dans la mise en place d'un système de gestion administrative et financière performant, permettant l'analyse rapide et efficace des données.</li> <li>• Les soins intensifs et les urgences n'étaient pas encore intégrés. Cependant, dans le cas des soins intensifs, les familles auraient également besoin du soutien de l'équipe SP.</li> <li>• Une équipe de SP à l'urgence serait également utile pour identifier les ressources nécessaires aux patients qui vivent de multiples réadmissions à cause d'une mauvaise gestion de leurs troubles chroniques.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si les patients nécessitant des soins palliatifs pouvaient en bénéficier plus tôt dans leur maladie, une réduction des coûts (par jour et par année) serait sûrement observée.</li></ul>
--	--

## 6.2 Simoens 2010

<b>Référence</b>	Simoens, S., Kutten, B., Keirse, E., Berghe, P. Vanden, Beguin, C., Desmedt, M., ... Menten, J. (2010). Costs of terminal patients who receive palliative care or usual care in different hospital wards. <i>Journal of Palliative Medicine</i> . <a href="http://doi.org/10.1089/jpm.2010.0212">http://doi.org/10.1089/jpm.2010.0212</a>
<b>Résumé</b>	Cette recherche compare les coûts des soins traditionnels dispensés en milieu aigu (non-SP), des soins palliatifs dispensés en milieu aigus (SPMA) et des soins palliatifs en unité spécialisée (USP). Pour la première fois, cette étude a été réalisée en Belgique car les systèmes financiers de tous les pays ne sont pas forcément comparables. Les résultats montrent que les SPMA sont la solution la plus économique, suivis des non-SP puis des USP.
<b>Contexte général</b>	Le système de santé actuel peine à trouver le juste équilibre entre répondre aux besoins des personnes en fin de vie par l'amélioration de leur qualité de vie, les coûts et la qualité des soins pour ces patients.  La plupart des études comparant les coûts entre les soins palliatifs et les soins traditionnels sont menées en Amérique du Nord, alors que ces coûts ont tendance à être spécifiques à un pays et non généralisable aux autres.
<b>Mots-Clefs</b>	
<b>Question de recherche</b>	But : Mesurer et comparer les coûts pour les patients en phase terminale recevant des soins traditionnels ou des soins palliatifs dans différents types d'établissements de Belgique.
<b>Population et contexte de l'étude</b>	6 hôpitaux ; 1 hôpital universitaire, un hôpital public et un hôpital catholique pour chaque région linguistique de Belgique.  Echantillon de 146 patients hospitalisés en soins aigus (oncologie (35), gériatrie (42) ou cardiologie (17)) ou une unité de SP (52).  57 patients forment le groupe non-SP, 52 USP et 37 SPMA.  Tous les patients sont décédés entre le 1.1.07 et le 20.6.07.
<b>Intervention</b>	Deux chercheurs (un médecin et une infirmière) ont répartis les patients dans les groupes en fonction de l'unité dans laquelle ils étaient hospitalisés et de quels soins ils avaient reçus selon leurs dossiers médicaux.  Comparaison rétrospective entre 3 groupes (soins traditionnels en milieu aigu (non-SP), soins palliatifs dans une unité spécialisée en SP (USP), soins palliatifs dispensés dans les milieux aigus (SPMA)).  La mesure des coûts inclut les coûts de séjour (infrastructures, nourriture, électricité,...), les honoraires médicaux, les médicaments et les charges (téléphones, tests,...).
<b>Analyse</b>	Calcul du coût par patient et par jour au moyen de tests statistiques.

<p><b>Résultats</b></p>	<p>Les coûts par patients par jour pour les SPMA (283€) sont plus bas que pour les non-SP (340€). Cette différence peut être expliquée par les tests diagnostic et les interventions thérapeutiques dispensés aux patient non-SP.</p> <p>Les coûts par patients par jour sont plus élevés pour les USP (522€ que pour les SPMA (283€). Cette différence peut être expliquée par le fait qu'il y a plus de personnel par patients dans les unités spécialisée.</p> <p>Dans un souci d'économie et de qualité de vie, les soins palliatifs dispensés dans les milieux de soins aigus doivent être favorisés.</p>
<p><b>Implications dans la pratique</b></p>	<p>Cet article souligne l'importance de reconnaître à temps les patients hospitalisés dans les milieux aigus pouvant bénéficier de soins palliatifs.</p>

### 6.3 Tangeman 2014

<b>Référence</b>	Tangeman, J. C., Rudra, C. B., Kerr, C. W., & Grant, P. C. (2014). A hospice-hospital partnership: reducing hospitalization costs and 30-day readmissions among seriously ill adults. <i>Journal of Palliative Medicine</i> , 17(9), 1005–1010. <a href="http://doi.org/10.1089/jpm.2013.0612">http://doi.org/10.1089/jpm.2013.0612</a>
<b>Résumé</b>	Les soins palliatifs (SP) hospitaliers ont été associés avec de nombreux bénéfices, notamment la réduction des coûts. Le but de cette étude est de comprendre l'influence des soins palliatifs hospitaliers sur les coûts d'hospitalisation et le taux de réadmission des patients après leurs sorties. Cet article démontre que les coûts sont réduits de 13% chez 1004 patients SP comparé à un groupe contrôle équivalent. Le taux de réadmission à 30 jours est clairement plus bas (1.1%) chez les patients SP ayant bénéficiés de structures spécialisées à leurs sorties, par rapport aux non-SP et aux SP qui n'ont pas profités de telles structures. Les institutions de soins palliatifs ou les soins-palliatifs à domicile sont la clef pour éviter les réadmissions.
<b>Contexte général</b>	Les soins palliatifs hospitaliers semblent réduire la longueur du séjour hospitalier, et son coût, tout en augmentant la satisfaction du patient et de ses proches, améliorant la gestion des symptômes et réduisant les réadmissions en soins intensifs.
<b>Mots-Clefs</b>	
<b>Question de recherche</b>	Q1 : Quelle est l'influence des soins palliatifs hospitaliers sur les coûts d'hospitalisation ? Q2 : Quelle est l'influence des soins palliatifs hospitaliers sur les taux de réadmission à 30 jours ?
<b>Population et contexte de l'étude</b>	1116 patients adultes ont bénéficiés de soins palliatifs durant la période de l'étude. Certains d'entre eux ont été retiré de l'échantillon à cause d'hospitalisations trop longues ou parce qu'ils n'avaient pas de correspondant parmi le groupe contrôle. Au total, 1004 patients SP et 1104 équivalents (d'après leurs caractéristiques démographiques et d'admission), qui ont reçu des soins traditionnels, ont participé à l'étude. 288 patients de chaque groupe sont décédés à l'hôpital durant l'étude. Les données ont été récoltées dans 2 hôpitaux de l'ouest de New York (265 et 501 lits) en 2012.
<b>Intervention</b>	Comparer les coûts et les taux de réadmission de 2 groupes de patients (SP vs. non-SP) hospitalisés durant la même période (année 2012). Le groupe SP a bénéficié des consultations avec les membres de l'équipe de soins palliatifs (un médecin de soins palliatifs ou une infirmière praticienne, une infirmière de liaison et une assistance sociale).
<b>Analyse</b>	Analyse rétrospective de la différence entre les 2 groupes (SP vs. non-SP) des coûts (par admission et par jour) et du taux de réadmission en 30 jours après la sortie.

<p><b>Résultats</b></p>	<p>Q1 : Quelle est l'influence des soins palliatifs hospitaliers sur les coûts d'hospitalisation ?</p> <p>Le coût d'admission des patients en SP est de 13% inférieur à celui des soins habituels (1401\$ en moyenne de réduction). Cette différence est encore plus importante pour les patients décédés à l'hôpital (1824\$ de moins).</p> <p>Le coût par jour est également plus bas pour les SP (228\$ de moins que les non-SP). Idem pour le coût des soins intensifs (492\$) et du laboratoire (109\$). Il n'y a pas de différence significative pour les coûts d'imagerie et de médicaments.</p> <p>La longueur de l'hospitalisation est équivalente dans les 2 groupes (SP : 10.3±0.3 jours, non-SP : 9.8±0.3 jours).</p> <p>Q2 : Quelle est l'influence des soins palliatifs hospitaliers sur les taux de réadmission à 30 jours ?</p> <p>Les patients SP sortant bénéficient plus de soins à domicile (13.5% vs. 0.8%) ou d'une institution de soins palliatifs (20.6% vs. 0.3%) que les patients non-SP.</p> <p>Il n'y a pas de différence pour le taux de réadmission entre les 2 groupes (SP : 6.7% de réadmission, non-SP : 6.6%). Cependant, les patients SP qui ont bénéficiés de structures d'accueil à leur sortie n'ont presque pas été réadmis (1,1% vs. 12.1% si pas de structure d'accueil spécialisée).</p>
<p><b>Implications dans la pratique</b></p>	<p>Les SP hospitaliers réduisent les coûts d'hospitalisation de 13%. Ces résultats sont similaires à ceux de Morrison &amp; al. (2011) et Ciemins et al. (2007) qui obtiennent 11% et 14% respectivement.</p> <p>Les résultats sur les taux de réadmission corroborent ceux d'autres études. Il a été montré que le risque de réadmission des patients sortant étaient de 25.7% (Enguidanos et al., 2012), mais que ce risque pouvait être considérablement réduit si les patients sortaient vers des EMS spécialisés (4.6%) ou bénéficiaient d'un suivi en SP (8.3%).</p> <p>Cela démontre que la coordination entre le service de SP hospitalier et les lieux de vie à la sortie réduit la probabilité de réadmission et doit être renforcée. De nouvelles données préliminaires suggèrent que les soins palliatifs à domicile réduisent les coûts et les hospitalisations, bien qu'elles n'aient pas encore été publiées.</p>

## 6.4 Simoens 2013

<b>Référence</b>	Simoens, S., Kuttien, B., Keirse, E., Berghe, P. Vanden, Beguin, C., Desmedt, M., ... Menten, J. (2013). Terminal patients in Belgian nursing homes: a cost analysis. <i>European Journal of Health Economics</i> , 14, 407–413. <a href="http://doi.org/10.1007/s10198-012-0384-9">http://doi.org/10.1007/s10198-012-0384-9</a>
<b>Résumé</b>	<p>Cette étude belge compare les coûts d'une fin de vie (30 jours) se déroulant dans des EMS proposant les soins habituels avec des EMS proposant des soins palliatifs.</p> <p>Les soins palliatifs sont moins chers par patient et par jour que les soins habituels, car les patients non-SP sont plus souvent et plus longuement hospitalisés (ce qui représente des coûts élevés). Cependant, les différences de coûts peuvent également apparaître entre les institutions et entre les pays, ce qui rend les comparaisons délicates.</p>
<b>Contexte général</b>	<p>Les coûts liés à la santé sont une préoccupation croissante.</p> <p>Les études scientifiques se sont jusqu'à présent intéressées aux coûts des fins de vie à l'hôpital.</p> <p>Très peu d'études, et aucune en Europe, n'ont étudié les coûts d'une fin de vie en EMS.</p>
<b>Mots-Clefs</b>	Costs - Terminal patients - Palliative care - Nursing homes - Belgium
<b>Question de recherche</b>	But : Mesurer les coûts des soins des patients en phase terminale durant leur dernier mois de vie dans des EMS belges, et comparer les coûts des soins palliatifs avec ceux des soins habituels.
<b>Population et contexte de l'étude</b>	<p>39 EMS ont été contactés pour cette étude. 19 EMS ont accepté d'y participer (EMS publics et EMS catholiques des deux régions linguistiques de la Belgique).</p> <p>181 patients souffrants d'une pathologie chronique ont été répartis en 2 groupes ; 112 ont reçu les soins habituels et 69 ont bénéficié de soins palliatifs.</p> <p>Tous les patients sont décédés entre le 01.07.07 et le 31.12.07.</p>
<b>Intervention</b>	<p>Deux chercheurs (un médecin et une infirmière) ont sélectionnés les patients et les ont répartis dans les groupes en fonction de quels soins ils avaient reçus (palliatifs vs. habituels) selon leurs dossiers médicaux.</p> <p>Les coûts entre les 2 groupes (SP vs. non-SP) durant le dernier mois de vie ont été comparés.</p> <p>Les coûts comprennent le prix du home (infrastructures, nourriture, électricité,...), les honoraires médicaux, le prix des médicaments, les autres charges et éventuellement les hospitalisations.</p>
<b>Analyse</b>	Analyse rétrospective calculant, à l'aide de statistiques, le coût par patient durant le dernier mois de sa vie.

<p><b>Résultats</b></p>	<p>Le prix moyen pour le dernier mois de vie en EMS est de 3243€ par patient, correspondant à 108€ par jour. Ce prix comprend les frais de personnel 49.6€, l'énergie 2.3€, les médicaments 1€, l'équipement technique 0.4€, la nourriture 7.3€ et les hospitalisations 391€ (en moyenne 5/30 jours) par patient et par jour.</p> <p>Le prix moyen pour un patient recevant des soins traditionnels en EMS pendant un mois est de 3822€ et significativement supérieur au prix des soins palliatifs pour un patient pendant 1 mois (2456€). Cette différence est explicable par les coûts d'hospitalisation plus élevés et des séjours hospitaliers plus longs dans le groupe non-SP. En excluant les coûts d'hospitalisation, il n'y a pas de différence entre les groupes et les soins habituels reviennent même moins chers que les soins palliatifs en terme médicaments, honoraires médicaux et prix fixes de l'EMS.</p> <p>Les soins palliatifs en EMS méritent d'être développés, pour des raisons tant économiques que pour mieux respecter les besoins des personnes en fin de vie.</p>
<p><b>Implications dans la pratique</b></p>	<p>Le coût des soins peut différer non seulement entre les différents types de soins mais également entre les différents établissements.</p> <p>Une analyse semblable comparant les coûts de fin de vie à domicile est souhaitable afin de se rendre mieux compte des différences.</p>

## 6.5 Smith 2014

<b>Référence</b>	Smith, S., Brick, A., O'Hara, S., & Normand, C. (2014). Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: a literature review. <i>Palliative Medicine</i> , 28(2), 130–150. <a href="http://doi.org/10.1177/0269216313493466">http://doi.org/10.1177/0269216313493466</a>
<b>Résumé</b>	<p>Cet article propose une synthèse de 46 recherches internationales publiées sur 10 ans.</p> <p>Les soins palliatifs sont fréquemment identifiés comme plus économiques que les soins traditionnels pour les patients en fin de vie, que ce soit à l'hôpital, à domicile, en EMS ou dans des unités spécialisées en SP.</p> <p>Les résultats sont similaires entre les pays de différents continents.</p>
<b>Contexte général</b>	<p>25% des coûts de la santé sont liés aux soins des patients en dernière année de vie, aux USA.</p> <p>Les études prétendent que les soins palliatifs sont plus rentables que les soins traditionnels pour les patients en fin de vie, mais les conclusions de ces études sont difficilement comparables à cause de résultats hétérogènes, faible méthodologie, échantillons trop petits,...</p>
<b>Mots-Clefs</b>	Costs, cost-effectiveness, palliative care, review literature
<b>Question de recherche</b>	But : Présenter des résultats internationaux et fiables sur les coûts, la rentabilité et l'utilisation des soins palliatifs, par rapport à des soins traditionnels, à l'aide d'une revue de littérature.
<b>Population et contexte de l'étude</b>	<p>46 articles publiés entre 2002-2011 ; mesurant les coûts et/ou l'utilisation des soins palliatifs en fin de vie, à l'hôpital, en EMS ou à domicile.</p> <p>La plupart des études comparent une intervention de SP avec un groupe contrôle. Certaines comparent différents types de SP ou des SP à différents endroits (l'hôpital, EMS, domicile,...).</p> <p>31 études proviennent des USA, les autres de Belgique (1), France (2), Italie (2), Espagne (1), Grèce (1), Israël (2), Angleterre (2), Canada (2) et Taiwan (1).</p>
<b>Intervention</b>	Recherche de littérature sur les bases de données. Sélection des articles examinant les coûts et/ou l'utilisation des soins palliatifs à l'aide de critères.
<b>Analyse</b>	Analyse qualitative à cause de l'hétérogénéité des méthodes des différentes études.

<p><b>Résultats</b></p>	<p>Le coût des soins palliatifs est fréquemment plus bas que celui des soins habituels, que ce soit à Taiwan ou aux USA (Lo, 2002 ; Ciemins et al., 2007 ; Bendaly et al., 2008).</p> <p>Gade et al. (2008) ont montré que les SP hospitaliers par patient et pour 6 mois coûtaient 14486\$ (aux USA en 2002) alors que les soins traditionnels atteignaient 21252\$. La différence de coûts est due majoritairement aux coûts des réhospitalisations (SP : 6421\$ vs non-SP : 13275\$). Les soins palliatifs produisent une économie de 174\$ par jour d'hospitalisation (Morrison et al., 2008), 239\$ par jour (Penrod et al., 2006) et 464\$ par jour (Penrod et al., 2010) pour des patients en phase terminale.</p> <p>Les mêmes résultats sont observés à domicile, où les SP à domicile coûtent 7552\$ de moins que pour des soins traditionnels durant la même période de temps et la même année (SP : 95.30\$ par jour vs. non-SP : 212.80\$ par jour, Brumley et al., 2007). Une étude de 1999 sur des patients cancéreux montre que l'économie est de 5936\$ pour des soins à domicile également, durant la dernière année de vie (Enguidanos et al., 2005).</p> <p>C'est également le cas dans des EMS en Israël (Shnoor et al., 2007), et les EMS des USA où une économie de 2309\$ a pu être réalisée par rapport à un groupe contrôle (Taylor et al., 2007).</p> <p>En Angleterre également, un service spécialisé en SP revient à 1789£ de moins qu'un service habituel sur une période de 12 semaines (Higginson et al., 2009).</p> <p>Une étude française obtient des résultats comparables avec un coût de 1202€ pour des SP de 2 semaines versus 3490€ pour le groupe contrôle (Raphael et al., 2005).</p> <p>Beaucoup d'autres études présentent des résultats comparables bien qu'ils ne soient pas tous statistiquement significatifs, par exemple à cause d'une méthodologie moins rigoureuse.</p> <p>Concernant l'utilisation des services de santé, les patients en SP sont moins réhospitalisés et leurs réhospitalisations en SI sont plus courtes (SP : 12 jours vs. non-SP : 21 jours) que pour le groupe contrôle (Gade et al., 2008).</p> <p>Malgré la variété de types et de qualité des articles, les années et les différents continents, la tendance montre que les soins palliatifs reviennent plus souvent moins coûteux que les soins traditionnels. Cette comparaison est cependant dépendante du diagnostic du patient, de l'âge, du pays et d'autres facteurs.</p>
<p><b>Implications dans la pratique</b></p>	<p>L'amélioration de la méthodologie des études permettrait des résultats plus distincts et plus fiables.</p> <p>Si les coûts sont inférieurs pour les SP, la qualité des soins est également à considérer et devrait être mesurée afin d'apprécier réellement l'efficacité et la rentabilité des SP.</p>

## 6.6 Reyes-Ortiz - 2014

<b>Référence</b>	Reyes-Ortiz, C. A., Williams, C., & Westphal, C. (2014). Comparison of Early Versus Late Palliative Care Consultation in End-of-Life Care for the Hospitalized Frail Elderly Patients. <i>American Journal of Hospice and Palliative Medicine</i> , 32(5), 1049909114530183. <a href="http://doi.org/10.1177/1049909114530183">http://doi.org/10.1177/1049909114530183</a>
<b>Résumé</b>	Cette étude rétrospective montre, au moyen des données administratives de 531 patients de plus de 65 ans, que les patients bénéficiant d'une consultation en soins palliatifs dans les 3 premiers jours de leurs hospitalisations ont un séjour hospitalier plus court, décèdent moins à l'hôpital et sont plus admis dans les EMS que les personnes ayant la consultation plus tardivement. Les consultations de soins palliatifs précoces devraient être systématiques dans les services de soins aigus afin d'améliorer le bien-être des patients et de diminuer les coûts de la santé.
<b>Contexte général</b>	De précédentes études ont montré que les soins palliatifs (SP) réduisent la durée d'hospitalisation. Une consultation de SP (CSP) dans le séjour hospitalier pourrait réduire également sa longueur. Cette dernière pourrait aussi, selon certaines études, améliorer les perspectives des patients, comme sortir de l'hôpital pour être admis dans un EMS ou rentrer à domicile en bénéficiant des soins à domicile.
<b>Mots-Clefs</b>	palliative care, consultation, frail elderly patients, length of stay, discharge destination, hospice
<b>Question de recherche</b>	But : Comparer l'effet d'une CSP précoce versus tardive sur la durée du séjour hospitalier après cette consultation, le décès à l'hôpital et l'admission dans un EMS pour des patients âgés.
<b>Population et contexte de l'étude</b>	531 patients de plus de 65 ans et remplissant les critères d'une échelle de soins palliatifs (Palliative Performance Scale) associée à la dépendance fonctionnelle. 300 patients (56.5%) dans le groupe de CSP précoce et 231 patients (43.5%) dans le groupe de CSP palliative. Les analyses descriptives ont révélées qu'il n'y avait pas de différence sociodémographique entre les 2 groupes.
<b>Intervention</b>	Revue rétrospective des dossiers d'un grand hôpital (Oakwood medical center) des USA, sur les données de 2009 à 2012. Intervention = CSP. Comparer 2 groupes ; CSP précoce si elle se déroule dans les 3 premiers jours d'hospitalisation vs. CSP tardive si elle se déroule après plus de 3 jours.
<b>Analyse</b>	Analyse statistique entre les 2 groupes et leurs effets sur la durée du séjour et la sortie (vers un EMS, à domicile avec des soins à domicile, en réadaptation, en soins aigus de longue durée, ou décès).
<b>Résultats</b>	Les patients ayant la CSP précoce : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ont une durée de séjour hospitalier plus courte (5.4 jours vs. 16.6 jours en moyenne)</li> <li>• Ont un nombre de jours hospitalier après la CSP réduit (4.2 jours vs. 5.4 jours en moyenne)</li> <li>• Décèdent moins à l'hôpital (13.7% vs. 21.2%)</li> <li>• Décèdent plus dans les EMS (53.3% vs. 45.4%)</li> </ul> Que les patients ayant la CSP tardive. En conclusion, la CSP permet de réduire la durée d'hospitalisation, de diminuer le nombre de décès hospitaliers et d'augmenter la part d'admission des patients dans les EMS.

<b>Implications dans la pratique</b>	<p>Dans la pratique, la consultation de SP devrait se trouver tôt dans le séjour hospitalier. L'équipe de SP devrait collaborer avec les équipes de soins aigus (urgences, soins intensifs, cardiologie,...) pour proposer ces consultations de manière plus systématique et facilité.</p> <p>Cependant, plusieurs facteurs influencent le moment de la consultation de SP ; l'attitude du médecin envers les SP, la maladie (les SP sont davantage proposés pour certains diagnostics que d'autres) et si le patient et sa famille se sentent prêts à avoir ce genre de discussion.</p>
--------------------------------------	--

## 6.7 Yoo 2012

<b>Référence</b>	Yoo, J. W., Nakagawa, S., & Kim, S. (2012). Integrative palliative care, advance directives, and hospital outcomes of critically ill older adults. <i>The American Journal of Hospice &amp; Palliative Care</i> , 29(8), 655–62. <a href="http://doi.org/10.1177/1049909111435813">http://doi.org/10.1177/1049909111435813</a>
<b>Résumé</b>	Cet article démontre que, chez 1291 américains de plus de 65, les soins palliatifs de type intégré au service de soins dans lequel le patient est admis (vs. SP traditionnels) réduisent les coûts hospitaliers et les décès à l'hôpital alors qu'ils augmentent les sorties vers les EMS.  Les effets augmentent encore en l'absence de directives anticipées mais sont non-significatifs en présence de telles directives.
<b>Contexte général</b>	Les soins palliatifs (SP) réduisent la durée d'hospitalisation, et par là les 25 à 66% des coûts par rapport aux soins traditionnels. Les économies réalisées pour les patients qui décèdent en soins palliatifs sont plus importantes que pour les patients qui en sortent. Mais la manière dont les SP réduisent la durée de séjour n'a pas encore été élucidée. Il a été montré également que les directives anticipées étaient associées avec de faibles taux de décès hospitaliers et moins de frais médicaux, alors que l'absence de telles directives est associée à des séjours hospitaliers plus longs.  De nouvelles données montrent que le modèle intégratif, nouveau type de SP, qui permet de dispenser des SP à l'intérieur des autres services de soins aigus, devrait progressivement remplacer le modèle traditionnel des SP. Il est attendu que ce modèle facilite l'accès aux SP, améliore la communication entre les professionnels de santé, les patients et les familles, réduise les coûts d'hospitalisation et les décès hospitaliers et augmente les sorties vers les EMS.
<b>Mots-Clefs</b>	critical care, health services for the aged, palliative care, integrative medicine, advance directives, hospital costs, in-hospital mortality, hospice care
<b>Question de recherche</b>	Buts : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comparer les deux types de SP (modèle traditionnel vs. intégratif) par rapport aux coûts hospitaliers, décès hospitaliers et sorties en EMS.</li> <li>2. Examiner la relation entre la présence ou l'absence de directives anticipées avec les types de SP et les coûts hospitaliers, décès hospitaliers et sorties en EMS.</li> </ol>
<b>Population et contexte de l'étude</b>	1291 adultes malades âgés de plus de 65 ans ; 673 dans le groupe SP traditionnels et 618 dans le groupe SP intégratifs. Les deux groupes sont également représentés au niveau des âges, genre, ethnies, sévérité de la maladie, niveau éducatif, état civil et types d'assurance. 38% pour groupe SP traditionnels et 55% du groupe SP intégratifs avaient des directives anticipées. Unité de soins intensifs (35 lits) dans un hôpital de 315 lits dans une métropole des USA.

<p><b>Intervention</b></p>	<p>Rechercher les données administratives et cliniques.</p> <p>Mesurer les coûts (à charge de l'hôpital et des assurances - variable dépendante) et voir s'ils sont influencés par différents prédicteurs (variables indépendantes) ; âge, genre, ethnie, niveau d'éducation, état civil, diagnostics, sévérité de la maladie, présence ou absence de directives anticipées, type d'assurance et surtout types de SP (traditionnels vs. intégratifs).</p> <p>Groupe SP traditionnels ; patients hospitalisés entre janvier et décembre 2005 qui ont bénéficiés de consultations de SP de manière indépendante du service de soins intensifs où ils étaient admis, par 2 médecins, une assistante sociale et un aumônier.</p> <p>Groupe SP intégratifs ; patient hospitalisés entre janvier et décembre 2007 (car entre temps l'hôpital a changé son mode de SP) qui ont reçu des SP par 3 médecins, 2 médecins assistants, 1 infirmière directrice des SP et un aumônier, en collaboration avec le service de soins intensifs où ils étaient admis</p>
<p><b>Analyse</b></p>	<p>Analyse des données au moyen de tests statistiques.</p>
<p><b>Résultats</b></p>	<p><b>Coûts</b></p> <p>Les patients du groupe SP intégratifs ont des coûts hospitaliers inférieurs à ceux du groupe SP traditionnels (en moyenne 50715\$ vs. 58531\$).</p> <p>Parmi les patients qui n'ont pas de directive anticipée (n=696), les coûts hospitaliers des patients du groupe SP intégratifs sont inférieurs à ceux du groupe SP traditionnels (en moyenne 54871\$ vs. 64268\$).</p> <p>Parmi les patients qui ont des directives anticipées (n=595), il n'y a pas de différence significative en termes de coûts entre les groupes.</p> <p><b>Sorties et décès</b></p> <p>Les patients du groupe SP intégratifs décèdent moins à l'hôpital (13% vs. 18%) et sont plus admis dans des EMS à leurs sorties (14% vs. 9%) que ceux du groupe SP traditionnels.</p> <p>Les patients du groupe SP intégratifs sont plus nombreux à avoir des directives anticipées que ceux du groupe SP traditionnels (55% vs. 38%).</p>
<p><b>Implications dans la pratique</b></p>	<p>Les SP intégrés aux services de soins aigus sont à favoriser car, en plus de réduire les coûts, ils favorisent les fins de vie en EMS alors qu'il a été démontré que la « qualité de la mort » était meilleure pour les patients qui décèdent en EMS ou à domicile que pour ceux qui décèdent à l'hôpital.</p>

## 6.8 Whitford 2014

<b>Référence</b>	Whitford, K., Shah, N. D., Moriarty, J., Branda, M., & Thorsteinsdottir, B. (2014). Impact of a palliative care consult service. <i>The American Journal of Hospice &amp; Palliative Care</i> , 31(2), 175–82. <a href="http://doi.org/10.1177/1049909113482746">http://doi.org/10.1177/1049909113482746</a>
<b>Résumé</b>	Cette étude analyse rétrospectivement les effets de l'implantation d'un service de consultation de soins palliatifs (CSP) dans un grand centre hospitalier américains.  Les 1477 patients ayant bénéficiés des CSP ont eu des coûts inférieurs à ceux qui n'ont pas profité de SP. C'est le cas pour les patients qui sont ressortis vivant de l'hôpital, mais l'effet est encore plus important pour les patients décédés au cours de l'hospitalisation.
<b>Contexte général</b>	Un quart du budget de la santé est dédié aux personnes mourant dans l'année, aux USA.  Les consultations de soins palliatifs (CSP) sont associées avec une réduction des coûts et de la durée du séjour, l'amélioration des symptômes, l'augmentation de la satisfaction pour les soins et des sorties vers des EMS ou à domicile avec des soins à domicile.  Les CSP se sont multipliées aux USA avec 63% des hôpitaux de plus de 50 lits en proposant en 2008. A la clinique Mayo, ils existent depuis 2003.
<b>Mots-Clefs</b>	palliative care, costs, propensity score, administrative data, case-control, outcomes
<b>Question de recherche</b>	But : Evaluer l'impact économique des CSP après 5 ans d'expérience.
<b>Population et contexte de l'étude</b>	1477 patients adultes CSP, chacun correspondant à 3 patients ayant les mêmes caractéristiques démographiques et médicales mais n'ayant jamais reçu de CSP (non-SP=4431 patients).  Des 1477 patients, 1177 sont sortis vivant de l'hôpital alors que 300 y sont décédés.  Tous les patients ont séjourné à l'hôpital (Clinique Mayo au centre médical de Rochester qui a 1951 lits) entre 4 et 90 jours entre 2003 à 2008.
<b>Intervention</b>	Mesure de l'influence du groupe (CSP vs. non-SP) et des données administratives (variables indépendantes) sur les coûts (variable dépendante).  Mesure de la différence de coûts pré- et post-consultation.  CSP par un médecin et une infirmière, tous deux certifiés en SP, et un aumônier dans le but d'évaluer le patient, gérer les symptômes, voir le pronostic et le plan de vie du patient, en incluant ses proches. Des recommandations étaient communiquées directement aux équipes de soins.

<p><b>Analyse</b></p>	<p>Analyse rétrospective des données administratives des patients ayant bénéficiés de consultations de SP, seulement la première consultation de chaque patient a été prise en compte dans les analyses.</p> <p>Les analyses ont été réalisées au moyen de tests statistiques.</p>
<p><b>Résultats</b></p>	<p>Pour les patients décédés durant l’hospitalisation, le coût des patients CSP est inférieur à celui des patients non-SP (54949\$ vs. 79660\$). Par jour d’hospitalisation, cela revient en moyenne à 3209\$ pour les CSP et 4692\$ pour les non-SP.</p> <p>Pour les patients sortis vivant de l’hôpital, le coût des patients CSP est inférieur à celui des patients non-SP (35449\$ vs. 37447\$). Par jour d’hospitalisation, cela revient en moyenne à 2280\$ pour les CSP et 2769\$ pour les non-SP.</p> <p>Pour tous les patients ayant bénéficié de CSP, le coût de leur séjour hospitalier a diminué après la CSP de 1858\$ pour les patients survivants et de 2650\$ pour les patients décédés.</p> <p>31% des patients CSP sortis vivant sont allés en EMS contre 1% des patients non-SP.</p>
<p><b>Implications dans la pratique</b></p>	<p>Il faudrait veiller à ce que la CSP ait lieu tôt dans le séjour afin de réduire les coûts, éviter les transferts en soins intensifs et améliorer la sortie.</p>

## 6.9 Hopp 2015

<b>Référence</b>	Hopp, F. P., Trzcinski, E., Roth, R., Deremo, D., Fonger, E., Chiv, S., & Paletta, M. (2015). Cost Analysis of a Novel Interdisciplinary Model for Advanced Illness Management. <i>American Journal of Hospice and Palliative Medicine</i> , 32(3), 350–356. <a href="http://doi.org/10.1177/1049909114523827">http://doi.org/10.1177/1049909114523827</a>
<b>Résumé</b>	<p>Cette recherche américaine montre qu'un programme de soins palliatifs à domicile au bénéfice de patients souffrants de maladies chroniques réduit les coûts et l'utilisation des services de santé.</p> <p>Les auteurs soulignent l'importance d'identifier tôt dans la maladie les patients ayant besoin de beaucoup de soins palliatifs, car les bénéfices financiers apparaissent à partir de 6 mois dans le programme.</p>
<b>Contexte général</b>	<p>75% des coûts de la santé sont imputables aux maladies chroniques. Certaines études suggèrent que 5% des patients chroniques consomment les 50% de ces coûts.</p> <p>Le programme de soutien @home est un nouveau programme de soins palliatifs, interdisciplinaire et à domicile.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il combine des soins oncologiques avec des soins à domicile traditionnels.</li> <li>• Il propose des soins individualisés et centrés sur le patient, mettant l'accent sur la gestion de la douleur et des symptômes, l'éducation à la maladie et les discussions sur le plan de vie envisagé afin d'aider à la prise de décisions concernant les traitements et la fin de vie.</li> <li>• Il soutient les proches-aidants par des entretiens motivationnels et de promotion de la santé afin de les aider à gérer la maladie et les médicaments, leur proposer de les décharger pour les activités instrumentales de la vie quotidienne et pour promouvoir la sécurité à domicile.</li> <li>• L'équipe est formée d'infirmières, aides, conseillers et bénévoles.</li> <li>• Une étude pilote a démontré que ce programme améliore la qualité de vie des proches-aidants et réduit les coûts, principalement en réduisant le nombre d'hospitalisations, visites aux urgences et durée de séjour hospitalier.</li> </ul>
<b>Mots-Clefs</b>	hospice, palliative care, chronic care, advanced illness management, caregiver, cost analysis
<b>Question de recherche</b>	But : Analyser les coûts et l'utilisation du programme de soutien @home
<b>Population et contexte de l'étude</b>	<p>148 patients adultes ont bénéficié du programme @home entre janvier 2007 et mai 2011.</p> <p>La moitié des patients appartenait au plan A, était âgé de plus de 65 ans (<math>\mu=69.01\pm 15.04</math>) et souffrait d'insuffisance cardiaque, BPCO, cancer avancé ou de poly-pathologies.</p> <p>L'autre moitié appartenait au plan B, était âgé de moins de 65 ans (<math>\mu=53.03\pm 9.42</math>) et souffrait d'un cancer à un stade avancé.</p>

	Les groupes (plan A et B) représentent 2 compagnies d'assurance.
<b>Intervention</b>	<p>L'intervention est divisée en 3 phases ; 6 mois avant d'entrer dans le programme (phase 1), le mois d'entrée dans le programme (phase 2) et les 6 mois de programme (phase 3).</p> <p>Le programme @home était dispensé par des médecins, infirmières, assistantes sociales et aides-soignantes affiliés à un groupement de centres de soins palliatifs des USA.</p>
<b>Analyse</b>	<p>Analyse des données au moyen des tests statistiques, afin de mesurer l'utilisation des services, nombre de visites (par une infirmière, une aide, une assistante sociale,...), nombre de contacts téléphoniques.</p> <p>Analyse pré vs. post-entrée par rapport à l'utilisation des services et aux coûts.</p> <p>Analyse entre 2 compagnies d'assurance (plan A et plan B) par rapport à l'utilisation des services et aux coûts.</p>
<b>Résultats</b>	<p>Plan A : On observe une diminution du nombre de visites aux urgences, des coûts des soins ambulatoires et d'hôpital après 6 mois de programme @home comparé à la phase 1.</p> <p>Le coût total moyen diminue de 3416\$ par mois. Le programme est d'autant plus efficace si les patients en profitent longtemps ; pour ceux qui en profitent plus de 6 mois, l'économie est de 3829\$ par mois alors que pour ceux qui décèdent dans les 6 premiers mois du programme, la différence de coûts n'est pas significative.</p> <p>Le nombre de patients se faisant hospitaliser passe de 83% en phase 1 à 54% en phase 3. La longueur des séjours hospitaliers passe de 7.65 jours en phase 1 à 5.77 jours en phase 3.</p> <p>Plan B : Les résultats du plan B sont similaires à ceux du plan A, excepté une forte hausse des coûts pour des patients les plus gravement malades et nécessitant une hospitalisation.</p>
<b>Implications dans la pratique</b>	<p>Avec le nombre croissant de personnes vivant avec une maladie chronique, le développement du rôle de proche-aidant et l'augmentation des coûts de la santé, il est urgent de développer des programmes tels que le @home afin de coordonner les soins, soutenir les patients et leurs proches dans la maladie, diminuer les risques d'anxiété, de dépression et de maladie des proches et diminuer les coûts.</p> <p>Cette recherche montre qu'il est important d'identifier et d'inclure précocement les patients pouvant bénéficier de SP, car le bénéfice apparaît sur le long terme. Pour les patients inclus dans le programme dans une phase tardive de la maladie, comme ce fut le cas dans le plan B, le bénéfice financier n'apparaît pas et les coûts sont élevés.</p> <p>A l'avenir, il faudrait donc pouvoir identifier à l'avance les personnes nécessitant le plus de soins et coûtant plus cher afin de les inclure rapidement dans de tels programmes.</p>

## 6.10 Armstrong 2013

<b>Référence</b>	Armstrong, B., Jenigiri, B., Hutson, S. P., Wachs, P. M., & Lambe, C. E. (2013). The impact of a palliative care program in a rural Appalachian community hospital: a quality improvement process. <i>The American Journal of Hospice &amp; Palliative Medicine</i> , 30(4), 380–7. <a href="http://doi.org/10.1177/1049909112458720">http://doi.org/10.1177/1049909112458720</a>
<b>Résumé</b>	Cette recherche montre que les consultations de soins palliatifs ont un impact positif sur la gestion de la douleur et des symptômes, la satisfaction des patients, de leurs proches et des médecins, ainsi que des coûts diminués, même pour un hôpital d'une région rurale.
<b>Contexte général</b>	<p>Les soins de soins de vie ne sont pas toujours administrés de manière optimale et les patients et leurs familles ont souvent reporté un contrôle inadéquat des symptômes et de la douleur, un manque de communication avec le médecin et l'équipe soignante et des traitements prolongeant la vie non-désirés.</p> <p>Les consultations de soins palliatifs (CSP) ont été créées pour pallier à ces déficits.</p> <p>Mais l'accès aux CSP est limité dans les régions rurales et les hôpitaux de 50-300 lits. Le sud des USA et la région des Appalaches reportent le taux le plus bas de services de SP des USA (51% des hôpitaux dès 50 lits).</p>
<b>Mots-Clefs</b>	palliative care, palliative care consultation team, end-of-life care, symptom burden, quality of life, cost-effectiveness
<b>Question de recherche</b>	<p>But : Evaluer l'impact clinique, opérationnel, financier et sur les clients des consultations de soins palliatifs (CSP) dans un hôpital rural des Appalaches.</p> <p>Hypothèse : Les CSP vont améliorer la gestion des symptômes et la satisfaction du patient et de ses proches envers les SP, et diminuer les coûts de santé.</p>
<b>Population et contexte de l'étude</b>	<p>25 patients entre 48-92 ans, de race blanche (96%), hospitalisé dans cet hôpital et remplissant les critères d'inclusion du Palliative Care Screening Tool.</p> <p>Les patients souffraient de cancers (32%), BPCO (28%), maladie cardiaques (20%), attaques (12%) et insuffisance rénale (8%) en phase terminales.</p> <p>Hôpital rural de 240 lits. Les CSP ont commencé en 2010 et ont crû jusqu'à accueillir 210 patients en 2011.</p> <p>19 médecins suivants ces patients et collaborant avec l'équipe de CSP.</p>
<b>Intervention</b>	<p>Collecte des données dans les 4 domaines avant et après la CSP au moyen de divers questionnaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status Scale qui mesure le statu fonctionnel</li> <li>• Symptom Burden and Quality Of Life Tool qui mesure les symptômes et les directives anticipées</li> <li>• Patient and Family Satisfaction Survey qui mesure la perception des soins par le patient et ses proches</li> <li>• Provider Satisfaction Survey qui mesure la satisfaction du médecin par rapport aux CSP</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>The Financial Data Tool qui collecte les informations sur les coûts du programme, du laboratoire, la radiologie, les médicaments et les admissions en soins intensifs à différents moments dans le temps ; 3 jours avant la CSP, le jour de la CSP, et 1,3 et 5 jours après la CSP.</li> </ul> <p>Les données administratives et financières ont été extraites des dossiers des patients.</p> <p>Mesurer les différences des réponses entre avant et après la CSP. Les CSP comprennent l'évaluation du patient et les recommandations par le médecin, l'implication régulière du patient et de ses proches afin de faciliter les prises de décisions concernant les traitements et les buts des soins, la communication avec les autres professionnels de la santé et les équipes où le patient est hospitalisé pour améliorer le suivi.</p>
<p><b>Analyse</b></p>	<p>Analyse statistique à l'aide d'un test non-paramétrique sur les rangs afin de comparer les données pré et post CSP pour les symptômes.</p> <p>Analyses descriptives pour la satisfaction des patients, des proches et des médecins.</p> <p>Tests statistiques pour les coûts ; 3 jours pré-intervention vs. 3 jours post-intervention par rapport aux coûts directs, indirects, laboratoire, pharmacie et radiologie.</p>
<p><b>Résultats</b></p>	<p>Diminution de la douleur et des symptômes entre le jour 1 et le jour 5 après la CSP ; La douleur passe de sévère à légère, la nausée de légère à aucune, l'anxiété de modérée à aucune et la dyspnée de modérée à légère.</p> <p>Il n'y a pas d'amélioration significative de la qualité de vie.</p> <p>Les CSP ont été jugées « excellente » ou « très bien » par 80% des patients concernant la gestion de la douleur, 84% pour la gestion des autres symptômes, 92% pour la communication, 93% pour les soins individualisés, 80% pour l'aide à la gestion de la fin de vie et 84% pour les soins spirituels.</p> <p>Les CSP ont été jugées « excellente » ou « très bien » par 89% des médecins concernant la communication avec l'équipe de CSP, 95% pour la gestion des autres symptômes et 100% pour la gestion de la douleur, les directives anticipées, les soins spirituels, la facilité de collaborer, la réactivité du programme et l'expérience globale avec les CSP.</p> <p>Les coûts directs des 3 jours post-CSP (<math>\mu=532\\$, SD=202.92\\$\text{)</math> sont significativement inférieurs aux coûts des 3 jours pré-CSP (<math>\mu=765\\$, SD=345.74\\$\text{)</math>, ce qui représente une économie de 233\$ par patient et par jour grâce aux CSP.</p> <p>Les coûts des laboratoires des 3 jours post-CSP (<math>\mu=35\\$, SD=30.84\\$\text{)</math> sont significativement inférieurs aux coûts des 3 jours pré-CSP (<math>\mu=117\\$, SD=103.09\\$\text{)</math>, ce qui représente une économie de 82\$ par patient et par jour grâce aux CSP.</p> <p>Les coûts de la radiologie des 3 jours post-CSP (<math>\mu=35\\$, SD=43.52\\$\text{)</math> sont significativement inférieurs aux coûts des 3 jours pré-CSP (<math>\mu=132\\$, SD=104.76\\$\text{)</math>, ce qui représente une économie de 97\$ par patient et par jour grâce aux CSP.</p>

	<p>Les coûts de la pharmacie et indirects post-CSP sont également inférieurs aux pré-CSP mais ne sont pas significatifs.</p> <p>Au total, 521\$ ont été économisés par patient et par jour grâce aux CSP. Ce bénéfice peut être expliqué par les durées de séjours plus courtes et les sorties plus précoces vers les EMS.</p> <p>Pour un hôpital de 300 lits recevant environ 400 patients de SP par année, cela représente une économie de 992'000\$ par année.</p>
<p><b>Implications dans la pratique</b></p>	<p>Parce qu'ils se centrent davantage sur les souhaits des patients en fin de vie, les CSP améliorent significativement la fin de vie, la satisfaction des différents intervenants et les coûts.</p> <p>Avec le nombre croissant de personnes vivant avec une maladie chronique, les preuves sur la mauvaise qualité des fins de vie et l'augmentation des coûts de la santé, le besoin de soins efficaces et économiques tels les CSP prend toute son importance.</p>

## 6.11 Bremner 2015

<b>Référence</b>	Bremner, K. E., Krahn, M. D., Warren, J. L., Hoch, J. S., Barrett, M. J., Liu, N., ... Yabroff, K. R. (2015). An international comparison of costs of end-of-life care for advanced lung cancer patients using health administrative data. <i>Palliative Medicine</i> , 1–11. <a href="http://doi.org/10.1177/0269216315596505">http://doi.org/10.1177/0269216315596505</a>
<b>Résumé</b>	<p>Cette recherche compare les coûts de fin de vie chez les patients souffrant d'un cancer avancé entre deux pays nord-américains. Ces derniers utilisent différents patterns de soins en fin de vie.</p> <p>La solution la plus économique (du point de vue des assurances) est de réduire les chimiothérapies inutiles, de favoriser les soins en hospices mais surtout de développer les soins palliatifs à domicile.</p>
<b>Contexte général</b>	<p>Les coûts du cancer sont les plus hauts immédiatement après que le diagnostic ait été posé et en fin de vie.</p> <p>Les soins de fin de vie des patients cancéreux et leurs coûts diffèrent entre les pays ; la chimiothérapie semble être plus utilisée aux USA alors que le Canada a plus d'hospitalisations et de décès hospitaliers.</p>
<b>Mots-Clefs</b>	Terminal care, costs and cost analysis, nonsmall cell lung carcinoma, health services, comparative study
<b>Question de recherche</b>	But : Comparer les soins de fin de vie et leurs coûts entre le Canada et les USA.
<b>Population et contexte de l'étude</b>	<p>16'858 patients américains et 8643 patients canadiens, décédés à plus de 65 ans du cancer des poumons non à petites cellules, entre 2001 et 2005.</p> <p>Les patients américains étaient plus âgés, étaient plus de femmes et vivaient plus dans de grandes métropoles que les patients canadiens. Ces derniers étaient plus classés comme survivants à long terme.</p>
<b>Intervention</b>	<p>Cette étude rétrospective a recueilli ses informations d'après les données des assurances et les registres du cancer.</p> <p>Les coûts considérés sont donc ceux assumés par les assurances, ceux assumés par les patients n'ayant pas été recueillis.</p> <p>Comparaison des coûts des deux pays sur les soins suivants : hospitalisations, visites aux urgences, soins ambulatoires, chimiothérapies, radiothérapies et soins à domicile. Les soins continus et les soins palliatifs (dont les données ne viennent que du Canada) et les soins en hospices (dont les données ne viennent que des USA) ont également été inclus même s'ils n'ont pas de comparaison dans l'autre pays.</p>
<b>Analyse</b>	<p>Les patients ont été classés en deux groupes ; survivants à long terme (plus de 6 mois après le diagnostic) et survivants à court terme (moins de 6 mois après le diagnostic).</p> <p>Les coûts ont été analysés sur trois périodes de temps ; dernier mois de vie, chaque mois lors des six derniers mois, les six derniers mois.</p>

<p><b>Résultats</b></p>	<p>Coûts du dernier mois de vie ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Très similaires chez les survivants à long terme (10'094\$ au Canada et 10'464\$ aux USA) et à court terme (12'836\$ au Canada et 14'455\$ aux USA).</li> <li>• Les hospitalisations représentent 60% de ces coûts et sont les plus coûteuses dépenses.</li> <li>• Les soins ambulatoires, les chimiothérapies et les radiographies diagnostics étaient plus utilisées aux USA.</li> <li>• Les visites aux urgences et les soins palliatifs à domicile étaient plus utilisés au Canada.</li> <li>• Chez les survivants à court terme, les soins palliatifs à domicile (Canada) ont coûté 1941\$, ce qui est très similaire aux coûts des hospices aux USA (1921\$).</li> <li>• Chez les survivants à long terme, les soins palliatifs à domicile (Canada) reviennent moins chers que les hospices des USA (1846\$ vs 2474\$).</li> </ul> <p>Coûts de chaque mois lors des six derniers mois ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les moyennes des coûts mensuelles sont assez stables dans le temps jusqu'au dernier mois de vie. Dans le dernier mois de vie, les coûts augmentent dans tous les groupes.</li> <li>• Les coûts sont plus élevés chez les survivants à court terme que chez les survivants à long terme, peu importe le pays.</li> <li>• Les coûts des soins palliatifs au Canada ont augmenté de 250% dans les deux groupes de survivants entre le deuxième mois post-diagnostique et le dernier mois de vie.</li> </ul> <p>Coûts des six derniers mois ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les coûts sont plus élevés aux USA qu'au Canada chez les survivants à long terme (31'977\$ vs. 26'038\$), mais cette différence se réduit à mesure que la survie est plus courte (38'234\$ vs. 32'209\$ pour les survivants entre 3 et 6 mois et 26'008\$ vs. 26'009\$ pour les survivants entre 1 et 3 mois).</li> <li>• Cette différence est attribuable à plusieurs facteurs ; la chimiothérapie est plus utilisée aux USA et contribue à élever les coûts. Les Canadiens sont moins hospitalisés et utilisent plus les soins palliatifs à domicile, ce qui contribue à réduire les coûts dans le dernier mois de vie.</li> <li>• Les chimiothérapies représentent de plus hauts coûts aux USA alors que les soins palliatifs à domicile représentent de plus hauts coûts au Canada.</li> <li>• A long terme, les coûts des hospices sont plus élevés que ceux des soins palliatifs à domicile.</li> </ul>
<p><b>Implications dans la pratique</b></p>	<p>La réduction des chimiothérapies aux USA, bien trop fréquentes chez les patients avec un cancer avancé et qui n'en profitent donc pas, permettrait de réduire les coûts en fin de vie.</p> <p>Les hospices réduisent les coûts aux USA mais ce sont les soins palliatifs à domicile qui vont permettre la plus grande réduction des coûts en fin de vie dans les deux pays.</p>

## 6.12 Kannan 2013

<b>Référence</b>	Kannan, R., & Kamalini, S. (2013). A novel and cost-effective way to follow-up adequacy of pain relief, adverse effects, and compliance with analgesics in a palliative care clinic. <i>Indian Journal of Palliative Care</i> , 19(1), 54–57. <a href="http://doi.org/10.4103/0973-1075.110238">http://doi.org/10.4103/0973-1075.110238</a>
<b>Résumé</b>	<p>Cette étude montre que les SMS sont facilement utilisables par les patients et leurs proches afin d’assurer le suivi de la douleur, des symptômes associés et des traitements.</p> <p>Cet outils permet aux malades d’être suivis sans avoir besoin de se déplacer et peut être économiquement rentable.</p>
<b>Contexte général</b>	<p>Les patients cancéreux doivent visiter les consultations ambulatoires en cas de problèmes de gestion de la douleur. Actuellement, il n’y a pas de suivi ou de changement de traitement si le patient ne se présente pas à la consultation, ce qui est problématique lorsque le patient est trop faible ou trop malade pour se déplacer.</p> <p>Les SMS constituent une nouvelle technique de communication pour assurer le suivi des patients.</p>
<b>Mots-Clefs</b>	Follow-up, Mobile phone, Outpatient, Palliative care clinic
<b>Question de recherche</b>	But : Tester la compliance aux traitements et la qualité du suivi par SMS.
<b>Population et contexte de l’étude</b>	<p>60 patients atteints de différents cancers (25 hommes et 35 femmes entre 18-76 ans) suivis en ambulatoire par le service de SP d’un hôpital multidisciplinaire de 300 lits en Inde.</p> <p>Tous les patients consommaient des antidouleurs.</p> <p>Tous les patients et leurs proches ont reçu les explications sur la façon d’envoyer un SMS et de coter leurs symptômes.</p>
<b>Intervention</b>	<p>Étude pilote sur l’utilisation des SMS comme outils de suivi.</p> <p>SMS à jour 1, 2, 3, 7 et 14 avec cotation des symptômes. Selon les besoins (douleur aiguë, signes de surdosage), les antalgiques étaient adaptés, d’autres médicaments étaient instaurés, le patients étaient contactés téléphoniquement par l’équipe ou le patient était hospitalisé.</p>
<b>Analyse</b>	-

<p><b>Résultats</b></p>	<p>22 patients ont été hospitalisés pour titrer leur morphine. Les 38 autres patients sont restés ambulatoires durant toute la durée de l'étude. 3 patients ont arrêté l'étude en cours de route et un est décédé.</p> <p>93% des patients ont su utiliser les SMS comme outils de communication et de suivi de leur traitement.</p> <p>Un pointage aléatoire chez 10 patients a révélé que les patients donnaient des réponses par SMS conformes à leur état.</p> <p>Cette méthode a permis aux médecins d'évaluer les symptômes et d'adapter les traitements à distance.</p>
<p><b>Implications dans la pratique</b></p>	<p>Les natels sont disponibles chez tous types de personnes. Les patients sont facilement entraînés à envoyer des SMS et la procédure est facilement apprise également par les personnes âgées.</p> <p>Cette technologie peut être utilisée pour le suivi des patients de SP et pour les aider à gérer leur traitement. Avec cette méthode, les patients et leurs proches sont des membres à part entière de l'équipe des SP car chaque traitement est instauré/adapté selon leur souhait et avec leur consentement.</p> <p>Le fait de remplacer les consultations ambulatoires par un suivi par SMS, lorsque la situation est stable, aura un impact positif sur les coûts de la santé.</p>

## 6.13 Jung 2012

<b>Référence</b>	Jung, H.-M., Kim, J., Heo, D.S., & Baek, S.K. (2012). Health economics of a palliative care unit for terminal cancer patients: A retrospective cohort study. <i>Supportive Care in Cancer</i> , 20(1), 29–37. Retrieved from <a href="http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&amp;from=export&amp;id=L51169166">http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&amp;from=export&amp;id=L51169166</a>
<b>Résumé</b>	Cette étude coréenne montre que les soins dispensés en unité de soins palliatifs (USP) sont plus économes que les soins traditionnels.  Les auteurs ont identifiés plusieurs autres facteurs influençant également les coûts comme le statut marital, le niveau d'études, le lieu du décès et les soins requis.
<b>Contexte général</b>	65'000 personnes sont décédées du cancer en Corée en 2004. Les coûts du cancer ont été estimés à 9.4 billions de dollars en 2002 dans ce même pays, faisant de cette maladie un problème de santé majeur autant pour les patients et leur famille, les soignants et la société toute entière.  Peu d'études ont étudié l'impact financier des USP en Corée, où les SP et les EMS sont encore peu développés.
<b>Mots-Clefs</b>	Terminal cancer, Palliative care, Health care cost, End of life care
<b>Question de recherche</b>	But : Evaluer l'économie réalisée par une USP comparé aux soins traditionnels durant les 6 derniers mois de vie.
<b>Population et contexte de l'étude</b>	656 patients décédés d'un cancer en 2007 à l'hôpital universitaire de Seoul ; 126 patients (68 hommes et 58 femmes) forment le groupe USP alors que 461 patients (339 hommes et 122 femmes) forment le groupe non-USP. Les deux groupes sont équivalents en termes d'âge.  Les patients du groupe USP étaient identifiés selon 2 critères ; soumis à un traitement contre le cancer qui n'est plus efficace à cause de la progression de la maladie et nécessitant des SP.
<b>Intervention</b>	Analyse rétrospective des dépenses médicales (factures et dossiers durant l'hospitalisation et après la sortie), ainsi que l'utilisation des services de santé (soins intensifs, urgences, chimiothérapies, chirurgie, hémodialyse, nutrition parentérale, ventilation assistée, ordre de ne pas réanimer,...) des patients en phase terminale d'un cancer durant leurs 6 derniers mois de vie.
<b>Analyse</b>	Analyses à l'aide de tests statistique pour comparer les coûts et l'utilisation des services de santé pendant 6 mois entre les 2 groupes ; USP vs. non-USP.

<p><b>Résultats</b></p>	<p>Les patients d’USP ont été plus nombreux à rédiger un ordre de ne pas réanimer (97.6% vs. 82.5%), ont fait plus de visites aux urgences (78.6% vs. 69.2) et reçu plus de chimiothérapies palliatives que les non-USP (58.7% vs. 43%).</p> <p>La patients non-USP ont été plus admis aux soins intensifs (41,2% vs. 2.4%), utilisé la ventilation assistée (33.6% vs. 1.6%) et reçu de l’hémodialyse (12.4% vs. 2.4%).</p> <p>Le coût des patients USP est plus bas que pour les non-USP pour les 6 derniers mois de vie (21’591\$ vs. 29’577\$). Cette différence est due aux coûts des hospitalisations plus élevés pour les patients non-USP, même s’ils ont moins de frais ambulatoires et moins de visites aux urgences.</p> <p>Les coûts augmentent à mesure que le décès se rapproche; les frais médicaux pour le dernier mois de vie des patients non-USP sont de 12’428\$, ce qui correspond à 44.6% des frais pour les 6 derniers mois. Les frais pour les patients USP sont 32.8% moins chers (8’987\$) que pour les patients non-USP lors du derniers mois de vie.</p> <p>Les patients qui sont décédés en USP (21’591\$ vs. service traditionnel=27’706\$ vs. soins intensifs=33’063\$), ceux qui ont des tumeurs solides (22’870\$ vs. 45’129\$) et ceux qui n’ont pas fait la scolarité obligatoire (22’567\$ vs. diplômés=27’698\$) ont des dépenses médicales inférieurs aux autres.</p> <p>Au contraire, les patients qui ont eu des chimiothérapies (30’027\$ vs. 22’756\$), hémodialyses (39’596\$ vs. 24’609\$), alimentations parentérales (36’790\$ vs. 23’416\$) ou ventilation assistée (35’918\$ vs. 22’913\$), les célibataires (39’627\$ vs. en couple=25.222\$) et ceux qui ont des hospitalisations plus longues (&lt; 30 jours=13’274\$, &gt;90 jours=59’692\$) ont des coûts supérieurs pour les 6 mois.</p> <p>Les jeunes (&lt; 30 ans) ont des coûts plus élevés que les plus âgés (30-&gt;70 ans – 54’308\$ vs. 24’257\$).</p>
<p><b>Implications dans la pratique</b></p>	<p>Cette étude montre qu’en plus des SP, des facteurs spécifiques influencent les coûts de la santé durant les 6 derniers mois de vie. Si ces paramètres pouvaient être identifiés et contrôlés, des économies supplémentaires associées aux SP pourraient être réalisées.</p> <p>Beaucoup de patients et de familles à l’approche du décès choisissent de faire tout ce qui est possible pour prolonger la vie, même si ces traitements agressifs s’avèrent inutiles. L’éducation thérapeutique et des campagnes de sensibilisation sont nécessaires afin de diminuer le tabou concernant les SP et d’accroître l’adhérence des patients et des familles à ces soins.</p>

## 6.14 Morrison 2011

<b>Référence</b>	Morrison, R. S., Dietrich, J., Ladwig, S., Quill, T., Sacco, J., Tangeman, J., & Meier, D. E. (2011). The care span: Palliative care consultation teams cut hospital costs for Medicaid beneficiaries. <i>Health Affairs</i> , 30(3), 454–463. <a href="http://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0929">http://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0929</a>
<b>Résumé</b>	Cette étude montre que les consultations de soins palliatifs (CSP) dispensées par des équipes interdisciplinaires baissent significativement les coûts hospitaliers des patients, comparées aux soins traditionnels, dans 4 hôpitaux de l'état de New York (USA).
<b>Contexte général</b>	<p>Aux USA, l'assurance/aide sociale Medicaid a déboursé 339\$ billions en 2010 et les estimations prévoient que ce montant passera à 458\$ billions en 2020.</p> <p>L'escalade de ces coûts ne met pas seulement en danger le système de santé mais également toute l'économie du pays.</p> <p>Les programmes interdisciplinaires de SP améliorent la qualité des soins tout en réduisant les coûts des patients les plus gravement malades.</p> <p>Aux USA, les SP sont majoritairement dispensés dans les hospices (EMS dispensant des SP) et les CSP hospitalières.</p>
<b>Mots-Clefs</b>	-
<b>Question de recherche</b>	But : Déterminer les effets des CSP sur les coûts hospitaliers.
<b>Population et contexte de l'étude</b>	<p>2051 patients adultes ; 290 patients SP sortis vivants, 1427 patients non-SP sortis vivants, 185 SP décédés et 149 non-SP décédés.</p> <p>Diagnostiqués avec un cancer avancé, SIDA, insuffisance cardiaque, BPCO ou cirrhose.</p> <p>Ayant séjourné à l'hôpital entre 6 et 44 jours entre 2004 et 2007.</p> <p>Dans 4 hôpitaux de l'état de New York (USA) avec plus de 350 lits, un grand nombre d'admissions couvertes par les assurances et une équipe interdisciplinaire de CSP.</p>
<b>Intervention</b>	<p>Utilisation des données administratives et des factures entre 2004 et 2007.</p> <p>Les patients étaient classés dans le groupe SP s'ils ont bénéficié d'une ou de plusieurs consultations et évaluations de SP à la demande de leur médecin et s'ils ont reçu des recommandations par l'équipe de SP à l'intention de l'équipe de soins.</p> <p>Les CSP étaient dispensées des équipes interdisciplinaires incluant des médecins, infirmières et assistantes sociales, tous formés aux SP.</p> <p>Les CSP comprenaient la gestion de la douleur et des symptômes, la planification des soins selon les choix et des transitions appropriées à la sortie de l'hôpital.</p>

<p><b>Analyse</b></p>	<p>Extraction des coûts hospitaliers pour chaque patient par jour et par séjour et comparaison entre les groupes SP vs non-SP.</p> <p>Pour les analyses, les patients ont également été répartis en deux autres groupes ; sortis vivants de l'hôpital et décédés à l'hôpital.</p> <p>Chaque patient SP a été apparié avec un patient correspondant du groupe non-SP, et dans le respect des groupes sortis vivants (V) vs. décédés (D).</p>
<p><b>Résultats</b></p>	<p>Les coûts moyens pour toute l'hospitalisation sont inférieurs pour les patients SP (SPV : 32'643\$, non-SPV : 36'741\$, ce qui représente une économie de 4'098\$, SPD : 61'241\$, non-SPD : 68'804\$, ce qui représente une économie de 7'563\$).</p> <p>Les coûts moyens par jour sont inférieurs pour les patients SP (SPV : 2'254\$, non-SPV : 2'744\$, ce qui représente une économie de 490\$, SPD : 3'187\$, non-SPD : 3'503\$, ce qui représente une économie de 316\$).</p> <p>La différence de coûts pré et post-CSP pour les SP est de 666\$ par jour pour les SPV et 844\$ par jour pour les SPD.</p> <p>Pas de différence pour la durée du séjour entre les groupes (SPV : 17.2, non-SPV : 16.9, SPD : 19.3, non-SPD : 20.1).</p> <p>Les coûts moyens pour les soins intensifs sont inférieurs pour les patients SPV (SPV : 3'774\$, non-SPV : 6'452\$, ce qui représente une économie de 2'678\$, pas de différence chez les décédés).</p> <p>Les durées de séjours aux soins intensifs sont inférieurs chez les SPD (SPD : 10.2 jours, non-SPD : 13.8 jours, ce qui représente une différence de 3.6 jours, pas de différence chez les sortis vivants).</p> <p>Les patient SP sont moins décédés aux soins intensifs (SPD : 34%, non-SPD : 58%).</p> <p>Les patient SP sont davantage allés en hospices à leur sortie de l'hôpital (SPV : 30%, non-SPV : 1%).</p> <p>Les coûts des médicaments sont inférieurs chez les SPD (SPD : 8'168\$, non-SPD : 10'392, ce qui représente une économie de 2'224\$, pas de différence chez les sortis vivants).</p>
<p><b>Implications dans la pratique</b></p>	<p>Cette étude montre un nouveau modèle de qualité et de rentabilité pour les patients hospitalisé et très malades.</p> <p>Si tous les hôpitaux de l'état de New York adoptaient les CSP, les assurances pourraient faire une économie entre 84 et 252\$ millions annuellement.</p> <p>Les estimations suggèrent qu'un hôpital est capable de bénéficier d'une équipe de CSP dès qu'il a plus de 150 lits.</p> <p>Ces économies devraient être réalisées dès 5 ans après la création de l'équipe des CSP ; temps requis pour l'entraînement de l'équipe et l'intégration des CSP comme des soins de routine.</p> <p>Afin de profiter de ces bénéfices, notre système de santé se doit de faciliter les accès aux SP pour les patients en promouvant les équipes de SP dans les hôpitaux, les EMS et les soins à domicile, ainsi qu'en assurant la formation des soignants de SP.</p>

## 6.15 Langton 2014

<b>Référence</b>	Langton, J. M., Blanch, B., Drew, A. K., Haas, M., Ingham, J. M., & Pearson, S. A. (2014). Retrospective studies of end-of-life resource utilization and costs in cancer care using health administrative data: a systematic review. <i>Palliative Medicine</i> , 28(10), 1167–1196. <a href="http://doi.org/10.1177/0269216314533813">http://doi.org/10.1177/0269216314533813</a>
<b>Résumé</b>	<p>Cette étude synthétise un large éventail d'études publiées sur une période de 20 ans et menées sur plusieurs continents identifiant les coûts et l'utilisation des services de santé chez les patients cancéreux en fin de vie.</p> <p>A la suite d'analyses qualitatives, cette étude ne nous donne malheureusement pas de résultat chiffré mais conclut que les coûts et l'utilisation des services de santé augmentent fortement en fin de vie, principalement les hospitalisations et admissions en soins aigus. Les soins palliatifs restent sous-utilisés et peu accessibles pour certaines personnes (minorité ethnique, milieu rural,...).</p>
<b>Contexte général</b>	<p>Les soins liés au cancer sont une charge financière importante pour les systèmes de santé.</p> <p>La recherche par l'utilisation a posteriori des dossiers médicaux est une alternative économique et permettant d'obtenir de grands échantillons.</p>
<b>Mots-Clefs</b>	Systematic review, end-of-life, cancer, palliative care, ressource utilization, costs, patterns of care
<b>Question de recherche</b>	But : Synthétiser rétrospectivement les coûts et l'utilisation des services de santé en fin de vie, en utilisant des études publiées.
<b>Population et contexte de l'étude</b>	<p>78 études, constituant un échantillon de 3.7 millions de personnes adultes décédées du cancer sur une période de 20 ans (entre 1990 et 2011, 42% des études publiées entre 2008 et 2011).</p> <p>55 études ont été menées en Amérique du Nord, 10 en Europe, 8 en Asie et 5 en Australie.</p> <p>La période de fin de vie mesurée varie entre un mois et plus d'une année.</p> <p>Les termes « utilisation des services de santé » incluent les hospitalisations, séjours aux soins intensifs et aux urgences, visite chez le médecin traitant, tests et diagnostiques, chimiothérapie, médicaments, soins palliatifs et chirurgie.</p>
<b>Intervention</b>	Revue systématique de la littérature sur les bases de données. Choix des études utilisant les dossiers médicaux et données administratives, mesurant l'utilisation des ressources de santé et/ou les coûts, durant la période de fin de vie.
<b>Analyse</b>	Analyse qualitative des études sélectionnées.
<b>Résultats</b>	<p><b>Indicateurs des soins dits agressifs</b></p> <p><u>Chimiothérapie</u></p>

	<p>(-) Les traitements de chimiothérapie sont encore dispensés le dernier mois de vie chez 10-38% des patients atteints de cancer, et les deux dernières semaines de vie chez 1-19% des patients.</p> <p>(-) 1-6% des patients ont un nouveau traitement de chimiothérapie durant leur dernier mois de vie.</p> <p>(-) 46% des patients font des réactions à la chimiothérapie ou un surdosage lors des 3 derniers mois.</p> <p>(+) 63% des patients ne reçoivent aucune chimiothérapie au cours des 6 derniers mois de vie.</p> <p><u>Visite aux urgences</u></p> <p>(-) 27-37% des patients passent par le service d'urgence au cours des 14 derniers jours de vie. Si 39% font un passage ou plus dans le dernier mois de vie, ce sont encore 7-19% des patients qui font plus d'un passage aux urgences (2 et plus) dans ces 30 derniers jours.</p> <p>(+) Seuls 58% des patients ne passent pas aux urgences au cours des 6 derniers mois de vie.</p> <p><u>Hospitalisations</u></p> <p>(-) 8-33% des patients ont vécu plus d'une hospitalisation au cours des 30 derniers jours; 16% des patients sont admis à l'hôpital au cours des 7 derniers jours de vie et 45-64% le sont au cours des 30 derniers jours de vie.</p> <p>(-) 11-58% des patients ont passé plus de 14 jours à l'hôpital dans leurs 30 derniers jours</p> <p>(+) 72% des patients ont passé moins 20% du temps au cours des 6 derniers mois à l'hôpital. 47% des patients n'ont vécu qu'une seule hospitalisation au cours des 6 derniers mois.</p> <p><u>Admissions aux soins intensifs</u></p> <p>(-) 3-19% des patients ont été admis aux soins intensifs durant leur dernier mois de vie et 5-6% des patients durant leurs 2 dernières semaines.</p> <p><u>Traitements prolongeant la vie</u></p> <p>(-) 7-12% des patients ont subi une réanimation cardio-pulmonaire durant leur dernier mois de vie.</p> <p>(-) 17-27% des patients ont été intubé durant leur dernier mois de vie.</p> <p>(-) 19-33% des patients ont respiré à l'aide de la ventilation mécanique durant leur dernier mois de vie.</p> <p><b>Indicateurs des soins palliatifs</b></p> <p><u>Admission en EMS</u></p> <p>(-) 11-36% des patients entrent en EMS moins de 3 jours avant leur décès, et 19-23% moins de 7 jours, ce qui correspond à des admissions trop tardives.</p> <p>(-) 36% des patients entrent en EMS dans leur dernier mois de vie.</p> <p>(-) 66% des patients n'entrent pas du tout en EMS durant leur fin de vie.</p>
--	--

	<p>(+) 6-29% des patients entrent en EMS plus de 2 mois avant leur décès, ce qui correspond à un bon moment pour une admission en EMS.</p> <p>15-19% des patients entrent en EMS dans leur dernière année de vie.</p> <p>(-) 6-8% des patients sont admis plus de 6 mois avant leur décès, ce qui correspond à des admissions trop précoces.</p> <p><u>Traitements opioïdes</u></p> <p>(+) 25% des patients reçoivent de la morphine durant leur dernier mois.</p> <p>(+) 46% des patients reçoivent de la morphine durant leurs 2 derniers mois.</p> <p><u>Autres soins</u></p> <p>(+) 21-78% des patients bénéficient de soins à domicile durant leurs 6 derniers mois.</p> <p>(+) 25-28% des patients appellent au cabinet de leur médecin traitant durant leurs 14 derniers jours.</p> <p>(+) 18% des patients sont suivis par leur médecin traitant durant leurs 6 derniers mois.</p> <p><b>Synthèse générale</b></p> <p>L'utilisation des services de santé augmente en fin de vie, particulièrement durant les 3 derniers mois. Chez Barbera et al. (2010) un tiers de 91'561 patients est hospitalisé durant les deux dernières semaines de vie.</p> <p>Les soins palliatifs sont sous-utilisés (seulement 18-21% des patients bénéficient des soins palliatif chez Gagnon et al. (2004), particulièrement dans les campagnes où les personnes sont plus facilement hospitalisées ou amenées aux urgences.</p> <p>Les femmes ont plus recours aux soins palliatifs et moins aux traitements agressifs comparé aux hommes. Les personnes mariées ont également plus recours aux soins palliatifs, au contraire des minorités (ex : les asiatiques vivant aux USA).</p> <p>Les soins palliatifs sont associés à des économies.</p> <p>Les coûts augmentent fortement en fin de vie, particulièrement à cause des frais hospitaliers. 67% des coûts durant les 12 derniers mois de vie viennent des soins aigus chez Fassbender et al. (2005) aux USA, 71% chez Guest et al. (2005) au Royaume Uni.</p>
<p><b>Implications dans la pratique</b></p>	<p>Durant les 20 dernières années et sur 4 continents, l'accès aux soins palliatifs est resté insuffisant, obligeant les patients à recourir aux soins aigus, plus coûteux et diminuant la qualité de vie.</p>

## 6.16 Kim 2015

<b>Référence</b>	Kim, S. J., Han, K.-T., Kim, T. H., & Park, E.-C. (2015). Does hospital need more hospice beds? Hospital charges and length of stays by lung cancer inpatients at their end of life: A retrospective cohort design of 2002–2012. Palliative Medicine, 29(9), 808–816 9p. <a href="http://doi.org/10.1177/0269216315582123">http://doi.org/10.1177/0269216315582123</a>
<b>Résumé</b>	<p>Les hôpitaux qui proposent des soins palliatifs (SP) ont des coûts pour les patients hospitalisés en fin de vie plus bas que les hôpitaux traditionnels. Plus un hôpital compte de lits SP, plus on observe une réduction des coûts durant les 3 derniers mois de vie ; <b>0.39% et 0.23% de réduction des coûts pour chaque lits de SP à 1 et 3 mois avant le décès.</b></p> <p>Cette étude coréenne encourage donc les assurances et le système de santé à promouvoir les SP hospitaliers et ambulatoires.</p>
<b>Contexte général</b>	<p>En 2010, 43'564 coréens souffraient du cancer du poumon et 15'623 en sont morts.</p> <p>Pour ce cancer très agressif, la survie est d'environ 6 mois.</p> <p>C'est dans les derniers mois de vie que les services de santé sont le plus utilisés et que les coûts sont les plus élevés.</p> <p>Des études en Europe et aux USA ont montré que les SP permettaient de réduire les coûts et les hospitalisations.</p> <p>Mais en Corée, 70% des décès ont lieu à l'hôpital. Il n'existe que 707 lits de SP dans ce pays.</p>
<b>Mots-Clefs</b>	Hospice care, lung neoplasms, fees and charges, length of stay
<b>Question de recherche</b>	But : Comparer les frais et la durée de séjour entre un hôpital ayant des lits de SP et un hôpital traditionnel en Corée.
<b>Population et contexte de l'étude</b>	<p>114'828 dossiers et factures de patients décédés du cancer du poumon entre 2002-2012 ; 76.3% d'hommes et 23.7% de femmes âgés en moyenne de 68.4ans.</p> <p>52.3% des patients sont décédés l'année de leur diagnostic et 31.3% l'année suivante.</p> <p>25.8% des patients ont été soignés dans un hôpital avec un service de SP. Pour les 74.2% restants, aucun service de SP n'a été proposé.</p> <p>866 rapports d'hôpitaux coréens.</p>
<b>Intervention</b>	<p>Récolter les données d'un registre national des décès de patients avec un cancer des poumons (informations administratives et médicales) et des hôpitaux (nombre de lits, nombre de médecins, nombre de spécialistes, nombre d'infirmières, présence ou absence de SP, hôpital universitaire ou non).</p> <p>Comparer les coûts et la durée de séjour durant les 1, 3, 6 et 12 derniers mois de vie entre les deux types d'hôpitaux (SP vs. non-SP).</p>
<b>Analyse</b>	Analyses descriptives et au moyen de tests statistiques

<p><b>Résultats</b></p>	<p>Les coûts hospitaliers, les admissions et la durée de séjour augmentent à l'approche du décès, particulièrement dans les 3 derniers mois.</p> <p>Les hôpitaux avec SP ont des coûts pour les patients hospitalisés en fin de vie plus bas que les hôpitaux traditionnels. Par contre, la durée de séjour n'est pas différente.</p> <p>Les patients ayant passé plus de jours aux soins intensifs, ayant une fréquence d'hospitalisation plus haute, plus de jours sous ventilation assistée et un décès précoce (par rapport au délai entre le jour du diagnostic et le décès) sont associés à des coûts plus élevés.</p> <p>Plus un hôpital compte de lits SP, plus on observe une réduction des coûts durant les 3 derniers mois de vie ; <b>0.39% et 0.23% de réduction des coûts pour chaque lits de SP à 1 et 3 mois avant le décès.</b></p> <p>Il y a plus de SP dans les grands centres médicaux universitaires (n=32) que dans les petits hôpitaux (n=12). Mais les grands centres médicaux universitaires sont associés à des coûts plus élevés que les petits hôpitaux.</p>
<p><b>Implications dans la pratique</b></p>	<p>Médecins et assurances doivent se rendre compte que les dépenses élevés pour les patients mourant du cancer du poumon ne prolongent pas la vie comparé aux SP, par contre ils augmentent considérablement les coûts.</p> <p>Le système de santé et les assurances devraient privilégier le développement des services de soins palliatifs hospitaliers et des SP accessibles pour les patients en fin de vie, car actuellement moins de 10% des patients mourant du cancer y ont droit.</p>

## 6.17 Glajchen 2011

<b>Référence</b>	Glajchen, M., Lawson, R., Homel, P., DeSandre, P., & Todd, K. H. (2011). A rapid two-stage screening protocol for palliative care in the emergency department: a quality improvement initiative. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> , 42(5), 657–662. <a href="http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.06.011">http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.06.011</a>
<b>Résumé</b>	<p>Cette recherche a testé, dans un service des urgences américain, un nouvel outil de triage des patients de 65 ans et plus afin d'évaluer leurs besoins en SP.</p> <p>Cet outils a permis d'identifier les patients ayant besoin de soins palliatifs (SP) et les a orientés selon leurs préférences.</p> <p>Cet outil représente une solution afin d'améliorer la collaboration entre les services d'urgences et de SP, de désengorger les urgences et de mieux répondre aux besoins des personnes âgées malades.</p>
<b>Contexte général</b>	<p>La mission des services d'urgence est la prise en charge rapide des traumatismes et des maladies aiguës.</p> <p>Aux USA, 10% des visites aux urgences sont faites par des patients de plus de 65 ans. Cela représente plus de 10 millions de personnes par année.</p> <p>Une grande partie de ces personnes souffre de maladie chronique et/ou a une espérance de vie limitée. Pour ces personnes-là, une visite aux urgences représente un gaspillage des ressources. Ces patients ne reçoivent pas les soins dont ils ont besoin à cause du contexte inadapté. En effet, les urgences sont caractérisées par des prises de décisions rapides par des médecins inconnus, l'absence d'anamnèse complète, et une culture qui priorise les traitements agressifs, les changements de traitements et les évaluations centrées sur le problème.</p> <p>Ces facteurs entraînent la négligence des problèmes complexes et des situations prises dans leur globalité comme dans les SP. Les besoins en SP ne sont pas identifiés, ce qui entraîne des visites répétées sans qu'aucune consultation de SP ne soit proposée.</p>
<b>Mots-Clefs</b>	Rapid QI, palliative care screening, hospice referral, emergency department
<b>Question de recherche</b>	But : Tester un nouvel outil de triage des patients de 65 ans et plus afin d'évaluer les besoins en SP et de mieux orienter ces personnes.
<b>Population et contexte de l'étude</b>	<p>Pendant 8 mois, 1587 patients âgés de 65 ans ou plus ont été évalué, ce qui représente 22% des visites aux urgences de cette tranche d'âge.</p> <p>Cette recherche s'est déroulée dans un hôpital des USA.</p>
<b>Intervention</b>	<p>Utiliser un nouvel outil de triage en 2 phases qui évalue les activités de la vie quotidienne (AVQ), les performances, le poids des symptômes, le stress des proches-aidants.</p> <p>Phase 1 : Identifier les patients âgés avec une faible espérance de vie ; patients souffrant de démence avancée, insuffisance cardiaque congestive sévère, BPCO, cancer avancé et SIDA avec des limitations fonctionnelles.</p>

	<p>Phase 2 : Orienter vers les SP ou les EMS les patients avec des déficits dans les AVQ, des symptômes lourds, un faible statut fonctionnel ou du stress chez les proches-aidants.</p> <p>L'évaluation était pratiquée par une assistante sociale travaillant dans le service des urgences. L'orientation vers les EMS ou les SP était du ressort d'un médecin des urgences.</p>
<b>Analyse</b>	-
<b>Résultats</b>	<p>Parmi les 1587 patients évalués, 51 avaient besoin d'une consultation de SP ; 5 sont allés en EMS et 46 ont été orientés vers le service de SP spécialisés.</p> <p>Parmi ce groupe de personne, la moyenne d'âge était de 80 ans, la pathologie la plus fréquente était le cancer (43% des patients) suivi de la démence (22%) et de l'insuffisance cardiaque (16%). Le symptôme le plus courant étant la douleur (rapporté par 14% des patients), suivi de la dyspnée (12%), nausée/diarrhée (8%), perte d'appétit (8%) et perte de poids (8%).</p> <p>Parmi les 46 personnes orientées vers le service de SP spécialisés ; 20 patients sont allés en SP et 26 ont refusé ce type de soins, principalement par réticence du médecin traitant (22 personnes).</p>
<b>Implications dans la pratique</b>	<p>Ce projet montre qu'il y a des besoins insatisfaits parmi la clientèle âgée des urgences. Avec le vieillissement de la population, le nombre de personnes âgées se rendant aux urgences risque encore d'augmenter durant les prochaines décennies.</p> <p>Cette étude démontre également la faisabilité d'une évaluation rapide des patients permettant un meilleur triage. Toutefois, cela implique d'avoir un personnel entraîné à ce genre d'évaluation rapide.</p> <p>Cette étude n'a pas pu démontrer la rentabilité financière d'un tel projet à cause du manque de moyen, mais les auteurs font l'hypothèse d'un impact positif sur les coûts hospitaliers.</p> <p>Bien que les SP et la médecine d'urgence interviennent sur des champs très différents, une collaboration réussie permettant une meilleure orientation des patients peut être développée entre ces deux environnements de soins.</p>

## 6.18 Dixon 2015

<b>Référence</b>	Dixon, J., Matosevic, T., & Knapp, M. (2015). The economic evidence for advance care planning : systematic review of evidence. Palliative Medicine, 1–28.
<b>Résumé</b>	<p>Cet article présente une revue de 18 recherches sur l’impact des directives anticipées (DA) sur les coûts en fin de vie.</p> <p>Bien que certaines études trouvent des associations positives entre ces facteurs, les résultats restent ambigus. Les DA réduisent les coûts pour certaines personnes et dans certaines circonstances. Il importe à l’avenir de savoir identifier les contextes qui représentent le meilleur potentiel d’économie.</p>
<b>Contexte général</b>	<p>Les directives anticipées améliorent la qualité des soins en permettant des soins conformes aux préférences, réduisant les incompréhensions et les conflits entre l’équipe médicale et la famille, réduisant les interventions inutiles, permettant un accès plus rapide aux soins palliatifs et en réduisant les visites aux urgences et les décès hospitaliers, ainsi que l’anxiété et la dépression des proches.</p> <p>Les DA sont aussi considérées comme un moyen d’utiliser plus adéquatement les ressources de santé et pour contrôler les coûts de la santé en fin de vie.</p>
<b>Mots-Clefs</b>	Advance care planning, end-of-life care, cost-benefit analysis, Health Care Economics and Organisations
<b>Question de recherche</b>	But : Faire une revue de la littérature par rapport à l’impact économique des directives anticipées.
<b>Population et contexte de l’étude</b>	18 études ; 14 des USA, 2 du Royaume Uni, 1 du Canada, 1 de Singapour, comprenant 5 études randomisées et 13 études observationnelles, et représentant plus de 29’000 patients.
<b>Intervention</b>	Revue systématique d’articles publiés entre 1990 et 2014 dans des bases de données et avec des mots clefs. Sélection des articles selon différents critères ; études empiriques, DA comme variable étudiée, DA incluses dans un programme de soins palliatifs étudié, impact sur les coûts
<b>Analyse</b>	Comparaison des articles sélectionnés mais pas d’analyse statistique possible à cause de l’hétérogénéité des études.
<b>Résultats</b>	<p>Les études sont très hétérogènes ; pas exactement la même définition des DA, pas la même intervention ou pas d’intervention du tout (études observationnelles), différents types de coûts pris en compte (que les hospitalisations, ou que les coûts pour les assurances,...).</p> <p>Les résultats sont ambivalents avec peu ou pas d’effet des DA sur les coûts. La moitié des études trouvent une association entre les DA et des économies en fin de vie. Ces économies s’étendent de 1041\$ à 64’827\$ selon les études et les conditions (voir tableau).</p>

	<p>Les DA ont un effet positif sur l'utilisation des services de santé ; réduction des décès hospitaliers, des admissions en soins intensifs, des traitements agressifs, des hospitalisations, des durées de séjour et des réadmissions sur 30 jours.</p> <p>Les DA sont associées à des économies pour certains groupes de personnes et dans certaines circonstances ; les personnes ayant une démence, les personnes vivant en EMS et celles dans les structures de soins ayant des hauts coûts en fin de vie (ex : unités hospitalières en soins aigus).</p>
<p><b>Implications dans la pratique</b></p>	<p>A l'avenir, une meilleure compréhension des mécanismes liant les DA et les économies financières est souhaitable, ainsi que la capacité d'identifier les personnes et les circonstances qui représentent le meilleur potentiel pour ces économies.</p> <p>Mais si les DA n'augmentent en tout cas pas les coûts, ce genre de considération économique ne devrait pas être dissocié de la qualité des soins et des bénéfices cliniques.</p>

## 6.19 Gott 2015

<b>Référence</b>	Gott, M., Allen, R., Moeke-Maxwell, T., Gardiner, C., & Robinson, J. (2015). "No matter what the cost": a qualitative study of the financial costs faced by family and whānau caregivers within a palliative care context. <i>Palliative Medicine</i> , 29(6), 518–528. <a href="http://doi.org/10.1177/0269216315569337">http://doi.org/10.1177/0269216315569337</a>
<b>Résumé</b>	<p>Cette étude qualitative néo-zélandaise considère les coûts assumés par 30 familles de patients en soins palliatifs (SP).</p> <p>Si les proches sont généralement heureux de s'occuper de leur proche mourant, les coûts sont très importants et entraînent de nombreuses privations, des problèmes financiers à long terme et des problèmes de santé chez les proches.</p>
<b>Contexte général</b>	<p>Beaucoup d'études montrent que les SP réduisent les coûts hospitaliers. Par conséquent, les patients en fin de vie passent plus de temps à domicile.</p> <p>Cependant, les frais assumés par les familles et proches aidants sont peu connus et les économies réalisées par les hôpitaux risquent de se répercuter ailleurs.</p> <p>Les proches aidants réalisent déjà 75-90% des soins du domicile et des conséquences sur le bien-être des familles et les charges financières perçues ont déjà été relevés par d'autres études.</p>
<b>Mots-Clefs</b>	Economic, cost, financial, palliative, family, indigenous
<b>Question de recherche</b>	But : Etudier la nature et l'ampleur des coûts assumés par les familles dans un contexte de SP.
<b>Population et contexte de l'étude</b>	<p>30 familles ou proches aidants s'occupant, ou s'étant occupé dans la dernière année, d'une personne en fin de vie.</p> <p>Les participants étaient majoritairement des femmes entre 22 et 79 ans. Les malades étaient le plus souvent leur mère et souffraient le plus souvent d'un cancer.</p> <p>La recherche s'est déroulée dans une grande ville de Nouvelle-Zélande et pendant 6 mois entre 2012-2013.</p>
<b>Intervention</b>	Entretiens semi-structurés de 30 à 90 min concernant le vécu des soins, les coûts des soins quotidiens et liés aux urgences, les autres personnes impliquées dans la situation par rapport aux soins ou aux coûts, et si des aides financières étaient perçues (dons, aide sociale, assurance,...).
<b>Analyse</b>	Traitement des réponses à l'aide d'un logiciel informatique. Méthode qualitative.
<b>Résultats</b>	Les coûts sont importants pour les familles, si une famille à hauts revenus a dû se priver d'un voyage, d'autres, à plus bas revenus, ont contracté des dettes, ont déménagé dans une maison plus petite ou se sont même privé de nourriture.

	<p>Ces coûts se divisent en 2 catégories ; les coûts directs (transport, parking, nourriture, médicaments,...) et les coûts indirects (impossibilité de travailler pour le patient et parfois aussi pour le proche aidant, état de santé du proche aidant (maux de dos, anxiété, dépression et insomnie,...).</p> <p>L'accès aux aides financières par les services sociaux est limité.</p> <p>Le contexte de SP augmente encore les coûts car les gens se préoccupent plus des besoins et du confort de la personne malade que de ce que cela coûte (nourriture plus chère pour motiver le patient à manger malgré les nausées, visites du médecin à domicile pour éviter au patient la fatigue de se déplacer,...).</p>
<p><b>Implications dans la pratique</b></p>	<p>D'autres recherches sont nécessaires afin de quantifier les contributions financières des familles, surtout dans les pays où les SP sont de plus en plus répandus.</p> <p>Les coûts des SP sont à considérer d'une manière globale et non uniquement du point de vue des assurances ou des hôpitaux.</p>

## 6.20 Round 2015

<b>Référence</b>	Round, J., Jones, L., & Morris, S. (2015). Estimating the cost of caring for people with cancer at the end of life: a modelling study. <i>Palliative Medicine</i> , 1–9. <a href="http://doi.org/10.1177/0269216315595203">http://doi.org/10.1177/0269216315595203</a>
<b>Résumé</b>	<p>Cette étude estime les coûts directs et indirects des soins du cancer pour les patients en fin de vie en Grande-Bretagne.</p> <p>Les résultats montrent que les coûts des soins du cancer sont significatifs pour la société. Cependant, une partie importante des soins et des coûts sont supportés par les proches-aidants. Si ces derniers ne pouvaient plus assumer leur fonction (personnes vieillissantes, manque de ressources,...) et que ces services devaient être payés, la société ne pourrait sans doute pas assumer cette charge supplémentaire.</p>
<b>Contexte général</b>	<p>Le coût total des patients mourant d'un cancer est méconnu. Il implique les frais des divers spécialistes, médecins traitants, infirmières en chirurgie, oncologie, SP ou à domicile, institutions (hôpitaux, SP, EMS,...), médicaments, chimio-et radiothérapie, chirurgie et l'aide à la vie de tous les jours ; transports, aide à la toilette, alimentation,...</p> <p>Ce coût est méconnu car il est supporté par le système de santé, les assurances, les associations bénévoles et caritatives, ainsi que les patients et leurs proches-aidants.</p>
<b>Mots-Clefs</b>	Palliative care, cancer, costs, burden of illness, economics
<b>Question de recherche</b>	But : Estimer les coûts directs et indirects des cancers du poumon, sein, colorectal et prostate en fin de vie.
<b>Population et contexte de l'étude</b>	4 études publiées entre 2006 et 2014, étudiant les coûts des soins des patients cancéreux en fin de vie, et menées en Angleterre et au Pays de Galle.
<b>Intervention</b>	<p>Revue de la littérature et recensement des coûts indiqués dans la littérature pour les patients atteints du cancer (poumon, sein, prostate et colorectal) en fin de vie.</p> <p>Période de la fin de vie : moment depuis lequel le décès est attendu et les traitements ne sont plus curatifs (forte consommation d'opioïdes comme traitement principal).</p>
<b>Analyse</b>	Développement d'un modèle d'estimation des coûts indirects liés au cancer (soins et services par les proches, bénévoles, associations,...) à partir des coûts directs (frais d'hospitalisations, EMS, à domicile, matériel, médicaments, consultations médicales,...).
<b>Résultats</b>	Les patients avec la plus grande espérance de vie (sein et prostate) sont ceux qui ont les plus hauts coûts estimés par personne (12'663€ et 14'859€ respectivement).

	<p>Le cancer du poumon est le plus mortel et a les plus hauts coûts estimés entre les 4 types de cancer (226 millions de £, sein ; 130m£, colorectal ; 140m£, prostate ; 144m£).</p> <p>Le coût total estimé pour soigner ces 4 cancers est de 641 millions de £.</p> <p>Les coûts des soins dispensés par les professionnels de santé (275 millions £) et les proches-aidants (211 millions £) sont plus élevés pour les 4 types de cancers que les coûts assumés par les services sociaux (118 millions £) et les bénévoles (30 millions £), bien que ces derniers aient pu être sous-estimés.</p> <p>Les soins dispensés par les proches-aidants (et la perte de revenus que génère cette activité) valent le tiers des coûts totaux (219 millions de £).</p>
<p><b>Implications dans la pratique</b></p>	<p>Actuellement, une partie importante des soins sont prodigués par les proches-aidants.</p> <p>Si ces services devaient être payés, les coûts pour le système de santé seraient encore plus élevés.</p> <p>Avec le vieillissement de la population, la demande pour ces soins va augmenter alors que le nombre de personnes capables de prodiguer ces soins bénévolement va se réduire. Le système de santé, les professionnels de soins et les assurances doivent connaître et anticiper cette réalité future.</p>

## 6.21 Dumont 2015

<b>Référence</b>	Dumont, S., Jacobs, P., Turcotte, V., Turcotte, S., & Johnston, G. (2015). Palliative care costs in Canada: a descriptive comparison of studies of urban and rural patients near end of life. <i>Palliative Medicine</i> , 1–10. <a href="http://doi.org/10.1177/0269216315583620">http://doi.org/10.1177/0269216315583620</a>
<b>Résumé</b>	<p>Cette étude compare les coûts et l'utilisation des services de santé pour les patients et leurs proches-aidants vivant en milieux urbains versus régions rurales.</p> <p>Les résultats montrent que si les coûts sont plus élevés pour les patients des campagnes, ces derniers ne payent pas plus que les citadins. En revanche, la répartition des coûts est différente.</p> <p>L'accessibilité des soins n'est pas optimale dans les régions rurales et l'offre en SP doit être adaptée aux besoins de ces populations.</p>
<b>Contexte général</b>	<p>Bien que dans les centres urbains, les soins palliatifs (SP) soient bien développés autant à l'hôpital qu'à domicile, ce n'est pas le cas pour les régions rurales à cause de la plus faible densité de population.</p> <p>Les SP à domicile sont bien moins accessibles en campagne qu'en ville. De même, les habitants des campagnes voient moins leur médecin traitant et sont plus susceptibles d'être hospitalisés, ce qui montre la faible accessibilité des soins de premiers recours en campagne.</p> <p>Les habitants des campagnes doivent se déplacer dans les grands centres urbains pour recevoir des soins spécialisés. Ces trajets représentent une charge financière. Lorsque ces personnes sont hospitalisées, leur séjour est plus long car ils n'auront pas la possibilité de recevoir des soins ambulatoires ou à domicile à leur sortie.</p>
<b>Mots-Clefs</b>	Palliative care, cost analysis, financial burden, informal care, urban population, rural population
<b>Question de recherche</b>	But : Comparer les coûts de la participation à un programme de SP sur 6 mois entre les régions rurales et urbaines.
<b>Population et contexte de l'étude</b>	<p>Echantillon 5 régions urbaines du Canada ; 125 patients et 127 proches-aidants. 88.8% des patients sont décédés durant l'étude.</p> <p>Echantillon de 4 régions rurales du Canada ; 80 patients et 84 proches-aidants. 55% des patients sont décédés durant l'étude.</p> <p>Les 2 groupes étaient significativement différents en termes de l'état général et du genre et de l'âge du proche-aidant, mais étaient similaires pour les autres caractéristiques sociodémographiques.</p> <p>La plupart des patients souffraient d'un cancer avancé.</p>
<b>Intervention</b>	Données issues de 2 études canadiennes longitudinales antérieures ; données récoltés de 2005-2006 en régions urbaines et de 2009-2011 en régions rurale.

	<p>Suivi des patients pendant 6 mois avec des entretiens aux 2 semaines, en présence aussi du proche-aidant, concernant l'utilisation des services de santé et la répartition des coûts (qui paye quoi ?).</p>
<b>Analyse</b>	<p>Comparaison des coûts et leurs répartitions (système de santé, famille ou associations) entre les régions rurales et urbaines au moyen de tests statistiques.</p>
<b>Résultats</b>	<p>Le coût total par patient est de 26'652CA\$ (SD : 1704) en région urbaine et de 31'018CA\$ (SD : 1159) en région rurale pour 6 mois. Les coûts pour les personnes vivant en campagne sont donc 16.4% plus élevés.</p> <p>47% des patients des villes et 55% des patients des campagnes ont été hospitalisés pendant les 6 mois de l'étude. Le séjour était en moyenne de 8.4 (SD : 0.53) jours pour les citadins et de 10.94 (SD : 1.03) jours pour les patients des campagnes.</p> <p>Pour les habitants des campagnes, les frais hospitaliers sont 29.1% plus chers, les frais liés au matériel médical sont 63.3% plus chers et les frais de médicaments sont 20.1% plus chers que pour les citadins. En revanche, ces derniers ont 25.8% de frais en plus concernant les soins à domicile.</p> <p>Les familles assument 21.9% et 20.8% des coûts alors que les assurances prennent 76.6% et 77.7% des coûts, en régions urbaines et rurales respectivement. La plupart des frais assumés par les assurances sont ceux liés aux hospitalisations.</p> <p>En plus de l'aide financière, les familles contribuent surtout en prodiguant des soins, et cela dans les 2 types de régions.</p> <p>Les familles rurales reçoivent plus de frais liés aux médicaments (31.2% des coûts) et aux transports (26%) alors que les familles urbaines assument davantage les frais des soins à domicile (38% des coûts), de matériel de soin (14.8%) et des médicaments (10.5%).</p> <p>Les proches-aidants ont loupé 32.35 (SD : 5.98, pour les citadins) et 41.42 (SD : 9.58, pour ceux de la campagne) heures de travail pour prendre soin de leur proche malade. Ceux de la campagne ont manqué le travail 21.9% fois plus que les citadins, ce qui représente aussi une perte de revenu.</p>
<b>Implications dans la pratique</b>	<p>Bien que les familles rurales et urbaines assument des proportions égales des coûts, ces derniers ne sont pas répartis de la même manière et les proches-aidant des campagnes sont plus souvent empêché de travailler pour aider leur proche malade.</p> <p>L'accès aux soins de qualité est limité dans les régions rurales, en particuliers les SP et à domicile, ce qui ne favorise pas le maintien et le décès à domicile. Hors, les recherches ont montré que les hospitalisations plus fréquentes et plus longues augmentent les coûts pour le système de santé.</p> <p>Etant donné que les régions rurales ont leurs besoins spécifiques, différents des régions urbaines, les SP doivent être adaptés à ce type de besoins et changer leur modèle.</p>

	<p>Une bonne solution pour le suivi à distance est la consultation par téléphone ou vidéoconférence qui semble se révéler efficace pour réduire les trajets et les dépenses et éviter les hospitalisations et les visites aux urgences.</p>
--	---

## 6.22 Weckmann 2012

<b>Référence</b>	Weckmann, M. T., Freund, K., Bay, C., & Broderick, A. (2012). Medical Manuscripts Impact of Hospice Enrollment on Cost and Length of Stay of a Terminal Admission. <i>The American Journal of Hospice &amp; Palliative Care</i> , 30(6), 5–8. <a href="http://doi.org/10.1177/1049909112459368">http://doi.org/10.1177/1049909112459368</a>
<b>Résumé</b>	Cette étude montre que les patients venant d'un hospice (EMS avec SP) ont un séjour hospitalier et des coûts réduits lors de leur hospitalisation terminale (avec décès) comparé aux patients ne venant pas d'hospice.  Les hospices et les soins qui y sont prodigués sont bénéfiques autant pour les patients et leurs familles que pour le système de santé, et doivent être privilégiés à l'avenir.
<b>Contexte général</b>	Le recherches montrent que les hospices sont un bon moyen pour réduire les coûts, améliorer la satisfaction des patients et des familles, réduire les jours d'hôpital et accroître la probabilité de décéder à l'extérieur de l'hôpital.
<b>Mots-Clefs</b>	hospice, terminal admission, cost, length of stay, cancer, palliative care consult
<b>Question de recherche</b>	But : Etudier si le fait de vivre dans un hospice au moment de l'admission hospitalière terminale influence la durée du séjour ou les coûts, comparé aux patients non inscrit dans un hospice.  Hypothèse : Les patients venant d'un hospice qui décèdent à l'hôpital auront une durée de séjour hospitalier et des coûts réduits comparé aux patients qui décèdent à l'hôpital mais qui n'ont pas reçu des soins dans un hospice.
<b>Population et contexte de l'étude</b>	209 patients adultes décédés de causes non traumatiques, en 2009, dans un grand hôpital universitaire d'Iowa (USA), et ayant vécu une hospitalisation préalable dans les 12mois.  La majorité des patients avait plusieurs diagnostics. Le premier diagnostic lors de l'hospitalisation terminale était les infections (27% des patients), affections respiratoires (20%), maladies cardiaques ou vasculaires (17%), cancers (13%), affections neurologiques (10%), maladies intestinales (8%) et maladies auto-immunes (1%).
<b>Intervention</b>	2 groupes : patients décédés à l'hôpital mais venant d'un hospice (seulement 7 patients) vs. patients décédés à l'hôpital et venant d'ailleurs qu'un hospice (202 patients).  Les deux groupes sont équivalents en termes d'âges.  Comparaison des 2 groupes en termes de coûts et de durée de séjour hospitalier.
<b>Analyse</b>	Revue rétrospective des décès hospitaliers selon les registres de l'hôpital.  Analyses au moyen de tests statistiques ; analyses descriptives et tests sur les rangs pour comparer les différences en âge, coûts et durée de séjour entre les deux groupes.

<p><b>Résultats</b></p>	<p>Les patients venant d'un hospice ont une durée de séjour hospitalière plus courte (4.47 jours) et des coûts plus bas (4'963\$) durant leur hospitalisation terminale que les patients ne venant pas d'hospice (25.05 jours et 52'219\$).</p> <p>Plus le nombre de diagnostic secondaire est grand, plus les coûts sont élevés (r de Spearman =.32, p=&lt;.001).</p> <p>Les patients ayant eu une consultation de soins palliatifs (n=98) durant leur hospitalisation terminale ont eu des coûts plus bas (41'859\$) mais une durée de séjour équivalente (13.16 jours vs. 12.89 jours) que ceux qui n'ont pas eu cette consultation (n=111, 58'386\$).</p>
<p><b>Implications dans la pratique</b></p>	<p>Les hospices semblent être une bonne solution afin d'apporter des soins plus rentables et appropriés aux patients en fin de vie. Le fait d'augmenter le nombre d'admission dans les hospices, pour les patients appropriés, aurait des conséquences bénéfiques aussi bien pour les patients et leurs familles que pour le système de santé.</p>

6.23 May 2014

<b>Référence</b>	May, P., Normand, C., & Morrison, R. S. (2014). Economic impact of hospital inpatient palliative care consultation: review of current evidence and directions for future research. <i>Journal of Palliative Medicine</i> , 17(9), 1054–1063. <a href="http://doi.org/10.1089/jpm.2013.0594">http://doi.org/10.1089/jpm.2013.0594</a>
<b>Résumé</b>	Cet article est une revue de la littérature sur 10 ans qui montre que les consultations de soins palliatifs à l'hôpital permettent des économies par rapport aux traitements traditionnels.  Cependant, la disparité des études au niveau de leur méthodologie ainsi que certaines contractions dans leurs résultats soulignent le besoin de recherches plus complètes et comparables.
<b>Contexte général</b>	De nos jours, les analyses des coûts et de l'efficacité des programmes de soins sont essentielles afin de contrôler les coûts de la santé à long terme.  Cependant, les résultats de la littérature concernant l'impact économique des soins palliatifs sont peu nombreux et disparates. De plus, il n'y a pas encore eu de revue publiée sur les coûts des consultations de soins palliatifs (CSP) pour les patients hospitalisés, alors que c'est le modèle le plus utilisé aux USA.
<b>Mots-Clefs</b>	-
<b>Question de recherche</b>	But : Faire une revue systématique de la littérature concernant les coûts des CSP à l'hôpital et identifier les besoins pour les recherches futures.
<b>Population et contexte de l'étude</b>	Sélection des articles comparant les coûts et/ou l'efficacité des CSP pour les patients hospitalisés.  10 articles sélectionnées d'après les critères suivants ; étudier un programme de soins palliatifs chez les patients hospitalisés, patients adultes, identifier les résultats et les conséquences économiques, recherche systématique et articles publiés en anglais.  Les 10 articles viennent des USA et ont été publiés entre 2004-2013.  Les études sont assez disparates entre elles avec des groupes allant de 27 à 4908 patients. La plupart des études étudient les coûts de la perspective de l'hôpital et ne tiennent pas compte des conséquences pour le patient ou ses proches-aidants. Les équipes de SP sont hétérogènes ; le plus souvent composées d'un médecin, une infirmière, une assistante sociale, un aumônier, mais parfois il y a un psychologue et une infirmière oncologue en plus et d'autres fois, il n'y a que le médecin et l'infirmière.
<b>Intervention</b>	Analyse de la littérature sur les bases de données selon les critères exposés ci-dessus.
<b>Analyse</b>	Comparaison rétrospective des résultats entre les études.
<b>Résultats</b>	Toutes les 10 études montrent que les CSP sont économes pour l'hôpital en comparaison avec les soins traditionnels. Pour les hôpitaux, les économies s'élèvent entre 9%-25% (Ciemins et al., 2007, Hanson et al., 2008).

	<p>Les soins post sorties sont également de 32% moins chers pour les patients SP que pour les autres (mesuré sur une durée de 6 mois – Gade et al., 2008).</p> <p>Concernant les frais auxiliaires, une étude montre une économie de 43% pour le laboratoire et la radiologie chez les patients SP (Penrod et al., 2006). Une autre ne trouve pas de différence pour l'imagerie mais en constate pour le laboratoire et les traitements (Penrod et al., 2010).</p> <p>Certaines études montrent que les patients qui décèdent à l'hôpital semblent coûter plus cher (Morrison et al., 2011), mais d'autres trouvent l'effet inverse avec 5% d'économie pour les survivants et 31% pour les décédés (Whitford et al., 2013)</p> <p>Les soins intensifs sont moins utilisés par les patients SP que les autres (Penrod et al., 2006).</p>
<p><b>Implications dans la pratique</b></p>	<p>Les recherches futures doivent élargir le champ des évaluations économiques afin de ne pas tenir compte que des coûts pour l'hôpital mais de prendre en compte tout le réseau ainsi que les conséquences pour les patients, p.ex ; coûts pour le système de santé, temps que la famille consacre au patient, comorbidité des proches-aidants, conséquences financières de la maladie sur la famille,...</p>

## 6.24 McCaffrey 2013

<b>Référence</b>	McCaffrey, N., Agar, M., Harlum, J., Karnon, J., Currow, D., & Eckermann, S. (2013). Is home-based palliative care cost-effective? An economic evaluation of the Palliative Care Extended Packages at Home (PEACH) pilot. <i>BMJ Supportive &amp; Palliative Care</i> , 3(4), 431–435. <a href="http://doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000361">http://doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000361</a>
<b>Résumé</b>	Cette étude pilote démontre qu'un programme australien de soins palliatifs à domicile réduit les frais d'hospitalisation et augmente le nombre de jours à domicile, ce qui engendre des bénéfices par rapport aux coûts du programme.
<b>Contexte général</b>	90% des personnes en fin de vie souhaitent être soignées et mourir chez elles. Souvent, les services infirmiers et sociaux ne parviennent pas à se mobiliser assez rapidement, ce qui cause des retards dans la prise en charge à domicile. Le programme PEACH (palliative care extended packages at home) est une étude pilote randomisée contrôlée qui propose des SP à domicile et mesure l'impact de ces interventions.
<b>Mots-Clefs</b>	-
<b>Question de recherche</b>	But : Evaluer la rentabilité d'un programme de SP à domicile comparé aux soins habituels après la sortie d'hôpital.
<b>Population et contexte de l'étude</b>	31 patients australiens, d'environ 63ans, souffrant d'un cancer avancé et avec une gestion des symptômes complexe ou instable. 23 patients ont bénéficié du programme PEACH et les 8 autres formaient le groupe contrôle. 68% des patients sont décédés durant le suivi. Le programme PEACH comprenait des soins infirmiers à domicile, un service mobilisable rapidement et disponible 24/24h, des équipements adaptés et une bonne coordination des soins.
<b>Intervention</b>	SP à domicile à la sortie de l'hôpital et pendant un suivi de 28 jours. Mesure des conséquences sur la santé du patient, des coûts, des ressources supplémentaires, du nombre de jours à domicile, des hospitalisations, de la durée du séjour hospitalier, des visites ambulatoire et du lieu du décès.
<b>Analyse</b>	Analyse des coûts et de la rentabilité pour les 2 groupes à l'aide de statistiques.
<b>Résultats</b>	Les coûts du programme de soins à domicile s'élèvent à 3489\$ pour le suivi de 28 jours. Les coûts d'hospitalisation sont de 2450\$ de moins pour les patients PEACH comparé aux patients contrôles. Les patients PEACH ont passé en moyenne 13.1 jours à domicile, ce qui représente 1 jour de plus que le groupe contrôle. Le bénéfice sur le nombre de jours à domicile est positif dès que le seuil pour un jour de plus à domicile dépasse 1068\$. En retirant des analyses un patient

	<p>ayant des coûts particulièrement élevés et sortant de la norme, ce seuil s'abaisse à 846\$.</p> <p>Sur les patients décédés, 56% des patients PEACH sont décédés à domicile versus 80% pour le groupe contrôle.</p> <p>En conclusion, les coûts des SP à domicile sont compensés par la réduction des coûts d'hospitalisation et l'augmentation du nombre de jours à domicile. Les SP à domicile semblent être plus rentables que les soins traditionnels.</p>
<p><b>Implications dans la pratique</b></p>	<p>Les recherches futures doivent déterminer si ce seuil de 1 jour supplémentaire à domicile est déterminant dans les prises de décisions concernant les hospitalisations.</p>

## 6.25 Teo 2014

<b>Référence</b>	Teo, W.-S. K., Raj, A. G., Tan, W. S., Ng, C. W. L., Heng, B. H., & Leong, I. Y.-O. (2014). Economic impact analysis of an end-of-life program for nursing home residents. <i>Palliative Medicine</i> , 28(5), 430–437. <a href="http://doi.org/10.1177/0269216314526270">http://doi.org/10.1177/0269216314526270</a>
<b>Résumé</b>	Cette recherche démontre l'efficacité d'un programme de soins palliatifs et l'impact des directives anticipées sur les coûts et l'utilisation des services de santé dans les 3 et 1 derniers mois de la vie dans les EMS de Singapour.  Les économies réalisées par un tel programme doivent inspirer les assurances et les prestataires de soins afin de favoriser les soins en EMS plutôt que les hospitalisations ainsi que le développement des soins palliatifs dans ces institutions.
<b>Contexte général</b>	Les soins de fin de vie sont chers, le plus souvent à cause de traitements lourds administrés aux patients au lieu de soins de confort.  A Singapour, les soins palliatifs sont fréquemment proposés dans les hôpitaux mais pas dans les EMS. A cause du manque de ressources humaines et financières de ces EMS, les résidents à l'approche de la mort sont souvent admis à l'hôpital.  Le programme CARE (pour Care at the End-of-life for Residents in homes for the Elderly) a été développé en 2009 pour les EMS qui désirent l'appliquer et comprend des soins palliatifs et des discussions sur les directives anticipées et les soins souhaités pour la fin de vie.
<b>Mots-Clefs</b>	Economic, cost, palliative care, advance care planning, nursing home, Asia, Singapore
<b>Question de recherche</b>	But : Evaluer l'impact économique du programme de soins de fin de vie (CARE) sur les résidents âgés d'un EMS, comparé aux patients recevant des soins de fin de vie traditionnels.  Hypothèse : le programme CARE réduit les coûts comparés aux soins traditionnels.
<b>Population et contexte de l'étude</b>	7 EMS de Singapour d'environ 194 lits et proches de l'hôpital Tan Tock Seng (hôpital public et aigus de 1200 lits au centre de Singapour) et pratiquant le programme CARE depuis au moins 3 mois.  48 patients du programme ; résidents identifiés à risque de mourir dans un an ou avant, vivant en EMS depuis au moins 3 mois et recevant le programme CARE  197 contrôles sélectionnés rétrospectivement car décédés dans les 2 ans avant l'introduction du programme CARE, et ayant vécu au moins 3 mois dans un de ces EMS.  Les patients du programme étaient plus âgés, avaient plus de comorbidités et avaient besoin de plus de soins que les patients du groupe contrôle (contrôles).
<b>Intervention</b>	Les patients à risque de décéder dans un an ou moins étaient identifiés. Selon leurs souhaits de recevoir des soins de confort, ils étaient enrôlés dans l'étude

	<p>pour le groupe programme CARE. Les patients et leurs familles rédigeaient leurs directives anticipées.</p> <p>Le personnel des EMS a été entraîné au programme par des infirmières de l'hôpital Tan Tock Seng qui les visitaient régulièrement afin de garantir la qualité du programme. Les médecins traitant des patients visitaient également les EMS afin d'assurer le suivi.</p> <p>Comparaison des coûts médicaux entre 2 groupes ; programme CARE vs. soins traditionnels, à 3 mois avant le décès et à 1 mois avant le décès.</p>
<b>Analyse</b>	<p>Les données démographiques, diagnostics et sur l'utilisation des ressources de santé ont été extraites des dossiers de soins en 2011. Les données financières ont été estimées selon l'utilisation des services de santé, les hospitalisations, la durée de séjour, le besoin de soins et les traitements médicamenteux.</p> <p>Les analyses ont eu lieu post-mortem à l'aide de tests statistiques.</p>
<b>Résultats</b>	<p>Lors des 3 derniers mois de vie, les contrôles ont été hospitalisés plus que les patients CARE. Les patients CARE ont passé plus de jours à l'EMS que les contrôles (90 vs. 84 jours, 94% du temps vs. 87%).</p> <p>Les coûts d'hospitalisation sont plus bas pour les patients CARE que pour les contrôles, car leurs hospitalisations sont plus courtes et plus rares.</p> <p>Le programme CARE démontre une économie de SGD\$ 7'129 par résidents sur les 3 derniers mois de vie, et de SGD\$ 3'703 sur le dernier mois de vie. Plus de 50% de l'économie vient donc du dernier mois de vie.</p>
<b>Implications dans la pratique</b>	<p>Cette étude montre l'impact important des soins palliatifs, des directives anticipées et des traitements limitant le prolongement de la vie sur les coûts de la santé.</p> <p>Alors que le nombre de personnes qui nécessitera des soins en EMS ces prochaines années et décennies ira croissant, ces résultats doivent inspirer les assurances et les prestataires de soins dans leurs prises de décisions concernant la répartition des ressources du système de santé.</p>

## 6.26 McCarthy 2014

<b>Référence</b>	McCarthy, I. M., Robinson, C., Huq, S., Philastre, M., & Fine, R. L. (2014). Cost savings from palliative care teams and guidance for a financially viable palliative care program. <i>Health Services Research</i> , 217–236. <a href="http://doi.org/10.1111/1475-6773.12203">http://doi.org/10.1111/1475-6773.12203</a>
<b>Résumé</b>	Cette étude texane montre que les consultations de soins palliatifs (CSP) durant l'hospitalisation permettent une économie de 3426\$ par patients bénéficiant de soins palliatifs (SP) décédés à l'hôpital comparé aux patients non-SP.  Les auteurs identifient d'autres facteurs comme la structure de l'équipe SP, le diagnostic du patient et le timing de la CSP qui permettront de réaliser plus d'économies à l'avenir.
<b>Contexte général</b>	Les programmes de SP sont moins développés au Texas que dans les autres régions des USA, bien que les bienfaits de ces soins aient été plusieurs fois démontrés autant sur le bien-être des patients, la satisfaction des proches et la réduction des coûts hospitaliers.
<b>Mots-Clefs</b>	Palliative care, hospital cost savings
<b>Question de recherche</b>	But : Quantifier les économies réalisées par les SP et identifier les circonstances qui font varier le montant de ces économies.
<b>Population et contexte de l'étude</b>	Dossiers administratifs de 5 hôpitaux (4 hôpitaux régionaux et un hôpital universitaire) du Texas (USA) sur les hospitalisations de 37'208 patients entre janvier 2009 et juin 2012.  2388 patients faisaient partie du groupe SP (1816 sont sortis vivant et 572 sont décédés à l'hôpital) et 34'820 faisaient partie du groupe non-SP (33'574 sont sortis vivant et 1246 sont décédés à l'hôpital). Les patients du groupe SP ont été appariés avec les patients du groupe non-SP.  Tous les patients étaient âgés d'au moins 18 ans et ont été hospitalisés entre 7 et 30 jours.  Les CSP consistait en un entretien formel avec un membre de l'équipe de SP à l'hôpital. Les données de la CSP étaient récoltées à l'aide d'un questionnaire structuré et entré dans une base de données.  Les coûts considérés sont les coûts directs assumés par l'hôpital pour l'hospitalisation du patient.
<b>Intervention</b>	Comparaison des coûts des patients SP et non-SP sur une hospitalisation.
<b>Analyse</b>	Analyse rétrospective des coûts selon les dossiers administratifs.
<b>Résultats</b>	Le coût moyen de l'hospitalisation d'un patient non-SP décédé à l'hôpital est de 33'075\$ alors qu'il est de 29'649\$ pour un patient SP décédé à l'hôpital. Les CSP permettent donc une économie de 3426\$ par patients SP décédés à l'hôpital.  Il n'y a pas de différence significative pour les patients sortis vivants de l'hôpital, mais pour ce groupe-là, les économies potentielles dépendent d'autres

	<p>facteurs comme la structure de l'équipe SP, le diagnostic du patient et le timing de la CSP ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Structure de l'équipe SP : les établissements avec le plus d'infirmières et de médecins spécialisés en SP impliqués ont réalisés les plus grosses économies, alors que les établissements avec le moins de personnel spécialisé impliqué n'ont eu que peu de bénéfices.</li> <li>• Diagnostic du patient : les économies sont significatives pour les patients ayant le cancer comme premier diagnostic. Les économies se montent à 3647\$ pour les patients sortis vivants et 7126\$ pour les patients décédés à l'hôpital.</li> <li>• Timing de la CSP : les économies sont significatives pour les patients ayant eu la CSP dans les 10 premiers jours d'hospitalisation. Les économies se montent à 2696\$ pour les patients sortis vivants et 9689\$ pour les patients décédés à l'hôpital.</li> </ul> <p>Les CSP n'ont pas montré de bénéfice sur les patients sortis vivants souffrant d'infection ou de maladie pulmonaire, ou ayant eu la CSP après plus de 10 jours d'hospitalisation.</p>
<p><b>Implications dans la pratique</b></p>	<p>Cette recherche montre l'importance de sélectionner de manière appropriée des patients pouvant bénéficier d'une CSP, de faire la CSP au plus tôt dans l'hospitalisation et que des médecins et infirmières spécialisés en SP soient impliqués dans les soins et les consultations. Le respect de ces facteurs va permettre des programmes de SP viables et économiques pour les hôpitaux.</p>

## 6.27 Gomez-Batiste 2012

<b>Référence</b>	Gomez-Batiste, X., Caja, C., Espinosa, J., Bullich, I., Martinez-Munoz, M., Porta-Sales, J., ... Stjernsward, J. (2012). The catalonia world health organization demonstration project for palliative care implementation: Quantitative and qualitative results at 20 years. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> , 43(4), 783–794. <a href="http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.05.006">http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.05.006</a>
<b>Résumé</b>	<p>Cette étude décrit les résultats qualitatifs et quantitatifs d'un programme d'implémentation et d'évaluation des soins palliatifs (SP) depuis 20 ans en Catalogne (Espagne).</p> <p>De nouveaux services de SP ont vu le jour, les professionnels se sont formés et les SP sont plus enseignés. Les économies et la satisfaction des patients sont significatives.</p>
<b>Contexte général</b>	<p>Les pays avec un système de santé peinent à faire face à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et des demandes pour des ressources de santé et sociales.</p> <p>C'est pourquoi, en 1989, l'OMS et le système de santé de Catalogne ont monté un projet d'implémentation des SP afin de favoriser l'égalité d'accès aux SP et la qualité des interventions de SP.</p> <p>Tous les 5 ans, les progrès sont évalués et rapportés, les objectifs d'améliorations pour les 5 prochaines années sont décrits.</p>
<b>Mots-Clefs</b>	Palliative care services, palliative care programs, planning, public health
<b>Question de recherche</b>	But : implémenter et évaluer les services de SP en Catalogne.
<b>Population et contexte de l'étude</b>	<p>3568 professionnels de soins interrogés en 2009, représentant 23'100 patients traités en 2009 et plus de 250'000 patients traités en 20 ans, dans tous les centres de soins, représentant 13'600 lits de soins primaires, 9000 lits de réhabilitation et soins continus et 50'000 lits d'EMS.</p> <p>Intervention de SP : approche systématique des besoins multidimensionnels des patients avec une maladie avancée et de leur famille, dispensée par une équipe multidisciplinaire (médecins, infirmières, assistantes sociales), en utilisant les directives anticipées, les soins continus et les soins individualisés.</p>
<b>Intervention</b>	Evaluer si et comment les SP sont proposés dans les unités de SP, équipes hospitalières, soins à domicile, cliniques ambulatoires, équipes de soutien psychosocial,...
<b>Analyse</b>	-
<b>Résultats</b>	<p><u>Après 5 ans depuis le dernier rapport (mais 20 ans de programme)</u></p> <p>Accès aux SP :</p> <p>83% des hôpitaux proposent des SP, dont une unité pour les patients atteints du SIDA dans un centre pénitentiaire, 2 équipes de soutien pour les SP pédiatriques.</p>

	<p>Implémentation de nouveaux services de soins ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 équipes de soutien psychosocial de plus</li> <li>• 15 équipes de SP hospitaliers de plus</li> <li>• 36 cliniques de SP ambulatoires de plus</li> <li>• 1 équipe de recherche en SP</li> </ul> <p>Formation des professionnels de soin :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 102 formations continues en SP proposées desquelles 1970 professionnels de soins ont profité (3.4% ont fait un Master en SP, 15.2% ont fait un diplôme de niveau intermédiaire et 51.9% ont fait une formation de base).</li> <li>• Toutes les écoles d’infirmières et 50% des cursus en médecine et en travail social proposent des cours de SP.</li> <li>• La plupart des médecins généralistes ont un module d’1-2 mois sur les SP durant leur spécialisation.</li> </ul> <p>Coûts (estimations) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coûts globaux des SP pour toute la région en 2009 = 52'568'000€ (2275€ par patient).</li> <li>• Economies réalisées dans la même région en 2009 = 69'300'000€ (3000€ par patient).</li> <li>• Economie globale nette = 16'732'000€</li> </ul> <p>En résumé, les SP économisent plus qu’ils ne coûtent, et ces économies sont dues à la réduction des coûts hospitaliers.</p> <p>Efficacité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 91.8% des patients voient leur douleur diminuer.</li> <li>• Tous les médicaments nécessaires à la gestion de la douleur sont prescrits et administrés.</li> <li>• 83.2% des patients ont eu une meilleure gestion de leur dyspnée.</li> </ul>
<p><b>Implications dans la pratique</b></p>	<p>Recommandations pour l’amélioration des SP :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation continue des professionnels de soins par des cours et des workshops.</li> <li>• Former des infirmières spécialisées en SP.</li> <li>• Faire des guides de bonnes pratiques à disposition des équipes hospitalières, en EMS et à domicile.</li> <li>• Soutenir les équipes, faire des colloques et prévenir les burnout.</li> <li>• Utiliser des outils d’évaluation des symptômes</li> <li>• Promotion des soins à domicile</li> <li>• Accès à des consultations rapides</li> <li>• Développement des consultations téléphoniques</li> <li>• Promouvoir les directives anticipées.</li> <li>• Favoriser les chambres individuelles pour favoriser l’intimité et la dignité.</li> <li>• Former et soutenir les proches aidants.</li> </ul> <p>A cause de l’augmentation constante du nombre de patients avec une maladie chronique et de leurs besoins, les SP doivent être implémentés comme un élément de base du système de santé national.</p>

	L'accès aux SP doit être considéré comme un droit humain et être inclus dans le système de santé primaire et même dans les constitutions.
--	---

## 7 ANNEXE IV – LES TABLEAUX DE SYNTHÈSE DÉTAILLÉS

### 7.1 Constat no 3 : dans à peu près tous les domaines, les Soins palliatifs (SP) sont moins coûteux que les soins traditionnels

Montants	Lieu	Milieu	N	Comp	Diff	Références
Réduction des coûts moyens par patients décédés (en \$)	USA	Hospit	25459	SP vs non-SP	4'908\$ par patient décédé	(S. R. Morrison et al., 2008) cité dans (McGrath et al., 2013)
Réduction des coûts moyens par patients décédés en % les 30 derniers jours	Corée	Hospit	114'828	SP vs non-SP	0.39% de moins par patient décédé	(Kim, Han, Kim, & Park, 2015)
Réduction des coûts moyens par patients décédés en % les 3 derniers mois	Corée	Hospit	114'828	SP vs non-SP	0.23% de moins par patient décédé	(Kim et al., 2015)
Les coûts moyens par patients par jour.	USA	Hospit	201	Non SP vs SP	1027\$ - 754\$ = 273\$ → 26% de moins pour SP	(McGrath et al., 2013)
Les coûts par patient (après 15 jours)	USA	Hospit	201	SP vs Non-SP	15 jours = 46K\$-28K\$ = 18 K\$ → 39% de moins pour SP après 15 jours.	(McGrath et al., 2013)
Coûts moyens des 30 derniers jours de vie	Belgique	EMS	181	30 derniers jours de vie	3243€ par patient, correspondant à 108€ par jour	(Simoens et al., 2013)
Coûts moyens des 30 derniers jours de vie	Belgique	EMS	181	Non-SP vs SP	3822€ vs 2456€ = 1366€ → 36% de moins pour SP.	(Simoens et al., 2013)
Coûts moyens des 30 derniers jours de vie	Canada	Domicile	8643	Survie < 3 mois après Dx) vs (survie > 6 mois)	1941\$ vs 1846\$	(Bremner et al., 2015)
Coûts moyens des 180 derniers jours de vie	Canada	Tous	8643	(Survie 1-3 mois après Dx) vs (Survie 3-6 mois) vs (survie > 6 mois)	26'009\$ vs 32'209\$ (23% de plus) vs 26'038\$ (<1% de plus)	(Bremner et al., 2015)

Montants	Lieu	Milieu	N	Comp	Diff	Références
Coûts moyens des 180 derniers jours de vie	USA	Tous	16858	(Survie 1-3 mois après Dx) vs (Survie 3-6 mois) vs (survie > 6 mois)	26'008\$ vs 38'234\$ (47% de plus) vs 31'977\$ (23% de plus)	(Bremner et al., 2015)
Coûts moyens par patients pour 180 jours	USA, 2002	Hospit	512	Non-SP vs SP	21'252\$ - 14'486\$ = 6'766\$ → 32% de moins pour SP	(Gade et al., 2008) cité dans ((Smith et al., 2014)
Coûts moyens par patients pour 180 jours	Corée	Unités spécialisées en SP	656	SP vs non-SP	21'591\$ vs 29'577\$ → 27% de moins pour les SP	(Jung et al., 2012)
Coûts pour un suivi de 28 jours de SP à domicile	Australie	Domicile	31	SP	3'489\$ pour SP à domicile	(McCaffrey et al., 2013)
Coûts des hospitalisations lors d'un suivi de 28 jours de SP	Australie	Hospit	31	SP vs non-SP	2'450\$ de moins pour les SP à domicile	(McCaffrey et al., 2013)
Coûts moyens pour 15 jours de soins	France	Hospit	82	Non-SP vs SP	3490€ - 1202€ = 2288€ → 66% de moins pour les SP.	(Raphael et al., 2005) cité dans (Smith et al., 2014)
Les coûts par patients par jour	Belgique	Hospit	146	SP vs non-SP	283€ - 340€ = 57 euros → 17% de moins pour SP.	(Simoens et al., 2010)
Les coûts par patients par jour	USA (NY)	Hospit	2104	Non-SP vs SP	1219\$ - 991\$ = 228\$ → 19% de moins pour SP.	(Tangeman et al., 2014)
Les coûts par patients sortis vivants par jour	USA (NY)	Hospit	1717	SP vs Non-SP	2'254\$ vs 2'744 = 490\$ → 22% de moins pour SP	(Morrison et al., 2011)
Les coûts par patients décédés par jour	USA (NY)	Hospit	334	SP vs Non-SP	3'187\$ vs 3'503\$ = 316\$ → 10% de moins pour SP	(Morrison et al., 2011)
Coûts moyens quotidiens par patients pour 180 jours	USA, 2002	Hospit	512	Non-SP vs SP	118\$ vs 81\$ → 32% de moins pour SP (-\$4,855 sur 6 mois pour SP)	(Gade et al., 2008) cité dans (Smith et al., 2014)

Montants	Lieu	Milieu	N	Comp	Diff	Références
Economie par jour d'hospitalisation pour des patients en phase terminale.	USA	Hospit	25459	SP vs non-SP	174\$ de moins par patient SP	(S. R. Morrison et al., 2008) cité dans (Smith et al., 2014)
Economie par jour d'hospitalisation pour des patients en phase terminale.	USA	Hospit	314	SP vs non-SP	239\$ de moins par patient SP	(Penrod et al., 2006), cité dans (Smith et al., 2014)
Economie par jour d'hospitalisation pour des patients en phase terminale.	USA	Hospit	3321	SP vs non-SP	464\$ de moins par patient SP	(Penrod et al., 2010), cité dans (Smith et al., 2014)
Economies totales pour les hospitalisations	USA	Hospit	40069	CSP vs Non-CSP	9-25% d'économie	(May et al., 2014)
Coûts moyens pour des SP intégrés aux unités aigues vs SP dispensés par une unité spécialisée (US)	USA	Hospit	1291	SP intégrés vs SP US	50'715\$ vs. 58'531\$ = 7'816\$ → 13% de moins pour SP intégrés.	(Yoo et al., 2012)
Coûts de l'hospitalisation terminale des patients.	USA	Hospit	209	CSP vs Non-CSP	41'859\$ vs 58'386\$ = 16'527\$ → 28% de moins pour CSP.	(Weckmann, Freund, Bay, & Broderick, 2012)
Coûts de l'hospitalisation des patients décédés.	USA	Hospit	1477	CSP vs Non-CSP	54'949\$ vs. 79'660\$ = 24'711\$ → 31% de moins pour les CSP. (3'209\$/jr vs 4'692\$/jr)	(Whitford, Shah, Moriarty, Branda, & Thorsteinsdottir, 2014)
Coûts de l'hospitalisation des patients décédés.	USA	Hospit	334	CSP vs Non-CSP	61'241\$ vs 68'804\$ = 7'563\$ → 12% de moins pour les CSP.	(Morrison et al., 2011)
Coûts de l'hospitalisation par patients décédés.	USA	Hospit	37'208	CSP vs Non-CSP	29'649\$ vs 33'075\$ = 3'426\$ → 11% de moins par patients SP	(McCarthy, Robinson, Huq, Philastre, & Fine, 2014)
Coûts de l'hospitalisation des patients sortis vivant de l'hôpital.	USA	Hospit	1477	CSP vs Non-CSP	35'449\$ vs. 37'447\$ = 1'998\$ → 5.3% de moins pour les CSP. (2'769\$/jr vs 2'280\$/jr)	(Whitford et al., 2014)

Montants	Lieu	Milieu	N	Comp	Diff	Références
Coûts de l'hospitalisation des patients sortis vivant de l'hôpital.	USA	Hospit	1717	CSP vs Non-CSP	32'643\$ vs 36'741\$ = 4098\$ → 12% de moins pour les CSP.	(Morrison et al., 2011)
Différence de coût du séjour hospitalier après la CSP pour les patients survivants	USA	Hospit	1477	CSP vs Non-CSP	Réduction de 1'858\$ pour les CSP.	(Whitford et al., 2014)
Différence de coût du séjour hospitalier après la CSP pour les patients décédés.	USA	Hospit	1477	CSP vs Non-CSP	Réduction de 2'650\$ pour les CSP.	(Whitford et al., 2014)
Différence de coûts pré et post-CSP pour les patients survivants	USA (NY)	Hospit	1717	CSP vs Non-CSP	Réduction de 666\$ pour les CSP.	(R. S. Morrison et al., 2011)
Différence de coûts pré et post-CSP pour les patients décédés	USA (NY)	Hospit	334	CSP vs Non-CSP	Réduction de 844\$ pour les CSP.	(R. S. Morrison et al., 2011)
Les coûts des laboratoires par patient par jour.	USA	Hospit rural	25	(3 jours avant CSP) vs (3 jours après CSP)	( $\mu=35\$, SD=30.84\ \$$ ) vs ( $\mu=117\$, SD=103.09\ \$$ ) = 82\$ → 70% de moins après la CSP	(Armstrong, Jenigiri, Hutson, Wachs, & Lambe, 2013)
Les coûts des laboratoires et de radiologie par patient	USA	Hospit	314	CSP vs Non-CSP	43% d'économie pour CSP	(Pendrod, 2006) cité dans (May et al., 2014)
Les coûts de la radiologie par patient par jour.	USA	Hospit rural	25	(3 jours avant CSP) vs (3 jours après CSP)	( $\mu=132\$, SD=104.76\ \$$ ) vs ( $\mu=35\$, SD=43.52\ \$$ ) = 97\$ → 74% de moins après la CSP	(Armstrong et al., 2013)
Les coûts de la pharmacie et indirects par patient par jour.	USA	Hospit rural	25	(3 jours avant CSP) vs (3 jours après CSP)	Non sign.	(Armstrong et al., 2013)
Les coûts de la pharmacie par patient décédés pour l'hospitalisation	USA	Hospit	334	CSP vs Non-CSP	8'168\$ vs 10'392 = 2'224\$ → 27% de moins pour CSP	(Morrison et al., 2011)
Coûts totaux par jour par patient.	USA	Hospit rural	25	(3 jours avant CSP) vs	521\$ de moins après la CSP.	(Armstrong et al., 2013)

Montants	Lieu	Milieu	N	Comp	Diff	Références
				(3 jours après CSP)		
Différence de coût total mensuel moyen des soins (y.c. visites aux urgences, coûts des soins ambulatoires et hospitaliers)	USA	Soins à domicile (<6 mois dans le pgm SP)	148	SP vs Non-SP	Réduction mensuelle non significative.	(Hopp et al., 2015)
Différence de coût total mensuel moyen des soins (y.c. visites aux urgences, coûts des soins ambulatoires et hospitaliers)	USA	Soins à domicile (>6 mois dans le pgm SP).	148	SP vs Non-SP	Réduction mensuelle de 3'416\$ (= 114\$ / jour)	(Hopp et al., 2015)
Coûts quotidien pour des soins	USA	Soins à domicile	298	SP vs Non-SP	95.30\$ vs 212.80\$ = 117.50\$ → 55% de moins pour les SP.	(Brumley et al., 2007) , cité dans (Smith et al., 2014)
Les coûts par patients par jour	Belgique	Unité spécialisée (US)	146	SP US vs SP SA	522€ - 283€ = 239 euros → 84% de plus pour SP en US.	(Simoens et al., 2010)
Coûts des SP en EMS par patient durant le dernier mois de vie	Singapour	EMS	245	SP vs Non-SP	2'693\$ de moins par patient SP	(Teo et al., 2014)
Coûts des SP en EMS par patient durant les 3 derniers mois de vie	Singapour	EMS	245	SP vs Non-SP	5'185\$ de moins par patient SP	(Teo et al., 2014)
Economie par patient pour 1 an de SP	Espagne	Tous	23'100	SP vs Non-SP	3000€ de moins par patients SP	(Gomez-Batiste et al., 2012)

## 7.2 Constat no 4 : Les (ré)admissions-(re)hospitalisations en SP sont moins coûteuses que celles en soins aigus

Intitulé	Lieu	Milieu	n	Comp	Diff	Références
Le coût des admissions des patients.	USA (NY)	Hospit	2104	SP vs Non-SP	Environ 1400\$ sur 10K\$ par admission → 13% de moins pour SP	(Tangeman et al., 2014)
Coûts des réhospitalisations pour un patient qui reçoit des SP en hospice vs un	USA	Hospit	209	SP en hospice vs Rien	4'963\$ vs 52'219\$ = 47'256 d'économie (mais	(Weckmann et al., 2012)

Intitulé	Lieu	Milieu	n	Comp	Diff	Références
patient qui ne vient pas de l'hospice et qui ne reçoit pas de SP.					moins de jours d'hospit. en SP)	
Coûts des réhospitalisations	USA	Hospit	517	SP vs Non-SP	6'421\$ vs 13'275\$ = 6'854\$ → 51% de moins pour les SP.	(Gade et al., 2008) cité dans (Smith et al., 2014)

### 7.3 Bonne pratique no1 : Faire analyser systématiquement et précocement (très rapidement après l'admission – idéalement les jours 1 et 2) les dossiers des patients par des spécialistes en SP.

Intitulé	Lieu	Milieu	n	Comp	Diff	Références
La durée moyenne du séjour hospitalier.	USA	Hospit	201	SP vs Non-SP	8.09 jrs vs 5.26 jrs = 2.83 jrs → 35% de plus pour SP. (Tous : 6.33 jrs)	(McGrath et al., 2013)
La durée moyenne du séjour hospitalier.	USA (NY)	Hospit	2104	SP vs Non-SP	SP : 10.3 ± 0.3 jours vs non-SP : 9.8 ± 0.3 jours = 0.5 jrs → 4.8% de plus pour SP.	(Tangeman et al., 2014)
La durée moyenne du séjour hospitalier.	USA	Hospit	512	SP vs Non-SP	Non-significatif	(Gade et al., 2008) cité dans (Smith et al., 2014)
La durée moyenne du séjour hospitalier.	USA (NY)	Hospit	2051	CSP vs Non-CSP	Non-significatif	(R. S. Morrison et al., 2011)
Durée moyenne de séjour hospitalier, si 1ère Consultation SP Précoce (< 3jrs) vs Tardive (>3 jrs)	USA	Hospit	531	Précoce vs Tardive	5.4 jours vs. 16.6 jours → 68% de moins.	(Reyes-Ortiz et al., 2014)
La durée moyenne du séjour hospitalier.	USA	Soins à domicile (après >6 mois dans le pgm SP)	148	SP vs Non-SP	5.77 jours vs 7.65 jours → 24.6% de moins.	(Hopp et al., 2015)

#### 7.4 Bonne pratique no 2 : Mettre en place une CSP durant l'hospitalisation, influence positivement la trajectoire du patient

<b>Intitulé</b> CSP = Consultation Soins Pall. US = Unité spécialisée	<b>Lieu</b>	<b>Milieu</b>	<b>n</b>	<b>Comp</b>	<b>Diff</b>	<b>Références</b>
Taux de patients ayant accès aux soins à domicile en sortant de l'hôpital	USA (NY)	Hospit	2104	Sp vs Non-SP	13.5% vs. 0.8% (16.9x)	(Tangeman et al., 2014)
Taux de patients ayant accès à une US de SP en sortant de l'hôpital	USA (NY)	Hospit	2104	SP vs Non-SP	20.6% vs. 0.3% (69x)	(Tangeman et al., 2014)
Taux de décès à l'hôpital.	USA	Hospit	1291	SP Intégrés vs SP US	13% vs 18% (1.4x)	(Yoo et al., 2012)
Taux de décès aux soins intensifs	USA (NY)	Hospit	334	CSP vs Non- CSP	34% vs 58% (1.7x)	(R. S. Morrison et al., 2011)
Taux d'admission en EMS+SP après hôpital	USA	Hospit	1291	SP Intégrés vs SP US	14% vs 9% (1.55x)	(Yoo et al., 2012)
Taux d'hospitalisation depuis les soins à domicile.	USA	Soins à domicile (après >6 mois dans le pgm)	148	SP vs Non-SP	54% vs 83% (1.55x)	(Hopp et al., 2015)
Taux d'admission aux soins intensifs	Corée	Hospit	656	SP vs Non-SP	2.4% vs 41,2% (17.2x)	(Jung et al., 2012)
Taux de patients ayant accès à un EMS+SP en sortant de l'hôpital.	USA (NY)	Hospit	1717	CSP vs Non- CSP	30% vs 1% (30x)	(R. S. Morrison et al., 2011)
Taux de patients ayant accès à un EMS+SP en sortant de l'hôpital.	USA	Hospit	1477	CSP vs Non- CSP	31% vs 1% (31x)	(Whitford et al., 2014)

#### 7.5 Bonne pratique no 3 : Mettre en place, durant la CSP en hôpital, un suivi SP pour après l'hospitalisation

<b>Intitulé</b>	<b>Lieu</b>	<b>Milieu</b>	<b>n</b>	<b>Comp</b>	<b>Diff</b>	<b>Références</b>
Taux de réadmission	USA (NY)	Hospit	2104	SP vs Non-SP	SP : 6.7% vs non-SP : 6.6% (1.1x)	(Tangeman et al., 2014)
Si structures d'accueil à la sortie	USA (NY)	Hospit	2104	SP vs Non-SP	1,1% vs. 12.1% (11x)	(Tangeman et al., 2014).

Intitulé	Lieu	Milieu	n	Comp	Diff	Références
Taux de réadmission si suivi SP à la sortie.	USA	Domicile	298	SP vs Non-SP	8.3% vs 25.7% (3.1x)	(Enguidanos, Vesper, & Lorenz, 2012) cité dans (Smith et al., 2014)
Taux de réadmission si suivi en EMS spécialisés à la sortie.	USA	Domicile	298	SP EMS vs Non-SP	4.6% vs 25.7% (5.6x)	(Enguidanos et al., 2012) cité dans (Smith et al., 2014)
Taux de réadmission si suivi en EMS spécialisés SP	Singapour	Hospit	245	SP EMS vs non-SP	6% vs 13% (2.2x)	(Teo et al., 2014)

## 8 BIBLIOGRAPHIE

- Armstrong, B., Jenigiri, B., Hutson, S. P., Wachs, P. M., & Lambe, C. E. (2013). The impact of a palliative care program in a rural Appalachian community hospital: a quality improvement process. *The American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 30(4), 380–7. <http://doi.org/10.1177/1049909112458720>
- Boudin, F., Nie, J.-Y., Bartlett, J., Grad, R., Pluye, P., & Dawes, M. (2010). Combining classifiers for robust PICO element detection. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 10(1), 29. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/10/29>
- Bremner, K. E., Krahn, M. D., Warren, J. L., Hoch, J. S., Barrett, M. J., Liu, N., ... Yabroff, K. R. (2015). An international comparison of costs of end-of-life care for advanced lung cancer patients using health administrative data. *Palliative Medicine*, 1–11. <http://doi.org/10.1177/0269216315596505>
- Brownson, R. C., Allen, P., Duggan, K., Stamatakis, K. a., & Erwin, P. C. (2012). Fostering more-effective public health by identifying administrative evidence-based practices: A review of the literature. *American Journal of Preventive Medicine*, 43(3), 309–319. <http://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.06.006>
- Brownson, R. C., Reis, R. S., Allen, P., Duggan, K., Fields, R., Stamatakis, K. a., & Erwin, P. C. (2014). Understanding administrative evidence-based practices: Findings from a survey of local health department leaders. *American Journal of Preventive Medicine*, 46(1), 49–57. <http://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.08.013>
- Dixon, J., Matosevic, T., & Knapp, M. (2015). The economic evidence for advance care planning : systematic review of evidence. *Palliative Medicine*, (February), 1–28. <http://doi.org/10.1177/0269216315586659>
- Dumont, S., Jacobs, P., Turcotte, V., Turcotte, S., & Johnston, G. (2015). Palliative care costs in Canada: a descriptive comparison of studies of urban and rural patients near end of life. *Palliative Medicine*, 1–10. <http://doi.org/10.1177/0269216315583620>
- Eidgenössisches Departement des Innern EDI - Indesamt für Gesundheit BAG - Direktionsbereich Gesundheitspolitik. (2011). *Soins palliatifs : rapport coût - efficacité. Analyse des études existantes*. Bern (Suisse): Confédération suisse.
- Enguidanos, S., Vesper, E., & Lorenz, K. (2012). 30-day readmissions among seriously ill older adults. *Journal of Palliative Medicine*, 15(12), 1356–1361. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medl&NEWS=N&AN=23045990>
- Gade, G., Venohr, I., Conner, D., McGrady, K., Beane, J., Richardson, R. H., ... Della Penna, R. (2008). Impact of an inpatient palliative care team: a randomized control trial. *Journal of Palliative Medicine*, 11(2), 180–190. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med5&NEWS=N&AN=18333732>
- Glajchen, M., Lawson, R., Homel, P., DeSandre, P., & Todd, K. H. (2011). A rapid two-stage screening protocol for palliative care in the emergency department: a quality improvement initiative. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(5), 657–662. <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.06.011>
- Gomez-Batiste, X., Caja, C., Espinosa, J., Bullich, I., Martinez-Munoz, M., Porta-Sales, J., ... Stjernsward, J. (2012). The catalonia world health organization demonstration project for palliative care implementation: Quantitative and qualitative results at 20 years. *Journal of Pain*

- and *Symptom Management*, 43(4), 783–794.  
<http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.05.006>
- Gott, M., Allen, R., Moeke-Maxwell, T., Gardiner, C., & Robinson, J. (2015). “No matter what the cost”: a qualitative study of the financial costs faced by family and whānau caregivers within a palliative care context. *Palliative Medicine*, 29(6), 518–528.  
<http://doi.org/10.1177/0269216315569337>
- Hopp, F. P., Trzcinski, E., Roth, R., Deremo, D., Fonger, E., Chiv, S., & Paletta, M. (2015). Cost Analysis of a Novel Interdisciplinary Model for Advanced Illness Management. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 32(3), 350–356. <http://doi.org/10.1177/1049909114523827>
- Jung, H.-M., Kim, J., Heo, D. S., & Baek, S. K. (2012). Health economics of a palliative care unit for terminal cancer patients: A retrospective cohort study. *Supportive Care in Cancer*, 20(1), 29–37. Retrieved from  
<http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L51169166>
- Kannan, R., & Kamalini, S. (2013). A novel and cost-effective way to follow-up adequacy of pain relief, adverse effects, and compliance with analgesics in a palliative care clinic. *Indian Journal of Palliative Care*, 19(1), 54–57. <http://doi.org/10.4103/0973-1075.110238>
- Kim, S. J., Han, K.-T., Kim, T. H., & Park, E.-C. (2015). Does hospital need more hospice beds? Hospital charges and length of stays by lung cancer inpatients at their end of life: A retrospective cohort design of 2002–2012. *Palliative Medicine*, 29(9), 808–816 9p.  
<http://doi.org/10.1177/0269216315582123>
- Langton, J. M., Blanch, B., Drew, A. K., Haas, M., Ingham, J. M., & Pearson, S.-A. (2014). Retrospective studies of end-of-life resource utilization and costs in cancer care using health administrative data: a systematic review. *Palliative Medicine*, 28(10), 1167–1196.  
<http://doi.org/10.1177/0269216314533813>
- May, P., Normand, C., & Morrison, R. S. (2014). Economic impact of hospital inpatient palliative care consultation: review of current evidence and directions for future research. *Journal of Palliative Medicine*, 17(9), 1054–1063. <http://doi.org/10.1089/jpm.2013.0594>
- McCaffrey, N., Agar, M., Harlum, J., Karnon, J., Currow, D., & Eckermann, S. (2013). Is home-based palliative care cost-effective? An economic evaluation of the Palliative Care Extended Packages at Home (PEACH) pilot. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 3(4), 431–435.  
<http://doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000361>
- McCarthy, I. M., Robinson, C., Huq, S., Philastre, M., & Fine, R. L. (2014). Cost savings from palliative care teams and guidance for a financially viable palliative care program. *Health Services Research*, 217–236. <http://doi.org/10.1111/1475-6773.12203>
- McGrath, S., Foote Gargis, D., Frith, H., & Hall Michael, W. (2013). Cost Effectiveness of a Palliative Care Program in a Rural Community Hospital. *Nursing Economics*, 31(4), 176–183. Retrieved from  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=107964016&site=ehost-live>
- Morrison, R. S., Dietrich, J., Ladwig, S., Quill, T., Sacco, J., Tangeman, J., & Meier, D. E. (2011). The care span: Palliative care consultation teams cut hospital costs for Medicaid beneficiaries. *Health Affairs*, 30(3), 454–463. <http://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0929>
- Morrison, S. R., Penrod, M. J. D., Cassel, J. B., Caust-Ellenbogen, M., Litke, A., Spragens, L., & Meier, D. E. (2008). Cost savings associated with us hospital palliative care consultation programs. *American Medical Association*, 168(16), 1783–1790.

<http://doi.org/10.1001/archinte.168.16.1783>

- Reyes-Ortiz, C. A., Williams, C., & Westphal, C. (2014). Comparison of Early Versus Late Palliative Care Consultation in End-of-Life Care for the Hospitalized Frail Elderly Patients. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 32(5), 1049909114530183. <http://doi.org/10.1177/1049909114530183>
- Round, J., Jones, L., & Morris, S. (2015). Estimating the cost of caring for people with cancer at the end of life: a modelling study. *Palliative Medicine*, 1–9. <http://doi.org/10.1177/0269216315595203>
- Simoens, S., Kутten, B., Keirse, E., Berghe, P. Vanden, Beguin, C., Desmedt, M., ... Menten, J. (2010). Costs of terminal patients who receive palliative care or usual care in different hospital wards. *Journal of Palliative Medicine*. <http://doi.org/10.1089/jpm.2010.0212>
- Simoens, S., Kутten, B., Keirse, E., Berghe, P. Vanden, Beguin, C., Desmedt, M., ... Menten, J. (2013). Terminal patients in Belgian nursing homes: a cost analysis. *European Journal of Health Economics*, 14, 407–413. <http://doi.org/10.1007/s10198-012-0384-9>
- Smith, S., Brick, A., O’Hara, S., & Normand, C. (2014). Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: a literature review. *Palliative Medicine*, 28(2), 130–150. <http://doi.org/10.1177/0269216313493466>
- Stone, P. W. (2002). Popping the (PICO) question in research and evidence-based practice. *Applied Nursing Research*, 15(3), 197–198. <http://doi.org/10.1053/apnr.2002.34181>
- Tangeman, J. C., Rudra, C. B., Kerr, C. W., & Grant, P. C. (2014). A hospice-hospital partnership: reducing hospitalization costs and 30-day readmissions among seriously ill adults. *Journal of Palliative Medicine*, 17(9), 1005–1010. <http://doi.org/10.1089/jpm.2013.0612>
- Teo, W.-S. K., Raj, A. G., Tan, W. S., Ng, C. W. L., Heng, B. H., & Leong, I. Y.-O. (2014). Economic impact analysis of an end-of-life programme for nursing home residents. *Palliative Medicine*, 28(5), 430–437. <http://doi.org/10.1177/0269216314526270>
- Weckmann, M. T., Freund, K., Bay, C., & Broderick, A. (2012). Medical Manuscripts Impact of Hospice Enrollment on Cost and Length of Stay of a Terminal Admission. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 30(6), 5–8. <http://doi.org/10.1177/1049909112459368>
- Whitford, K., Shah, N. D., Moriarty, J., Branda, M., & Thorsteinsdottir, B. (2014). Impact of a palliative care consult service. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 31(2), 175–82. <http://doi.org/10.1177/1049909113482746>
- Yoo, J. W., Nakagawa, S., & Kim, S. (2012). Integrative palliative care, advance directives, and hospital outcomes of critically ill older adults. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 29(8), 655–62. <http://doi.org/10.1177/1049909111435813>