DES SOINS QUI INTÈGRENT L'APPROCHE PALLIATIVE • AN INTEGRATED PALLIATIVE APPROACH TO CARE

COÛT-EFFICACITÉ DES SOINS PALLIATIFS : ANALYSE DE LA DOCUMENTATION

www.integrationdessoinspalliatifs.ca

Gouvernement du Canada | Government of Canada

Also available in English.

Préparé pour : l'Association canadienne de soins palliatifs
Préparé par : Corinne Hodgson

Nous tenons à remercier les réviseurs pour leurs suggestions et commentaires constructifs sur ce document, y compris :
Serge Dumont, Ph.D., Centre de recherche en cancérologie, Université Laval

Ce document a été réalisé grâce à la contribution financière du Gouvernement du Canada.

Les opinions exprimées dans ce rapport ne repésentant pas nécessairement celles du Gouvernement du Canada.

Pour référence : Association canadienne de soins palliatifs, *Coût-efficacité des soins palliatifs : analyse de la documentation*, Initiative Aller de l'avant : des soins qui intègrent l'approche palliative, 2012.

TABLE DES MATIÈRES

Abréviations 2

Sommaire 3

I. Arguments économiques en faveur des soins palliatifs 5
- Méthodologie.....6
- Comprendre les limites des analyses économiques entourant les soins palliatifs.....8

II. Le coût élevé de la fin de vie 11
- Mourir au Canada : les coûts varient de 10 000 à 40 000 $ 11
- Les trois quarts des coûts liés à la fin de vie sont attribuables aux soins actifs.....11
- Les coûts pour les families 12
- Les soins « traditionnels » coûteux : pas nécessairement la meilleure solution 12

III. Rapport coût-efficacité des soins palliatifs 13
- Programmes en contexte hospitalier 13
- Programmes de soins à domicile 18
- Programmes communautaires.....21
- Programmes en milieu institutionnnel.....22

IV. Comparaison des diverses approches palliatives 24

V. Perceptions des avantages des soins palliatifs 25
- La communication, la détermination d'objectifs et les soins interdisciplinaires : les éléments essentiels à l'efficacité.....25
- La préparation de directives préalables et une meilleure coordination des soins pour améliorer le rapport coût-efficacité.....26
- Accorder la priorité aux soins palliatifs pour maximiser les bénéfices 26
- Plus de recherche rigoureuse sur les avantages économiques des soins palliatifs 27

VI. Conséquences des données relatives au rapport coût-efficacité sur les politiques 28

Réferences 30

Annexe 36

ABRÉVIATIONS

AC	anciens combattants
ASCP	Association canadienne de soins pallitifs
AVAQ	années de vie ajustées en fonction de la qualité
DS	durée du séjour
É.-U.	États-Unis
ECR	essai clinique randomisé
ESP	équipe de soins palliatifs
MPMH	médicine palliative en milieu hospitalier
MPOC	maladie pulmonaire obstructive chronique
ONR	ordonnance de non-réanimation
R.-U.	Royaume-Uni
SP	sclérose en plaques
USI	unité des soins intensifs

SOMMAIRE

Dans le contexte actuel de hausse des coûts de la santé et de préoccupations entourant la viabilité du système de santé financé par l'État, les décideurs s'intéressent de plus en plus aux coûts associés à la dernière année de vie.

Le coût élevé de la fin de vie

Au Canada, les coûts de la fin de vie varient de 10 000 $ pour un décès soudain à 30 000 à 40 000 $ pour le décès d'une personne atteinte d'une maladie mortelle, comme le cancer ou la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). De plus, ces coûts ne sont pas seulement fonction de la cause du décès, mais aussi du lieu où une personne meurt : un décès en contexte institutionnel coûte en moyenne 36 000 $, par rapport à 16 000 $ pour un décès à domicile. Aux États-Unis, on estime que 10 % des bénéficiaires de l'assurance-maladie (Medicare) les plus malades utilisent près de 60 % des fonds du régime, et que 30 % de tous les frais de soins de santé des gens de 65 ans et plus sont attribuables à la dernière année de vie.

En outre, si la majeure partie des coûts associés à la fin de vie est absorbée par le réseau de la santé, les familles doivent aussi éponger des coûts considérables pour les soins et autres frais connexes. Ainsi, une meilleure maîtrise ou la réduction des coûts liés à la fin de vie serait bénéfique tant pour le système de santé que pour les familles et les gens; cela diminuerait la pression exercée sur les ressources de la santé, et permettrait de réaffecter des fonds vers d'autres types de soins à la population.

Les services de soins palliatifs peuvent entraîner la réduction des coûts liés au décès et l'amélioration des soins aux patients

Selon des données recueillies aux États-Unis, au Royaume-Uni et au Canada, la prestation de services de soins palliatifs peut considérablement réduire les coûts de soins de santé des patients en fin de vie. Les soins palliatifs peuvent en effet réduire les admissions à l'hôpital, la durée des séjours (DS) à l'hôpital, les réadmissions, les séjours aux soins intensifs, ainsi que les diagnostics et interventions inappropriés. La prestation de soins palliatifs améliore aussi l'expérience de soins des patients : satisfaction accrue des patients et soignants, meilleure gestion des symptômes, et probabilité accrue pour le patient de mourir dans le contexte de son choix.

La plupart des études s'étant penchées sur le caractère économique des soins palliatifs se sont surtout intéressées aux programmes en milieu hospitalier. Or, malgré quelques limites d'ordre méthodologique, il semble que, par rapport aux soins actifs (aigus) habituels, les soins palliatifs

prodigués à l'hôpital peuvent entraîner pour le système de santé une économie de près de 7 000 à 8 000 $ par patient. Selon une étude ontarienne, le seul fait d'aiguiller vers les soins palliatifs 10 % des patients soignés en soins actifs qui s'approchent de leur fin de vie permettrait de réaliser des économies atteignant les 9 M$. La recherche a également démontré les avantages économiques liés aux soins palliatifs à domicile. Une analyse systématique et plusieurs petites études sur les services de soins palliatifs à domicile a en effet révélé des économies variant de 33 à 68 % par rapport aux soins à domicile habituels. En Espagne, on a démontré que la combinaison de soins palliatifs à l'hôpital et à domicile permet d'économiser des millions d'euros chaque année.

Hélas, peu d'études rendues publiques jusqu'ici ont mesuré les coûts associés aux soins offerts par les soignants « informels » (proches aidants) et les autres frais entourant la fin de vie; les rapports qui traitent de ce sujet semblent indiquer que la prestation de soins palliatifs n'aurait qu'un faible impact sur les coûts assumés par les familles en fin de vie.

Il faudra recueillir plus d'information pour comparer les divers modèles et contextes de soins palliatifs

Peu d'études se sont intéressées au rapport coût-efficacité des divers modèles de prestation de services de soins palliatifs offerts en milieu communautaire — services de jour, coordination des soins par des infirmières, consultations hâtives, services de répit — ou par des établissements indépendants de soins palliatifs.

De la même façon, peu de travaux ont révélé quels modèles ou contextes (hôpital, domicile, établissement ou collectivité) sont préférables, particulièrement ici au Canada. Par exemple, bien que les unités de soins palliatifs (USP) en milieu hospitalier présentent un bon rapport coût-efficacité, elles doivent soigner un certain nombre de patients en fin de vie pour pouvoir réaliser les économies d'échelle nécessaires à leur bon fonctionnement. Par ailleurs, un tel modèle n'est peut-être pas viable hors des grands centres urbains.

L'intégration des soins palliatifs pourrait être un modèle qui convient bien au Canada

La stratégie présentant le meilleur rapport coût-efficacité pourrait être celle d'intégrer l'approche des soins palliatifs dans tous les volets du réseau de la santé. Une telle intégration ferait en sorte que tous les cliniciens dans tous les contextes de soins seraient en mesure de reconnaître le moment auquel les patients et familles peuvent bénéficier d'interventions de soins palliatifs, de prodiguer des services appropriés, et d'accéder au soutien et aux conseils de spécialistes (médecins ou infirmières) en soins palliatifs. Peu coûteuse, cette stratégie permettrait au réseau de la santé de mieux combler les besoins des patients et des familles étant soignés chez eux ou dans leur collectivité, et éviterait la nécessité de transferts coûteux vers les grands hôpitaux urbains ou d'interventions curatives souvent inefficaces ou non souhaitées. L'adoption d'une telle approche ne se traduirait pas seulement par « les bons soins au bon moment », mais aussi par « des soins là où le veulent les patients », soit chez eux ou dans leur collectivité.

I. ARGUMENTS ÉCONOMIQUES EN FAVEUR DES SOINS PALLIATIFS

Préoccupés par l'escalade constante des coûts des soins de santé, les responsables de la santé partout au pays s'intéressent de plus en plus aux sommes dépensées pour les patients dans leurs derniers mois de vie. Dans les nations occidentales, les coûts associés aux soins de santé augmentent énormément pendant la dernière année de vie des gens. Par exemple, aux États-Unis, une proportion de 27 à 30 % du budget entier du régime Medicare est consacrée aux gens qui en sont à leur dernière année de vie. Aussi, les frais payés par Medicare pour les gens mourants sont presque trois fois (276 %) plus élevés que ceux payés pour les gens du même âge mais qui ne sont pas mourants {Davis et coll., 2005}. Une étude réalisée en Saskatchewan a révélé que les coûts mensuels moyens de soins de santé par personne passent de 1 373 $ douze mois avant le décès à 7 030 $ pendant les 30 derniers jours, et lorsqu'on tient compte des frais payés par les patients et familles, ces chiffres s'élèvent à 1 641 $ et à 7 420 $, respectivement {Hollander, 2009}.

Un des principaux déterminants des coûts est le type de soins prodigués en fin de vie. Par exemple, près de 20 % de tous les décès aux États-Unis surviennent pendant ou peu de temps après un séjour dans les très onéreuses unités de soins intensifs (USI) {National Institutes of Health, 2010}. Chez nous, une étude canadienne a démontré que les coûts de santé des patients atteints d'une maladie mortelle augmentent dans les cinq derniers mois de vie — surtout les frais d'hospitalisation {Dumont et coll., 2010}.

> Les soins palliatifs sont une combinaison de thérapies actives et de compassion visant à apporter du confort et du soutien aux personnes et aux familles qui font face à une maladie mortelle, pendant la maladie et pendant le deuil.
>
> Association canadienne de soins palliatifs

Le vieillissement de la population et le nombre croissant de Canadiens souffrant de maladies chroniques potentiellement mortelles — insuffisance cardiaque, cancer, MPOC, trouble neurologique, sclérose en plaques (SP), etc. — sont des facteurs qui exercent une forte pression sur le réseau de la santé. Or, l'intégration de l'approche palliative pour les patients gravement malades — une philosophie qui met l'accent sur la gestion des symptômes plutôt que sur les interventions curatives — pourrait réduire les coûts de santé puisque cela réduirait le recours aux interventions et services de soins actifs devenus inutiles ou évitables.

Des rapports produits par les gouvernements du Canada {Albrecht et coll., 2011; Hollander et Chappell, 2002; Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario, 2010}, de l'Australie {Palliative Care Australia, 2012; Victorian Government Department of Human Services, 2007}, du Royaume-Uni {Hatziandreu et coll., 2008; Hugodot, 2007} et des États-Unis {Almgren, sans date; Miller et coll., 2002; National Priorities Partnership, 2008} exhortent tous à l'augmentation du financement destiné aux soins palliatifs et à l'amélioration de l'accès aux services de fin de vie. La plupart de ces dossiers soulignent en effet le potentiel d'économies et de réduction des coûts pour le système de santé. Mais outre les arguments économiques qui justifient l'amélioration de l'accès aux soins palliatifs {Meier, 2011}, on constate que la population demande elle-même de plus en plus des soins plus adéquats en fin de vie :

> *Armée d'un accès sans précédent à l'information médicale, une population de patients mieux informée et plus fonceuse a émergé au 21e siècle, population désormais capable d'instituer ses propres standards pour définir ce qu'elle perçoit comme étant des soins de santé de qualité. Au chapitre des soins de fin de vie, elle a reconnu que les besoins affectifs des personnes mourantes sont bien mal comblés par le modèle médical américain actuel. Les patients et les familles ne veulent plus accepter la perspective médicale traditionnelle voulant que la mort soit un échec, et de nombreux modèles des soins palliatifs d'autres pays sont désormais considérés comme de véritables réussites en ce qui concerne la qualité du décès* {Falls, 2009 (traduction libre)}.

Selon un rapport de l'Organisation mondiale de la santé, la question n'est pas la nécessité d'approfondir la recherche sur les pratiques de soins palliatifs, mais bien d'être en mesure de mettre en œuvre les services qui ont été démontrés comme étant aptes à combler les besoins croissants mais non satisfaits des gens {Davies, 2004}. Toutefois, selon un rapport spécial publié par l'Economist Intelligence Unit, même si on s'entend sur le fait que les soins palliatifs améliorent la qualité de vie et accroissent l'efficacité, l'amélioration de l'accès à ces soins demeure un défi. Combler les besoins d'un nombre croissant de gens susceptibles de bénéficier de l'approche palliative entraînerait une augmentation considérable de la portion des budgets de soins de santé affectée aux soins palliatifs {Economist Intelligence Unit, 2010}. Mais avant de faire de tels investissements, les décideurs voudront certainement voir des données prouvant le bon rapport coût-efficacité de l'approche palliative. Étant donné la complexité d'affecter des ressources de la santé déjà limitées alors que la demande et les besoins de la population augmentent tous les deux {Bruner, 1998; Haycox, 2009}, les systèmes de santé ont besoin de données fiables, y compris des analyses économiques méthodologiquement rigoureuses, pour orienter leurs décisions {Bruner, 1998; Harding et coll., 2009}.

Or, le présent document fait le résumé des données relatives au rapport coût-efficacité et à l'efficience des soins palliatifs.

Méthodologie

La recherche de documentation a surtout porté sur des articles et des rapports sur la rentabilité des soins palliatifs, c'est-à-dire sur les coûts évités et les économies réalisées. Les articles traitant de la rentabilité de certains traitements visant certains états de santé ont été examinés mais généralement exclus pour les raisons suivantes : 1) le coût des traitements peut varier avec le temps; 2) le coût n'est généralement pas la seule raison qui motive le choix d'un traitement; 3) les options de traitement peuvent changer avec la progression de la maladie.

La recherche de documentation a été réalisée au moyen de six méthodes :

1) Recherches dans Medline, au moyen de mots clés (*palliatifs, coût-efficacité, analyse économique, coûts* — le tout en anglais, les présents travaux ayant été réalisés en anglais) et de termes « MeSH » (medical subject headings) comme *soins palliatifs/économie*. Les recherches se sont limitées aux publications en langue anglaise traitant de sujets humains. Les recherches effectuées au moyen de termes MeSH ont généré une liste de 564 textes, mais le fait de limiter la recherche aux méta-analyses, aux examens systématiques, aux

examens, aux études comparatives, aux essais cliniques randomisés (ECR), aux études d'évaluation, aux rapports techniques et aux études de validation, a permis de réduire cette liste à 124 résultats.

2) Lorsque PubMed trouvait un rapport pertinent, les documents proposés sous le lien « similar » (et qui n'étaient pas compris dans les résultats de la recherche initiale) étaient aussi examinés.
3) Recherches dans la base de données Web of Knowledge, au moyen des mots clés *palliatifs* et *rapport coût-efficacité* (en anglais).
4) Recherches par le biais de Google et de Google Scholar, afin de trouver des textes autres que des rapports et études publiés dans des revues scientifiques. Cette « documentation parallèle » comprenait des rapports émis par des gouvernements et des groupes de défense des intérêts sans but lucratif.
5) Recherches manuelles dans des publications de premier plan {Fassbender et coll., 2009; Gomez-Batiste et coll., 2006; Meier, 2011; Morrison et coll., 2008}.
6) Recherche dans la bibliothèque du groupe Cochrane Collaboration.

Des articles additionnels ont en outre été proposés par les réviseurs de la première ébauche du présent document.

L'objectif premier de cette analyse documentaire est de cerner des sources traitant du rapport coût-efficacité des soins palliatifs et fournissant des estimations des coûts et avantages qui y sont liés en termes économiques. Les recherches manuelles ont toutefois permis de découvrir des articles qui portaient non pas sur des coûts et des données financières, mais plutôt sur des constats en matière d'utilisation des ressources jugés essentiels à la modélisation économique. Des éditoriaux et des lettres ouvertes portant sur le rapport coût-efficacité des soins palliatifs ont aussi été considérés, bien que ces types de textes contiennent peu de données fiables qui sont pourtant nécessaires à une analyse fondée sur des faits probants {McKibbon et coll., 1999}.

Dans la bibliothèque du groupe Cochrane Collaboration, plusieurs documents portaient sur les thérapies de soins palliatifs et options de traitements, mais un seul traitait des soins palliatifs d'un point de vue plus large. Il s'agissait de l'examen de trois études américaines s'étant intéressées à des indicateurs de résultats; deux ont révélé que l'approche palliative améliore la prestation des soins de fin de vie en établissements résidentiels, mais aucune ne présentait d'analyse économique {Hall et coll., 2011}.

Documents retenus

Soixante-six mentions ont été retenues dans Medline, dont dix courts éditoriaux ou lettres ouvertes. Les recherches dans la base Web of Knowledge ont généré neuf autres ouvrages non répertoriés dans Medline. De leur côté, les recherches manuelles et dans Google ont permis de cerner 47 publications, soit 15 rapports parallèles et 32 articles de revues scientifiques. Tel que mentionné précédemment, d'autres références ont été suggérées par les réviseurs. Un tableau résumant les principaux éléments de tous les textes retenus est présenté à l'annexe (ordre alphabétique); il est à noter que tous les ouvrages sont cités dans le corps du texte du présent document.

Comprendre les limites des analyses économiques entourant les soins palliatifs

Plusieurs types d'évaluations ou d'analyses économiques sont utilisés dans le domaine de la santé, chacun présentant différentes caractéristiques (figure 1). Quatre modèles permettent la réalisation d'une évaluation économique complète, soit l'analyse de la minimisation des coûts, du rapport coût-efficacité, du rapport coût-utilité et du rapport coût-avantages (définitions ci-dessous) {Drummond et coll., 1987}.

Y a-t-il une comparaison de >2 autres choix?	**Les conséquences (résultats) et les coûts (intrants) sont-ils tous deux examinés?**		
	NON : ÉVALUATIONS PARTIELLES		**OUI**
	Résultats	***Intrants***	
NON	N'examine que les conséquences : description des résultats	N'examine que les coûts : description des coûts	ÉVALUATION PARTIELLE : description des coûts et résultats d'un traitement ou programme
OUI	Évaluation de l'efficacité de différents traitements	Analyse des coûts (seulement ceux d'autres options de traitement)	ÉVALUATION ÉCONOMIQUE COMPLÈTE (des coûts et résultats d'autres options de traitement/programme) • minimisation des coûts • rapport coût-efficacité • rapport coût-utilité • rapport coût-avantages

Figure 1 : Types d'évaluations économiques dans le domaine de la santé. Adaptation : {Drummond et coll., 1987}

DÉFINITION DES MODÈLES D'ÉVALUATION ÉCONOMIQUE COMPLÈTE

Minimisation des coûts : comparaison visant à cerner (pour un résultat donné) le traitement qui procurera le même résultat à meilleur coût.

Rapport coût-efficacité : comparaison des coûts d'autres options de traitement par rapport à l'ampleur des changements concernant un critère donné (ex. : années de vie gagnées, réduction de la douleur, réduction de l'hospitalisation, etc.); les décideurs doivent être prêts à accepter les coûts additionnels associés aux traitements procurant des avantages (par critère).

Rapport coût-avantages : mesure, en dollars, des avantages procurés par un traitement (comme la valeur d'une hospitalisation évitée) par rapport au coût d'un traitement.

Rapport coût-utilité : mesure, en dollars, du coût d'un traitement ou programme et de la valeur de son utilité (comme le nombre de jours en meilleure santé ou d'années de vie ajustées en fonction de la qualité [AVAQ]) évaluée selon le point de vue soit du patient ou de la société.

Adaptation : {Drummond et coll., 1987} et {Hoch, 2009}

Il est parfois difficile de cerner et de mesurer de façon exacte tous les coûts et la valeur des résultats procurés par divers services ou programmes. Comme l'ont fait remarquer Drummond et coll. {1987}, les évaluations économiques ne tiennent habituellement pas compte de l'importance de la distribution des coûts et conséquences dans l'analyse. Dans le cas des soins palliatifs où les bénéficiaires sont des gens vulnérables, une évaluation économique peut ne pas refléter la désirabilité sociale d'un service ou programme donné.

Les « véritables » évaluations du rapport coût-efficacité des soins palliatifs sont plutôt rares, notamment en raison de la complexité d'estimer les coûts et avantages {Boldy, 1989; Boni-Saenz et coll., 2005}. Par exemple, une revue d'évaluations économiques visant les soins spécialisés du cancer et les soins infirmiers palliatifs a révélé que la plupart des analyses tiennent compte d'un large éventail de résultats en fonction de seulement quelques types de coûts et que, par conséquent, elles ne permettent généralement pas une estimation adéquate du rapport coût-efficacité {Douglas et coll., 2003}. D'autres préoccupations entourent l'analyse économique des soins palliatifs, comme la nécessité de mettre en lien la perspective des coûts (qui les assument, le patient ou la société?) et les niveaux de prise de décisions, la considération de tous les types de coûts, y compris les coûts de renonciation, et la détermination du type d'évaluation qui convient à chaque situation {Gomes et coll., 2009}. L'analyse du rapport coût-utilité peut aussi se révéler problématique puisque l'objet des soins palliatifs — l'amélioration de la qualité de l'expérience du décès — est incompatible avec la façon dont les AVAQ sont estimées (maximisation des années de vie ajustées en fonction de la qualité ou de la santé) {Hughes, 2005; Yang et Mahon, *Medicine, Healthcare & Philosophy*, 2011}. Conséquemment, il pourrait devenir nécessaire d'avoir recours à d'autres modes d'évaluation économique, comme l'analyse du rapport coût-avantages ou des coûts {Pronovost et Angus, 2001}, ou de définir de nouvelles façons de mesurer les résultats ou les AVAQ {Currow et coll., 2011; Yang et Mahon, *Journal of Palliative Medicine*, 2011}. Cela dit, les analyses économiques demeurent essentielles pour défendre la cause des soins palliatifs, particulièrement auprès des gouvernements {Hughes-Hallett et coll., 2011; Murray, 2009}, même si elles ne reflètent pas toujours la désirabilité sociale ou n'en tiennent pas compte.

TERMINOLOGIE

L'Association canadienne de soins palliatifs (ACSP) définit les soins palliatifs comme étant une combinaison de « thérapies actives et de compassion en vue d'apporter du confort et du soutien aux personnes et aux familles qui font face à une maladie mortelle, et ce, pendant la maladie et le deuil » {Comité des normes en soins infirmiers de l'Association canadienne de soins palliatifs, 2009}, une définition qui converge avec celle de l'Organisation mondiale de la santé.

En anglais, l'ACSP utilise le terme « hospice palliative care » pour parler des soins palliatifs malgré le fait que le sens de « hospice » et de « palliative » varie parfois d'une région canadienne à l'autre et même ailleurs dans le monde (les deux termes étant toutefois généralement considérés comme des synonymes). En Europe anglophone et au Royaume-Uni, on s'entend généralement sur le sens de « palliative care », mais la définition de « hospice care » tend à varier. *(suite à la prochaine page)*

Toutefois, de façon générale, tous conviennent que la philosophie sous-jacente et les définitions utilisées dans la documentation se chevauchent grandement. Par conséquent, le terme « palliative care » englobe souvent le sens de « hospice care » {Radbruch et Payne, 2009}.

Aux États-Unis, étant donné les dispositions du régime Medicare visant les soins palliatifs, la distinction entre les termes « hospice » et « palliative » est plus complexe. La *Medicare Hospice Benefits Act* stipule en effet que les prestations pour « hospice care » ne sont destinées qu'aux patients ayant une espérance de vie de pas plus de six mois, en plus d'exclure les traitements « curatifs » {Penrod et coll., 2010}. Ainsi, le terme « hospice » désigne les soins palliatifs prodigués en fin de vie. Toutefois, ces soins peuvent être offerts dans divers contextes, comme à domicile, dans les établissements de soins infirmiers, dans les centres spécialisés en soins palliatifs ou en milieu hospitalier {Villet-Lagomarison, 2012; National Hospice and Palliative Care Organization, 2012}. De son côté, le terme « palliative care » désigne plutôt des programmes et services dont la durée n'est pas limitée. Aux États-Unis, les équipes de soins palliatifs travaillent généralement dans les hôpitaux, là où les patients reçoivent leurs premiers traitements, bien que ces équipes prodiguent aussi leurs soins à domicile ou dans des établissements de soins prolongés ou de soins infirmiers {Villet-Lagomarison, 2012}. Toutefois, qu'on les appelle « hospice » ou « palliative », les services sont semblables : les soins palliatifs mettent l'accent sur des soins holistiques, sur la gestion des symptômes et sur le soutien affectif et spirituel {National Hospice and Palliative Care Organization, 2012}.

II. LE COÛT ÉLEVÉ DE LA FIN DE VIE

Mourir au Canada : les coûts varient de 10 000 à 40 000 $

Selon une analyse de données albertaines réalisée par Fassbender, le coût de la fin de vie varie de 10 223 $ pour une mort soudaine à 36 652 $ pour un décès des suites d'une maladie mortelle comme le cancer, et même à 39 937 $ dans le cas de la défaillance d'un organe {Fassbender et coll., 2009}. Près de 70 % des coûts liés aux maladies mortelles sont attribuables aux hospitalisations {Fassbender et coll., 2009}. En Saskatchewan, une étude a démontré que le coût mensuel moyen par personne des soins de santé financés par le gouvernement augmente considérablement pendant la dernière année de vie, passant de 1 373 $ (en dollars de 2003-2004) 12 mois avant le décès à 7 030 $ au cours des 30 derniers jours {Hollander, 2009}. Pendant la dernière année de vie, le coût moyen des soins était de 28 649 $ pour les hommes et de 35 306 $ pour les femmes, une différence qui pourrait refléter le fait que les femmes mourantes sont généralement plus âgées et qu'elles sont plus nombreuses à être hébergées dans des centres de soins de longue durée {Hollander, 2009}.

Les adultes atteints du cancer constituent une grande partie des patients en fin de vie. Dans une étude menée auprès d'adultes ontariens étant décédés de 2002 à 2003, les coûts moyens par patient en fin de vie étaient de quelque 25 000 $, et le fardeau annuel dans tout le réseau de la santé a été de l'ordre de 544 M$ {Walker et coll., 2011}. D'autre part, les coûts varient selon le type de cancer et le contexte de soins au moment du décès : ils sont plus élevés dans les établissements de traitement des maladies chroniques (36 119 $), et moins élevés lorsque les gens décèdent à la maison (15 866 $) ou dans les salles d'urgence (13 586 $) {Walker et coll., 2011}.

Selon des analyses américaines, les soins médicaux offerts pendant la dernière année de vie correspondent à 10 % des budgets de soins de santé, augmentant de 27 à 30 % chez les gens âgés de 65 ans et plus {Shugarman et coll., 2009}. Aux États-Unis, près du quart des décès surviennent en milieu de soins de longue durée, et on estime que cette proportion augmentera de 40 % d'ici 2040 {National Institutes of Health, 2010}. Aussi, près de 20 % de tous les décès aux États-Unis ont lieu pendant ou peu de temps après des traitements aux soins intensifs {National Institutes of Health, 2010}, traitements qui sont extrêmement coûteux. On a estimé que 10 % des bénéficiaires du régime Medicare les plus malades reçoivent près de 57 % des prestations offertes par le programme {Meier, 2011}. Ces « grands malades » comprennent les personnes âgées, les gens souffrant d'une comorbidité et les personnes atteintes de maladies mortelles. Toutes causes de décès confondues, le coût moyen de la dernière année de vie aux États-Unis s'élève à environ 28 000 $ {Shugarman et coll., 2009}, un montant semblable à celui de la Saskatchewan {Hollander, 2009} et de l'Alberta {Fassbender et coll., 2009}. Les données américaines indiquent toutefois que les coûts sont légèrement moins élevés dans le cas de maladies cardiovasculaires (environ 24 000 $), mais plus élevés lorsqu'il s'agit de cancer (33 000 $) ou d'une MPOC (35 200 $) {Shugarman et coll., 2009}.

Les trois quarts des coûts liés à la fin de vie sont attribuables aux soins actifs

Dans l'étude ontarienne, près des trois quarts (72 %) des coûts de soins de fin de vie étaient attribuables aux services reçus en soins intensifs. Des 25 000 $ de coût moyen par patient, 1 232 $ étaient des frais non hospitaliers (frais d'assurance), et de 1 126 à 2 654 $ étaient des frais de médicaments d'ordonnance (selon le type de cancer) {Walker et coll., 2011}. Des études menées

dans d'autres régions ont également démontré que les frais d'hospitalisation constituent la majeure partie des coûts des soins palliatifs {Simoens et coll., *Journal of Pain and Symptom Management*, 2010}. Aux États-Unis, les frais liés à la fin de vie sont grandement fonction de l'hospitalisation. Une étude a d'ailleurs démontré que 18 % des bénéficiaires du régime Medicare admis à l'hôpital sont réadmis dans les 30 jours suivants, et ce chiffre augmente en présence de comorbidités {New Courtland Center for Transition and Health, 2008-2009}. On estime que ce « barattage » de patients correspondrait à une dépense en soins de santé de 15 milliards de dollars par année {New Courtland Center for Transition and Health, 2008-2009}.

Les coûts pour les familles

L'étude réalisée en 2010 par Guerriere et coll. sur les soins palliatifs ambulatoires et à domicile offerts par un centre situé à Toronto révèle des coûts mensuels moyens d'environ 25 000 $, une somme importante qui s'explique en majeure partie — 17 453 $, soit plus des deux tiers des coûts mensuels moyens — par la perte de revenus et de loisirs des aidants. Le reste des coûts comprend les frais du réseau de la santé (6 400 $), les frais d'assurance (172 $) et les dépenses directes du patient et de sa famille (698 $) {Guerriere et coll., 2010}. Cette étude est l'une des rares à présenter en détail les coûts que doivent assumer les aidants informels; les constats qui en découlent semblent indiquer que les familles et les soignants doivent porter une grande partie du fardeau financier associé aux soins de fin de vie.

Les soins « traditionnels » coûteux : pas nécessairement la meilleure solution

Les coûts de soins de fin de vie sont généralement élevés, particulièrement pour les patients atteints d'une maladie progressive mortelle. Cela n'est pas étonnant, puisque ces patients sont extrêmement malades et requièrent donc une grande quantité de soins. Qui plus est, les coûts sont encore plus élevés lorsque les patients reçoivent des traitements actifs et curatifs, bien que ce ne sont pas tous les patients qui bénéficient de ce type d'interventions.

En effet, bien souvent, les modèles traditionnels de soins actifs ne permettent pas de combler tous les besoins des personnes mourantes et des familles. Par exemple, ces modèles n'arrivent pas à traiter efficacement les symptômes, ni à réagir aux besoins affectifs ou psychologiques des patients et familles. Or, pour plusieurs, un autre paradigme de soins — l'approche des soins palliatifs — conviendrait bien mieux. Aux États-Unis, dans le rapport d'une étude charnière réalisée en 1997 par l'Institute of Medicine (IOM) intitulée *Approaching Death: Improving Care at the End of Life* {Committee on Care at the End of Life, 1997}, on peut lire que « la personne, et non la maladie ou les technologies, doit être la préoccupation centrale de l'équipe de soins, et la personne est bien plus que sa maladie » (traduction libre). Les équipes de soins doivent en effet porter attention à la prévention et au soulagement de la souffrance physique, émotive et spirituelle des patients et de leurs proches {Committee on Care at the End of Life, 1997}. Un rapport subséquent de l'IOM sur les soins du cancer a révélé que, malgré les progrès réalisés dans le domaine des modèles de soins palliatifs, il existe encore de considérables lacunes et iniquités en ce qui concerne la satisfaction des besoins variés des patients et des familles {Foley et Gelband, 2001}. Le rapport conclut que des mesures multisectorielles seront nécessaires pour améliorer l'accès aux soins palliatifs et leur qualité {Foley et Gelband, 2001}.

III. RAPPORT COÛT-EFFICACITÉ DES SOINS PALLIATIFS

Il a été démontré que les programmes de soins palliatifs présentent une meilleure valeur parce qu'ils améliorent la qualité des soins offerts aux patients les plus malades et complexes et en réduisent les coûts. Cependant, bien que les coûts, les économies et les avantages liés aux soins palliatifs aient fait l'objet d'études, on compte bien peu d'évaluations économiques complètes sur le sujet. Voici donc un sommaire de la documentation traitant du rapport coût-efficacité des services de soins palliatifs offerts dans divers contextes.

Programmes en contexte hospitalier

Les études faisant la comparaison des soins palliatifs en milieu hospitalier et des soins hospitaliers « conventionnels » ont démontré que le recours à des équipes de soins palliatifs permet de réduire les frais de soins de santé de 7 000 à 8 000 $ par patient.

Plusieurs études menées dans diverses régions ont comparé les coûts associés aux unités ou équipes de soins palliatifs (ESP) en milieu hospitalier aux soins médicaux habituels {Adler et coll., 2009; Bendaly et coll., 2008; Davis et coll., 2005; Elsayem et coll., 2004; Morrison et coll., 2011; Simoens et coll., Journal of Palliative Medicine, 2010; Smith et Cassell, 2009; Taylor, 2009}, et seulement deux n'ont pas su démontrer les économies qu'entraînent les soins palliatifs. Certaines ont traité des avantages {Penrod et coll., 2006; Penrod et coll., 2010}, décrit les coûts des programmes {Connor, 2009; Jennings et coll., 2011; Ostgathe et coll., 2008; Tibi-Levy et coll., 2006}, projeté les économies générées par les programmes {Morrison, 2008; Stephens, 2008} ou décrit les résultats obtenus {Back et coll., 2005; Brody et coll., 2010; Hearn et coll., 1998}. Par exemple, les chercheurs Hearn et Higginson se sont surtout intéressés aux résultats. Leur analyse a démontré que le recours à des équipes multiprofessionnelles de soins palliatifs permet aux patients de rester plus longtemps à la maison, et cela augmente la satisfaction des patients et des soignants, améliore la gestion des symptômes, et augmente la probabilité que les gens meurent dans le contexte de leur choix {Hearn et Higginson, 1998}. Bien qu'ils aient conclu que les équipes multiprofessionnelles réduisent le nombre de jours d'hospitalisation et, du coup, les coûts de soins de santé, les chercheurs n'ont toutefois pas utilisé leurs constats pour estimer les rapports coût-efficacité et coût-avantages {Hearn et Higginson, 1998}.

Les soins palliatifs en milieu hospitalier réduisent le coût des soins en fin de vie de 50 % ou plus, surtout parce qu'ils réduisent les admissions aux soins intensifs, les tests diagnostiques, les interventions médicales et la durée des hospitalisations.

Un rapport du programme Hospice Friendly Hospitals {Hugodot, 2007} met l'accent sur le rapport coût-efficacité des soins palliatifs. Faisant l'examen systématique de 65 articles (principalement américains), ce rapport a conclu que la plupart des études portent surtout sur les résultats économiques découlant des soins palliatifs en général, et que quelques-unes seulement estiment le rapport coût-efficacité des soins palliatifs en milieu hospitalier par rapport aux soins médicaux habituels. Le critère de mesure le plus souvent utilisé est la durée des séjours (DS) à l'hôpital, et ce, malgré le fait que les coûts liés à la dernière journée d'un séjour ne représentent souvent qu'une faible proportion du coût total d'une hospitalisation (par exemple, le fait de réduire la DS de un jour réduit le total des coûts de seulement 3 %). Selon le rapport, la majeure partie (70 %)

des économies entraînées par les soins palliatifs est attribuable à la réduction des tests diagnostiques et des interventions médicales inutiles. Aussi, la préparation de directives préalables et d'ordonnances de non-réanimation (ONR) est un autre élément qui permet de réduire les coûts de santé. Ainsi, les études faisant l'objet du rapport indiquent que les soins palliatifs permettent d'économiser environ 50 % des coûts (variation de 40 à 70 %). Le rapport conclut que les économies réalisées dépassent les coûts de fonctionnement des programmes de soins palliatifs, quoiqu'il ne calcule pas les coûts par avantage (comme le nombre de séjours aux soins intensifs ou de jours d'hospitalisation évités) {Hugodot, 2007}.

Une meilleure communication permet de réduire les interventions inutiles et d'augmenter la satisfaction des patients.

La plupart des documents traitant des coûts des soins palliatifs en milieu hospitalier sont généralement positifs. Adler et coll. {2009} ont conclu que les soins palliatifs réduisent les dépenses de soins de santé de jusqu'à 40 % au cours du dernier mois de vie, et de jusqu'à 17 % pendant les six derniers mois, ce qui représente en moyenne une somme de 2 309 $ par patient. Cette diminution s'explique par les consultations des équipes de soins palliatifs en milieu hospitalier qui réduisent le nombre d'interventions effectuées en fin de vie, la durée des séjours à l'hôpital ou en soins intensifs et les autres frais comme la médication, les tests et les soins {Adler et coll., 2009}. Une analyse comparative menée en 2005 auprès de patients en soins palliatifs et de patients ne recevant pas de soins palliatifs dans un hôpital américain a permis de constater que les consultations de l'équipe de soins palliatifs réduisent le coût des soins d'environ 7 000 $ (35 824 $, au lieu de 42 731 $, $p<0,001$), malgré le fait que la durée du séjour à l'hôpital des patients en soins palliatifs était plus longue {Bendaly et coll., 2008}. Or, ce constat d'hospitalisations plus longues n'est pas habituel; en effet, la plupart des études démontrent que les soins palliatifs réduisent la durée des séjours à l'hôpital {Hearn et Higginson, 1998}, et la durée d'hospitalisation est un critère important dans la détermination de l'impact économique de la prestation de soins palliatifs en contexte hospitalier. En 2002, une analyse des données administratives issues de l'unité de soins palliatifs de la Cleveland Clinic à la fin des années 1990 a démontré que les revenus dépassaient les coûts directs lorsque la durée moyenne du séjour était inférieure à dix jours {Davis et coll., 2002}.

Toujours aux États-Unis (2006), dans le cadre d'une étude observationnelle rétrospective des coûts dans deux hôpitaux urbains pour anciens combattants, les patients mourants qui recevaient des soins palliatifs étaient 42 % moins nombreux (IC 95 %, 31 à 56 %) à être admis aux soins intensifs, et le coût direct quotidien de leurs soins était moins élevé de 239 $ (IC 95 %, 122 à 388 $) {Penrod et coll., 2006}. De plus, les résultats pour les patients et familles étaient meilleurs, et ce, en partie à cause d'une meilleure communication des objectifs de soins entre les patients, les proches et les médecins; ces avantages n'ont toutefois pas été quantifiés. Pourtant, une étude subséquente plus exhaustive réalisée par la même équipe dans cinq hôpitaux pour anciens combattants n'a pas révélé de différence significative dans l'hospitalisation moyenne des patients recevant des soins palliatifs et ceux qui n'en reçoivent pas; en fait, la durée des séjours à l'hôpital et aux soins intensifs des patients en soins palliatifs était plus longue {Penrod et coll., 2010}.

Toutefois, une portion statistiquement plus petite de patients en soins palliatifs a été soignée aux soins intensifs. Une fois ajustés en fonction de la maladie, de la démographie et des traitements, les coûts directs quotidiens pour les soins palliatifs en milieu hospitalier étaient moins élevés de 464 $ (IC 95 %, 413 à 515 $) que les coûts des patients ne recevant pas de soins palliatifs; les frais de pharmacie étaient moins élevés de 51 $ (IC 95 %, 43 $ à 60 $); les frais de soins infirmiers étaient moins élevés de 182 $ (IC 96 %, 164 $ à 201 $); les frais de laboratoire étaient moins élevés de 49 $ (IC 95 %, 43 $ à 57 $); et les frais de radiologie étaient moins élevés de 11 $ (IC 95 %, 3 $ à 19 $) {Penrod et coll., 2010}.

Une étude de 2003 portant sur une unité de spécialistes en soins palliatifs de haut volume d'un hôpital américain a constaté que les interventions de cette équipe ont permis de diminuer les frais totaux quotidiens de 66 % {Smith et coll., 2003}. Parmi les patients en soins palliatifs étant décédés, les coûts quotidiens, les coûts directs et les coûts totaux étaient moins élevés, soit respectivement de 59 % (environ 2 172 $, contre 5 304 $, p=0,005), de 56 % (632 $, contre 1 441 $, p=0,004) et de 57 % (1 095 $, contre 2 538 $, p=0,009). Les soins palliatifs réduisent en outre le recours à des interventions inutiles ou inefficaces, comme l'apport en oxygène en l'absence de dyspnée. Toutefois, cette analyse ne s'est intéressée qu'aux coûts, et n'a pas mesuré d'indicateurs visant la qualité des soins ou la satisfaction des patients et des familles {Smith et coll., 2003}.

Une étude (2005) de données amassées de 2000 à 2002 par un service de consultation ambulatoire en soins palliatifs aux États-Unis a révélé que le nombre médian de tests auxiliaires et de recours au ventilateur chez les patients ayant reçu >1 charge de ventilateur était plus élevé avant une consultation, par rapport à après {O'Mahony et coll., 2005}. En effet, parmi les patients ayant reçu de la ventilation, une consultation avec un intervenant en soins palliatifs a entraîné la réduction de recours au ventilateur, les coûts passant de 5 451 $ (préconsultation) à 2 080 $ (postconsultation; p<0,0001). Une étude de comparaison avec témoins appariés menée auprès de 160 patients a également noté une différence entre des patients ayant fait l'objet de consultations en soins palliatifs et d'autres faisant partie d'un groupe témoin en ce qui concerne les coûts de tests d'imagerie diagnostique (différence nette de 696 $ en faveur des interventions, p=0,054) et de services de laboratoire (différence nette de 2 005 $ en faveur des consultations, p=0,008) {O'Mahony et coll., 2005}. Selon une autre étude américaine auprès de patients en soins palliatifs et d'un groupe témoin dans un centre médical universitaire américain, le coût moyen par admission est 19,2 % moins élevé (20 751 $, contre 24 725 $, p<0,0001) et le coût moyen quotidien est 14,5 % moins élevé (2 022 contre 2 315 $, p<0,01) pour les patients en soins palliatifs {Ciemins et coll., 2007}. Les chercheurs ont estimé que, dans cet hôpital, la réduction des coûts quotidiens moyens et de la durée des séjours s'élevait à 2,2 millions de dollars par année {Ciemins et coll., 2007}.

D'autres analyses semblent indiquer que l'économie de coûts serait fonction des résultats pour les patients. Une étude des dépenses du régime Medicare dans quatre hôpitaux dans l'État de New York de 2004 à 2007 a constaté que les coûts de soins de santé des patients ayant fait l'objet de consultations en soins palliatifs étaient moins élevés d'environ 6 900 $ par rapport à un groupe témoin ayant reçu les soins habituels {Morrison et coll., 2011}. Une distinction s'impose toutefois :

la réduction était plus importante chez les patients décédés à l'hôpital (7 563 $) par rapport à ceux ayant reçu le congé d'hôpital avant leur décès (4 098 $) {Morrison et coll., 2011}.

Les soins palliatifs réduisent les coûts et l'utilisation des soins intensifs.

Selon une étude menée auprès de huit hôpitaux américains de 2002 à 2004, le recours à des consultations en soins palliatifs permet de réduire les coûts directs (1 696 $ par admission, p=0,004), les coûts de laboratoire (424 $, p<0,001) et les coûts des soins intensifs (5 178 $, p<0,001) {Morrison et coll., 2008}. Une étude subséquente réalisée par la même équipe sur l'incidence des soins palliatifs sur l'hospitalisation et le recours aux soins intensifs {Smith et Cassel, 2009} a révélé que les soins palliatifs permettent de réduire les coûts directs liés aux soins intensifs de 6 974 $ (modèle habituel) à 1 726 $ (p<0,001) pour les patients qui quittent l'hôpital en vie, et de 15 531 $ à 7 755 $ (p=0,045) pour ceux qui décèdent à l'hôpital. Aussi, les patients qui reçoivent des services de soins palliatifs ont moins de chance (4 %) de mourir aux soins intensifs que ceux qui n'en reçoivent pas (18 %) {Smith et Cassel, 2009}. Le coût quotidien des soins pour les patients hospitalisés dans les 20 jours précédant leur décès est considérablement moins élevé lorsque ces derniers sont soignés dans une unité de soins palliatifs, par rapport à une unité de soins intensifs ou autre {White et coll., 2006}. Même dans un hôpital universitaire de soins tertiaires, Davis et coll. {2005} ont constaté que le coût des soins des patients admis dans une unité de médecine palliative en milieu hospitalier (MPMH) était moins élevé de 7 800 $ par rapport à ceux admis dans des unités de soins actifs d'hôpitaux semblables, et ce, malgré une gravité équivalente de l'état de santé de l'ensemble des sujets, et une hospitalisation plus longue et un taux de mortalité plus élevé chez les patients de l'unité de MPMH.

Bien que la majeure partie des études sur les soins palliatifs soient issues des États-Unis, d'autres régions du monde ont également constaté les avantages des soins palliatifs. Par exemple, selon une étude sud-coréenne, par rapport aux patients atteints du cancer et soignés dans des unités conventionnelles, les patients mourant du cancer recevant des soins palliatifs sont plus nombreux (p<0,001) à avoir préparé une ordonnance de non-réanimation (ONR) ou à recevoir de la chimiothérapie palliative (p=0,002), et sont moins nombreux à être admis en soins intensifs (p<0,001) ou à avoir recours à la ventilation (p<0,001) ou à l'hémodialyse (p<0,001) {Jung et coll., 2012}. Dans cette étude, pendant les six mois précédant le décès, le coût total des soins médicaux était de 21 591 $ par patient en soins palliatifs, et de 29 577 $ par patient soigné autrement, soit une différence de 7 986 $ (p<0,001). En général, les frais médicaux augmentent à mesure qu'on s'approche du décès {Hollander, 2009}, mais selon l'étude sud-coréenne, l'augmentation des frais mensuels des patients en soins palliatifs était moins marquée : elle est passée de moins de 2 000 $ par patient six mois avant le décès, à environ 9 000 $ pour le dernier mois de vie, par rapport à 13 400 $ pour le dernier mois chez les patients ne recevant pas de soins palliatifs {Jung et coll., 2012}.

Les consultations en soins palliatifs en milieu hospitalier favorisent l'aiguillage vers des maisons de soins palliatifs.

En plus de réduire les dépenses en coûts de santé, les services de soins palliatifs en milieu hospitalier favorisent l'aiguillage vers les établissements de soins palliatifs. Dans le cadre d'une

étude menée auprès de patients admis dans un grand hôpital américain sans but lucratif à sites multiples de 2004 à 2007, les patients qui recevaient des services de l'équipe de soins palliatifs avaient 3,24 fois plus de chance d'être aiguillés vers un centre de soins palliatifs (p<0,001), 1,52 fois plus de chance d'être transférés dans une maison de soins infirmiers (p<0,001), et 1,59 fois plus de chance de retourner chez eux et de recevoir des services à domicile (p<0,001) par rapport aux patients recevant les soins habituels (le tout en tenant compte de la démographie et de l'état de santé des sujets) {Brody et coll., 2010}. Cette étude n'a toutefois pas calculé les économies entraînées par ces aiguillages hâtifs.

Les soins palliatifs réduisent non seulement les coûts, mais aussi les symptômes.

Une des raisons expliquant la difficulté de mesurer les résultats pour les patients est le fait que ces résultats varient avec le temps. Dans une étude rétrospective menée auprès de patients souffrant du cancer, par exemple, les symptômes tels que la douleur, la nausée, la fatigue et la dyspnée avaient tendance à être graves au moment de l'admission des patients en soins palliatifs {Elsayem et coll., 2004}. Or, les soins offerts par l'unité de soins palliatifs ont non seulement permis de soulager ces symptômes, mais aussi de réduire les coûts : les frais quotidiens moyens des soins palliatifs étaient 38 % moins élevés que ceux des services dispensés dans les autres unités de l'hôpital {Elsayem et coll., 2004}.

D'autres études n'ont pas su démontrer clairement les avantages économiques liés aux soins palliatifs en milieu hospitalier :

- Une étude de 1995 a donné lieu à des résultats mitigés : certains services de soins palliatifs réduisent les coûts alors que d'autres les augmentent {Bailes, 1995}.
- Un examen de 2003 sur les soins spécialisés du cancer et les soins infirmiers palliatifs a révélé que, comme les évaluations économiques tendent à tenir compte d'un éventail limité de coûts mais d'une grande variété de résultats, on ne dispose pas de données suffisantes pour estimer les ratios coût-efficacité {Douglas et coll., 2003}.
- Une étude (2010) a constaté que les soins palliatifs en milieu hospitalier sont généralement moins coûteux que les autres soins prodigués {Simoens et coll., *Journal of Pain and Symptom Management*, 2010}, quoiqu'une étude multicentres antérieure réalisée par les mêmes chercheurs (Belgique) avait indiqué que les soins palliatifs sont en fait plus coûteux que les soins offerts dans les unités de soins actifs {Simoens et coll., *Journal of Palliative Medicine*, 2010}. Ces coûts plus élevés étaient attribuables aux frais en personnel. Or, une fois ce critère ajusté, les résultats étaient beaucoup plus positifs : les soins palliatifs prodigués dans des unités de soins actifs (sans le recours à du personnel spécialisé ou additionnel) sont moins coûteux que les soins habituellement fournis dans ces unités {Simoens et coll., *Journal of Palliative Medicine*, 2010}.
- Au Royaume-Uni, un rapport a révélé que c'est pour cette raison que les coûts liés au personnel tendent à être plus élevés dans les centres de soins palliatifs que dans les hôpitaux dotés d'unités de soins palliatifs financés par l'État {Roberts et Hurst, 2012}.

Le contexte affecte les coûts.

Selon une analyse des coûts de 2008, les soins palliatifs sont moins coûteux lorsqu'ils sont offerts dans un établissement de réadaptation ou de soins prolongés plutôt qu'en contexte de soins

actifs (environ 388 € par jour, contre 482 €) {Tibi-Levy et coll., 2006}. En d'autres mots, les caractéristiques du contexte ainsi que celles des patients peuvent avoir un effet sur le coût des soins palliatifs.

L'accès aux soins palliatifs en milieu hospitalier varie

Lorsqu'on interprète les données issues d'études américaines, il est important de noter que les règlements entourant la couverture du régime Medicare peuvent avoir une incidence sur le nombre et le type de patients ayant accès aux soins palliatifs. En date de 2009, même si plus d'un million d'aînés américains avaient reçu des soins palliatifs couverts par Medicare/Medicaid (un chiffre 13 fois plus élevé que dans les 20 années précédentes), moins d'un tiers (31 %) des hôpitaux américains offraient une forme ou une autre de soins palliatifs {Connor, 2009}. Le régime Medicare couvre seulement les soins palliatifs prodigués aux patients ayant une espérance de vie de moins de six mois, et exclut tout traitement curatif. Jennings et Morrissey {2011} soutiennent que le financement et l'organisation des services de soins palliatifs aux États-Unis ne permettent pas de combler les besoins des patients, particulièrement lorsque ceux-ci sont des gens âgés et fragilisés, lorsque leur trajectoire de maladie est incertaine, et lorsqu'ils souhaitent à la fois des soins palliatifs et visant à modifier le cours de la maladie.

En Irlande, des recommandations précises définissent le nombre de lits, d'infirmières et de conseillers que doivent compter les unités de soins palliatifs par unité de population {Murray, 2009}. De telles dispositions ne conviendraient toutefois pas à la géographie canadienne. La mise sur pied et la dotation en personnel d'unités de soins palliatifs en milieu hospitalier pourraient ne pas être économiquement viable hors des grands centres urbains, quoique le fait de demander aux gens de quitter leur collectivité pour aller se faire soigner dans les grandes villes ne semble pas approprié ni acceptable.

En effet, bien que la plupart des études des coûts portent sur les unités de soins palliatifs en milieu hospitalier, ces unités ne constituent pas nécessairement le modèle de soins palliatifs qui convient le mieux à la réalité canadienne.

Programmes de soins à domicile

La maison est un contexte courant de prestation des soins palliatifs. En 2010, près des deux tiers (69 %) des patients recevant des soins palliatifs aux États-Unis étaient soignés à domicile {National Hospice and Palliative Care Organization, 2012}. Hélas, étant donné la nature disparate des services de soins palliatifs au Canada, on ne dispose pas d'estimé précis quant au nombre de personnes recevant des soins palliatifs à domicile. Toutefois, en 2000, 75 % des décès au pays sont survenus dans des hôpitaux ou des établissements de soins de longue durée {Association canadienne de soins palliatifs, 2012}.

Les soins palliatifs à domicile présentent un bon rapport coût-efficacité et réduisent le recours aux autres soins de santé.

- Selon un essai comparatif randomisé réalisé auprès de 298 patients mourants recevant les services de deux organismes de préservation de la santé dans deux états américains distincts, ceux ayant reçu des soins palliatifs à domicile prodigués par une équipe interdisciplinaire se

sont dits plus satisfaits de leurs soins (p<0,05), étaient plus nombreux à décéder à la maison (p<0,001), et étaient moins nombreux à devoir se rendre à l'urgence (20 %, contre 33 %, p=0,01) ou à être admis à l'hôpital (38 % contre 59 %, p<0,001) {Brumley et coll., 2007}. Aussi, par rapport aux patients recevant des soins habituels, ceux ayant reçu des soins palliatifs ont engendré des coûts 33 % moins élevés (p=0,03) : le coût quotidien moyen des soins prodigués à ces derniers était de 95,40 $, par rapport à 212,80 $ pour l'autre groupe (p=0,02) {Brumley et coll., 2007}.

- Une étude italienne a démontré que les patients recevant des soins palliatifs à domicile sont moins nombreux à être réadmis à l'hôpital, par rapport à d'autres recevant des soins habituels (17 % contre 38 %, p<0,001), et que leurs coûts d'hospitalisation sont moins élevés {Pace et coll., 2012}.
- En Catalogne, des soins palliatifs financés par l'État principalement prodigués à domicile ont permis au réseau de la santé d'économiser 3 M€ en 1995, et 8 M€ en 2005 {Paz-Ruiz et coll., 2009}.
- En Espagne, le coût des soins habituels aux patients est 71 % plus élevé que celui des soins prodigués à domicile par les équipes de soins palliatifs {Serra-Prat et coll., 2001}.
- En Israël, les coûts généraux par patient pour les gens souffrant d'un cancer métastatique terminal étaient de 4 761 $ lorsque les soins palliatifs étaient offerts à domicile (un chiffre qui comprend les coûts de fonctionnement des programmes), et de 12 434 $ lorsque seulement des soins conventionnels étaient offerts {Shnoor et coll., 2007}.

Les données ne sont toutefois pas sans équivoque. Lorsqu'on se fie aux études réalisées en Italie, en Espagne, en Israël et au Royaume-Uni, il appert que les soins palliatifs à domicile, comme des consultations par des équipes multiprofessionnelles spécialisées en soins palliatifs, peuvent réduire les coûts de soins de santé par rapport aux modèles conventionnels {Simoens et coll., *Journal of Pain and Symptom Management*, 2010}. Cependant, une autre analyse a indiqué que seulement un de 22 essais comparatifs randomisés a permis de clairement démontrer des avantages économiques {Zimmermann et coll., 2008}.

Dans une étude canadienne sur les soins palliatifs, la majeure partie des coûts est attribuable aux séjours à l'hôpital (6 126 $, IC 95 %, 4 600 à 7 650 $), puis à la prestation des soins à domicile (3 456 $, IC 95 %, 2 075 à 4 838 $), puis aux soins informels (3 251 $, IC 95 %, 2 709 à 3 793 %) {Dumont et coll., 2009}. Un projet ayant mis à l'essai un modèle de « partage » des soins palliatifs offerts à domicile en milieu rural (Niagara West End-of-Life Shared-Care Project) a permis de constater que les coûts moyens par personne varient selon le sexe et la maladie des clients, mais qu'ils s'élèvent environ à 117 $ ($ CAN, 2007) par personne par jour, ou à un coût total de 17 112 $ par patient {Klinger et coll., 2011}. Mais étant donné l'absence d'un groupe témoin, il n'est pas possible de chiffrer les économies ou les dépenses évitées pour le réseau de la santé. Dans cette étude, les coûts moyens étaient toutefois plus élevés que ceux rapportés antérieurement pour un groupe de personnes souffrant du cancer en milieu urbain en Ontario, et plutôt équivalents à l'allocation quotidienne du gouvernement pour les centres de soins de longue durée (124 $), mais inférieurs aux coûts associés aux lits ANS (autres niveaux de soins) (450 $) ou de soins palliatifs en milieu hospitalier (1 097 $) {Klinger et coll., 2011}

Le retour à la maison de 10 % des patients mourants hospitalisés en soins actifs entraînerait une économie de 9 M$.

Un rapport canadien a estimé qu'il en coûte environ 4 700 $ par client pour offrir des soins palliatifs à domicile, soit près du quart des 19 000 $ associés aux soins actifs à l'hôpital {Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario et coll., 2010}. Or, étant donné cette différence de coûts, le seul fait de permettre le retour à la maison de 10 % des personnes mourantes soignées à l'hôpital (en soins actifs) en leur offrant des soins palliatifs à domicile permettrait d'économiser la somme de 9 M$ en soins de santé {Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario et coll., 2010}. Toutefois, un projet pilote ontarien de services interdisciplinaires de soins palliatifs à domicile a révélé des coûts supérieurs, soit des coûts totaux de 2,4 M$, ou une moyenne de 5 586 $ par patient {Johnson et coll., 2009}.

Selon un bref rapport non revu par des pairs sur les soins palliatifs à domicile en Italie, les coûts moyens sont de 35,5 € par personne par jour, alors que le coût général d'une hospitalisation est d'environ 310 € par personne par jour {Di Cosimo et coll., 2003}. Cela dit, il n'est peut-être pas sage de comparer les coûts d'un programme offert dans une seule clinique fréquentée par 256 patients à ceux associés à l'hospitalisation de la population en général.

Une étude de minimisation des coûts réalisée en Grèce a révélé que le coût différentiel lié aux soins palliatifs à domicile destinés à des clients souffrant d'un cancer hématologique terminal (requérant des soins plus coûteux que ceux habituellement offerts en milieu communautaire) était de 522 € (IC 95 %, 515 à 528 €) {Tzala et coll., 2005}. Les services de ce programme étaient plus onéreux notamment en raison des frais généraux plus élevés et des tests sanguins plus fréquents. Toutefois, une meilleure coordination entre les équipes de soins palliatifs à domicile et les médecins pourrait réduire à la fois la fréquence et le type des tests effectués, diminuant ainsi les coûts de façon comparable aux soins conventionnels {Tzala et coll., 2005}.

Un dollar affecté en soins palliatifs à domicile permet d'économiser de 1 à 2 $ dans d'autres secteurs de la santé.

Un rapport américain a estimé que pour chaque dollar du régime Medicare affecté aux soins palliatifs à domicile, de un à deux dollars sont épargnés dans d'autres secteurs du réseau de la santé {Miller et coll., 2002}, et que cette économie s'élève à 3 192 $ par patient dans le dernier mois de vie {Miller et coll., 2002}.

Seule une étude parmi celles examinées n'a pas conclu aux effets positifs des soins palliatifs à domicile; il s'agit d'un essai comparatif réalisé aux États-Unis auprès d'une équipe de consultation en médecine palliative au début des années 2000 (50 interventions, 40 patients témoins) qui a conclu que les soins à domicile pourraient procurer des avantages, mais pas de réduction statistiquement significative des coûts médicaux (moyenne de 43 448 $ [69 547 $], contre 47 221 $ [73 009 $], p=0,80) {Rabow et coll., 2004}. Bien que le programme n'ait pas procuré d'économies significatives, il a toutefois entraîné des avantages cliniques, comme la diminution de la dyspnée et de l'anxiété chez les clients, et l'amélioration de leur sommeil et bien-être spirituel {Rabow et coll., 2004}.

Les soins palliatifs à domicile permettent aux gens de mourir chez eux.

Selon une enquête publique, la prestation de soins palliatifs à domicile reflète mieux les volontés de la majorité des Américains qui souhaitent mourir à la maison, une tendance qui concorde avec la hausse rapide du nombre de prestataires de soins palliatifs depuis les années 1980 {Miller et coll., 2002}.

Programmes communautaires

Les données relatives à l'efficacité des autres programmes communautaires sont limitées.

Les soins palliatifs peuvent être prodigués par plusieurs types d'organismes communautaires : programmes de jour, services de consultation palliative précoce, soins infirmiers dans la collectivité, programmes de répit, etc. Toutefois, les données relatives au rapport coût-efficacité de ces services se limitent à une seule étude par type de programme.

Les programmes de soins palliatifs de jour sont relativement peu coûteux, et permettent un meilleur accès aux services.

Selon une étude menée auprès de 120 clients et 53 patients témoins dans le sud du Royaume-Uni dans cinq centres offrant des programmes de jour {Douglas et coll., 2003}, les coûts formels des services de soins palliatifs de jour sont d'environ 54 £ par personne par jour (75 £ lorsqu'on tient compte des ressources non rémunérées). Il n'a pas été possible de réaliser une évaluation économique complète en raison du manque de données sur l'efficacité des programmes. Bien que les patients et familles ayant participé au programme ont dit accorder de la valeur aux services et en être satisfaits, on n'a pas constaté de changements mesurables dans la gestion des symptômes et la qualité de vie {Douglas et coll., 2003}. Les données n'ont pas pu confirmer si les programmes ont réduit la nécessité d'autres services (comme des soins infirmiers ou primaires à domicile), mais il semble qu'ils aient amélioré l'accès aux services de soins palliatifs auxquels les patients du groupe témoin n'ont pas pu accéder par d'autres moyens ou programmes (ces patients n'ont donc pas eu accès à de nombreux services de soins palliatifs).

Des consultations en soins palliatifs hâtives peuvent réduire les coûts et le recours aux autres services de santé.

Higginson et coll. {2009; 2011} se sont intéressés aux consultations hâtives (« accélérées ») effectuées par une équipe interprofessionnelle de soins palliatifs auprès de patients souffrant de sclérose en plaques (SP) avancée dans des contextes variés, y compris à domicile, dans des cliniques ambulatoires, dans des établissements de soins infirmiers et à l'hôpital. Après 12 semaines, le coût des services pour les patients faisant l'objet d'interventions hâtives (dont des soins ambulatoires et informels) était moins élevé de 1 789 £ par patient (IC 95 %, 5 224 à 1 902 £) par rapport au coût des services habituels (consultation palliative plus tardive) {Higginson et coll., 2011}. Aussi, les patients recevant des interventions accélérées ont moins eu recours aux autres ressources, alors que les patients du groupe témoin ont davantage consulté leur principal professionnel de la santé, reçu plus d'aide de leurs proches et amis, et sont allés (ou ont été admis) plus souvent à l'hôpital {Higginson et coll., 2009}.

Les visites d'infirmières communautaires réduisent les coûts et les hospitalisations.

Une autre étude menée au Royaume-Uni a comparé les coûts liés à la coordination des soins par des infirmières communautaires aux coûts des services habituels {Raftery et coll., 1996}. Or, les coûts pour les patients ayant reçu la visite d'une infirmière ont été 68 % plus faibles par rapport à ceux n'ayant pas bénéficié de ce service (4 774 £ pour ces premiers, contre 8 034 £ pour ces derniers, p=0,006), et ce, en raison de la réduction notable du nombre de jours passés à l'hôpital (moyenne de 24 jours contre 30, p=0,002) ou de visites dans un établissement de soins infirmiers (moyenne de 14,5 visites, contre 37,5, p=0,01). Les ratios d'économie potentielle associés aux services de coordination étaient de 4:1 et de 8:1 {Raftery et coll., 1996}.

Les services de répit réduisent les hospitalisations et améliorent la satisfaction des proches aidants.

Les services de répit sont un autre type de services de soins palliatifs communautaires. Une étude multiméthode de 2009 réalisée en Australie a noté que, après l'ajustement de variables comparables (âge, sexe et maladie), les clients recevant des services de répit ont 80 % moins de risque d'être hospitalisés par rapport aux groupes témoins historiques (p<0,001) {Barrett et coll., 2009}. En tenant compte du nombre de journées d'hospitalisation évitées, les services de répit ont permis au réseau australien de la santé d'économiser 34 375 $ A sur une période de 25 semaines {Barrett et coll., 2009}. L'économie totale a été estimée à 47 684 $ par patient par année. Une recherche qualitative a indiqué que le programme avait augmenté la satisfaction des proches aidants, bien que le recours aux services ait semblé être influencé par la présence de soutien familial, par l'anxiété ou la dépression ressentie par les aidants, et par les points de vue des aidants {Barrett et coll., 2009}.

Les autres types de soins palliatifs communautaires peuvent être bénéfiques et aider à réduire les coûts de soins de santé.

Programmes en milieu institutionnel

Les données relatives au rapport coût-efficacité des maisons de soins palliatifs demeurent limitées.

Taylor {2009} soutient que les soins palliatifs sont un « rare exemple » d'interventions multiprofessionnelles aptes à améliorer la qualité de vie des patients et à réduire les frais de soins de santé de tiers. Il affirme toutefois qu'il s'agit d'un « type de soins », et qu'ils ne sont pas affectés par le contexte dans lequel ils sont prodigués. En fait, aucune étude ne s'est consacrée exclusivement aux coûts des soins dans les établissements autonomes de soins palliatifs (par opposition aux programmes en milieu hospitalier, par exemple). Pourtant, aux États-Unis, 21,9 % des patients en soins palliatifs sont soignés dans des « établissements d'hospitalisation » {National Hospice and Palliative Care Association, 2012}, lesquels comprennent les maisons de soins palliatifs et unités affiliées à des hôpitaux.

Les soins palliatifs réduisent les coûts pour le réseau de la santé, mais pas pour les proches aidants.

Selon une analyse portant sur les bénéficiaires du régime Medicare de 65 ans et plus étant décédés de 1998 à 2001, les coûts des soins avant l'amorce des soins palliatifs étaient plus élevés pour ceux qui ont eu recours aux soins palliatifs, par rapport à d'autres patients témoins (25 409 $, contre 23 210 $, p=0,005), bien que cet écart pourrait être attribuable à un biais de sélection (quelles personnes font le choix de recevoir des soins palliatifs). Toutefois, les coûts des soins subséquents (après les soins palliatifs) étaient considérablement moins élevés pour ceux en ayant reçus, par rapport au groupe référence (7 319 $ contre 9 627 $, p<0,001). Or, dans l'ensemble, les coûts sont essentiellement les mêmes, qu'il y ait ou non prestation de soins palliatifs (32 727 $ contre 32 837 $, p=0,09). La différence des coûts pour le régime Medicare est plus importante lorsqu'on retire le biais de sélection : les soins palliatifs permettent une économie moyenne d'environ 2 300 $ par personne, sans pour autant réduire les frais directs informels. En effet, pendant les 30 derniers jours de vie, les dépenses des proches d'une personne mourante atteignent 255 $ pour des soins habituels, par rapport à 540 $ pour des soins palliatifs continus jusqu'au décès, et à 857 $ pour des soins palliatifs discontinus (p=0,01) {Taylor, 2009}.

Le modèle palliatif est souvent plus coûteux sur le plan de la dotation en personnel, mais procure des soins de meilleure qualité.

Au Royaume-Uni, une évaluation de la dotation en personnel de sept unités de soins palliatifs et de 16 établissements de soins palliatifs a permis de constater que les établissements (dont plusieurs étaient des organismes de bienfaisance bénévoles et indépendants) coûtent plus cher à faire fonctionner que les unités en milieu hospitalier ou relevant des services publics, et ce, en raison des effectifs plus nombreux {Roberts et Hurst, 2012}. L'analyse a également révélé que les établissements de soins palliatifs offrent des soins de meilleure qualité, malgré le fait que les charges de travail sont en moyenne plus lourdes que dans les unités de soins palliatifs {Roberts et Hurst, 2012}. Il est à noter que cette étude ne visait pas à comparer les coûts potentiels et réels pour le réseau de la santé ou pour les patients.

IV. COMPARAISON DES DIVERSES APPROCHES PALLIATIVES

Même lorsque les soins palliatifs sont financés par le gouvernement, ils peuvent être dispensés de diverses façons et dans des contextes variés {Finlay, 2009}. Mais y a-t-il des modèles qui présentent un meilleur rapport coût-efficacité ou qui sont moins coûteux? Plusieurs examens ont tenté de répondre à cette question, mais les données sont limitées et les conclusions, plutôt mitigées.

Bien que les soins palliatifs semblent moins coûteux que les soins habituels dans la plupart des contextes, la différence des coûts associés à chacun des modèles palliatifs est moins facile à définir.

Un examen (1999) de quelques études s'étant intéressées aux divers modèles de prestation des soins palliatifs a permis de constater que seule une des études fournissait de l'information adéquate sur les coûts {Critchley et coll., 1999}. Selon cette étude, les soins à domicile traditionnels offerts pendant les 24 dernières semaines de soins du cancer sont 30 % plus coûteux pour le régime Medicare que des soins palliatifs à domicile ou des soins oncologiques conventionnels {Critchley et coll., 1999}.

En 2008, une revue de 22 essais comparatifs randomisés a révélé qu'un seul de ces essais — une étude américaine comparant les soins palliatifs à domicile et les soins habituels offerts par deux organismes de préservation de la santé dans deux états distincts — a révélé l'avantage économique des services à domicile {Zimmermann et coll., 2008}. Toutefois, un examen (2009) de revues systématiques a conclu que, bien que la prestation de soins palliatifs spécialisés soit moins coûteuse que le modèle conventionnel, il ne semble pas y avoir de différence en matière de coûts ou de rapport coût-efficacité parmi les divers programmes ou approches palliatives {Garcia-Perez et coll., 2009}.

En 2010, une analyse a indiqué que les soins palliatifs à domicile sont moins coûteux que les soins habituels, bien que cette analyse n'ait pas fait la comparaison des coûts des soins offerts à la maison et de ceux prodigués en milieu hospitalier {Simoens et coll., *Journal of Pain and Symptom Management*, 2010}. En revanche, une étude de 2011 réalisée en Afrique du Sud a établi que le coût par visite de rayonnement d'hôpital était 50 $ US inférieur au coût moyen d'un jour-patient dans un hôpital régional {Hongoro et Dinat, 2011}. Les auteurs de cette étude ont conclu que, dans les unités déjà trop achalandées en régions défavorisées, le fait de réorienter la prestation des soins dans la collectivité pourrait générer des économies. Ils n'ont toutefois pas précisé si cette conclusion s'applique à des régions mieux nanties comme le Canada.

Les comparaisons doivent aller au-delà des coûts, et tenir compte de la satisfaction des patients.

Une étude réalisée à Perth, en Australie, à la fin des années 1980 a conclu que le coût des services palliatifs offerts par des médecins généralistes est semblable à celui d'une hospitalisation (c'est-à-dire qu'il n'y a pas de différence entre une prestation à l'hôpital et dans la collectivité). Toutefois, le modèle de soins communautaires présenterait certains avantages, comme une meilleure satisfaction des clients et des familles et un plus grand éventail de choix pour ces derniers {Boldy, 1989}, ce qui pourrait indiquer que seul, le coût n'est pas un facteur suffisant pour comparer adéquatement les divers modèles de prestation.

V. PERCEPTIONS DES AVANTAGES DES SOINS PALLIATIFS

Aux États-Unis, le nombre de personnes recevant des prestations du régime Medicare pour des soins palliatifs s'est multiplié par 13 au cours des 20 dernières années {Connor, 2009}. Mais malgré ce chiffre, les experts sont d'avis que le financement et l'organisation des soins palliatifs aux États-Unis ne permettent pas de combler adéquatement les besoins ni actuels ni futurs de la population vulnérable qui pourrait souhaiter ou nécessiter des soins palliatifs ou des traitements visant à modifier le cours d'une maladie {Jennings et Morrisey, 2011}.

L'argument justifiant l'élargissement des services de soins palliatifs prend souvent appui sur le constat que ces soins réduisent la demande pour des traitements inappropriés {Adler et coll., 2009; Bruera et Yennurajalam, 2012; Jennings et Morrisey, 2011; Meier, 2011}. Les économies de coûts associées aux soins palliatifs comprennent la gestion proactive de la douleur et des symptômes, l'arrêt opportun de traitements devenus inefficaces, la rationalisation des médicaments non essentiels, la planification et l'obtention plus rapides de congé d'hôpital vers les soins de fin de vie, et la diminution du nombre de réadmissions à l'hôpital {Mula et Raftery, 2011}. Ainsi, il faudra augmenter l'offre de soins palliatifs si l'on veut remédier aux problèmes économiques qui sont au centre du remaniement du système de santé {Sherman et Cheon, 2012}.

La communication, la détermination d'objectifs et les soins interdisciplinaires : les éléments essentiels à l'efficacité

S'étant appuyés sur l'analyse de Morrison et les frais liés au programme Medicaid {Morrison et coll., 2011}, Meier et Beresford soutiennent que les soins palliatifs peuvent permettre aux hôpitaux d'économiser 250 $ ou plus en coûts directs par patient par jour, particulièrement lorsque les services misent sur la communication et la clarification des objectifs et qu'ils sont offerts par des équipes interdisciplinaires {Meier et Beresford, 2009}. Plus concrètement, en expliquant plus clairement leurs options aux patients et aux familles — donc, en améliorant la communication —, on peut contribuer à réduire les admissions aux soins intensifs ainsi que d'autres interventions qui ont peu de chances de guérir un patient ou d'améliorer son état de santé {Morgan et coll., 2011}. Les soins palliatifs peuvent aussi prévenir certains des effets néfastes que peuvent causer des soins médicaux trop ambitieux, comme des complications, des infections nosocomiales, des erreurs médicales, des soins inutiles mais prodigués par crainte de poursuite, ou des soins « de désespoir », qui ne sont offerts que pour apaiser les proches qui refusent d'accepter la nature irréversible de la maladie {Neuberg, 2009}.

Dans un texte éditorial sur la réduction des coûts des soins du cancer, Smith et Hilner {2011} argumentent que les coûts de soins de santé augmentent « en raison de ce que nous omettons de faire : amorcer des discussions sur la possibilité du décès, sur les choix en fin de vie et sur la façon de faire la transition vers la perspective de mourir » (traduction libre). Bien que l'étude préliminaire de programmes visant l'intégration des directives préalables dans le contexte de soins actifs n'ait pas confirmé d'économies, elle a toutefois permis de constater que la réorientation de la gestion des directives préalables et de la planification de fin de vie vers la collectivité et la mise en œuvre de ces activités dès le début de la progression de la maladie entraînent une réduction considérable des coûts totaux de soins de santé {Wholihan et Pace, 2012}.

Les discussions sur la fin de vie peuvent non seulement prévenir le recours à des soins de santé inappropriés (et leurs coûts), mais aussi réduire le fardeau des familles et des proches aidants. Par exemple, dans le cas de personnes atteintes d'une maladie chronique limitant l'espérance de vie, comme la maladie de Parkinson ou la sclérose en plaques, les frais assumés par les proches aidants dépassent souvent les coûts formels, surtout à mesure que la maladie s'aggrave {McCrone, 2009}.

La préparation de directives préalables et une meilleure coordination des soins pour améliorer le rapport coût-efficacité

Certains critiques maintiennent que les coûts réels de soins de santé qui peuvent être évités grâce aux soins palliatifs sont relativement faibles (quelque 3 % des coûts totaux) {Payne et coll., 2002}. Toutefois, il est possible d'augmenter les économies en favorisant la coordination des soins et la préparation de directives préalables dès le début de la maladie {Payne et coll., 2002}. Or, les dépenses évitées sont aussi importantes pour les hôpitaux que les montants générés par de nouveaux revenus {Meier et Beresford, 2009}.

Certaines données indiquent que la prestation de soins palliatifs peut entraîner des réductions autres que celles des coûts médicaux. Par exemple, en Norvège, les soins palliatifs ont permis de réduire la durée des séjours dans les établissements de soins infirmiers (centres de soins de longue durée ou de soins continus et complexes) dans le dernier mois de vie. Selon cette étude norvégienne, les soins palliatifs n'ont pas entraîné de différence notable dans l'utilisation des services hospitaliers, mais ont réduit le recours aux établissements de soins infirmiers : seulement 7,2 % des patients ayant reçu des soins palliatifs ont utilisé les services de ces établissements, par rapport à 14,6 % chez les patients n'ayant pas reçu de soins palliatifs ($p<0,01$) {Jordhoy et coll., 2000}. Or, étant donné la crise grandissante dans le secteur des soins de longue durée au Canada, une telle réduction serait fort appréciable.

Accorder la priorité aux soins palliatifs pour maximiser les bénéfices

Les soins palliatifs sont une priorité du gouvernement espagnol depuis le début des années 1990, et on constate au pays que de plus en plus de lits de soins conventionnels sont transformés en lits de soins palliatifs, lesquels ont un coût unitaire plus faible. On attribue aux soins palliatifs la réduction des séjours à l'hôpital (de 25,5 à 19,2 jours, $p=0,002$) et la diminution des visites à la salle d'urgence (de 52 à 30,6 %, $p=0,001$). L'intégration de l'approche palliative a aussi permis d'augmenter la proportion des gens qui choisissent de mourir à la maison (de 31 % à 42 %) et le nombre de personnes recevant des soins palliatifs coordonnés {Gomez-Batiste et coll., 2006}. En Espagne, les soins palliatifs ont été associés à des économies estimées à 61 % des coûts hospitaliers ainsi qu'à des économies (toutefois moins marquées) dans le secteur des soins à domicile {Gomez-Batiste et coll., 2006}. En Catalogne, les économies totales entraînées par les soins palliatifs en 2005 ont été estimées à 8 M€ {Paz-Ruiz et coll., 2009}.

Plus de recherche rigoureuse sur les avantages économiques des soins palliatifs

Les données amassées sur les économies que permettent de réaliser les soins palliatifs ont permis d'appuyer les efforts de plaidoyer en faveur de l'approche palliative dans plusieurs pays partout dans le monde, notamment en Australie {Allen et coll., 2008; Gordon et coll., 2009; Palliative Care Australia, 2012; Victorian Government Department of Human Services, 2007}, au Canada {Albrecht et coll., 2011; Hollander et Chappell, 2002; Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario et coll., 2010}, en Irlande {Murray, 2009}, aux États-Unis {Almgren, sans date; Committee on Care at the End of Life, 1997; Miller et coll., 2002; National Priorities Partnership, 2008}, au Royaume-Uni {Finlay, 2009; Hatziandreu et coll., 2008; Ward et coll., 2004} et ailleurs en Europe {Davies, 2004}. Tous ces rapports s'appuient largement sur la documentation faisant valoir les économies et l'efficacité associées aux soins palliatifs. Par exemple, au Royaume-Uni, les données de modélisation semblent indiquer que la diminution du recours aux soins actifs pour soigner les patients souffrant d'un cancer terminal en leur offrant plutôt des soins palliatifs pourrait alléger la facture annuelle du système de santé de 16 à 171 M£ {McBride et coll., 2011}.

Cependant, malgré ces affirmations, plusieurs exigent que d'autres évaluations économiques méthodologiquement rigoureuses soient réalisées afin de renforcer le bassin de données sur les coûts entourant les soins palliatifs {Boni-Saenz et coll., 2005; Bruner, 1998; Costantini et Beccaro, 2009; Gomes et coll., 2009; Harding et coll., 2009; Haycox, 2009; Higginson, 1999; Hoch, 2009}.

VI. CONSÉQUENCES DES DONNÉES RELATIVES AU RAPPORT COÛT-EFFICACITÉ SUR LES POLITIQUES

Les coûts des soins dans les derniers mois de vie dilapident une partie disproportionnée des ressources de la santé. Si une grande partie de ces coûts est attribuable aux besoins en soins médicaux, d'importantes sommes sont dépensées pour des interventions inappropriées ou traitements curatifs inutiles destinés aux gens souffrant d'une maladie chronique mortelle.

En effet, pour plusieurs personnes s'approchant de la fin de vie, les soins actifs traditionnels ne sont pas ce dont elles ont vraiment besoin puisqu'ils ne permettent pas de traiter efficacement les symptômes ni de combler les besoins psychologiques et spirituels des patients et des familles.

Or, les soins palliatifs — une approche holistique qui repose sur une combinaison de thérapies actives et de compassion pour apporter du confort et du soutien aux patients et aux familles — pourraient être une solution qui permettrait d'améliorer les soins et de réduire les coûts de soins de santé.

En effet, par rapport aux soins habituels, les soins palliatifs permettent de mieux combler les besoins des patients en phase terminale et leurs proches, y compris ceux de nature psychologique et spirituelle. On les associe aussi à une meilleure gestion des symptômes, comme la douleur et la fatigue, et à des aiguillages plus adéquats vers les programmes de soins palliatifs. Ce modèle permet en outre de réduire la durée des séjours à l'hôpital, le recours à des interventions voraces en ressources (comme les soins intensifs) et le nombre de traitements curatifs inutiles.

Présentement, seuls 16 à 30 % des Canadiens ont accès à des soins palliatifs et de fin de vie ou en reçoivent {Association canadienne de soins palliatifs, 2012}. Trois décès sur quatre surviennent encore à l'hôpital ou dans des établissements de soins de longue durée plutôt qu'à la maison, où pourtant la plupart des Canadiens désirent mourir {Association canadienne de soins palliatifs, 2012}. Or, un accès amélioré et plus équitable aux soins palliatifs pourrait non seulement entraîner des économies annuelles de plusieurs millions de dollars pour le réseau canadien de la santé, mais aussi rehausser les soins et la qualité de vie des patients et des familles.

Cependant, à ce jour, les études suffisamment exhaustives ou ayant quantifié à la fois les coûts et les avantages ou comparé différents modèles ou approches de prestation des soins sont trop peu nombreuses. Les unités ou équipes de soins palliatifs en milieu hospitalier constituent le modèle ayant été le plus étudié. Or, ces services permettent des économies de près de 7 000 à 8 000 $ US par patient, ce qui signifie que l'intégration de ce modèle à vaste échelle pourrait réduire les dépenses en santé de façon substantielle.

En Espagne, un réseau complet de soins palliatifs à l'hôpital et à domicile a permis au système de santé d'économiser des millions d'euros chaque année. Et en Norvège, une étude a conclu que les soins palliatifs présentent le potentiel de réduire le fardeau qui pèse sur le secteur des soins de longue durée (les établissements de soins infirmiers).

Au Canada, la proportion de la population âgée de 85 ans et plus augmente rapidement; dans plusieurs provinces (l'Ontario, par exemple), on commence à parler de crise en ce qui concerne le

manque de places en soins de longue durée pour les clients d'aujourd'hui et de demain. Or, la mise en œuvre des soins palliatifs pourrait réduire la pression exercée sur ce secteur, et mérite donc une attention particulière.

Malgré l'utilisation efficace d'arguments économiques pour militer en faveur des soins palliatifs, il existe toujours d'importantes lacunes dans les travaux de recherche. Des évaluations économiques plus nombreuses et poussées sont nécessaires, y compris des comparaisons de différents modèles de prestation (par exemple, par des unités ou équipes hospitalières, par des établissements spécialisés en soins palliatifs, par des services de soins à domicile, par des organismes communautaires, etc.).

En effet, les décideurs ne disposent pas de données suffisantes pour déterminer quel modèle (ou quelle combinaison de modèles) conviendrait le mieux au contexte canadien ou que les patients et familles d'ici préféreraient. Par exemple, il est difficile de déterminer si les modèles axés sur une prestation à l'hôpital conviendrait au Canada, étant donné sa géographie particulière. Il pourrait être plus sage de plutôt intégrer les soins palliatifs dans tous les contextes de soins de santé plutôt que de les offrir seulement dans les unités spécialisées des grands centres urbains.

L'intégration de l'approche palliative pourrait en effet être une solution relativement peu coûteuse qui permettrait d'assurer que les prestataires de soins seront en mesure de reconnaître les patients susceptibles de bénéficier de services de soins palliatifs dès le début du parcours d'une maladie mortelle, qu'ils auront les aptitudes pour offrir de tels services, et qu'ils pourront faire appel aux spécialistes appropriés, en temps opportun, pour appuyer les patients et les familles d'un contexte de soins à l'autre (collectivité, organisme de soins de santé, hôpital, etc.).

Les patients et familles devraient pouvoir avoir accès à des services de soins palliatifs dans le contexte de leur choix; il ne devrait y avoir aucun risque de « frapper à la mauvaise porte » pour obtenir les bons soins au bon moment.

RÉFÉRENCES

Adler, E., Goldfinger, J., Kalman, J. et coll. *Palliative care in the treatment of advanced heart failure.* Circulation. 2009; 120:2597-606.

Albrecht, H., Comartin, J., Valeroiete, F. et coll. *Not to be forgotten, care of vulnerable Canadians (Avec dignité et compassion. Soins destinés aux Canadiens vulnérables).* Comité parlementaire sur les soins palliatifs et les autres services d'accompagnement, novembre 2011. Ottawa : 2011.

Allen, S., O'Connor, M., Chapman, Y. et coll. *Funding regimes and the implications for delivering quality palliative care nursing within residential aged care units in Australia.* Rural Remote Health. 2008; 8(3):903.

Almgren, G. *Palliative Care with Older Adults. Section 3: Policy Issues Related to Aging and Palliative Care.* Sans date.

Association canadienne de soins palliatifs. *Feuille de données : Les soins palliatifs au Canada.* Ottawa : mai 2012.

Association canadienne de soins palliatifs. *L'Association canadienne de soins palliatifs — histoire.* Ottawa : Association canadienne de soins palliatifs; 2012. Web : http://acsp.net/à-propos-de-l'acsp/histoire.aspx.

Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario, Fédération des programmes communautaires de santé mentale et de traitement des toxicomanies de l'Ontario, et Association des hôpitaux de l'Ontario. *Ideas and Opportunities for Bending the Health Care Cost Curve. Advice for the Government of Ontario.* Avril 2010.

Back, A., Li, H., Sales, A. *Impact of palliative care case management on resource use by patients dying of cancer at a Veterans Affairs medical center. Journal of Palliative Medicine.* 2005; 8(1):26-35.

Bailes, J. *Cost aspects of palliative cancer care. Seminars in Oncology.* 1995; 22(2 suppl. 3):64-6.

Barrett, M., Wheatland, B., Haselby, P. et coll. *Palliative respite services using nursing staff reduces hospitalization of patients and improves acceptance among carers. International Journal of Palliative Nursing.* 2009; 15(8):389-95.

Bendaly, E., Groves, J., Juliar, B. et coll. *Financial impact of palliative care consultation in a public hospital. Journal of Palliative Medicine.* 2008; 11(10):1304-8.

Boldy, D. *Economic appraisal in health care with particular reference to hospice and palliative care. Austral Health Review.* 1989; 12(2):72-6.

Boni-Saenz, A., Dranove, D., Emanuel, L. et coll. *The price of palliative care: toward a complete accounting of costs and benefits. Clinical Geriatric Medicine.* 2005; 21(1):147-63.

Brody, A., Ciemins, E., Newman, J. et coll. *The effects of an inpatient palliative care team on discharge disposition. Journal of Palliative Medicine.* 2010; 13(5):541-8.

Bruera, E., Yennurajalingam, S. *Palliative care in advanced cancer patients: how and when? Oncologist.* 2012; 17(2):267-73.

Brumley, R., Enguidanos, S., Jamison, P. et coll. *Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. Journal of the American Geriatrics Society.* 2007; 55(7):993-100.

Bruner, D. *Cost-effectiveness and palliative care. Seminars in Oncology Nursing.* 1998; 14(2):164-7.

Ciemins, E.L., Blum, L., Nunley, M. et coll. *The economic and clinical impact of an inpatient palliative care consultation service: a multifaceted approach. Journal of Palliative Medicine.* 2007; 10(6):1347-88.

Comité des normes en soins infirmiers de l'Association canadienne de soins palliatifs. *Canadian Hospice Palliative Care Nursing Standards of Practice (Normes de pratique canadiennes en soins infirmiers palliatifs). Ottawa : Association canadienne de soins palliatifs*; 2009.

Committee on Care at the End of Life. *Approaching Death: Improving Care at the End of Life.* Washington : Institute of Medicine, 1997.

Connor, S. *U.S. hospice benefits. Journal of Pain and Symptom Management.* 2009; 38(1):105-9.

Costantini, M., Beccaro, M. *Health services research on end-of-life care. Current Opinion in Supportive and Palliative Care.* 2009; 3(3):190-4.

Critchley, P., Jadad, A.R., Taniguchi, A. et coll. *Are some palliative care delivery systems more effective and efficient than others: a systematic review of comparative studies. Journal of Palliative Care.* 1999; 15(4):40-7.

Currow, D.C., Abernethy, A.P., Bausewein, C. et coll. *Measuring the net benefits of hospice and palliative care: a composite measure for multiple audiences - palliative net benefit. Journal of Palliative Medicine*. 2011; 14(3):264-5.

Davies, E. *What are the palliative care needs of older people and how might they be met?* Copenhagen : Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (*Health Evidence Network Report*), 2004.

Davis, M., Walsh, D., LeGrand, S. et coll. *The financial benefits of acute inpatient palliative medicine, an inter-institutional comparative analysis by All Patient Refined-Diagnosis Related Group and Case Mix Index. Journal of Clinical Oncology*. 2005; 3:313-6.

Davis, M., Walsh, D., Nelson, K.A. et coll. *The business of palliative medicine - Part 2: The economics of acute inpatient palliative medicine. American Journal of Hospice and Palliative Care*. 2002; 19(2):89-95.

Di Cosimo, S., Pistillucci, G., Leggio, M. et coll. *Palliative home care and cost savings: encouraging results from Italy. New Zealand Medical Journal*. 2003; 116(1170):1-4.

Douglas, H., Halliday, D., Normand, C. et coll. Economic evaluation of specialist cancer and palliative nursing: a literature review. International Journal of Palliative Nursing. 2003; 9(10):424-8.

Douglas, H., Normand, C., Higginson, I. et coll. *Palliative day care: what does it cost to run a centre and does attendance affect use of other services? Palliative Medicine*. 2003; 17(7):628-37.

Drummond, M., Stoddart, G., Torrance, G. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Oxford : Oxford Medical Publications*; 1987.

Dumont, S., Jacobs, P., Fassbender, K. et coll. *Costs associated with resource utilization during the palliative phase of care: A Canadian perspective. Palliative Medicine*. 2009; 23(8):708-17.

Dumont, S., Jacobs, P., Turcotte, V. et coll. *The trajectory of palliative care costs over the last 5 months of life: a Canadian longitudinal study. Palliative Medicine*. 2010; 24:630-40.

Economist Intelligence Unit. *The Quality of Death, Ranking end-of-life care across the world*. Rapport préparé à la demande de la LIEN Foundation. Londres : 2010.

Elsayem, A., Swint, K., Fisch, M. et coll. *Palliative care inpatient service in a comprehensive cancer center: clinical and financial outcomes. Journal of Clinical Oncology*. 2004; 22(10):2008-14.

Falls, C. *Palliative health care: cost reduction and quality enhancement using end-of-life survey methodology. Journal of gerontological social work.* 2008; 51(1-2):53-76.

Fassbender, K., Fainsinger, R., Carson, M. et coll. *Cost trajectories at the end of life: the Canadian experience. Journal of Pain and Symptom Management*. 2009; 38(1):75-80.

Finlay, I. *Developing a template to plan palliative care services: the Welsh experience. Journal of Pain and Symptom Management*. 2009; 38(1):81-6.

Foley, K.M., Gelband, H. (éd.). *Improving Palliative Care for Cancer: Summary and Recommendations*. The National Academy Press, Washington; 2001.

Garcia-Perez, L., Linetova, R., Martin-Olivera, R. et coll. *A systematic review of specialized palliative care for terminal patients: which model is better? Palliative Medicine*. 2009; 23(1):17-22.

Gomes, B., Harding, R., Foley, K. et coll. *Optimal approaches to the health economics of palliative care: report of an international think-tank. Journal of Pain and Symptom Management*. 2009; 38(1):4-10.

Gomez-Batiste, X., Tuca, A., Corrales, E. et coll. *Resource consumption and costs of palliative care services in Spain: a multicenter prospective study. Journal of Pain and Symptom Management*. 2006; 31(6):522-32.

Gordon, R., Eagar, K., Currow, D. et coll. *Current funding and financing issues in the Australian hospice and palliative care sector. Journal of Pain and Symptom Management*. 2009; 38(1):68-74.

Guerriere, D., Zagorski, B., Masucci, L. et coll. *Cost variations in ambulatory and home-based palliative care. Palliative Medicine*. 2010; 24(5):523-32.

Hall, S., Kolliakou, A., Petkova, H. et coll. *Interventions for improving palliative care for older people living in nursing care homes*. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011; 3: art. no : CD007132. DOI: 10.1002/14651858.CD007132.pub2.

Harding, R., Gomes, B., Foley, K. et coll. *Research priorities in health economics and funding for palliative care: views of an international think tank. Journal of Pain and Symptom Management*. 2009; 38(1):11-4.

Hatziandreu, E., Archontakis, F., Daly, A. *The Potential Cost Savings of Greater Use of Home- and Hospice-based end of life care in England*. RAND Technical Report; TR-642-NAO. Janvier 2008.

Haycox, A. *Optimizing decision making and resource allocation in palliative care. Journal of Pain and Symptom Management*. 2009; 38(1):45-53.

Hearn, J., Higginson, I. *Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review. Palliative Medicine*. 1998; 12(5):317-32.

Higginson, I. *Evidence based palliative. There is some evidence - and there needs to be more. British Medical Journal*. 1999; 319(7208):462-3.

Higginson, I., Costantini, M., Silber, E. et coll. *Evaluation of a new model of short-term palliative care for people severely affected with multiple sclerosis: a randomsed fast-track trial to test timing of referral and how long the effect is maintained. Postgraduate Medical Journal*. 2011; 87:769-75.

Higginson, I., McCrone, P., Hart, S. et coll. *Is short-term palliative care cost-effective in multiple sclerosis? A randomized phase II trial. Journal of Pain and Symptom Management*. 2009; 38(6):816-26.

Hoch, J. *Improving efficiency and value in palliative care with net benefit regression: an introduction to a simple method for cost-effectiveness analysis with person-level data. Journal of Pain and Symptom Management*. 2009; 38(1):54-61.

Hollander, M. *Costs of end-of-life care: findings from the province of Saskatchewan. Health care Quarterly*. 2009; 12(3):50-8.

Hollander, M., Chappell, N. S*ynthesis Report. Final Report of the National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care, A Report Prepared for the Health Transition Fund, Health Canada*. Août 2002. Victoria (Colombie-Britannique) : 2002.

Hongoro, C., Dinat, N. *A cost analysis of a hospital-based palliative care outreach program: implications for expanding public sector palliative care in South Africa. Journal of Pain and Symptom Management*. 2011; 41(6):1015-24.

Hughes, J. Palliative care and the QALY problem. Health Care Analysis. 2005; 13(4):289-301.

Hughes-Hallett, T., Craft, A., Davies, C. *Funding the Right Care and Support for Every. Creating a Fair and Transparent Funding System; the Final Report of the Palliative Care Funding Review. Londres : Palliative Care Funding Review*, 2011.

Hugodot, A. *Cost-effectiveness of palliative care in hospital: a review of the literature (Part 3). Hospice Friendly Hospitals Programme*. Dublin : 2007.

Jennings, B., Morrissey, M. *Health care costs in end-of-life and palliative care: the quest for ethical reform. Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care*. 2011; 7(4):300-17.

Johnson, A., Abernathy, T., Howell, D. et coll. *Resource utilization and costs of palliative cancer care in an interdisciplinary health care model. Palliative Medicine*. 2009; 23(5):448-59.

Jordhøy, M., Favers, P., Saltnes, T. et coll. *A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomised trial. Lancet*. 2000; 356(9233):888-93.

Jung, H., Kim, J., Heo, D. et coll. *Health economics of a palliative care unit for terminal cancer patients: a retrospective cohort study. Support Care Cancer*. 2012; 20(1):29-37.

Klinger, C.A., Howell, D., Marshall, D. et coll. *Resource utilization and cost analyses of home-based palliative care service provision: The Niagara West End-of-Life Shared-Care Project. Palliative Medicine*. 2011; 15 janvier 2012, publication en ligne avant impression.

McBride, T., Morton, A., Nichols, A. et coll. *Comparing the costs of alternative models of end-of-life care. Journal of Palliative Care*. 2011; 27(2):126-33.

McCrone, P. *Capturing the costs of end-of-life care: comparison of multiple sclerosis, Parkinson's disease, and dementia. Journal of Pain and Symptom Management*. 2009; 38(1):62-7.

McKibbon, A., Eady, A., Marks, S. *PDQ Evidence-based Principles and Practice. Hamilton* : BC Decker; 1999.

Meier, D. *Increased access to palliative care and hospice services: opportunities to improve value in health care. Millbank Quarterly*. 2011; 89(3):343-80.

Meier, D. et Beresford, L. *Palliative care cost research can help other palliative care programs make their case. Journal of Palliative Medicine*. 2009; 12(1):15-20.

Miller, G., Williams, J.J., English, D., Keyserling, J. *Delivering Quality Care and Cost-Effectiveness at the End of Life. Building on the 20-Year Success of the Medicare Hospice Benefit*. Alexandria (Virginie) : 2002.

Morgan, L., Howe, L., Whitcomb, J. et coll. *Improving communication and cost-effectiveness in the intensive care unit through palliative care: a review of literature. Dimensions of Critical Care Nursing*. 2011; 30(3):133-8.

Morrison, R., Dietrich, J., Ladwig, S. et coll. P*alliative care consultation teams cut hospital costs for Medicaid beneficiaries. Health Affairs* (Millwood). 2011; 30(3):454-63.

Morrison, R., Penrod, J., Cassel, B. et coll. *Cost savings associated with US hospital palliative consultation programs. Archives of Internal Medicine*. 2008; 168(16):1783-90.

Mula, C., Raftery, A. *Evidencing cost efficiencies in specialist palliative care. International Journal of Palliative Nursing*. 2011; 17(12):575.

Murray, E. *How advocates use health economic data and projections: the Irish experience. Journal of Pain and Symptom Management*. 2009; 38(1):97-104.

National Hospice and Palliative Care Organization. *NHPCO Facts and Figures: Hospice Care in America*. Alexandria (Virginie) : 2012.

National Institutes of Health. *Fact Sheet: End-of-Life*. Bethesda : 2010.

National Priorities Partnership. National Priorities and Goals: *Aligning Our Efforts to Transform America's Healthcare*. Washington : 2008.

Neuberg, G. *The cost of end-of-life care: a new efficiency measure falls short of AHA/ACC standards. Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*. 2009; 2(2):127-33.

New Courtland Center for Transition and Health. *Transitional Care Model*. University of Pennsylvania School of Nursing; 2008-2009 [cité le 21 septembre 2012]. Web : http://www.transitionalcare.info/index.html

O'Mahony, S., Blank, A.E., Zallman, L. et coll. *The benefits of a hospital-based inpatient palliative care consultation service: preliminary outcome data. Journal of Palliative Medicine*. 2005; 8(5):1033-9.

Ostgathe, C., Walshe, R., Wolf, J. et coll. *A cost calculation model for specialist palliative care for patients with non-small cell lung cancer in a tertiary centre. Support Care Cancer*. 2008; 16(5):501-6.

Pace, A., Di Lorenzo, C., Capon, A. et coll. *Quality of care and rehospitalization rate in the last stage of disease in brain tumor patients assisted at home: a cost effectiveness study. Journal of Palliative Medicine*. 2012; 15(2):225-7.

Palliative Care Australia. *Submission to the Treasurer on Priorities for the 2012 Federal Budget on behalf of Palliative Care Australia*. Deaking West (ACT) : 2012.

Payne, S., Coyne, P., Smith, T. *The health economics of palliative care. Oncology* (Willston Park). 2002; 16(6):801-8.

Paz-Ruiz, S., Gomez-Batiste, X., Espinosa, J. et coll. *The costs and savings of a regional public palliative care program: the Catalan experience at 18 years. Journal of Pain and Symptom Management*. 2009; 38(1):87-96.

Penrod, J., Deb, P., Dellenbaugh, C. et coll. *Hospital-based palliative care consultation: effects on hospital cost. Journal of Palliative Medicine*. 2010; 13(8):973-9.

Penrod, J., Deb, P., Luhrs, C. et coll. *Cost and utilization outcomes of patients receiving hospital-based palliative care consultation. Journal of Palliative Medicine*. 2006; 9(4):855-60.

Pronovost, P., Angus, D. *Economics of end-of-life care in the intensive care unit. Critical Care Medicine*. 2001; 29(2, suppl. S):N46-N51.

Rabow, M.W., Dibble, S.L., Pantilat, S.Z. et coll. *The comprehensive care team, a controlled trial of outpatient palliative medicine consultation. Archives of Internal Medicine*. 2004; 164:83-91.

Radbruch, L., Payne, S. *White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care. European Journal of Palliative Care*. 2009; 16(6):278-89.

Raftery, J., Addington-Hall, J., MacDonald, L. et coll. *A randomized controlled trial of the cost-effectiveness of a district co-ordinating service for terminally ill cancer patients. Palliative Medicine*. 1996; 19(2):151-61.

Roberts, D., Hurst, K. *Evaluating palliative care ward staffing using bed occupancy, patient dependency, staff activity, service quality and cost data. Palliative Medicine*. 2012; 11 juin 2012, publication en ligne avant impression.

Serra-Prat, M., Gallo, P., Picaza, J. *Home palliative care as a cost-saving alternative: evidence from Catalonia. Palliative Medicine*. 2001; 15:271-8.

Sherman, D., Cheon, J. *Palliative care: a paradigm of care responsive to the demands for health care reform in America. Nursing Economics*. 2012; 30(3):163-62.

Shnoor, Y., Szlaifer, M., Aoberman, A. et coll. *The cost of home hospice care for terminal patients in Israel. American Journal of Hospice and Palliative Care*. 2007; 24:284-90.

Shugarman, L., Decker, S., Bercovitz, A. *Demographics and social characteristics and spending at the end of life. Journal of Pain and Symptom Management*. 2009; 38(1):15-26.

Simoens, S., Kutten, B., Keirse, E. et coll. *Costs of terminal patients who receive palliative care or usual care in different hospital wards. Journal of Palliative Medicine*. 2010; 13(11):1365-9.

Simoens, S., Kutten, B., Keirse, E. et coll. *The costs of treating terminal patients. Journal of Pain and Symptom Management*. 2010; 40(3):436-48.

Smith, T., Cassel, J. *Cost and non-clinical outcomes of palliative care. Journal of Pain and Symptom Management*. 2009; 38(1):32-44.

Smith, T., Coyne, P., Cassel, B. et coll. *A high-volume specialist palliative care unit and team and reduce in-hospital end-of-life care costs. Journal of Palliative Medicine*. 2003; 6(5):699-705.

Smith, T., Hillner, B. *Bending the cost curve in cancer care. New England Journal of Medicine*. 2011; 364(21):2060-5.

Stephens, S. *Hospital-based palliative care: cost effective-care for patients with advanced disease. Journal of Nursing Administration*. 2008; 38(3):143-5.

Taylor, D. *The effect of hospice on Medicare and informal care costs: the U.S. experience. Journal of Pain and Symptom Management*. 2009; 38(1):110-4.

Tibi-Levy, Y., Lee, V. de Pouvourville, G. *Determinants of resource utilization in four palliative care units. Palliative Medicine*. 2006; 20:95-106.

Tzala, S., Lord, J., Ziras, N. et coll. *Cost of home palliative care compared with conventional hospital care for patients with haematological cancers in Greece. European Journal of Health Economics*. 2005; 6(2):102-6.

Victorian Government Department of Human Services. *Review of hospital-based palliative care consultancy teams*, June 2007. Melbourne : 2007.

Villet-Lagomarison, A. *Hospice vs. Palliative Care*. Richmond (Virginie) : National Caregivers Library; 2012 [10/10/2012]. Web : http://www.caregiverslibrary.org/caregivers-resources/grp-end-of-life-issues/hsgrp-hospice/hospice-vs-palliative-care-article.aspx.

Walker, H., Anderson, M., Farahati, F. et coll. *Resource use and costs of end-of-life/palliative care: Ontario adult cancer patients dying during 2002 and 2003. Journal of Palliative Care*. 2011; 27(2):79-88.

Ward, S., Salzano, S., Sampson, F. et coll. *Guidance on Cancer Services, Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. Economic Review*. Londres : 2004.

White, K., Stover, K., Cassel, J. et coll. *Nonclinical outcomes of hospital-based palliative care. Journal of Health care Management*. 2006; 51(4):260-73.

Wholihan, D., Pace, J. *Community discussions: a vision for cutting the costs of end-of-life care. Nursing Economics*. 2012; 30(3):170-8.

Yang, Y., Mahon, M. *Considerations of quality-adjusted life-year in palliative care for the terminally ill. Journal of Palliative Medicine*. 2011; 14(11):1197.

Yang, Y., et Mahon, M. *Palliative care for the terminally ill in America: the consideration of QALYs, costs, and ethical issues. Medicine, Healthcare & Philosophy*. 2011, publication en ligne, 10 novembre.

Zimmermann, C., Riechelmann, R., Krzyzanowska, M. et coll. Effectiveness of specialized palliative care: a systematic review. Journal of the American Medical Association. 2008; 299(14):1698-709.

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
Actualité « *the real world* » : *cost-effectiveness in palliative care*. Aucun auteur cité. Support Care Cancer. 1994; 2(4):211-2	Brève actualité		Bref résumé	
Adler, E.D., Goldfinger, J.Z., Kalman, J., Park, M.E., Meier, D.E. *Palliative care in the treatment of advanced heart failure. Circulation* 2009; 120:2597-2606	É.-U.	Analyse	Cite la preuve que les consultations en soins palliatifs pour les patients hospitalisés diminuent le nombre d'interventions entreprises à l'approche de fin de vie, la durée d'hospitalisation, la durée du séjour à l'unité des soins intensifs, les coûts hospitaliers directs, y compris la pharmacie et l'imagerie et les coûts globaux des soins. Les soins palliatifs permettent également de réduire les coûts : économie allant jusqu'à 40 % des soins de santé pendant le dernier mois de vie et jusqu'à 17 % pendant les 6 derniers moins de vie, d'environ 2 309 $ par utilisateur de l'hospice.	Aborde les facteurs qui prédisent la probabilité accrue de décès et la façon d'ouvrir la discussion avec les patients et les membres de la famille.
Albrecht, H., Comartin, J., Valeroiete, F., Block, K., Scarpaleggia, F. *Not to be forgotten, care of vulnerable Canadians (Avec dignité et compassion. Soins destinés aux Canadiens vulnérables*). Comité parlementaire sur les soins palliatifs et les autres services d'accompagnement. Novembre 2011. Ottawa : Comité parlementaire sur les soins palliatifs et les autres services d'accompagnement, 2011. DOCUMENTATION PARALLÈLE	Canada	Analyse d'un comité parlementaire	Le Canada ne parvient pas à offrir un accès équitable à des soins de fin de vie de qualité; seulement 16 à 30 % de ceux qui en ont besoin reçoivent ces soins. Même dans les endroits où les soins palliatifs sont disponibles (p.ex., grand Toronto), il y a des variations dans la disponibilité et les types de services. Nécessité d'une stratégie nationale des soins palliatifs, y compris un programme de soins à domicile renforcé pour les communautés rurales et les communautés des Premières Nations qui respecte les croyances culturelles, les traditions, les pratiques et la langue préférée.	Une analyse des publications démontre que les soins continus intégrés sont rentables. Le Danemark a réduit le nombre de lits en centre d'hébergement de 30 %, du milieu des années 1980 à la fin des années 1990, en augmentant la proportion des personnes recevant des soins à domicile. Nécessité de modèles multiples mais intégrés de prestations de soins palliatifs qui incluent les soins à domiciles fournis par le personnel de soins à domicile avec l'appui des équipes spécialisées en soins palliatifs, des soins palliatifs dans les petites communautés permettant aux gens de rester dans leur milieu, les soins palliatifs dans les centres de soins de longue durée offerts par le personnel interne et des spécialistes itinérants et des soins palliatifs au sein des unités de soins intensifs.
Allen, S., O'Connor, M., Chapman, Y., Francis, K. *Funding regimes and the implications for delivering quality palliative care nursing within residential aged care units in Australia. Rural Remote Health*. 2008; 8(3):903	Australie	Discussion sur l'incidence du financement des établissements de soins pour personnes âgées sur le type de soins offerts aux aînés australiens dans les établissements de soins.	Les hôpitaux ruraux de soins actifs, que le gouvernement croyait ne pas être durables, ont conclu des ententes de services multiples pour répondre aux besoins de santé des communautés locales et périphériques; ces ententes comprennent des soins en établissement pour les personnes âgées fragiles qui ne peuvent plus vivre de façon autonome dans la communauté. Le financement de ces ententes est calculé selon une allocation par lit qui reste la même, peu importe le changement d'état de santé du résident. Cette rigidité crée une tension lorsque les	

suite à la prochaine page

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
			ententes doivent répondre aux besoins de soins infirmiers des résidents dont l'état se détériore sans que des ressources financières soient ajoutées. Toutefois, le gouvernement s'attend également à ce que des pratiques soient adoptées pour soutenir les soins en fin de vie et les soins palliatifs à l'aide d'une approche contemporaine défendue. Le soutien au personnel infirmier en vue de développer les compétences nécessaires pour respecter les lignes directrices recommandées est limité en raison de cet incohérence de financement.	
Almgren, G.R. *Palliative Care with Older Adults. Section 3: Policy Issues Related to Aging and Palliative Care*. Council on Social Work Education. National Center for Gerontological Social Work Education. DOCUMENTATION PARALLÈLE	É.-U.	Analyse	Preuve datant du milieu des années 1990 à l'effet que l'utilisation à plus grande échelle des prestations Medicare pour les soins palliatifs a mené à des économies de coûts de 25 à 40 % pendant le dernier mois de vie, mais de seulement 10 à 17 % pendant les 6 derniers mois. Les recherches subséquentes ont donné des résultats mitigés, certains suggérant d'importantes économies et d'autres des augmentations de dépenses, en fonction de certains facteurs comme l'âge et le diagnostic. L'étude de Taylor et coll. de 2007 conclut à d'importantes économies; dans 70 % des cas, la prestation de soins palliatifs plus tôt aurait mené à des économies accrues. Les recherches sur le coût-efficacité des soins palliatifs en dehors du modèle de centre de soins palliatifs ne sont pas très poussées; Zimmermann et coll. (2008) présentent des preuves pour les modèles autres que ceux des centres de soins palliatifs. « En somme, bien que la preuve relative à la rentabilité des soins palliatifs est encore peu élaborée, les arguments cliniques pour l'éloignement du plus restrictif tandem « soins palliatifs ou traitement curatif » sont convaincants. » [p. 6]	
Anonyme. *The debate in hospice care. Journal of Oncology Practice*. 2008; 4(3):153-7	Éditorial	Analyse de publications et de données	Depuis 1974, croissance fulgurante du nombre de programmes de soins palliatifs aux États-Unis; depuis 2000, le nombre de centres de soins palliatifs à but lucratif a augmenté jusqu'à atteindre 46 % des programmes. Malgré la croissance, les soins palliatifs sont sous-utilisés et parfois de manière inefficace. Seulement 36 % des personnes décédées en 2006 ont participé à un programme de sons palliatifs et les médecins et les patients ont tendance à reporter les soins palliatifs jusqu'à ce que la mort soit imminente. hospice until death is imminent.	En raison des exigences de financement des soins palliatifs dans le cadre de Medicare, les patients peuvent avoir à choisir entre un traitement curatif et les soins palliatifs. L'utilisation accrue de traitement agressif dans les dernières semaines de vie reflètent les défis décisionnels inhérents dans un monde d'oncologie qui se distingue par l'avancement de la recherche : ni les patients ni les médecins ne veulent « abandonner ». [p. 154]

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
Back, A.L., Li, H.R., Sales, A.E. *Impact of palliative care case management on resource use by patients dying of cancer at a Veterans Affairs medical center. J Palliat Med.* 2005; 8(1):26-35	É.-U.	Comparaison rétrospective non aléatoire de l'utilisat-ion des ressources à l'aide des données administratives d'un centre de soins médicaux tertiaires pour les vétérans. Tous les patients qui sont morts de cancer entre le 1er octobre 2001 et le 31 octobre 2002; n=265.	Des 265 patients mourants, 82 ont reçu des services de soins palliatifs et 183 n'en ont pas reçu. Les patients en soins palliatifs ont fait l'objet de gestion de cas pendant une moyenne de 79 jours, étaient plus jeunes, présentaient des comorbidités et étaient plus susceptibles d'avoir eu des traitements de chimiothérapie dans les 60 derniers jours de vie. Les variables associées à un plus grand nombre de jours en soins de courte durée dans les 60 derniers jours de vie comprenaient la chimiothérapie dans les 60 derniers jours ou une durée de séjour dans les services de soins palliatifs <60 jours. Les facteurs associés à un moins grand nombre de jours en soins de courte durée dans les 60 derniers jours de vie étaient le fait d'être marié et une durée de séjour en services de soins palliatifs >60 jours. Conclut que les services de soins palliatifs pendant 60 jours ou plus avant la mort étaient associés à une diminution de l'utilisation des ressources hospitalières de soins de courte durée.	Valeur en dollars non mentionnée.
Bailes, J.S. *Cost aspects of palliative cancer care. Semin Oncol.* 1995; 22(2 suppl. 3):64-6.	É.-U.	Analyse	Données sur le coût-efficacité des soins palliatifs mixtes du cancer (article publié en 1995). Certains types de soins palliatifs peuvent augmenter les coûts alors que d'autres peuvent réduire le coût global du traitement. La gestion de la douleur est un domaine où la possibilité d'économie de coût est importante si des médicaments oraux sont utilisés au lieu de méthodes de haute technologie.	
Barrett, M., Wheatland, B., Haselby, P., Larson, A., Kristjanson, L., Whyatt, D. *Palliative respite services using nursing staff reduces hospitalization of patients and improves acceptance among carers. Int J Palliat Nurs.* 2009; 15(8): 389-95	Australie	Étude qualitative et quantitative sur le choix d'infirmières embauchées pour fournir un répit aux soignants de patients en soins palliatifs à domicile. Patients de l'étude comparés aux témoins historiques; il semble que pour 39 patients expérimentaux (aucun témoin pour 2 et ils ont été exclus de la comparaison), il y avait 1 à 4 patients	La préoccupation du soignant quant à la qualité des fournisseurs de soins de répit semble être le principal obstacle au choix. Après ajustement des variables correspondantes (âge, sexe et état), les patients obtenaient des soins de répit où 80 % étaient moins susceptibles d'être hospitalisés que le témoin historique (p<0,001, OR=0,20, IC 95 %, 0,122 à 0,33). Des patients qui ont eu des soins de répit, tous sauf un sont morts à la maison alors que ce patient a préféré l'hôpital; tous les témoins historiques sont morts à l'hôpital. Comparativement aux hospitalisations parmi les témoins, le programme de répit a représenté des économies de 34 375 $ A en 25 semaines. Même après soustraction des coûts du programme, les économies totales atteindraient 13 900 $ A. Le coût du programme dans la région serait d'environ 23 816 $, mais entraînerait une réduction des coûts d'hospitalisation de 71 500 $; les économies totales en service de santé seraient de 47 684 $ par année. La recherche qualitative conclut à une satisfaction accrue du soignant quant au programme et à la qualité des soins. La	L'analyse des publications donne peu de preuves que le répit offert aux soignants de patients en phase palliative apporte un avantage ou retarde l'admission des patients en centre d'hébergement ou centre hospitalier. Les études ont démontré le fardeau des soignants : anxiété, dépression, culpabilité, repos insuffisant et diminution du temps personnel pour les loisirs. En Australie, les infirmières embauchées travaillaient avec les infirmières qualifiées pour offrir les soins infirmiers de base; appelées aux États-Unis, associate nurses, au Royaume-Uni, auxiliary nurses, health care assistants, clinical support workers ou nursing assistants. Au

suite à la prochaine page

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
		témoins; le nombre exact n'est pas précisé.	nécessité d'un répit semble influencer les systèmes de soutien familial du soignant; preuve que l'anxiété, la dépression, les réactions et les perceptions du soignant ont un effet plus grand sur le résultat et la qualité de vie du patient que l'état du patient.	Canada, elle peuvent être infirmières auxiliaires autorisées ou infirmières.
Bendaly, E.A., Groves, J., Juliar, B., Gramelspacher, G.P. *Financial impact of palliative care consultation in a public hospital. J Palliat Med*. 2008; 11(10):1304-8	É.-U.	Frais, diagnostics regroupés pour la gestion (DRG), poids et démographie de DRG de 116 patients âgés >50 ans qui sont morts à l'hôpital, dont 61 ont eu une consultation en soins palliatifs, 55 n'en ont pas eu. Patients dans un hôpital aux États-Unis, en 2005; 83 % étaient couverts par Medicare ou Medicaid.	La durée moyenne du séjour n'était pas significativement différente pour les patients qui ont eu une consultation en soins palliatifs par rapport à ceux qui n'en ont pas eu (14,4 contre 12,2 jours, p=0,57). Pas de variation significative de poids DRG dans le même DRG; poids DRG significativement et positivement corrélé avec les frais. Tant la consultation en soins palliatifs que le poids DRG ont été des variables explicatives significatives des frais, ce qui explique la variabilité de 36 % des frais. Les frais médians des patients ayant eu une consultation en soins palliatifs était de 35 824 $ contre 42 731 $ pour ceux qui n'en ont pas eu (p<0,001); une réduction d'environ 7 000 $ des frais hospitaliers. Aucune différence des poids DRG médians entre les groupes. Conclut que la consultation en soins palliatifs réduit significativement les frais des patients adultes qui meurent pendant la dernière hospitalisation, malgré un séjour moyen légèrement prolongé.	Cite des sources qui déclarent que 46 % des patients ayant une espérance de vie <6 mois ont reçu une ventilation mécanique dans les 3 jours avant la mort; 50 % des membres de la famille rapportent une douleur modérée à importante pendant les 3 derniers jours d'hospitalisation.
Boldy, D. *Economic appraisal in health care with particular reference to hospice and palliative care. Aust Health Rev*. 1989; 12(2):72-6	Australie	Descriptif	Discussion sur l'explication de la différence entre « économie de coût » et « efficience économique » : l'efficience économique concerne le fait de faire des choix qui maximisent l'avantage net pour la société à partir des ressources disponibles. Décrit 3 étapes de l'évaluation des coûts et des avantages de solutions de rechange en soins de santé. 1) énumération, 2) mesure et 3) valeur explicite. Décrit une étude menée à Perth, dans les années 1980, qui conclut que le coût d'un vaste programme de soins palliatifs fondé sur les médecins généralistes est le même que celui de l'hospitalisation, mais qu'il y a des avantages supplémentaires comme le choix plus vaste pour le patient et sa famille.	Publiée en 1989, pourrait donc ne pas être pertinente. Article complet non accessible en ligne.
Boni-Saenz, A.A., Dranove, D., Emanuel, L.L., Lo Sasso, A.T. *The price of palliative care: toward a complete accounting of costs and benefits. Clin Geriatr Med*. 2005; 21(1):147-63	N.D. (É.-U.)	Analyse de publications	Description de méthodes pour effectuer des analyses de coût-avantages complètes des soins palliatifs et collecter de l'information et des données.	

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
Brody, A.A., Ciemins, E., Newman, J., Harrington, C. *The effects of an inpatient palliative care team on discharge disposition. J Palliat Med.* 2010; 13(5):541-8	É.-U.	Étude prospective de patients admis dans de grands hôpitaux multisites sans but lucratif aux États-Unis entre juin 2004 et décembre 2007, vus par une équipe de soins palliatifs ou des patients concordants; n=361 paires concordantes.	Contrôle des données démographiques du patient et de la gravité de la maladie, comparativement à des patients en soins usuels, ceux qui ont eu une consultation auprès de l'équipe de soins palliatifs étaient 3,24 fois plus souvent envoyés vers les soins palliatifs (p<0,0001), 1,52 fois plus souvent vers un établissement de soins et 1,59 fois plus souvent envoyés à domicile avec des services (p<0,001). Les patients qui ont eu une consultation étaient aussi plus souvent référés au centre de soins palliatifs plus tôt dans l'évolution de la maladie au lieu des quelques dernières semaines de vie.	Ne présente pas d'analyse économique, mais cible la probabilité de la destination du patient.
Bruera, E., Neumann, C., Gagnon, B., Brenneis, C., Quan, H., Hanson, J. *The impact of a regional palliative care program on the cost of palliative care delivery. J Palliat Med.* 2000; 3:181-6	Canada		La mise en place d'un programme régional de soins palliatifs pour les patients en phase terminale a permis de réduire le nombre de décès dans les établissements de courte durée de 84 % à 55 %, le nombre de patients mourants ayant reçu des soins palliatifs a augmenté de 23 % à 71 %, et les économies de coûts ont été estimées à 1 700 000 $ CAN.	
Bruera, E., Suarez-Almazor, M. *Cost effectiveness in palliative care. Palliat Med.* 1998;12(5):315-6.	Lettre à la rédaction		Lettre à la rédaction appuyant les soins palliatifs comme étant un choix rentable.	
Bruera, E., Yennurajalingam, S. *Palliative care in advanced cancer patients: how and when? Oncologist.* 2012; 17(2):267-73	S.O.	Analyse et présentation de cas dans le cadre de la formation médicale continue.	Sommaire des preuves relatives à la capacité des soins palliatifs à améliorer le contrôle des symptômes et la qualité de vie et possiblement prolonger la période de survie, ainsi qu'à réduire le coût des soins. Utilisation de la présentation de cas pour discuter de l'impact d'un accès aux soins palliatifs dès le début.	
Brumley, R., Enguidanos, S., Jamison, P., Seitz, R., Morgenstern, N., Saito, S., McIlwane, J., Hilllary, K., Gonzalez, J. *Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. J Am Geriatr Soc.* 2007; 55(7):993-100	É.-U.	Analyse et présentation de cLes traitements et les soins en établissement touchaient des patients en phase terminale à domicile (n=298) de 2 organismes de préservation de la santé dans 2 états, ayant un pronostic d'environ 1 an	Les patients randomisés en soins palliatifs à domicile étaient plus satisfaits des soins à 30 jours et à 90 jours après leur inscription (p<0,05) et étaient plus susceptibles de mourir à domicile (p<0,001). Les sujets en soins palliatifs étaient moins susceptibles de visiter le service d'urgence (20 % contre 33 %, V de Cramer =0,15 p=0,01) ou admis à l'hôpital (36 % contre 59 %, V de Cramer =0,23 p<0,001) que ceux en soins usuels, ce qui mène à une diminution importante des coûts des soins (33 % inférieurs, p=0,03, IC 95 %, 12 411 $ à 780 $, r2 =0,16). Après ajustement en fonction de la survie, de l'âge et de la gravité de la maladie, la régression linéaire indiquait que l'inscription à des soins palliatifs à domicile avait réduit les journées d'hospitalisation de 4,36 (p<0,001,	La présence d'une équipe multidisciplinaire de soins palliatifs à domicile a eu un effet positif sur la satisfaction du patient à l'égard des soins médicaux et permis de réduire les coûts des soins. Les études suggèrent que les programmes de soins de fin de vie ne devraient pas se limiter aux 6 derniers mois de survie puisque les coûts augmentent dans les 2 dernières années de vie. Dans cette étude, on notait une forte tendance à une survie plus courte chez ceux du groupe de soins

suite à la prochaine page

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
		ou moins à vivre et une ou plusieurs visites à l'hôpital ou à l'urgence dans les 12 mois précédents; randomisés en soins usuels ou en soins palliatifs à domicile offerts par une équipe multidisciplinaire.as dans le cadre de la formation médicale continue.	r2=0,14) et les visites à l'urgence de 0,35 (p=0,02, r2=0,04). Coût moyen par jour de 95,40 $ pour les patients en soins palliatifs contre 212,80 $ en soins usuels (p=0,02).	palliatifs, ce qui peut refléter ceux qui choisissent le soulagement de la douleur et des symptômes et les soins de confort par rapport à ceux qui choisissent les traitements agressifs pour prolonger la vie. Un tableau rétrospectif d'un échantillon de 90 participants à l'étude révèle que les patients en soins palliatifs avaient moins souvent appelé le 911 et avaient eu moins d'interventions de maintien en vie dans les services d'urgence ou les unités de soins intensifs.
Bruner, D.W. *Cost-effectiveness and palliative care. Semin Oncol Nurs.* 1998; 14(2):164-7. Revue.	N.D. (É.-U.)	Analyse de publications (articles, chapitres de livres et études de recherche) ciblant les soins palliatifs et la chimiothérapie palliative pour le cancer	Analyse descriptive de quatre types d'études économiques, comprenant des exemples d'analyses de soins oncologiques palliatifs et de soins oncologiques. Exemples portant sur le coût des traitements de chimiothérapie. Mentionne qu'aucune étude coût-efficacité n'a été menée au moment de la publication (1998); une telle analyse porterait sur les coûts et les résultats à l'aide des mêmes mesures.	Souligne que l'allocation de ressources de soins de santé limitées devient de plus en plus difficile et que les analyses de coût-utilité pourraient offrir des moyens objectifs pour prendre des décisions.
Ciemins, E.L., Blum, L., Nunley, M., Lasher, A., Newman, J.M. *The economic and clinical impact of an inpatient palliative care consultation service: a multifaceted approach. Journal of Palliative Medicine*. 2007; 10(6): 1347-1355	É.-U.	Étude à plusieurs facettes : 1) analyse temporelle du coût de soins pré/post palliatifs de 128 patients en soins palliatifs; 2) analyse d'une cohorte concordante comparant 27 patients aux 127 patients en soins usuels et 3) analyse de contrôle de symptôme après une consultation en soins palliatifs de 48 patients. Menée dans un grand centre de formation médicale universitaire privée à San Francisco, de 2004 à 2006.	Dans l'analyse temporelle des 128 patients, il y avait une réduction de 33 % (892 $) du coût total moyen par jour après une consultation en soins palliatifs; la variation des coûts était aussi réduite significativement. Après la consultation, il y a eu beaucoup moins de frais pour l'unité des soins intensifs ou l'unité de soins critiques (p<0,001); transfert vers des frais supplémentaires attribuables à la pharmacie et aux traitements physiques et à l'ergothérapie. Dans l'analyse de la cohorte concordante, le coût quotidien moyen des patients en soins palliatifs par rapport à ceux en soins usuels était 14,5 % inférieur (2 022 $ contre 2 315 $, p<0,01); le coût total par admission était 19,2 % inférieur (20 751 $ contre 24 725 $, p<0,001). Aucune différence de durée moyenne de séjour (9 jours contre 10 jours). Dans la troisième étude sur les résultats cliniques (n=48), des diminutions des évaluations des douleurs et de la dyspnée ont été observées (aucune analyse de coût-avantage).	L'analyse temporelle n'est pas ajustée pour tenir compte du fait que le coût diminue habituellement pendant l'admission à l'hôpital (tendances des coûts dans le temps). Si la réduction moyenne des coûts était appliquée à la population annuelle de patients en phase terminale de ce centre, les économies de coûts s'élèveraient à environ à 2,2 millions de dollars par année.

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
Connor, S.R. *US. hospice benefits. J Pain Symptom Manage*. 2009; 38(1):105-9	É.-U.	Analyse de données sur l'utilisation aux É.-U. et les politiques de financement.	Aux États-Unis, en 2009, plus d'un million d'Américains âgés utilisent les prestations de soins palliatifs du régime Medicare/Medicaid; une augmentation de 13 fois au cours des 20 dernières années. L'accès à ces prestations comprend un pronostic de maladie terminale avec une espérance de vie de 6 moins ou moins, certifié par deux médecins; les soins palliatifs doivent être certifiés de nouveau les pronostics de moins de 6 mois à deux intervalles de 90 jours, puis à tous les 60 jours. La durée moyenne du service, à l'échelle nationale, a augmenté au fil des ans de plus de deux mois, mais la médiane a diminué à 20 jours; plus de périodes de service longue durée et courte durée. 95,6 % des soins palliatifs aux États-Unis sont prodigués à la maison dans le cadre de soins à domicile de routine. Il y a un plafond des paiements totaux de soins palliatifs qui peut limiter le service. En date de publication (2009), 31 % de tous les hôpitaux aux États-Unis avaient offert une certaine forme de soins palliatifs; la proportion des centres de soins palliatifs offrant une plus vaste gamme de services de soins palliatifs a augmenté de 26 % en 2002 à 55 % en 2006.	Les patients qui ont des soins en centre de soins palliatifs dans le cadre du régime Medicare ne sont pas admissibles aux traitements « curatifs ». Factures de soins palliatifs pour chaque jour de soins à un des 4 niveaux de soins : 1) patient hospitalisé courte durée 623 $/jour), 2) patient hospitalisé en soins de répit (145 $/jour), 3) soins à domicile continus (817 $/jour ou 34 $/heure pour une période allant jusqu'à 24 heures) ou 4) soins à domicile de routine (140 $/jour) . Les tarifs sont ajustés en fonction des régions (p. ex., plus élevés en centres urbains).
Costantini, M., Beccaro, M. *Health services research on end-of-life care. Curr Opin Support Palliat Care*. 2009; 3(3):190-4.	N.D.	Analyse de publications de recherche en vue d'évaluer les services de soins palliatifs	Le cadre du Conseil médical de la recherche (R.-U.) pour l'évaluation d'interventions complexes s'appuie sur la recherche utilisée pour l'élaboration des médicaments mais emploie une plus vaste gamme de méthodes d'étude. Cette approche a été utilisée dans certaines recherches sur les soins palliatifs et s'est avérée utile. Certaines études expérimentales ont porté sur la faisabilité, l'efficacité et le coût des programmes de fin de vie et ont été informatives.	Discussion sur les méthodologies de recherche et pas nécessairement sur les résultats d'analyse coût-efficacité. Avance qu'il y a 3 approches principales aux analyses : 1) générale (point de vue de la partie prenante), 2) comparative et 3) épidémiologique.
Coy, P., Schaafsma, J., Schofield, J.A. *The cost-effectiveness and cost-utility of high-dose palliative radiotherapy for advanced non-small-cell lung cancer. Int J Radiation Oncology Biology Physics*. 2000; 38(4):1025-33	Canada	Coût unitaire estimé fondé sur une analyse de 1989-1990 sur les coûts de traitement au Vancouver Island Cancer Centre, mise à jour de 1997-1998. Estimation du coût incrémentiel de la dose moyenne d'un traitement de radiothérapie palliatif à forte dose sur les jours de vie et les jours de vie ajustés en fonction de la qualité.	Conclut que le rapport coût-efficacité de la radiothérapie palliative à forte dose pour le cancer bronchopulmonaire non à petites cellules se compare avantageusement aux autres formes de traitement et à d'autres interventions médicales courantes; également, respecte le repère de 50 000 $ US/AVAQ souvent utilisé pour définir des soins efficients. Repère du rapport coût-efficacité/coût-utilité pour le traitement de 9 245 $ CAN/année de vie et de 12 837 $/année de vie ajustée en fonction de la qualité (AVAQ) d'un point de vue clinique; du point de vue sociétal, les coûts étaient de 12 263 $/année de vie et 17 012 $/AVAQ.	Rapport coût-efficacité de la radiothérapie palliative - traitement spécifique pour un cancer spécifique (bronchopulmonaire non à petites cellules).

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
Critchley, P., Jadad, A.R., Taniguchi, A., Woods, A., Stevens, R., Reyno, L., Whelan, T.J. *Are some palliative care delivery systems more effective and efficient than others: a systematic review of comparative studies. Journal of Palliative Care.* 1999; 15(4):40-47	N.D. (Canada)	Analyse systématique des études comparant l'efficacité de différents modèles de prestation de soins palliatifs : soins à domicile, soins aux patients hospitalisés dans un centre de soins palliatifs ou soins conventionnels d'oncologie. À inclure, l'étude devait comparer au moins deux méthodes de prestation	41 études respectaient le critère d'inclusion mais seulement 4 respectaient le critère d'efficacité a priori requis pour guider la décision clinique ou politique. Les quatre étaient des études comparatives non randomisées, 2 comportaient des contrôles contemporains et 2 comportaient des contrôles historiques. Une seule étude a fait rapport des coûts. Elle rapportait que les services de soins à domicile traditionnels étaient environ 30 % plus coûteux pour les programmes Medicare pendant les 24 dernières semaines de maladie cancéreuse par rapport aux soins en centre de soins palliatifs ou en soins conventionnels d'oncologie (p<0,001).	Sommaire narratif des résultats; aucune évaluation de biais de publication ou d'estimation de variation entre les études ou à l'intérieure des études.
Currow, D.C., Abernethy, A.P., Bausewein, C., Johnson, M., Harding, R., Higginson, I. *Measuring the net benefits of hospice and palliative care: a composite measure for multiple uadiences – palliative net benefit. Journal of Palliative Medicine.* 2011; 14(3):264-5	Lettre à la rédaction	Lettre à la rédaction sur les centres de soins palliatifs et la recherche en soins palliatifs.	Les auteurs avancent qu'il est nécessaire d'intégrer les données des quatre parties prenantes (patients, soignants, professionnels de la santé et système de santé) en un seul profil de résultat composé. Ce genre de mesure est nécessaire pour traiter les données de résultats et de coûts qui peuvent être utilisées pour défendre le financement actuel et futur des soins palliatifs.	Soulève qu'un indicateur unique devrait refléter le coût le plus souvent ignoré des soins palliatifs : les soins informels.
Davies, E. *What are the palliative care needs of older people and how might they be met? Copenhagen; 2004; Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (Health Evidence Network Report).* http://www.euro.who.int/Document/E83747.pdf (21/09/2012).	International	Analyse systématique de publications	« Bien qu'il soit important de poursuivre la recherche, la question la plus pressante est de mettre en oeuvre les connaissances existantes et de soutenir les améliorations de la pratique des soins palliatifs partout dans les systèmes de soins de santé. » [p 4] Souligne qu'il y a un grand besoin non satisfait de services palliatifs et passe en revue les preuves des avantages cliniques et psychosociaux pour les patients et les familles.	Note que la politique de santé des Pays-Bas sur les soins palliatifs pourrait être la plus avancée en Europe. Ne présente pas de preuve des avantages économiques.
DOCUMENTATION PARALLÈLE				
Davis, M.P., Walsh, D., LeGrand, S.B., Lagman, R.L., Harrison, B., Rybicki, L. *The financial benefits of acute inpatient palliative medicine, an inter-institutional comparative analysis by All Patient Refined-Diagnosis Related Group and Case Mix Index. J Support Oncol.* 2005; 3:313-6	É.-U.	Comparaison, pour une clinique de soins palliatifs de Cleveland, de l'indice de la charge de cas (ICC) de l'unité de soins actifs en médecine palliative pour	Les frais moyens totaux par unité de médecine palliative pour les patients hospitalisés étaient de 7 800 $ inférieurs à ceux des établissements pairs malgré la gravité équivalente de la maladie, la durée prolongée du séjour et le taux plus élevé de mortalité dans l'unité de médecine palliative pour les patients hospitalisés. La réduction des frais était principalement attribuable à des frais moins élevés de laboratoires et de produits pharmaceutiques. Les frais moyens dans les établissements pairs variaient	Aux États-Unis, « les paiements Medicare pour la dernière année de vie constitue de 27 % à 30 % du budget total de Medicare. 1,2 Les paiements faits pendant les 60 derniers jours de vie (moment auquel plusieurs patients pourraient être admis dans un centre de soins palliatifs) représentent

suite à la prochaine page

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
		les patients hospitalisés et d'un groupe homogène de malades aux données nationales et aux données de 11 établissements pairs (p. ex., établissements comme le Baylor University Medical Center, etc.).	grandement, d'un bas de 15 500 $ à un haut de 57 100 $; la moyenne pour la clinique de Cleveland était de 20 600 $, soit 27 % moins que le total moyen. Comparativement à la moyenne nationale, l'unité de la clinique de Cleveland était 9 % plus coûteuse (20 600 $ contre 18 900 $) en raison des frais plus élevés de radiologie (2 600 $ contre 2 000 $), fournitures médicales/chirurgicales (1 900 $ contre 1 800 $) et d'une durée de séjour prolongée (8,7 jours contre 7,1 jours); toutefois, à la clinique de Cleveland, les frais étaient moins élevés pour le laboratoire (1 600 $ contre 2 400 $) et la pharmacie (3 000 $ contre 4 500 $). Tient compte de la différence « remarquable que notre unité est située dans un hôpital universitaire de soins tertiaires très achalandé et que le groupe homogène de malades est constitué principalement de centres médicaux de soins primaires et secondaires ». [p.315]	52 % des paiements totaux versés au cours de la dernière année de vie. 1,2 Les coûts dans la dernière année de vie sont 276 % plus élevés qu'ils ne le sont pour des survivants du même âge. 1 De 13 % à 18 % des admissions à l'hôpital concernent des patients ayant des maladies avancées, incurables qui seraient admissibles à des services de soins palliatifs. 3,4 Toutefois, seulement 17 % à 18 % des hôpitaux ont des services de consultation en soins palliatifs et seulement de 6 % à 19 % ont une unité de médecine palliative pour les patients hospitalisés. 5,6 » [p. 313].
Davis, M.P., Walsh, D., Nelson, K.A., Konrad, D., LeGrand, S.B., Rybicki, L. *The business of palliative medicine – Part 2: the economics of acute inpatient palliative medicine. American Journal of Hospice & Palliative Care.* 2002; 19(2):89-95	É.-U.	Données financières de l'unité de médecine palliative de la clinique de Cleveland, de 1997 à 1999.	Durée moyenne de séjour de 7,2 jours en 1997, 8,1 jours en 1998 et 8,01 jours en 1999. La durée du séjour a été un important déterminant de la viabilité financière; les coûts dépassaient les revenus après le jour 10. La proportion de patients libérés avec un suivi en service de consultation en médecine palliative ou des visites à domicile et un suivi en consultation externe était de 74 % en 1997 et 60 % en 1998 et 1999. 27 % des patients étaient transférés vers des soins palliatifs à domicile ou des unités de soins palliatifs à l'hôpital. Les revenus nets de l'unité ont continuellement dépassé les coûts directs. La majorité des coûts directs de soins représentent 55 % du coût total; les soins infirmiers et la pharmacie représentent 75 % des coûts directs, les autres comprenant la radiographie, les tests de laboratoire et la radiothérapie.	L'élaboration d'un indice de la charge de cas (ICC) international ou d'un groupe homogène de malades rendrait possible la comparaison de l'utilisation des ressources, la gravité de la maladie et la mesure des résultats entre les différentes unités de médecine palliative dans différents contextes.
Di Cosimo, S., Pistillucci, G., Leggio, M., Silvestria, N., Moro, C. et coll. *Palliative home care and cost savings: encouraging results from Italy. New Zealand Medical Journal.* 2003; 116(1170):1-4	Italie	Lettre à l'éditeur décrivant l'étude de description de coûts menée en Italie sur 256 patients cancéreux en phase terminale traités en soins à domicile par une unité de soins palliatifs rattachée à un hôpital.	Les auteurs estiment que le programme avait un coût moyen de 35,5 € par patient par jour, ce qui comptait l'équipe de soins palliatifs, les médicaments, les fournitures, les soins infirmiers, les examens médicaux, les frais de consultation de spécialistes et de généralistes. Comparativement au rapport du ministère italien de la Santé publique dans lequel le coût de chaque admission à l'hôpital est d'environ 310 € par patient par jour.	Il n'est pas clair s'il est justifié de comparer les coûts associés à des patients en soins palliatifs sélectionnés participant à un programme aux coûts quotidiens d'hospitalisation généraux.

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
Douglas, H.R., Halliday, D., Normand, C., Corner, J., Bath, P., Beech, N., Clark, D., Hughes, P., Marples, R., Seymour, J., Skilbeck, J., Webb, T. *Economic evaluation of specialist cancer and palliative nursing: Macmillan evaluation study findings. Int J Palliat Nurs.* 2003; 9(10):429-38	R.-U.	Discussion à partir de l'étude Macmillan sur les soins infirmiers spécialisés pour le cancer au R.-U.; 76 études de cas de patients référés à 12 équipes de soins infirmiers spécialisés pour le cancer, en soins palliatifs à domicile et à l'hôpital.	Les patients qui ont rapporté de meilleurs résultats de soins infirmiers avaient une proportion plus élevée d'interventions de soins infirmiers spécialisés que ceux qui rapportaient de moins bons résultats de soins infirmiers (45 % contre 25 %). Tendance globale de l'utilisation des soins de santé différente chez les patients rapportant des résultats positifs de soins infirmiers. Des données sont utilisées pour soutenir l'hypothèse que les infirmières spécialisées peuvent influencer la rentabilité des soins. Toutefois, il n'y avait pas de groupe contrôle alors les vraies comparaisons sont impossibles.	Argument en faveur des infirmières en soins palliatifs, mais il n'y avait pas de contrôle, les résultats ne sont pas définitifs. Résultats orientés sur les soins infirmiers plutôt que l'économie ou le patient (p.ex., pas de coût ou de qualité de vie du patient). Concerne un type spécifique d'infirmières - les infirmières Macmillan sont des infirmières formées en services de soins palliatifs spécialisés.
Douglas, H.R., Halliday, D., Normand, C., Corner, J., Bath, P., Beech, N., Clark, D., Hughes, P., Marples, R., Seymour, J., Skilbeck, J., Webb, T. *Economic evaluation of specialist cancer and palliative nursing: a literature review. Int J Palliat Nurs.* 2003; 9(10): 424-8	N.D. (R.-U.)	Analyse de publications; 17 études satisfaisaient le critère d'inclusion. Toutes sauf une ciblaient les soins directs au patient plutôt que les autres rôles cliniques infirmiers spécialisés et étaient entreprises dans le cadre d'études d'efficacité. Les études étaient de piètre qualité.	Les évaluations économiques considéraient seulement certains types de coûts, mais une vaste gamme de résultats. Aucune des études ne rapportait les rapports coût-efficacité. Des interventions par des infirmières cliniques spécialisées étaient rapportées comme étant moins coûteuses et plus efficaces que les autres formes de soins.	Il y a suffisamment de preuves économiques pour justifier l'utilisation de spécialistes du cancer et d'infirmières spécialisées en soins palliatifs, même s'il y a des preuves peu probantes suggérant que ce serait utile.
Douglas, H.R., Normand, C.E., Higginson, I.J., Goodwin, D.M., Myers, K. *Palliative day care: what does it cost to run a centre and does attendance affect use of other services? Palliat Med.* 2003; 17(7):628-37	R.-U.	Données sur les coûts et l'utilisation des ressources, payées et non payées, de 5 centres de soins palliatifs de jour dans le sud de l'Angleterre. Les centres de soins palliatifs de jour regroupent des nouveaux patients qui peuvent être interrogées; groupe de comparaison recruté dans les équipes de soins à domicile. Données recueillies au	Les soins palliatifs de jour coûtent environ 54 £/personne/jour en 1999, augmentant à 75 £, si les ressources non payées sont incluses. Les patients du centre de soins palliatifs de jour ont accédé à moins de services que ceux offerts par le programme de centre de soins palliatifs de jour. Les patients du groupe de comparaison n'avaient pas accès à des services similaires ailleurs (c.-à-d., n'ont pas eu les services). Suggestion que le centre de soins palliatifs de jour pourrait remplacer les soins à domicile et le médecin généraliste au moins trois mois avant la mort (pas de duplication des services), mais les données ne sont pas concluantes. Soins hospitaliers négligeables pour des deux groupes. Une évaluation économique complète ne pourrait pas être menée sans solide preuve de l'efficacité d'un centre de soins palliatifs de jour. Les centres de soins palliatifs de jour ont permis de réduire les coûts en partageant les ressources avec les unités en milieu	« Comme d'autres formes de soins palliatifs, le centre de jour présente un défi pour l'évaluation économique puisqu'il ne se conforme pas à plusieurs des critères nécessaires pour effectuer des évaluations économiques usuelles. » [p. 628] Selon le patient, les besoins peuvent impliquer plusieurs services de diverses disciplines; les buts sont différents de la majorité des interventions de santé; il n'y a pas de mesure unique du résultat pour calculer le rapport coût-efficacité. De même, il n'y a pas eu de vastes essais cliniques des

suite à la prochaine page

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
		début, à 6 à 8 semaines et à 12 à 15 semaines.	hospitalier et en utilisant les ressources non payées. Donne des renseignements sur le nombre de visites/événements mais ne présente pas de valeur monétaire/coût.	centres de soins palliatifs de jour, il y a peu ou pas d'information pour les évaluations économiques, comme l'efficacité. Dans cette étude, les patients des centres de soins palliatifs de jour appréciaient le service et étaient satisfaits, mais il n'y avait pas de changements associés à la qualité de la gestion des symptômes ou à la qualité de vie.
Dumont, S., Jacobs, P., Turcotte, V., Anderson, D., Harel, F. *The trajectory of palliative care costs over the last 5 months of life: a Canadian longitudinal study. Palliat Med.* 2010; 24:630-40	Canada : 160 patients provenant de 5 environnements urbains	Entrevues en personne ou téléphoniques de 160 patients en phase terminale et de leurs principaux soignants informels. Prospective, multicentrée, longitudinale, observation-nelle	Le coût global des soins a augmenté d'un cinquième au dernier mois de la vie du patient, une vaste proportion étant attribuable aux soins hospitaliers qui sont assumés par le système provincial de soins de santé. Parmi les patients non hospitalisés, la plus grande augmentation était attribuable aux soins à domicile; les coûts des soins informels étaient particulièrement élevés au cours des trois derniers mois. 46 % des patients ont été hospitalisés pendant l'étude, soit une moyenne de 1,4 (1,1) admission; 12 % des patients ont eu des séjours en soins de longue durée. Les coûts moyens des soins des patients hospitalisés augmentaient de 580 $ (écart-type=3014) ou 23,7 % des coûts totaux 5 mois avant la mort à 4 152 $ (7 959) ou 53,5 % des coûts totaux dans le mois précédant la mort. Les soins aux patients non hospitalisés augmentaient de 1 344 $ (1 946) à 2 285 $ (3 403), mais une proportion des coûts totaux baissait de 55,0 % au mois 5 à 29,4 % au moins précédent la mort. La valeur du temps en soins informels augmentait de 521 $ (915) à 915 $ (1 363), mais diminuait de 21,3 % à 11,8 % du total. Les coûts totaux étaient de 2 445 $ (4 322) au mois 5 et 7 765 $ (8 538) au moins précédent la mort.	La majorité des études ont porté sur les coûts pour la société et la famille et ont été limitées à un type de dépenses comme l'hospitalisation, les soins à domicile ou les soins palliatifs. Cette étude tentait de saisir les coûts d'assurance santé provinciale ainsi que ceux payés par la famille, les organismes à but non lucratif et les autres organismes; les coûts comprenaient non seulement les services et les biens, mais le transport, les coûts personnels et les soins informels.
Dumont, S., Jacobs, P., Fassbender, K., Anderson, D., Turcotte, V., Harel, F. *Costs associated with resource utilization during the palliative phase of care: A Canadian perspective. Palliat Med.* 2009; 23(8):708-717	Canada	Cohorte de 248 patients inscrits à des programmes de soins palliatifs dans la commu-nauté et leurs principaux soignants informels de 5 programmes en milieu urbain au Canada. Recherche	Le système public de soins de santé paie 71,3 % des coûts des soins palliatifs, la famille 26,6 % (17,0 % personnels, 6,7 % pour de l'équipement médical ou des aides à domicile et 4,4 % en soins à domicile) et les organismes à but non lucratif 1,6 %. La plus grande composante correspond aux séjours à l'hôpital (33,2 %; 6 125 $ IC 95 %, 4 600 $ à 7 650 $), suivie des soins à domicile (18,7 %, 3 456 $; IC 95 %, 2 075 $ à 4 838 $) et des soins ambulatoires (7,9 %, 1 466 $; IC 95 %, 1 218 $ à 1 714 $). Pour le système public de santé, le coût principal était les soins hospitaliers (46,6 %), suivis des soins à domicile (24,5 %) et des soins	Résultats similaires à l'étude de Penrod et coll. publiée en 2001; dans les deux études, plus de 40 % des coûts couverts par le système public de santé étaient attribuables aux séjours à l'hôpital. Souligne qu'il y a un nombre croissant de programmes suggérés dans les publications fondés sur les soins à domicile, y compris des programmes de soins palliatifs, qui sont plus économiques pour le système public de santé,

suite à la prochaine page

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
		prospective comportant des entrevues à 2 semaines d'intervalle jusqu'à la mort du patient ou un maximum de 6 mois.	ambulatoires (10,8 %). Les autres coûts totaux étaient les soins de longue durée (3,8 %), le transport (1,6 %), les médicaments d'ordonnance (6,5 %), l'équipement médical et les aides (6,0 %), les coûts personnels (4,6 %) et les coûts en temps de soins (17,6 %). Les coûts totaux étaient de 18 446 $ (IC 95 %, 16 048 $ à 20 844 $). Le coût moyen quotidien par patient est également donné. Pour le système public de santé, la moyenne était de 144,8 $/jour (IC 95 %, 112,3 à 188,3), pour la famille 53,90 $ (IC 95 %, 42,8 à 65,1), pour les organismes à but non lucratif 3,3 $ (IC 95 %, 2,0 à 4,6) et pour les autres 1,1 $ (IC 95 %, 0,5 à 1,7). Le coût total quotidien moyen/patient était de 203,20 $ (IC 95 %, 163,0 à 243,4). Le système public de santé couvrait 100 % des coûts de soins des patients hospitalisés et la majorité des coûts des soins ambulatoires et longue durée, ainsi que 94 % des coûts des médicaments d'ordonnance. Les soins reçus à domicile étaient presque également partagés entre le système public de santé et la famille (48,1 % et 51,7 %). 99 % des coûts personnels étaient couverts par la famille; les coûts reliés à l'équipement médical et aux aides étaient partagés entre le système public de santé (36,2 %), la famille (29,5 %) et les organismes à but non lucratif (26,8 %).	mais qui pourraient transférer les coûts aux patients et à leur famille. Offre une estimation du coût des ressources (p. ex., soins aux patients hospitalisés = 1 044 $/jour, soins ambulatoires = 313 $/visite, soins primaires 98 $/visite, etc.). Coût quotidien moyen par patient 144 $ (IC 95 %, 112,3 à 177,3) pour le système public de santé, 53,90 $ (42,8-65,1) pour la famille, 3,30 $ (2,0-4,6) pour les organismes à but non lucratif et 1,1 (0,5-1,7) pour les autres, soit un total de 203 $ (IC 95 %, 163,0 à 243,4). Le coût moyen le plus important par jour par patient était attribuable aux soins des patients hospitalisés (67,6, IC 95 %, 46,8 à 88,3), suivi des soins à domicile (38,0, 22,0 à 54,1), les coûts en temps de soins (35,8, 28,0 à 43,6), les soins ambulatoires (16,1, 13,1 à 19,2), les médicaments d'ordonnance (13,2, 10,3 à 15,9), l'équipement médical/aides (12,3, 9,5 à 15,0), coûts personnels (9,3, 6,2 à 12,4), coûts de soins longue durée (7,8, 3,2 à 12,3) et transport (3,2, 2,3 à 4,1).
Elsayem, A., Swint, K., Fisch, M.J., Palmer, J.L., Reddy, S., Walker, P., Zhukovsky, D., Knight, P., Bruera, E. *Palliative care inpatient service in a comprehensive cancer center: clinical and financial outcomes. J Clin Oncol.* 2004; 22 (10):2008-2014	É.-U.	Analyse rétrospective d'une base de données informatisée pour les renseignements cliniques et démographiques, la durée du séjour et la facture d'hospitalisation pendant la première année de fonctionnement des services internes de soins palliatifs dans un centre de cancérologie général.	320 patients cancéreux ont été admis pendant la période d'étude; l'âge médian était 57 ans. Principaux symptômes de douleur (44 %), nausée (41 %), fatigue (39 %) et dyspnée (38 %). Durée médiane du séjour : 7 jours (1 à 58 jours) 49 patients sont morts au centre de soins palliatifs; taux général de mortalité à l'hôpital similaire à celui de l'année avant la création du centre de soins palliatifs (3,58 % p/r à 3,59 %). Taux de remboursement moyen des frais de soins palliatifs, 57 %, et frais quotidiens moyen en services de soins palliatifs aux patients hospitalisés, 38 % inférieurs à ceux du reste de l'hôpital. Les données sur l'intensité des symptômes démontraient une grande détresse à l'admission et une importante amélioration des principaux symptômes cibles. La majorité des patients ont été transférés à l'hôpital. Conclut que les services de soins palliatifs aux patients hospitalisés démontraient leur utilité clinique et leur viabilité financière.	En vertu des conditions de remboursement Medicare, ceux qui perçoivent des prestations pour des soins palliatifs ne peuvent pas recevoir des prestations pour une thérapie contre le cancer; de plus, le niveau de soins médicaux et l'accès aux services de laboratoire et d'imagerie diagnostique requis rendraient non sécuritaire l'administration de la majorité des thérapies contre le cancer dans le système de soins palliatifs existant. Par conséquent, un service de soins palliatifs aux patients hospitalisés peut être utile pour combler cette lacune et a été considéré acceptable par la majorité des cliniciens oncologues. Parallèlement, besoin d'unité spécialisée, dédiée, à l'extérieur des services de traitement; les infirmières, en particulier, étaient dépassées par les besoins de soins et les besoins

suite à la prochaine page

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
				émotionnels des patients en soins palliatifs et de leur famille et voulaient se concentrer sur les soins et des tâches très techniques dans l'administration de la chimiothérapie. Besoins de cliniciens (p. ex., infirmières) qui comprennent et souhaitent travailler dans le modèle palliatif. Problèmes de remboursement des compagnies d'assurance, puisque que les examinateurs établissaient un lien entre les soins palliatifs et les centres de soins palliatifs et ne voulaient pas payer pour des traitements aigus ou la chimiothérapie.
Falls, C.E. *Palliative health care: cost reduction and quality enhancement using end-of-life survey methodology.* *J Gerontol Soc Work*. 2008; 51(1-2):53-76	É.-U.	Analyse narrative/ éditoriale	« Forte d'un accès sans précédent à l'information médicale, une population de patients ayant plus de connaissances et d'assurance est apparue au 21e siècle pour établir ses propres standards de ce qui constitue des soins de santé de qualité. En termes de soins de fin de vie, il s'agissait de reconnaître que les besoins émotionnels des mourants avaient été grandement négligés par le modèle médical américain courant. Les patients et leur famille ne sont plus prêts à accepter le point de vue médical traditionnel de la mort comme un échec et ont plusieurs modèles internationaux de soins palliatifs qui servent de point de repère de réussite lorsqu'il est questions de la qualité de la mort. Lorsque la guérison est possible, les Américains feront tout, peu importe soient les coûts, mais lorsque ce n'est pas possible, ils veulent une communication honnête et la possibilité de dire au revoir à leurs êtres chers. Dans le contexte de ces besoins émergents, le bilan de vie est offert comme solution. »	Discussion sur l'utilisation d'un sondage de fin de vie. Commence par une bonne analyse des publications existantes.
Fassbender, K., Fainsinger, R.L., Carson, M., Finegan, B.A. *Cost trajectories at the end of life: the Canadian experience. J Pain Symptom Manage*. 2009; 38(1):75-80	Données administratives de l'Alberta, Canada, 1999-2002.	Analyse de 2 ans de la mortalité et de l'utilisation et des coûts des soins de santé à partir des bases de données administratives de 3 cohortes annuelles de résidents permanents. L'étude porte	En Alberta, la mort est classée comme étant due à une défaillance d'un organe (30,5 %), la fragilité (30,2 %), une maladie terminale (29,8 %, comprend le cancer, les maladies rénales en phase terminale, les soins avancés, le sida), une mort subite (7,1 %) et autres causes (2,3 %). Les soins aux patients hospitalisés étaient le principal poste de coûts dans toutes les trajectoires, mais les trajectoires de coûts étaient grandement différentes. Pour 2002, les coûts étaient les plus élevés pour la défaillance d'organe (39 947 $), suivis des maladies terminales (36 652 $), de la fragilité (31 881 $) et les plus bas étaient ceux de la mort subite (10 223 $). Les coûts augmentaient pour toutes les catégories pendant la période de	Souligne qu'au Canada, les politiques de soins en fin de vie sont fondées sur un déclin moyen de six mois de l'état fonctionnel et donc, des économies de coûts potentielles en réduisant les traitements non nécessaires pour les patients atteints de cancer. Toutefois, les patients non atteints de cancer ayant des « trajectoires de décès » différentes peuvent profiter des soins de fin de vie. Bien qu'il soit reconnu que les coûts des soins de santé augmentent rapidement dans les 6 derniers mois de vie des patients atteints de

suite à la prochaine page

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
		sur les coûts sociétaux des soins de santé et n'inclut pas les soins informels ou les coûts payés par d'autres parties.	3 ans. Pour les maladies terminales, jusqu'à 70 % des coûts étaient attribuables aux soins des patients hospitalisés alors que jusqu'à 30 % des coûts étaient attribuables à des soins de longue durée pour les groupes de défaillance d'organe ou de fragilité. Les coûts des médecins et des services ambulatoires étaient supérieurs pour le groupe de mort subite. Jusqu'à 90 % des patients en phase terminale sont hospitalisés dans la dernière année de vie et 33 % dans l'année qui précède la dernière année de vie. Le coût des médicaments n'est pas significatifs dans ces trajectoires, bien qu'il augmente.	cancer, ils augmentent également de façon importante pour les patients qui meurent d'une défaillance d'organe et de fragilité. Les coûts de fin de vie pour les patients atteints d'une défaillance d'organe et de fragilité pendant les deux dernières années de vie combinées sont beaucoup plus élevés que ceux des patients atteints de cancer. Nécessité d'être conscient de l'importance de ces populations pour les services de soins de santé, même si leur trajectoire de maladie est moins prévisible que celle des patients atteints du cancer (tendance à être des maladies chroniques ponctuées d'épisodes aigus intermittents). Argumente qu'il est raisonnable de mettre les efforts sur la rechercher d'efficacité comme la réduction des coûts hospitaliers des patients hospitalisés en augmentant les services de soins palliatifs et les services à domicile et en traitant les patients fragiles dans les soins de longue durée.
Finlay, I.G. *Developing a template to plan palliative care services: the Welsh experience. J Pain Symptom Manage*. 2009; 38(1):81-6	Pays de Galles	Description du plan et du financement des soins palliatifs au pays de Galles, dans le cadre des services nationaux de santé.	Au pays de Galles, les soins palliatifs sont financés par le gouvernement, mais les services sont fournis par le secteur bénévole. Un plan a été élaboré pour garantir l'accès à toute la population (urbaine et rurale). Lorsqu'il existe des lits pour hospitaliser des patients en soins palliatifs, une formule de remboursement a été élaborée pour les coûts des soins de base. Lorsqu'il n'y a pas de lit, les services de soins palliatifs à domicile offre un modèle de rechange pour les soins, le financement étant ajusté proportionnellement. Pour être admissibles au financement d'équipe spécialisée, les équipes doivent respecter des normes de formation spécialisée, agir comme ressource pour les équipes de généralistes et utiliser l'ensemble principal de données cliniques pour permettre des vérifications comparables par rapport aux normes de l'ensemble du pays de Galles. Problèmes dans la tentative de calculer le domaine de besoin de service spécialisé : environnement rural par rapport à urbain (et problèmes de transport associés); état de dénuement économique, âge de la	« Pour établir l'équité, il faut une formule de financement des services. La formule doit être équitable en termes de besoins de soins palliatifs, doit reconnaître les différences régionales et ternir compte des différents niveaux de financement statutaire que les fournisseurs ont obtenu historiquement. Pour la planification, le terme service de soins palliatifs doit être pris comme signifiant un service spécialisé en soins palliatifs, peu importe le financement ou la prestation du service. » [p. 82] Souligne que lorsqu'un jeune est en phase terminale, il a souvent des problèmes plus complexes, ce qui inclut les jeunes enfants. Estime que les besoins régionaux ont été estimés en observant les données

suite à la prochaine page

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
			population, communautés isolées socialement par rapport aux communautés établies et intégrées, capacité de la population d'articuler ses besoins par rapport à l'exclusion sociale, variations des taux de mortalité normalisés et de prévalence de maladie, variation dans la prestation de services infirmiers dans la communauté et de services de soins primaires en dehors des heures, proximité des principaux centres spécialisés et compétences du personnel généraliste et les effets du changement de personnel. Les estimations dérivées suggèrent qu'il faut un consultant pour chaque tranche de 300 000 habitants/20 lits en centre de soins palliatifs/40 lits en centre de cancérologie/850 lits d'hôpital général. Besoin d'une infirmière clinique spécialisée pour chaque tranche de 50 000 habitants/7,5 lits en centre de soins palliatifs/30 lits en centre de cancérologie/300 lits d'hôpital général. Le nombre de professionnels de soins de santé associés n'a pas été calculé. Besoin d'un lit par tranche de 15 000 habitants.	épidémiologiques (y compris les données sur la mortalité), les données démographiques comme les indices de dénuement et la distribution des lits (p. ex., le modèle anglais des unités palliatives efficientes consistant en unités de 10 lits pour les patients hospitalisés n'est pas réalisable dans le système hospitalier plus petit du pays de Galles).
Garcia-Perez, L., Linetova, R., Martin-Olivera, R., Serrano-Aquilar, P., Benitez-Rosario, M.A. *A systematic review of specialized palliative care for terminal patients: which model is better? Palliat Med.* 2009; 23(1):17-22	N.D. (îles Canaris)	Analyse systématique de publications; 6 analyses systématiques, trois études sur l'efficacité (dans 4 publications) et 1 étude de coûts retirée. Les études ont exclu les enfants, les patients atteints de maladies chroniques ou handicapés mais non en phase terminale, les patients atteints de démence ou de la maladie de Parkinson et les patients atteints de maladies neuromusculaires. Les études devaient comparer au moins 2 programmes différents spécialisés en soins palliatifs.	Les trois analyses systématiques concluaient que les soins palliatifs spécialisés étaient plus efficients que les soins conventionnels. Les limites méthodologiques et l'hétérogénéité des programmes ne permettaient pas de tirer des conclusions à propos de la relative rentabilité des modèles spécifiques.	Plusieurs analyses systématiques ont rapporté une efficacité accrue des soins palliatifs spécialisés, mais s'appuyaient sur quelques études qui n'étaient pas de grande qualité. L'analyse courante comprenait cinq articles fondés sur 4 études originales comparant au moins 2 programmes spécialisés de soins palliatifs : au total, 7 modèles de soins ont été étudiés. Aucune étude ne concluait qu'un programme était plus efficace ou efficient qu'un autre (p. ex., aucune différence entre les soins palliatifs à l'hôpital ou à domicile). Des préoccupations éthiques pourraient limiter la tenue d'autres recherches dans ce domaine.

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
Gomes, B., Harding, R., Foley, K.M., Higginson, I.J. *Optimal approaches to the health economics of palliative care: report of an international think tank. J Pain Symptom Manage.* 2009; 38(1):4-10	N.D. (R.-U. et É.-U.)	Éditorial/rapport d'un groupe de réflexion sur l'étude de l'économie de la santé des soins palliatifs organisé par Cicely Saunders International, le service des soins palliatifs du King's College de Londres, Policy and Rehabilitation et l'Open Society Institute.	Rapport de discussions entre 40 chercheurs internationaux, économistes spécialisés en santé, décideurs politiques et défenseurs sur les expériences, les préoccupations et les recommandations sur la recherche économique sur les soins palliatifs. Les services offerts n'atteignent pas tous ceux qui pourraient en profiter et les populations vieillissantes posent des défis plus difficiles de pérennité. Le Canada, comme les États-Unis, le Royaume-Uni, l'Australie, etc., est vu comme ayant le niveau le plus élevé de développement de soins palliatifs dans une perspective d'intégration. Les coûts des soins palliatifs institutionnels, communautaires et informels restent à être décortiqués, ce qui laissent les questions de financement, d'établissement des coûts, d'évaluation et de modélisation. Les pays diffèrent en termes de ceux qui ont droit aux soins palliatifs, le moment de les offrir et ce qui est inclus dans l'ensemble des soins. Il est important que l'évaluation économique démontre l'impact des soins palliatifs sur les familles, ce qui nécessite des améliorations de l'évaluation des coûts des soins informels.	Problèmes méthodologiques des analyses économiques : 1) lier le point de vue du coût (p. ex., système de soins de santé, société, famille) au niveau décisionnel pertinent; 2) déterminer la variété et les types de coûts, y compris les coûts de renonciation; 3) déterminer le type le plus approprié d'évaluation économique.
Gomez-Batiste, X., Tuca, A., Corrales, E., Porta-Sales, J., Amor, M., Espinosa, J., Borras, J.M., de la Mata, I., Castellsague, X., au nom du Grup de Evaluacion-SECPAL. *Resource consumption and costs of palliative care services in Spain: a multicenter prospective study. J Pain Sympt Manage*. 2006; 31(6):522-532	Patients en phase terminale recevant des services de soins palliatifs en Espagne	395 patients cancéreux en soins palliatifs ont été recrutés dans 171 unités de soins palliatifs participantes. La consommation des ressources et les coûts ont été évalués pendant 16 semaines de suivi et comparés à une étude de 1992 pour évaluer le changement au fil du temps. Prospective, multicentrée, longitudinale, observationnelle. Les patients non cancéreux ont été exclus.	Les interventions les plus fréquentes de soins de santé ont été les visites de soins à domicile, les admissions à l'hôpital et les appels téléphoniques patient-consultant. Les unités de soins palliatifs ont fourni 67 % des services et des interventions de consultation à 91 % des patients. Comparativement à 1992, il y avait un important changement des lits d'hôpital conventionnel vers les lits de soins palliatifs, une réduction de la durée de séjour à l'hôpital (de 25,5 à 19,2 jours, p=0,002), une augmentation du choix de mourir à domicile (de 31 % à 42 %), une diminution de l'utilisation des services d'urgence des hôpitaux (de 52 % à 30,6 %, p=0,001) et une augmentation des soins programmés. Comparativement à la consommation des ressources en 1992, les services de soins palliatifs étaient associés à une économie de coût de 61 %, sans compromettre les soins au patient. La survie médiane à partir de la première visite dans un centre de soins palliatifs était de 6 semaines et 42 % des patients son décédés à domicile, 41 % dans un service hospitalier conventionnel et 17 % dans un centre de soins palliatifs. Les principales raisons de visites aux services d'urgence étaient le contrôle des symptômes (69 %) et la maladie en phase terminale (13 %); 98 % des patients ont utilisé le téléphone pour rapporter leur état de santé ou obtenir de l'information ou de l'aide. La durée médiane du séjour à	Les soins palliatifs ont été une priorité du gouvernement en Espagne depuis le début des années 1990; il y a un seul centre de soins palliatifs indépendant reconnu en Espagne. Les études de coût-efficacité ont rapporté que les soins palliatifs sont très efficaces par rapport aux soins conventionnels en termes de réduction de l'utilisation inappropriée des lits dans les hôpitaux de soins actifs et des services d'urgence; les lits de soins palliatifs dans les hôpitaux ont un coût par unité inférieur par rapport aux lits dans les hôpitaux conventionnels. Les hôpitaux ayant des cliniques de consultation actives avaient tendance à recruter des patients plus tôt dans le processus de la maladie, alors que ceux qui avaient seulement des services d'hospitalisation ou dont le travail se concentrait sur la communauté avaient tendance à être appelés dans les stades tardifs de la maladie. L'introduction d'un plus grand nombre de cliniques de consultation ou

suite à la prochaine page

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
			l'hôpital était de 19,2 jours pour ceux en hôpital de soins actifs, 10,7 jours pour les unités de soins palliatifs dans les hôpitaux de soins actifs et 29,8 jours dans les unités de soins palliatifs des centres de soins de santé. Comparativement à l'étude historique, il y avant beaucoup moins d'admissions à l'hôpital (72 % contre 58 %, p<0,001) et la durée moyenne du séjour à l'hôpital a diminué (de 25,5 jours à 19,9 jours, p=0,002). Il y a également eu une réduction de l'utilisation des services d'urgence de 52 % à 30,6 % (p<0,001). Le coût total par patient était de 1 963 € pour l'étude courante, contre 5 068 € dans l'étude historique; ce qui implique une économie estimée pour l'hôpital de 3 105 € par patient (nota : il semble que le texte contienne une erreur, les chiffres ont été extraits du tableau).	d'hôpitaux de jour aurait pour effet une intervention précoce et des approches plus souples pour les soins aux patients. Les conclusions relatives à une équipe de soins à domicile sont similaires à celles d'autres études publiées et reflètent les difficultés de modifier les procédures de soins de santé et les pratiques en équipes isolées travaillant exclusivement dans la communauté. Globalement, preuve que les services palliatifs en Espagne sont toujours trop orientés sur les stades tardifs de la maladie. La principale raison de consultation des patients auprès d'une équipe spécialisée de soins palliatifs pour des services hospitaliers est généralement le contrôle de symptômes.
Goodwin, P.J., Shepherd, F.A. *Economic issues in lung cancer: a review. J Clin Oncol*. 1998; 16(12):3900-12	N.D. (Canada)	Analyse de publications économiques	Le coût par patient pour traiter un cancer du poumon est important, la plus grande partie étant attribuable à l'hospitalisation. Le traitement palliatif ou terminal est associé à des coûts significatifs. Les économies peuvent être obtenues par l'établissement d'un diagnostic judicieux. Les approches combinées de traitement de la modalité et l'utilisation palliative d'une combinaison de chimiothérapie semblent être associées à une efficience acceptable comparativement à des thérapies couramment utilisées pour d'autres maladies.	
Gordon, R., Eagar, K., Currow, D., Green, J. *Current funding and financing issues in the Australian hospice and palliative care sector. J Pain Symptom Manage*. 2009; 38(1):68-74	Australie	Description de la stratégie nationale de soins palliatifs de l'Australie (stratégie conjointe à l'échelle du pays et des états).	Comme au Canada, les services hospitaliers et communautaires sont une responsabilité provinciale/territoriale; il n'y a donc pas de modèle national. Les dispositifs de financement élaborés en Australie sont décrits. Les auteurs prétendent qu'il est essentiel que des modèles de financement flexibles soient élaborés, ainsi que des moyens pour déterminer, classifier et établir les coûts des patients en soins palliatifs. La classification de la charge de cas, comme le système Australian National Subacute and Nonacute Patient (AN-SNAP) est un point départ, mais il reste du travail à faire. La stratégie nationale de soins palliatifs (~245 millions $ A) a servi à financer la recherche, le développement de matériel, l'accès de la communauté à des médicaments subventionnés, les soins de répit et des projets pour améliorer la compréhension des soins palliatifs dans la communauté. En Australie, deux types de coûts de la charge	Les soins actifs si le traitement est motivé par le diagnostic médical du patient et classifié en diagnostics regroupés pour la gestion (DRG). Les soins subaigus sont définis comme un traitement motivé principalement par l'état fonctionnel et la qualité de vie du patient, plutôt qu'un diagnostic médical sous-jacent; tous les soins palliatifs sont considérés comme étant subaigus. Les soins palliatifs sont une responsabilité de l'état/territoire, mais la majorité fait partie de plans stratégiques ou de cadres, même si les services peuvent être offerts par un amalgame des secteurs public, non

suite à la prochaine page

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
			de cas sont habituels : la modélisation des coûts (estimations de coût produites au niveau des classes de la charge de cas) et les coûts cliniques ou du patient (coût de chaque épisode de soins du patient estimé individuellement). Les systèmes d'établissement de coûts cliniques sont plus coûteux puisqu'ils nécessitent un investissement en TI et la collecte de données.	gouvernemental et privé. Différents états utilisent différentes formules pour le financement des services de soins palliatifs fondés sur la communauté (p. ex., la formule du New South Wales s'ajuste selon l'âge, le sexe, le taux de cancer prématuré et la disponibilité des services dans le secteur privé).
Guerriere, D.N., Zagorski, B., Masucci, L., Librach, L., Coyte, P.C. *Cost variations in ambulatory and home-based palliative care. Palliat Med.* 2010; 24(5):523-532	Canada	Évaluation du coût sociétal des soins palliatifs à domicile et des caractéristiques des patients expliquant la variation. 136 soignants familiaux interrogés aux 2 semaines à partir de la consultation en soins palliatifs jusqu'à la mort et information sur les dépenses personnelles et informelles documentées du soignant.	Coût mensuel moyen par patient de 24 549 $ CAN (dollars de 2008). Le coût en temps des soignants familiaux atteignait 70 % des coûts. Régression linéaire multivariable concluant que les coûts étaient plus élevés pour les patients qui avaient un fonctionnement physique plus faible (p<0,001), vivaient avec quelqu'un (p=0,007) et allaient bientôt mourir (p=0,021). Le coût total des soins augmente au fur et à mesure que la mort approche. Le tableau présente la répartition des coûts. Coût total pour le système public de soins de santé, 6396 $/mois/patient. Coûts privés totaux (personnels, tiers assureur et perte de temps du soignant), 17 465 $/mois/patient rapportés; légèrement inférieurs à 17 452 $/mois/patient de l'échantillon complet.	Source de financement et service / $ moyen rapportés / $ moyen échantil-lon **Santé publique** À domicile: 5 086 / 5 086 Ambulatoire: 406 / 296 Hospitalisation: 3 986 / 630 Médicaments: 280 / 237 Fournitures: 207 / 45 Total public : 6 396 / 6 396 **Privé/personnel** À domicile: 1 813 / 427 Ambulatoire: 98 / 6 Aide ménagerie: 695 / 66 Médicaments: 94 / 87 Fournitures: 127 / 73 Déplacement: 39 / 28 Total privé : 698 / 688 **Tiers assureurs** À domicile: 193 / 6 Médicaments: 158 / 7 Total tiers : 172 / 13 **Temps perdu soignant** Marché du travail: 2 210 / 686 Loisir: 16 721 / 16 721 Temps non travaillé: 2 220 / 65 Temps total: 17 452 / 17 452
Guest, J.F., Ruiz, R.J., Greener, M.J., Trotman, I.F. *Palliative care treatment patterns and associated costs of health care resource use for specific advanced cancer patients in the UK. Europ J Cancer Care.* 2006; 15(1):65-73	R.-U.	Analyse du point de vue du service national de santé du Royaume-Uni. Ensemble de données de 547 patients atteints d'un néoplasme malin, suivant un traitement, et les coûts à partir du moment où ils ont commencé leur traitement d'opioïde, jusqu'à leur mort. Unité de coût aux prix de 2000-2001.	Durée moyenne à partir du diagnostic de cancer jusqu'au début d'un fort traitement d'opioïde allant de 0,7 an pour un cancer du poumon jusqu'à 5,4 ans pour un cancer du sein. La durée des soins palliatifs allait de 180 jours (poumon) à 372 jours (sein). Différences significatives d'utilisation des ressources entre les patients ayant différents types de cancer, mais reflétées en partie comme variant pendant les soins palliatifs, ainsi que le nombre mensuel de visites de soins primaires. Aucune relation apparente entre la durée et le coût correspondant des soins palliatifs : allait de 1 816 £ pour un cancer du colon à 4 789 £ pour un cancer ovarien. En moyenne, un tiers des patients a reçu de la morphine aux 4 heures dans le cadre du fort traitement initial d'opioïde.	Le principal coût des soins palliatifs était l'hospitalisation, soit de 35 % à 77 % des coûts totaux. Les visites de généraliste comptaient pour 6 à 15 % et les visites de l'infirmière du district de 7 à 17 %. Les forts opioïdes comptaient pour 6 à 13 % du coût total. Utilisation totale de ressource hors médicament, par patient (£) : 1 750 pour le sein, 1 537 pour le colon, 2 247 le poumon, 1 821 pour l'utérus, 4 236 pour l'ovaire, 2 678 pour la prostate et 3 177 pour l'estomac/œsophage. Coût total en médicament par patient : 732 pour le sein, 278 pour le colon, 375 le poumon, 872 pour l'utérus, 553 pour l'ovaire, 1 088 pour la prostate et 316 pour l'estomac/œsophage.

suite à la prochaine page

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
				Coût moyen par patient (£) : 2 482 pour le sein, 1 816 pour le colon, 2 522 le poumon, 2 693 pour l'utérus, 3 789 pour l'ovaire, 3 765 pour la prostate et 3 494 pour l'estomac/œsophage. Les coûts plus élevés pour le cancer ovarien peuvent être expliqués par le fait qu'il n'est souvent pas détecté avant les stades avancés.
Harding, R., Gomes, B., Foley, K.M., Higginson, I.J. *Research priorities in health economics and funding for palliative care: views of an international think tank. J Pain Symptom Manage.* 2009; 38(1):11-4	N.D. (R.-U. et É.-U.)	Lettre à la rédaction/description des priorités de recherche d'un groupe de réflexion international.	Recommandations de recherche en économie de la santé des soins palliatifs comprenant une recherche comparative internationale des composantes de soins et des milieux, des études d'évaluation, le développement de méthodologie et des stratégies pour lancer les études et mieux utiliser les données administratives.	« Comme les soins palliatifs prennent de l'expansion en réaction aux niveaux inadéquats de prestation (tant dans les milieux riches en ressources que les milieux pauvres en ressources), il faut une preuve de grande qualité, solide, issue de la recherche pour déterminer tout coût-avantages des soins palliatifs en termes de résultats pour les patients et les familles et pour informer l'attribution appropriée des rares ressources. » [p. 11]
Hatziandreu, E., Archontakis, F., Daly, A., de concert avec le National Audit Office. *The Potential Cost Savings of Greater Use of Home- and Hospice-based end of life care in England. Cambridge*; RAND Corporation; 2008. DOCUMENTATION PARALLÈLE	R.-U..	Analyse de publications et de modélisation économique	L'analyse de publications a permis de trouver des « preuves cohérentes et solides » que les soins palliatifs réduisent le fardeau des symptômes et améliorent la satisfaction et la qualité de vie des patients et des soignants; la majorité des études portant sur les coûts mentionnent les avantages économiques. Preuve de l'avantage économique plus clair pour les patients atteints de cancer et principalement des États-Unis. Les économies sont attribuables à un moins grand nombre d'hospitalisations et une réduction de l'utilisation des ressources de l'unité des soins intensifs. [p xiv] Modélisation de la réduction des admissions à l'urgence non planifiées et des jours passés à l'hôpital qui pourraient être remplacés par la prestation de soins palliatifs. Lorsque différentes réductions des admissions (5 à 20 %) et durée de séjour (1 à 5 jours) ont été modélisées, il a été estimé que les dépenses pourraient être réduites de 42 à 171 millions de livres par année. Les résultats concordent avec la preuve trouvée dans les publications.	Les soins palliatifs pourraient libérer une quantité substantielle de ressources de soins de santé, qui alors pourraient être utilisées pour mieux satisfaire les souhaits des patients qui arrivent en fin de vie. Il y a place à l'amélioration dans la prestation des services de soins palliatifs aux patients atteints de maladies autres que le cancer, comme une défaillance d'organe. Renforce le besoin d'étendre des formes de soins centrés sur le patient.

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
Haycox, A. *Optimizing decision making and resource allocation in palliative care. J Pain Symptom Manage.* 2009; 38(1):45-53	R.-U.	Analyse narrative/ éditoriale ciblant les problèmes auxquels le service national de santé du Royaume-Uni est confronté.	L'optimisation de l'attribution des ressources en soins palliatifs nécessite deux types d'analyse d'économique de la santé : 1) déterminer l'efficacité de l'attribution des rares ressources de santé en soins palliatifs; 2) assurer l'efficacité optimale des fonds attribués pour que le patient aie le plus grand bénéfice (attribution et efficacité technique). Les aspects clinique et coût-efficacité de différentes interventions dépendent de plusieurs facteurs comme le leadership local, le travail d'équipe, la formation, l'environnement stratégique et fonctionnel; chacun doit être analysé en détail avant que des conclusions puissent être tirées quant à la pertinence de les généraliser à différentes circonstances et différents environnements. L'évaluation de la pertinence de la généralisation nécessite le développement d'un modèle d'impact pour identifier les éléments qui dépendent de facteurs locaux (p. ex., chef de projet charismatique) et ceux qui peuvent être transférés dans un autre lieu (p.ex., structures et méthodes organisationnelles améliorées).	La demande de soins palliatifs est grandement déterminée par l'âge, le dénuement social et l'ethnicité de la population locale; le niveau et la nature des ressources dépendront de la structure actuelle et de la qualité des services existants. Le « besoin » d'investir des ressources additionnelles existe lorsque les patients satisfont les critères d'admissibilité, mais sont incapables d'accéder aux services ou que les services ne sont pas offerts dans la forme préférée de soins de grande qualité. La comparaison des éléments individuels de soins palliatifs locaux, comme le nombre de lits pour les patients hospitalisés, aux normes nationales est peu pertinente en raison de l'interdépendance des services locaux. Bien que le bien-être physique et psychologique puisse être qualifié de résultats, il est difficile de mesurer les dimensions sociales et spirituelles des soins (y compris le soutien au deuil des familles) qui contribuent de manière significative à la qualité de vie globale.
Heap, K. *Cost effectiveness in specialist palliative care. Int J Palliat Nurs.* 2012; 18(1): 48	Lettre à la rédaction concer-nant l'article de Mula et coll.		En accord avec la lettre à la rédaction de Mula et Raftery	
Hearn, J., Higginson, I.J. *Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review. Palliat Med.* 1998; 12(5):317-32.	N.D. (R.-U.)	Analyse systématique de 18 études, y compris 5 sur les traitements et les soins en établissement. Les études portaient sur le contrôle des symptômes, la satisfaction patient/famille ou soignant, l'utilisation et le coût des soins de santé, le lieu de la mort, les indices psychosociaux et la qualité de vie.	Les études ont démontré que les soins spécialisés offerts par une équipe de soins palliatifs multidisciplinaire amélioraient les résultats en termes de temps passé par les patients à domicile, de satisfaction des patients et de leurs soignants, de contrôle des symptômes et de probabilité que les patients meurent où ils le souhaitent. L'équipe de soins palliatifs était également associée à la réduction du nombre de jours d'hospitalisation et des coûts globaux.	

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
Higginson, I.J., Costantini, M., Silber, E., Burman, R., Edmonds, P. *Evaluation of a new model of short-term palliative care for people severely affected with multiple sclerosis: a randomsed fast-track trial to test timing of referral and how long the effect is maintained. Postgrad Med* J. 2011; 87:769-775	R.-U.	Recrutement de 52 patients en soins palliatifs atteints de sclérose multiple grave; randomisés en soins palliatifs intermédiaire (rapides) ou soins palliatifs après 12 semaines (groupe contrôle). Tous les patients avaient un niveau élevé de handicap. L'étude visait à mesurer la gestion des symptômes et le fardeau du soignant (entrevue Zarit sur le fardeau). Analyse secondaire d'une phase II de traitement et soins en établissement.	Les soins palliatifs comportaient en moyenne trois visites d'une équipe multidisciplinaire; tous les soins étaient terminés en six semaines. Les soins palliatifs précoces ont un effet similaire sur la réduction des symptômes à ceux reçus plus tard; toutefois, les soins palliatifs précoces réduisaient le fardeau du soignant. L'étude n'était pas assez approfondie pour détecter les petites différences. L'effet des soins palliatifs précoces est maintenu pendant 6 semaines après le retrait, puis semble s'estomper. Dans l'étude principale (de laquelle est tirée cette analyse secondaire), le groupe qui avait reçu des soins palliatifs à 12 semaines avait des coûts inférieurs comparativement au groupe contrôle (1 789 £, IC 95 %, 5 224 £ à 1 902 £).	Conclut que les soins palliatifs à court terme sont avantageux, sans égard au fait que le patient soit référé plus tôt ou plus tard. Les avantages comprennent la gestion des symptômes et le soulagement du fardeau du soignant. Les effets s'estompent après la fin des soins palliatifs, même si la période n'est pas clairement définie.
Higginson, I.J., Finlay, I.G., Goodwin, D.M., Hood, K., Edwards, A.G.K., Cook, A., Douglas, H., Normand, C.E. *Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? J Pain Sympt Manag.* 2003; 25(2):150-68	N.D. (R.-U.)	Analyse systématique de publications (44 études), méta-régression (26 études) et méta-analyse (19 études). Qualité des études majoritairement de niveau II ou III (bonne à correcte). Léger biais de publication détecté.	La méta-régression démontrait un petit effet positif des soins palliatifs sur les résultats pour les patients, indépendant de la composition de l'équipe, du diagnostic du paient, du pays ou du concept de l'étude. La méta-analyse démontrait un petit avantage pour la douleur du paient (OR-0,38, IC 95 %, 0,23 à 0,64), les autres symptômes (OR=0,51, IC 95 %, 0,30 à 0,88) et une tendance non significative de la satisfaction ou le moins grand nombre d'intervention thérapeutiques. 14 études contenant une part d'analyse économique, mais une seule offrait une évaluation complète de la rentabilité. À 12 semaines, le fardeau du soignant était 4,47 points inférieur (IC 95 %, 1,05 à 7,89) dans la voie rapide comparativement au groupe contrôle. Les coûts moyens des services, y compris les soins aux patients hospitalisés et les soins informels, jusqu'à 12 semaines, étaient inférieurs de 1 789 £ pour le groupe de la voie rapide. Tendance vers des coûts moins élevés pour la communauté dans le groupe de la voie rapide et aucune différence dans les coûts informels pour le soignant.	Comparativement au groupe en soins palliatifs, les patients du groupe contrôle étaient plus enclins à consulter le médecin généraliste, à recevoir de l'aide de la famille et des amis et à être admis ou vus à l'hôpital. En excluant les soins aux patients hospitalisés et les soins informels, les coûts moyens des services étaient inférieurs de 1 195 £ pour le groupe en soins palliatifs (IC d'amorçage de 95 %, 2 915 à 178). L'analyse suggère que les soins palliatifs ont permis une économie de coûts et produit des résultats équivalents pour le contrôle des symptômes et des résultats améliorés pour les soignants.
Higginson, I.J. *Evidence based palliative. There is some evidence – and there needs to be more. BMJ.* 1999; 319(7208):462-3	Lettre à la rédaction publiée en 1999.		Lettre à la rédaction sur la preuve à ce jour relative aux soins palliatifs et leurs avantages et la nécessité de faire plus d'études.	

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
Hill, L.T. Jr. *Cost-effectiveness of home/hospice palliative and support care. J Natl Cancer Inst.* 1994; 86(1):63-4	Lettre à la rédaction		Lettre à la rédaction portant sur l'efficience des soins.	
Hoch, J.S. *Improving efficiency and value in palliative care with net benefit regression: an introduction to a simple method for cost-effectiveness analysis with person-level data. J Pain Symptom Manage*. 2009; 38(1):54-61	Canada, mais données non canadiennes et section de discussion orientée sur les Américains.	Analyse coût-efficacité utilisant la régression du bénéfice net sur un ensemble de données hypothétiques comportant des données personnelles. Le coefficient de régression estime la différence de valeur entre les avantages supplémentaires du traitement et les coûts supplémentaires.	Discute des formules utilisées, pas des résultats réels. Argumente que les décisions économiques sont fondées en grande partie sur la volonté des décideurs de payer (p.ex., combien est-on prêt à payer pour quelques jours de plus sans douleur). Les limites des ressources en soins de santé impliquent que les décisions doivent être prises sur la façon de les attribuer et l'examen des coûts supplémentaires et des avantages des traitements comparativement aux « soins habituels » peut aide à estimer l'« optimisation des ressources ». Prétend que les chercheurs en soins palliatifs ont la possibilité de faire des analyses économiques sur l'efficacité et la valeur des soins de santé.	Le but d'une analyse coût-efficacité est d'analyser l'efficience relative d'un traitement en ciblant un seul résultat (exemples de jours sans douleur); les pertes et les gains entre les ressources investies et les résultats obtenus. Typiquement, les coûts supplémentaires associés au gain supplémentaire (au niveau de l'unité) doivent satisfaire ou dépasser la volonté des décideurs de payer. Par ailleurs, l'analyse coût-efficacité porte sur plusieurs résultats et les mesures tous en dollars. L'analyse coût-utilité mesure les résultats en années de vie ajustées en fonction de la qualité (AVAQ), soit le nombre d'années de vie restant pondéré par un facteur reflétant la qualité de vie. L'analyse de minimisation des coûts porte seulement sur les coûts et assume que les résultats pour les patients sont identiques.
Hollander, M., Chappell, N. *Synthesis Report. Final Report of the National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care, A Report Prepared for the Health Transition Fund, Health Canada*. Août 2002; Victoria : National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care, Centre on Aging DOCUMENTATION PARALLÈLE	Canada	Rapport sur tous les soins à domicile, pas seulement les soins palliatifs	Principales conclusions des sous-études : les soins à domicile sont 40-75 % inférieurs aux soins en résidence, où les clients stables sont les moins coûteux. Les transitions représentent environ 70 % du coût des clients d'un établissement. Les soins à domicile aux mourants ne sont pas rentables puisqu'ils demandent des services hospitaliers. Les coûts des services à domicile en eux-mêmes ne seraient pas les principaux coûts des soins à domicile, mais plutôt les coûts des autres services de santé comme les hôpitaux, les médecins et les médicaments. Les services de soutien à domicile semblent remplacer les services de soins actifs.	

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
Hollander, M.J. *Costs of end-of-life care: findings from the province of Saskatchewan. Health care Quarterly.* 2009; 12(3):50-58	Canada Saskatchewan, exercice financier 2003-2004	Coûts des soins de santé dérivés des bases de données administratives, y compris les coûts pour le gouvernement et les frais d'utilisateur; toutefois, exclut les dépenses personnelles payées par les personnes ou les familles et les soins informels.	Le coût moyen par personne pour le gouvernement augmente de 1 373 $ pour une période de 12 mois avant la mort à 7 030 $ pour une période de 30 jours avant la mort. Lorsque les frais d'utilisateur sont ajoutés, les coûts moyens par personne sont de 1641 $ et 7 420 $. Les coûts sont initialement moins élevés pour ceux sans soins en établissement (pour le gouvernement, 569 $ pour les 12 mois avant et 613 $, au total), mais pendant les 30 derniers jours, ils augmentent à 8 039 $ (soins défrayés par le gouvernement)/ 8 087 $ (coûts totaux). Ceux qui ont des soins en établissement pendant >80 % du temps ont les coûts initiaux les plus élevés (3 582 $/4 543 $), mais l'augmentation est beaucoup plus faible (pour les 30 derniers jours 3 579 $/4 570 $). À l'exception des 30 jours avant la mort, les coûts totaux moyens pour les femmes étaient plus élevés que pour les hommes, mais cela peut être lié au fait qu'il y a une plus grande proportion de femmes dans les services de soins de longue durée. Pour toutes les périodes, le coût le plus élevé concernait les personnes qui commençaient la période à l'hôpital. Par exemple, pendant les 30 derniers jours, ceux qui commençaient la période à l'hôpital augmentaient les coûts moyens de 18 181 $ comparativement à 6 932 $ pour ceux qui commençaient la période dans la communauté avec des soins à domicile, 5 746 $ pour ceux qui commençaient dans la communauté sans soins à domicile et 5 412 $ pour ceux qui commençaient la période dans un établissement. Pour tous les types de causes de mort (regroupements Lunney/Fassbender de mort subite, maladie terminale, défaillance d'organe, fragilité et autre) pendant la période de 30 jours avant la mort, le coût principal était les soins hospitaliers, suivis des soins longue durée en résidence et des services de médecin. Des 2 250 patients en soins palliatifs identifiés (parmi près de 9 000 cas), le coût total moyen par client était inférieur, même si la différence diminuait en proportion de la durée de la période avant la mort. Il y avait un coût total relativement plus bas pour les clients des soins palliatifs sur toutes les périodes : par exemple, pendant les 30 jours avant la mort 5 082 $ contre 8 336 $; pour 90 jours, 8 103 $ contre 15 288 $; pour 180 jours, 10 847 $ contre 20 250 $; pour 365 jours, 14 996 $ contre à 26 404 $. La différence était principalement attribuable aux coûts hospitaliers plus bas pour les patients en soins palliatifs : pour 30 jours, 4 338 $ contre 7 062 $; pour 90 jours, 6 549 $ contre 12 410 $; pour 180 jours, 8 237 $ contre à 15 821 $ et pour 365 jours, 10 421 $ p/r à 19 729 $.	Sommaire de l'étude préparé pour le CIHI et Saskatchewan Health. Remarque : cet article porte sur les coûts de soins de fin de vie combinés, sans égard au type de soins et n'analyse pas les services de soins palliatifs. Toutefois, les patients étaient identifiés comme faisant partie du programme de médicaments de soins palliatifs de la Saskatchewan et tous les clients ayant un indicateur de soins palliatifs pour un séjour à l'hôpital étaient caractérisés comme des clients en soins palliatifs. L'étude démontre l'influence des soins en établissement longue durée sur les coûts des soins de fin de vie. Si les coûts totaux étaient extrapolés au Canada, les coûts en dollars de 2003-2004 seraient de 1,7 milliards de dollars pour les 30 jours avant la mort jusqu'à 6,8 milliards de dollars pour une période d'un an avant la mort. Des chiffres comparables pour l'exercice financier de 2009-1020 seraient de 2,8 milliards de dollars et de 11 milliards de dollars.

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
Hongoro, C., Dinat, N. *A cost analysis of a hospital-based palliative care outreach program: implications for expanding public sector palliative care in South Africa. J Pain Symptom Manage.* 2011; 41(6):1015-24..	Afrique du Sud	Estimation des coûts et des inducteurs de coûts pour les services de soins palliatifs de l'hôpital offerts dans le milieu dans un environnement pauvre en ressources (Afrique du Sud). Utilisation de données administratives et de sondages auprès d'une cohorte de 72 patients consécutifs, consentants, inscrits dans un service de soins palliatifs pendant une période de deux mois. Une grande proportion des patients avaient eu un diagnostic de VIH/sida.	481 patients inscrits à des visites dans le milieu et 4 493 visites ont été faites. 1 902 patients inscrits à des visites à l'hôpital et 3 412 visites ont été tenues. Le coût par visite de l'hôpital dans le milieu était de 71 $ US et par visite à l'hôpital de 80 $ US. Le coût par visite dans le milieu était de 50 $ de moins que le coût moyen d'un patient d'un jour dans les hôpitaux de district (142 $). Certaines des évaluations de résultats des soins palliatifs du sous-échantillon de la cohorte (n=72) démontraient des améliorations statistiquement significatives. Conclut que les services de l'hôpital dans le milieu peuvent réduire les admissions à l'hôpital pour recevoir des services qui occasionnent une surcharge dans les environnements pauvres en ressources et améliorer la qualité de vie des patients dans l'environnement de leur domicile. L'inquiétude de la famille a chuté de 56 %, les évaluations de symptômes de 56 % et les évaluations de douleur de 51 %; les autres indicateurs de qualité de vie (p. ex., capacité à partager, appréciation de la vie, information à la famille) étaient également améliorés.	Le principal inducteur de coûts était les coûts personnels, particulièrement ceux des visites à l'hôpital. Les coûts personnels correspondaient à 14 % des coûts totaux des visites dans le milieu et 20 % des visites à l'hôpital. La différence est expliquée par l'absence des infirmières pour les visites à domicile pendant les débuts du projet et la rémunération relativement élevée des médecins qui faisaient les visites à l'hôpital. Les coûts devraient diminuer avec l'augmentation du recours aux infirmières. Il est peu probable que l'inclusion des coûts des services publics change des coûts de manière significative.
Hughes, J. P*alliative care and the QALY problem. Health Care Anal.* 2005; 13(4):289-301	N.D.	Narratif sur la questions de l'utilisation de l'AVAQ pour évaluer les soins palliatifs; analyse de publications.	Les soins palliatifs peuvent être difficiles à justifier à l'aide d'études coût-efficacité lorsque l'AVAQ est utilisée pour évaluer les bénéfices (maximisation AVAQ), puisque l'intervention qui empêche la mort prématurée ou améliore la qualité de vie de ceux qui ont une espérance de vie plus longue produira de plus grandes valeurs d'AVAQ. Prétend que pour justifier les ressources de soins palliatifs, les défenseurs doivent abandonner la vison « atomiste » de la valeur de la vie intégrée dans l'AVAQ en faveur d'une définition « holistique » ou « narrative ». Dans l'approche narrative, la valeur d'une vie réside dans son entièreté narrative ou son intégrité; une mauvaise mort (c.-à-d., une mort ne correspondant pas aux priorités ou aux valeurs individuelles) peut détruire la valeur d'une vie. En gérant les symptômes, les soins palliatifs permettent aux personnes de passer leurs derniers jours « d'une manière respectant les valeurs qui ont façonné leur vie et peuvent offrir un bénéfice qui dépasse les différences qu'elles représentent dans les expériences d'un patient pendant ces derniers jours, en ramenant la vie entière vers une conclusion plus satisfaisante et en la rendant meilleure, plus réussie, qu'elle l'aurait été autrement. » [p. 299]	L'AVAQ a une conception atomiste de la valeur de la vie : la valeur de la vie est la « somme de toutes les valeurs séparées de ses composantes temporelles. » Point de vue holistique ou narratif : « ce qui se passe pendant les périodes fondamentales d'une vie peut affecter notre évaluation non seulement de cette période, mais de la vie dans son ensemble. » [p. 298]

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
Hughes-Hallett, T., Craft, A., Davies, C. *Funding the Right Care and Support for Everyone. Creating a Fair and Transparent Funding System; the Final Report of the Palliative Care Funding Review.* Juillet 2011; Londres : Palliative Care Funding Review.	R.-U.	Analyse demandée par le Secrétariat d'état à la Santé sur les soins palliatifs dédiés pour les adultes et les enfants en Angleterre.	Des incitatifs créatifs pour la prestation de soins palliatifs mènent à de meilleurs résultats pour les patients, appuient les choix et s'avèrent la solution la plus efficiente pour l'utilisation des ressources du service national de santé. L'auteur a noté un manque de bonnes données sur les coûts des soins palliatifs en Angleterre.	Discussion portant spécifiquement sur le système de financement du service national de santé en Angleterre.
Hugodot, A. *Cost-effectiveness of palliative care in hospital: a review of the literature (Part 3), Hospice Friendly Hospitals Programme*. 2007; Dublin : Centre for Health Policy and Management. DOCUMENTATION PARALLÈLE	Analyse systématique de publications sur les soins palliatifs à l'hôpital.	65 articles; majoritairement américains et portant sur les analyses des coûts; quelques études économiques	Les coûts des patients en fin de vie sont souvent répartis dans différents services de l'hôpital et peuvent être difficiles à retracer. Les évaluations financières des soins palliatifs ont porté principalement sur l'effet économique des soins palliatifs en général et un peu sur l'efficience des soins palliatifs à l'hôpital par rapport aux soins hospitaliers conventionnels. Les soins palliatifs sont associés à une forte baisse des services de diagnostic, traitements, tests et interventions, qui comptent pour environ 70 % des économies totales de coûts. Dans une étude, les patients en soins palliatifs étaient 42 % moins susceptibles d'être admis à l'unité des soins intensifs et dans une autre, il y avait 50 % moins d'interventions thérapeutiques. Une étude a rapporté une diminution des frais professionnels lorsque l'objectif des soins passait de curatif à palliatif. Dans une étude, les unités de soins palliatifs coûtent 57 % moins pour un patient atteint de cancer qu'ailleurs à l'hôpital, en raison du moins grand nombre de tests et de traitements. Certaines études ont démontré qu'une utilisation accrue des soins palliatifs et des directives de traitement et une utilisation réduite d'interventions de haute technologie peuvent produire d'importantes économies de coûts; il y a également certaines preuves que des ordonnances de non réanimation puissent diminuer le nombre d'admissions au soins intensifs. Les études ont établi les économies de coûts associées aux programmes de soins palliatifs à l'hôpital à environ 50 %, dans une étude allant de 40 % à 70 %. Les économies étaient plus qu'égales au coût de fonctionnement du service. Plusieurs petites études ont conclu que les soins palliatifs réduisent le nombre de visites aux urgences et d'hospitalisations en raison de l'efficacité améliorée et du caractère complet de la coordination des soins. Une étude de 2004 sur les soins palliatifs externes a conclu qu'il n'y avait pas de différences significatives de coûts, mais des résultats améliorés pour les patients; une étude de 2005 a conclu à une consommation réduite des soins actifs. Un rapport de 2006 conclut que dans les 20 jours avant la mort, le coût par jour était beaucoup moins important dans l'unité de soins palliatifs à l'hôpital que dans les unités n'offrant pas de soins palliatifs ou dans les USI; les estimations d'économies de coûts s'élèvent à près de 1 million de dollars à la troisième année d'activité.	Les mesures les plus courantes pour évaluer la limitation des coûts est une réduction de la durée du séjour à l'hôpital. Toutefois, les coûts pendant le dernier jour d'un séjour à l'hôpital sont une petite portion du coût total des soins : la réduction de la durée du séjour d'une journée réduit le coût total des soins de seulement 3 % ou moins. La faiblesse de l'analyse tient au fait que les études étaient généralement petites, observationnelles et n'utilisaient pas de groupes de comparaison appropriés ou de modélisation multivariable pour ajuster les variables confondantes ou réduire le biais. Néanmoins, elles suggèrent que les soins palliatifs sont moins coûteux et offrent des moyens aux patients pour « exercer leur autonomie relativement à une décision de fin de vie ». Il y a également des indicateurs de meilleurs résultats pour le patient et la famille, suggérant à la fois des avantages de coûts et de qualité. Les soins palliatifs augmentent la qualité des soins parce qu'ils réduisent la douleur et gèrent les symptômes plus efficacement, sont associés à l'aide offerte aux patients et aux familles pour prendre des décisions mieux informées à propos des difficiles questions de fin de vie comme des directives de traitement et des ordonnances de non réanimation. Contribuent à la continuité et à la coordination des soins.

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
Ideas and Opportunities for Bending the Health Care Cost Curve. Advice for the Government of Ontario. Avril 2010. Toronto : Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario, Fédération des programmes communautaires de santé mentale et de traitement des toxicomanies de l'Ontario, et Association des hôpitaux de l'Ontario. DOCUMENTATION PARALLÈLE	Canada	Article sur la politique qui inclut une analyse de publications.	Prend partie pour les soins palliatifs à domicile. Indique qu'une évaluation d'un programme dans la région de Hamilton, géré par le CASC HNHB, a permis à plus de clients en soins palliatifs de mourir à domicile et coûté la moitié des soins comparativement au milieu hospitalier. Les données préliminaires du projet de soins intégrés suggèrent un grand potentiel d'économie de coûts associé à la mise en œuvre de l'initiative de soins palliatifs. Coût de prestation de soins palliatifs à domicile d'environ 4 700 $/client (y compris les autres services non palliatifs) comparativement à 19 000 $/client dans un environnement de soins actifs. Différence de coût total de 15 200 $/client. Chaque transfert de 10 % de patients en soins palliatifs à partir des soins actifs vers des soins à domicile produirait des économies de 9 millions de dollars. Le transfert de 25 % produirait des économies de 23 millions de dollars et 50 %, 46 millions de dollars.	Calculs fondés sur des données de l'Ontario; accent mis sur les soins palliatifs à domicile seulement.
Jennings, B., Morrissey, M.B. *Health care costs in end-of-life and palliative care: the quest for ethical reform. J Soc Work End Life Palliat Care.* 2011; 7(4):300-17	Analyse des questions éthiques du contrôle des coûts de soins de santé dans les soins en fin de vie et les soins palliatifs	Analyse narrative/ éditoriale; fondée sur l'hypothèse que les soins palliatifs sont rentables	Il a été estimé qu'aux États-Unis, les dépenses en soins de fin de vie s'élèvent à 10 % à 12 % des dépenses totales en soins de santé et à 25 % à 30 % des dépenses de Medicare. Il est important d'un point de vue éthique de protéger les patients mourants vulnérables tant d'un surtraitement que d'un sous traitement inapproprié. La limitation des coûts est une question éthique, puisque les ressources attribuées à la santé ont des coûts de renonciation tels qu'ils ne peuvent pas être dépensés pour d'autres programmes sociaux. Donc, bien qu'il soit impératif d'un point de vue éthique de contrôler les coûts médicaux et d'utiliser les ressources de façon juste et efficace, ce doit être fait de façon orientée vers le patient et sa famille. Les soins palliatifs, aux États-Unis, comme ils sont présentement financés et organisés ne sont pas conçus pour les besoins des patients qui veulent/souhaitent à la fois des thérapies pour modifier la maladie et des thérapies palliatives. La croissance des soins palliatifs à l'hôpital est nécessaire pour améliorer l'accès, spécialement pour les personnes âgées fragiles qui peuvent recevoir des soins actifs pendant la dernière année de vie. Des décisions sur l'allocation des ressources sont prises à différents niveaux : 1) niveau du système, à grande échelle (assurance de soins de santé et politiques de financement; débat de la société civile); 2) niveau de gouvernance et gestion de l'hôpital ou de l'établissement; 3) politiques de l'établissement (p. ex., critères d'admission, qui peuvent être sensibles et controversés); 4) dynamique de planification et décision de soins aux patients individuels (décisions immédiates et tangibles impliquant le patient, la famille, les fournisseurs de soins de santé).	Grande partie de la discussion propre à l'environnement américain et des limites imposées par la loi (Medicare Hospice Benefit Act of 1982). Indique qu'il y a un nombre croissant de preuves que les centres de soins palliatifs et les services de soins palliatifs sont efficients lorsqu'ils sont offerts dans des environnements de soins de santé, y compris les hôpitaux et les centres d'hébergement. Prétend que le développement d'un modèle national de soins palliatifs devrait être mené à partir d'une réforme juridique, d'éducation et de recherche pour limiter le coût des soins de fin de vie. Les recommandations comprennent l'accroissement des soins palliatifs offerts par les hôpitaux et les centres d'hébergement.

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
Johnson, A.P., Abernathy, T., Howell, D., Brazil, K., Scott, S. *Resource utilization and costs of palliative cancer care in an interdisciplinary health care model. Palliat Med.* 2009; 23(5):448-459	Canada	Étude pilote sur l'utilisation des ressources dans un service de soins palliatifs multidisciplin-aire en Ontario, au Canada; publication subséquente de Guerrierre et coll. (2010) comprenant différent ensemble de données.	Le coût total pour les 434 patients étaient de 2,4 millions $ CAN et le coût/patient était de 5 586 $ CAN, pour une durée moyenne de séjour légèrement supérieure à 2 mois (64 jours).	
Jordhøy, M.S., Favers, P., Saltnes, T., Ahlner-Elmgvist, M., Jannert, M., Kaasa, S. *A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomised trial. Lancet.* 2000; 356(9233):888-893	Norvège	Les districts de soins de santé communautaire ont été regroupés aléatoirement par grappe; participation de 434 patients : 235 en soins palliatifs et 199 en soins conventionnels	25 % (54/235) des patients en soins palliatifs sont morts à domicile contre 15 % (26/199) des patients en soins conventionnels, p<0,05. Le temps passé à domicile n'était pas significativement prolongé, bien que les patients en soins palliatifs passaient moins de temps dans les centres d'hébergement au cours du dernier mois de vie (7,2 % contre 14,6 %, p<0,01. L'utilisation de l'hôpital était similaire dans les deux groupes.	
Jung, H.M., Kim, J., Heo, D.S., Baek, S.K. *Health economics of a palliative care unit for terminal cancer patients: a retrospective cohort study. Support Care Cancer.* 2012; 20(1):29-37	Corée du Sud	Analyse rétrospective de factures d'hospitalisation et de coûts médicaux de 656 patients qui sont morts de cancer de janvier à décembre 2007 dans un hôpital universitaire de Séoul. 126 patients sont morts à l'unité de soins palliatifs; comparaison entre les patients de l'unité de soins palliatifs et les patients qui n'étaient pas à l'unité des soins palliatifs. Coûts convertis en dollars américains au taux de 2007.	Les patients de l'unité de soins palliatifs étaient plus susceptibles d'avoir une ordonnance de non-réanimation (p<0,001), de se rendre à l'urgence (p=0,045) et de recevoir de la chimiothérapie palliative (p=0,002) Les patients qui n'étaient pas à l'unité des soins palliatifs étaient plus susceptibles d'être admis à l'unité des soins intensifs (p<0,001), d'être branchés à un respirateur (p<0,001) et de recevoir un traitement d'hémodialyse (p<0,001). Le coût médical total par patient dans les 6 mois avant la mort était en moyenne de 27 863 $ (24 799 $ en frais hospitaliers et 3 063 $ en frais de service d'urgence). Le coût médical total dans les 6 mois avant la mort était significativement plus bas pour le groupe de l'unité des soins palliatifs que l'autre groupe qui n'était pas à l'unité des soins palliatifs (21 591 $ contre 29 577 $, différence = 7 986 $, p<0,001) : différence attribuable à des frais hospitaliers plus élevés pour le groupe qui n'était pas à l'unité des soins palliatifs malgré les coûts plus faibles pour les patients non hospitalisés et le service d'urgence. Différence significative entre les patients à l'unité des soins palliatifs et les patients qui n'étaient pas à l'unité des soins palliatifs, en coûts médicaux à partir de	Les femmes (p<0,001) et les patients plus jeunes (p=0,002) étaient plus susceptibles d'utiliser l'unité des soins palliatifs. Les coûts médicaux par mois, pendant les 6 mois avant la mort, ont dramatiquement augmenté alors que le patient approchait la phase terminale : de moins de 2 000 $ six mois avant la mort à environ 9 000 $ pour les patients de l'unité des soins palliatifs pendant le mois avant la mort contre 13 4000 $ pour les patients qui n'étaient pas à l'unité de soins palliatifs. Discussion sur les barrières culturelles aux soins palliatifs en Corée.

suite à la prochaine page

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
			2 mois avant la mort : les coûts pour les patients à l'unité des soins palliatifs étaient 32,8 % inférieurs 1 mois avant la mort (8 987 $ contre 13 368 $, différence = 4 381 $, p<0,001) et 33,0 % inférieurs 2 mois avant la mort (4 046 $ contre 6 069 $, différence = 2 023 $, p<0,001). Les patients qui ont utilisé les services de l'unité des soins palliatifs, ceux qui avaient des cancers, et ceux qui étaient moins scolarisés ont payé des frais médicaux inférieurs (p<0,05). Conclut que l'étude vérifie les économies de coût de l'unité des soins palliatifs.	
Klinger, C.A., Howell, D., Marshall, D., Zakus, D., Brazil, K., Deber, R.B. R*esource utilization and cost analyses of home-based palliative care service provision: The Niagara West End-of-Life Shared-Care Project. Palliative Medicine* 2012; 16 janvier, publication en ligne avant impression.	Canada	Étude descriptive portant sur la répartition des coûts liés à une approche de partage des soins visant à prodiguer des soins de fin de vie améliorés à 95 personnes participant à l'étude (dont l'âge moyen se situe à 71 ans), soit 83 personnes atteintes du cancer et 12 ayant reçu un diagnostic autre. Étude réalisée en milieu rural.	Le total des coûts de tous les services liés aux patients (en dollars canadiens de 2007) s'élevait à 1,6 M$, ou 17 112 $ par patient ou 117,95 $ par jour-patient. Les dépenses se sont révélées supérieures à celles qui avaient été enregistrées précédemment pour un groupe de patients tous atteints du cancer dans un milieu urbain de l'Ontario, mais semblables aux coûts quotidiens liés aux soins à long terme (124,55 $) et inférieurs à ceux des autres niveaux de soins et des frais hospitaliers.	Précise qu'en comparaison avec d'autres études, une proportion plus importante des coûts était liée aux services de soins à domicile (CASC 49 % + équipe de soins palliatifs améliorés 14 % = 63 %) et qu'une somme moindre était dévolue aux frais hospitaliers (31 %). L'étude ne fait pas mention des chiffres exacts liés à cette comparaison. Trois références sont fournies pour cette comparaison : 1) Dumont (2009) : les séjours d'hospitalisation représentent 33 % du coût total moyen par patient; les soins à domicile, 19 % et le temps investi par les aidants naturels, 18 %. Wister (2005) : incapable de déterminer ce type de ventilation des coûts. Rapport Rand, Lynn (2005) : ne renferme aucune ventilation ni aucun renseignement en matière de coûts par type.
Kunkler, I. *Cure, palliation, and cost in cancer care. Lancet Oncology*. 2004; 5(12):709	Éditorial		Éditorial portant sur les coûts de traitement du cancer. Aucune information sur les coûts des soins palliatifs.	
Lawton, S., Denholm, M., Macaulay, L., Grant, E., Davie, A. *Timely symptom management at end of life using 'just in case' boxes. Br. J Community Nurs.* 2012; 17(4):182-3 188 passim	R.-U.	Évaluation d'un programme pilote; taux de répondants de 89 % à la suite d'un sondage auprès de 65 centres de soins primaires.	Un sondage a été effectué auprès de 65 centres de soins primaires pour mesurer le degré de conscientisation et d'utilisation des trousses d'urgence pour les soins palliatifs. La plupart des répondants connaissaient l'existence de cet outil et l'utilisaient.	

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
Macklis, R.M., Cornelli, H., Lasher, J. *Brief courses of palliative radiotherapy for metastatic bone pain – a pilot cost-minimization comparison with narcotic analgesics. Am J Clin Oncology-Cancer Clinical Trials.* 1998; 21(6):617-622	É.-U.	Données tirées d'une étude pilote comparant l'efficacité et l'estimation des coûts de la radiothérapie et des analgésiques narcotiques chez les patients atteints du cancer.	Le coût estimatif par patient variait entre 1 200 $ et 2 500 $ pour la radiothérapie, par rapport à des frais de 9 000 $ à 36 000 $ pour neuf mois de narcotiques. Un bref traitement de radiothérapie réduit grandement la douleur et semble économiquement plus avantageux que les narcotiques.	
McBride, T., Morton, A., Nichols, A., van Stolk, C. *Comparing the costs of alternative models of end-of-life care. J Palliat Care.* 2011; 27(2):126-33	R.-U.	Modèle de Markov reposant sur les données d'utilisation et les coûts chez les patients atteints du cancer ou d'une insuffisance organique durant la dernière année de vie; simulation d'une réduction du recours aux soins intensifs au profit des soins palliatifs.	Le coût social lié à 127 000 patients atteints du cancer décédés en 2006 est évalué à 1,8 G£. Le coût équivalent lié à 30 000 personnes décédées d'une insuffisance organique se chiffrait à 553 M£. Une réduction du recours aux soins intensifs permettrait des économies de 16-171 M£. En 2006, on a enregistré 1,2 admission à l'urgence, 17 jours d'hospitalisation et 3,5 jours en centre de soins palliatifs par patient atteint du cancer au R.-U.	L'article présente l'estimation de Carers U.K., selon laquelle le remplacement, en 2007, de tous les soins prodigués par les aidants naturels par des services professionnels aurait entraîné des coûts de 71 G£, mais ce calcul inclut l'ensemble des soins, et non seulement les soins palliatifs. On y cite aussi le calcul du National Audit Office en ce qui a trait au coût des soins pour les patients atteints de cancer durant la dernière année de vie (coût quotidien +10 %), établi comme suit : soins à domicile/en milieu communautaire : 25,22 £-30,82 £; soins hospitaliers : 199,82 £-244,22 £; et soins dans un centre de soins palliatifs : 119,23 £-145,72 £.
McCaffrey, N., Currow, D.C., Eckermann, S. *Measuring impacts of value to patients is crucial when evaluating palliative care. J Pain Symptom Manage.* 2009; 37(6):e7-9.	Lettre au rédacteur en chef		Lettre au rédacteur en chef concernant un article mettant en lumière les préférences de chaque personne en ce qui a trait aux priorités de fin de vie. On y relève qu'aux États-Unis et au Canada, le fait de « s'assurer que ses affaires financières sont en ordre » est considéré comme étant « important » ou « très important » par 80 %-90 % des personnes atteintes d'une maladie chronique au stade avancé. Le rapport de Zimmerman et coll. sur l'efficacité des équipes de soins palliatifs ne renfermait qu'une étude utilisant un outil de mesure de la qualité de vie expressément destiné à une population en soins palliatifs et n'incluait explicitement aucun volet de préparation à la mort.	

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
McCrone, P. *Capturing the costs of end-of-life care: comparison of multiple sclerosis, Parkinson's disease, and dementia. J Pain Sympt Manage*. 2009; 38(1):62-67.	R.-U.	Estimations de coûts dégagées par l'entremise de l'examen d'études existantes	Le coût de la sclérose en plaques pour une période de six mois varie selon la forme de la maladie : la plus coûteuse est la forme primaire progressive (PP), suivie de la forme progressive secondaire (PS), puis de la forme rémittente (R). Les coûts (en £) tiennent compte des services de santé : 2 095 (PP), 2 390 (PS) et 2 322 (R); des soins prodigués par les aidants naturels : 7 456 (PP), 6 979 (PS) et 3 327 (R). Le total pour les deux services s'établit ainsi : 9 482 (PP), 9 407 (PS) et 5 561 (R). Les coûts liés à la maladie de Parkinson varient également selon le stade de la maladie. On parle de 1 967-6 224 pour les services de santé et de 8 496-13 772 pour les soins prodigués par les aidants naturels, ce qui représente un total de 10 453-19 256. Les coûts liés à la démence sont, pour leur part, difficiles à évaluer.	L'élément principal pourrait fort bien être le fait que les coûts liés aux soins prodigués par les aidants naturels sont souvent plus élevés que ceux des services de soins de santé à proprement parler. Les coûts augmentent avec la gravité de la maladie.
Meier, D.E., Beresford, L. *Billing for palliative care: an essential cost of doing business. J Palliat Med.* 2006; 9(2): 250-257	É.-U.	Description des procédures de facturation liées aux régimes d'assurance-maladie des États-Unis (Medicaid et Medicare)	Les revenus de facturation sont essentiels à la survie des programmes de soins palliatifs. La facturation des tiers par les médecins et les infirmières praticiennes avancées pour les consultations en soins palliatifs peut contribuer à la récupération de la majeure partie des coûts salariaux et indirects. Les principaux obstacles à la facturation dans le secteur des soins palliatifs : une réticence à chercher à obtenir un remboursement avec insistance, une inexpérience en ce qui a trait aux pratiques de facturation ou une sous-évaluation de la contribution aux soins de santé.	Discussion sur les options de facturation dans le système de soins de santé des États-Unis.
Meier, D.E., Beresford, L. *Palliative care cost research can help other palliative care programs make their case. J Palliat Med.* 2009; 12(1):15-20	É.-U.	Éditorial sur l'article de Morrison (2008)	Cite les résultats obtenus par Morrison, démontrant que les hôpitaux peuvent réaliser des économies de 250 $ ou plus en frais directs par patient par jour, en offrant des soins palliatifs aux patients dont la situation le justifie. Ces chiffres se révèlent notamment constants d'un milieu et d'un établissement à l'autre. Les rencontres familiales et la définition précise des buts entraînent habituellement (mais pas toujours) des choix de traitement plus conservateurs par les patients et les familles, ce qui se traduit par une utilisation plus efficace des lits d'hôpitaux. Cette efficacité est le résultat de réflexions systémiques et d'aptitudes de communication expertes permettant d'aider les patients ayant des besoins complexes à naviguer dans la complexité du système de santé. Pour que des économies puissent être réalisées, les soins palliatifs ne doivent pas être centrés sur un facteur unique, comme la gestion de la douleur, mais plutôt sur une démarche élargie de communication et de définition des objectifs et doivent être prodigués par une équipe interdisciplinaire.	Cite un expert en ces termes : « Un dollar issu de nouveaux revenus et un dollar épargné en évitant une dépense valent tous deux un dollar pour l'hôpital. » (traduction libre) [p. 16] Les soins palliatifs, en permettant de libérer des lits aux soins intensifs, permettent à d'autres patients dans le besoin d'accéder à ces lits. Pour travailler efficacement, il faut se conformer aux lignes directrices destinées aux centres de soins palliatifs ou à d'autres lignes directrices en la matière, afin d'assurer des soins interdisciplinaires et une communication améliorée avec les patients et leur famille.

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
Meier, D.E. *Increased access to palliative care and hospice services: opportunities to improve value in health care. Milbank Quarterly.* 2011; 89(3):343-80	É.-U.	Examen de publications et de données	On y relève des preuves de l'incidence positive des soins palliatifs et des maisons de soins palliatifs sur les résultats centrés sur les patients, comme la douleur, la dépression et les autres symptômes, sur le degré de satisfaction des patients et de leur famille, de même que sur la proportion de patients recevant des soins à l'endroit où ils le désirent. On y relève aussi qu'en comparaison avec les soins traditionnels, les soins palliatifs prolongent la vie et contribuent à éviter les séjours à l'hôpital et les visites à l'urgence. Le fait de migrer vers des soins à domicile, vers le milieu communautaire ou vers une maison de soins palliatifs, on peut contribuer à réduire les dépenses en santé liées aux soins prodigués aux personnes les plus malades et nécessitant les coûts les plus importants.	Bon examen de publications, accordant une place prépondérante aux études américaines.
Miller, G.W., Williams, J.R. Jr, English, D.J., Keyserling, J. *Delivering Quality Care and Cost-Effectiveness at the End of Life. Building on the 20-Year Success of the Medicare Hospice Benefit.* 2002; Alexandria (VA) : National Hospice and Palliative Care Organization, février 2002 DOCUMENTATION PARALLÈLE	Rapport publié aux É.-U.	Données économiques tirées des dépenses du régime d'assurance-maladie.	Le tiers de tous les dollars du régime d'assurance-maladie est investi pour des patients mourants. Une étude de 1995 a révélé que pour chaque dollar qu'il dépense dans les centres de soins palliatifs, le régime d'assurance-maladie économise 1,52 $ dans le volet A et 1 $ dans le volet B, ce qui lui permet d'économiser 3 192 $ par patient durant le dernier mois de vie. Selon d'autres études, les centres de soins palliatifs et les directives préalables permettent des économies pouvant atteindre 10 % durant la dernière année de vie, 10-17 % durant les six derniers mois et 25-40 % durant le dernier mois. Les économies que permettent les centres de soins palliatifs rendent ces établissements attrayants pour les régimes de soins gérés : depuis 1994, 82 % de ces régimes offrent les services de centres de soins palliatifs et 44 États, de même que le District de Columbia, couvrent les services des centres de soins palliatifs en vertu de leur régime public (Medicaid). Selon une étude de 1998, 83 % des employeurs offrent des prestations explicites pour les services offerts par les centres de soins palliatifs.	Le modèle européen définit ce concept comme étant une maison pour les patients en phase terminale, mais le modèle américain le définit plutôt comme un processus et insiste sur les soins à domicile. Les soins offerts par les centres de soins palliatifs aux États-Unis permettent le respect du désir de la majorité des Américains (comme le rapportent les sondages d'opinion publique) de mourir à la maison. Le nombre de fournisseurs de soins palliatifs aux États-Unis a augmenté rapidement depuis les années 1980 et ces fournisseurs offrent désormais des services de soins palliatifs plus intenses et plus sophistiqués pour une plus grande diversité de maladies terminales.
Morgan, L., Howe, L., Whitcomb, J., Smith, K. *Improving communication and cost-effectiveness in the intensive care unit through palliative care: a review of literature. Dimensions of Critical Care Nursing.* 2011; 30(3):133-8	N.D. (É.-U.)	Analyse narrative de publications	On y relève qu'environ 20 % des décès aux États-Unis surviennent dans les unités de soins intensifs. On y cite l'énoncé du National Priorities Partnership de 2009, suivant lequel les soins palliatifs peuvent réduire les coûts hospitaliers des patients visés de 45 %. On y cite aussi l'étude de Morrison et coll. On y aborde les soins dans les unités de soins intensifs, y compris les soins de fin de vie, en abordant non seulement l'éthique dans les soins médicaux, mais la réduction des soins de santé de fin de vie.	« Les publications révèlent que les patients ayant une connaissance approfondie et complète des interventions médicales qui ne sont pas susceptibles de leur sauver la vie ou d'améliorer leur état de santé ont tendance à refuser celles-ci. Par conséquent, les patients

suite à la prochaine page

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
				ayant une connaissance adéquate et réaliste des soins de santé qui leur sont prodigués sont en mesure de prendre des décisions plus avisées en ce qui a trait aux interventions qui seront pratiquées sur eux. » (traduction libre) [p. 136]
Morrison, R.S., Dietrich, J.D., Ladwig, S., Quill, T., Sacco, J., Tangerman, J., Meier, D.E. *Palliative care consultation teams cut hospital costs for Medicaid beneficiaries. Health Aff (Millwood)*. 2011; 30(3):454-63	É.-U.	Analyse des données liées aux dépenses du régime Medicaid de 2004 à 2007 dans quatre hôpitaux de l'État de New York.	Les frais hospitaliers des patients ayant reçu des soins palliatifs étaient d'environ 6 900 $ inférieurs à ceux d'un groupe de patients dans une situation équivalente recevant des soins traditionnels. Ce chiffre tient compte d'une réduction de 4 098 $ des coûts hospitaliers par admission pour les patients ayant obtenu leur congé de l'hôpital et de 7 563 $ dans le cas des patients décédés à l'hôpital. On y estime que les hôpitaux de l'État de New York pourraient épargner annuellement de 74 à 252 M$ à même le régime Medicaid si tous les hôpitaux comptant 150 lits ou plus disposaient d'une équipe de consultation en soins palliatifs pleinement fonctionnelle.	
Morrison, R.S., Penrod, J.D., Cassel, B., Caust-Ellenbogen, M., Litke, A., Spragens, L., Meier, D.E., pour le Palliative Care Leadership Centers' Outcome Group. *Cost savings associated with U.S. hospital palliative consultation programs. Arch Intern Med*. 2008; 168 (16):1783-1790	Huit hôpitaux des É.-U.	Données administratives de huit hôpitaux disposant d'un programme de soins palliatifs établi pour 2002-2004. On a dressé un parallèle entre 2 630 (89 %) des 2 966 patients en soins palliatifs ayant quitté l'hôpital vivants et 18 427 patients ayant reçu des soins habituels. On a aussi fait un parallèle entre 2 278 (95 %) des 2 388 patients décédés aux soins palliatifs et 2 124 patients décédés ayant reçu des soins habituels. Les coûts directs comprennent les médica-ments, les procédures ou	Les patients des soins palliatifs ayant quitté l'hôpital vivants ont permis de réaliser des économies nettes ajustées de 1 696 $ en matière de coûts directs par admission (p=0,004) et de 279 $ en coûts directs par jour (p<0.001). On fait également état, pour ce groupe de patients, d'importantes réductions de coûts de laboratoire et de soins intensifs par rapport aux patients recevant des soins habituels (424 $ par admission <0,001 pour les frais de laboratoire et 5 178 $ par admission aux soins intensifs, p<0,001). Même en incluant les cas particuliers (séjours de <7 jours et de >30 jours), on constate des réductions de coûts directs par jour de 275 $ et de 246 $ en faveur des soins palliatifs. Dans le cas des patients décédés aux soins palliatifs, les économies nettes ajustées se chiffrent à 4 098 $ en coûts directs par admission (p=0,003) et à 374 $ en coûts directs par jour (p<0,001). On a notamment constaté des réductions de coûts de laboratoire et de soins intensifs (atteignant respectivement 926 $ par admission, p<0,001 et 6 613 $ par admission aux soins intensifs, p<0,001). On observe également d'importantes réductions de coûts pharmaceutiques par rapport aux soins habituels (1 544 $ par admission, p=0,04). En incluant les cas particuliers, les réductions de coûts directs par jour s'établissent à 559 $ (séjours de < 7 jours) et à 370 $ (séjours de >30 jours) en faveur des soins palliatifs. Aucune différence	Aux É.-U., on enregistre une importante augmentation du nombre d'hôpitaux disposant de programmes de soins palliatifs (soit une hausse de 96 % entre 2000 et 2005). L'étude cite des publications démontrant que les programmes de soins palliatifs en milieu hospitalier peuvent améliorer la gestion des symptômes physiques et psychologiques, le mieux-être des aidants et le niveau de satisfaction de la famille. La présente étude visait à recueillir plus d'information sur les répercussions de ces programmes sur les coûts hospitaliers. On a dressé un parallèle adéquat entre les patients, provenant de huit hôpitaux diversifiés, servant des marchés à coûts faibles, moyebs et élevés, afin de pouvoir procéder à une bonne généralisation des résultats. Il est peu probable que les économies de coûts aient pu être liées aux plans de

suite à la prochaine page

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
		les services, calculés selon le système de comptabilité des coûts des hôpitaux (tous utilisaient le même système).	statistiquement importante en ce qui a trait à la durée de l'hospitalisation n'a été observée entre les patients des soins palliatifs et les patients ayant reçu des soins habituels, ni dans le cas des patients ayant quitté l'hôpital vivants (13,1 jours par rapport à 12,4 jours, p=0,12), ni dans celui des patients décédés à l'hôpital (14,1 jours par rapport à 13,9 jours, p=0.40). Deux analyses de contrôle confirment ces constatations. On estime qu'un hôpital de 400 lits disposant d'une équipe de soins palliatifs interdisciplinaire recevant 500 patients par année (300 patients quittant l'hôpital vivants et 200 patients décédant à l'hôpital) pourrait permettre des économies de 1,3 M$ par année, même en tenant compte des revenus des médecins (240 000 $) et en déduisant les coûts liés au personnel (418 000 $).	soins élaborés par les patients et les médecins avant la participation de l'équipe de soins palliatifs, surtout que les analyses ont confirmé des diminutions de coûts dans les deux premières journées suivant la consultation en soins palliatifs. Selon une étude à l'appui, les préférences des patients et la connaissance, par le médecin, des préférences du patients de même que les pronostics, n'auraient pas d'effet mesurable sur les traitements et les coûts hospitaliers dans les cadres de soins habituels. Selon les résultats, les consultations en soins palliatifs se révèlent efficaces pour modifier fondamentalement la trajectoire des soins hospitaliers, en l'écartant de son approche curative habituelle et en établissant des buts incluant l'interruption des traitements ou des analyses qui ne contribuent pas à l'atteinte de ces buts. Ce faisant, on arrive à réduire les coûts de façon importante. Les données confirment et enrichissent les études antérieures plus restreintes, réalisées dans un seul établissement. Elles constituent également un important incitatif financier pour l'élaboration ou le déploiement des programmes de soins palliatifs. Étant donné la proportion grandissante de patients plus âgés et de patients ayant des problèmes chroniques complexes, les économies de coûts ainsi réalisables pourraient se révéler considérables et contribuer à soutenir le régime d'assurance-maladie public (aux É.-U., Medicare).

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
Mula, C., Raftery, A.M. *Evidencing cost efficiencies in specialist palliative care. Int J Palliat Nurs.*2011; 17(12): 575	R.-U.	Éditorial	Éditorial sur les soins palliatifs spécialisés. On y soutient, mais sans preuve à l'appui, qu'il est possible de réaliser des économies par le contrôle proactif des symptômes et des douleurs complexes, par l'interruption appropriée de traitements actifs, par la rationalisation des médicaments non essentiels dans les dernières semaines de vie, de même qu'en facilitant les congés planifiés et rapides pour les soins de fin de vie, ce qui permet de réduire le nombre de jours d'hospitalisation, et en évitant les admissions inappropriées par l'entremise d'une meilleure communication et de meilleurs soins communautaires.	
Murray, E. *How advocates use health economic data and projections: the Irish experience. J Pain Symptom Manage.* 2009; 38(1):97-104	Irlande	Description des revendications liées au financement des soins palliatifs en Irlande.	En 2006, l'Irish Hospice Foundation s'est associée à l'Irish Cancer Society et à l'Irish Association for Palliative Care dans ses revendications auprès du gouvernement, afin de résoudre les iniquités entre les régions en matière de services. Le ralentissement économique de 2008 menaçait la mise en œuvre du plan quinquennal de services nationaux intégrés en matière de soins palliatifs. Les nouveaux services ne peuvent être mis en œuvre que s'il est solidement prouvé qu'ils entraîneront des économies. Description de l'utilisation qu'a faite le regroupement des données économiques pour revendiquer des services; campagne facilitée par de bonnes données et par une politique approuvée, reposant sur des preuves, en ce qui a trait au concept de services intégrés. Aucun progrès n'a pu être fait avant la réalisation d'une vérification des services destinée à répertorier les lacunes et les iniquités entre les régions sanitaires. Les soins palliatifs et les maisons de soins palliatifs relevaient initialement de services bénévoles, mais sont désormais financés à 80 % par le gouvernement. Dans de nombreux cas, des organismes bénévoles offrent des services et recueillent des fonds destinés à l'innovation, à la formation, à la recherche et à des services complémentaires (soins infirmiers de nuit, transport, appareils, aide aux personnes en difficulté financière). Résumé d'études économiques des É.-U., du R.-U., de l'Espagne, de l'Irlande, d'Israël et du Canada portant sur les avantages financiers des soins palliatifs. On y souligne que les économies réalisables par l'entremise des soins palliatifs sont plus importantes : 1) dans le cas des patients atteints du cancer; 2) dans les séjours aux soins palliatifs à court terme (soit <6 semaines), 3) dans le cas des soins à domicile et 4) dans le cas des patients séjournant dans de grands centres de soins palliatifs. Les hôpitaux offrant des soins palliatifs font aussi état d'une réduction des coûts grâce à une utilisation moindre des lits de soins de courte durée, de l'acharnement thérapeutique et des séjours aux soins intensifs.	Recommandations de l'Irlande : 1) 10 lits pour séjours aux soins palliatifs par tranche de population de 100 000 personnes, avec au moins une unité de séjour en soins palliatifs par région sanitaire administrative, avec une infirmière, 0,5 préposé par lit, un physiothérapeute, un ergothérapeute et un travailleur social par 10 lits, deux aumôniers et un pharmacien par centre de soins palliatifs; 2) au moins un consultant en médecine palliative par tranche de population de 160 000 personnes et au moins deux de ceux-ci par régie de la santé; 3) >3 médecins non consultants par consultation en médecine palliative; 4) équipe multidisciplinaire dirigée par un consultant dans chaque hôpital de soins actifs de >150 lits (incluant des professionnels en soins infirmiers et en travail social, de même que des médecins non consultants); 5) au moins une infirmière spécialisée en soins palliatifs dans la communauté par tranche de population de 25 000 personnes; 6) au moins un physiothérapeute, un ergothérapeute et un travailleur social dans la communauté par tranche de population de 125 000 personnes.

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
National Institutes of Health. *Fact Sheet: End-of-Life.* Bethesda; 2010 DOCUMENTATION PARALLÈLE	É.-U.	Fiche de renseignements	Environ 25 % de tous les décès aux États-Unis surviennent dans les centres de soins de longue durée et on prévoit que cette proportion atteindra 40 % d'ici 2040. Une proportion de 20 % de tous les décès aux États-Unis surviennent aux soins intensifs ou peu après un séjour aux soins intensifs.	
National Priorities Partnership. *National Priorities and Goals: Aligning Our Efforts to Transform America's Health care*. Washington : National Quality Forum; 2008 DOCUMENTATION PARALLÈLE	É.-U.	Rapport rédigé par des experts à la suite d'une analyse de publications.	Établit un ensemble de cibles principalement destinées à la réforme des services hospitaliers. Fixe notamment l'objectif de prodiguer à tous les patients atteints d'une maladie limitant leur espérance de vie des services et des soins palliatifs de grande qualité, dont l'apaisement des symptômes et des mesures d'aide au patient et à sa famille, sur le plan psychologique, social et spirituel.	L'objectif est de réduire de 50 % les soins inappropriés et le gaspillage dans neuf secteurs ciblés. Pour réduire les services non palliatifs inappropriés en fin de vie, on formule notamment des recommandations en ce qui a trait à la chimiothérapie durant les 14 journées de vie, les procédures interventionnelles inappropriées et plus d'une visite à l'urgence dans les 30 jours de vie. Impossible de trouver le chiffre de 45 % cité par Morgan et coll., désigné comme provenant de ce document.
Neuberg, G.W. *The cost of end-of-life care: a new efficiency measure falls short of AHA/ACC standards. Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2009; 2(2):127-33	É.-U.	Analyse narrative de la mesure de l'efficacité des soins de fin de vie aux États-Unis, figurant dans le Dartmouth Atlas de 2008 et dans le site Web de Consumer Reports.	Les dépenses liées aux soins de fin de vie constitueraient un indicateur direct du rendement des intervenants si les maladies se présentaient et évoluaient de façon uniforme, mais la réalité est autre. De plus, la capacité de stabiliser les maladies chroniques, aiguës et graves peuvent compliquer le repérage du stade de fin de vie. Plusieurs raisons peuvent entraîner des journées d'hospitalisation non nécessaires : soins sociaux (les problèmes de santé pourraient être gérés à domicile, mais il n'y a aucun aidant naturel ou aucun suivi); les journées « d'attente » (aucune place disponible dans l'établissement devant accueillir la personne après son congé); « soins défensifs » (interventions destinées à éviter les poursuites judiciaires) et soins prodigués « en désespoir de cause » (soins prodigués aux patients mourants parce que leur famille n'arrive pas à accepter le caractère irréversible de la maladie). Divers obstacles entravent la prestation de soins de fin de vie compatissants, dont les attentes irréalistes en matière de guérison, la psychodynamique familiale, la méfiance envers le système, des facteurs culturels ou religieux, une mauvaise planification et une mauvaise communication.	Une étude portant sur les soins aux États-Unis révèle que les patients provenant des régions où les dépenses sont les plus élevées reçoivent environ 60 % plus de soins que ceux des régions où les dépenses sont les moins élevées, mais que les résultats et les cotes de qualité y sont légèrement moins élevés. On y soulève la possibilité qu'un plus grand acharnement thérapeutique en milieu hospitalier risque d'empirer les résultats en faisant augmenter le risque de complications procédurales, d'infections contractées à l'hôpital et d'erreurs médicales. On y discute des normes de l'AHA/ACC en matière de rapports sur l'affectation des ressources. Les mesures devraient 1) intégrer la qualité et les coûts; 2) constituer des outils d'analyse et d'évaluation des coûts valides; 3) ne pas encourager la prestation de soins de mauvaise qualité; 4) comporter des paramètres d'attribution appropriés. Les mesures de soins de fin de vie de Dartmouth Atlas ne répondent pas à ces critères.

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
Nicosia, N., Reardon, E., Lorenz, K., Lynn, J., Buntin, M.B. *The Medicare Hospice Payment system: a consideration of potential refinements. Health Care Financing Review.* 2009; 30(4):47-59	É.-U.	Examen des variations en ce qui a trait à l'utilisation des ressources au sein du système de paiement quotidien de Medicare pour les centres de soins palliatifs; données d'utilisation des ressources par visite liées au diagnostic et aux renseignements démographiques liés à 68 000 patients du régime Medicare en 2002-2003.	Selon les analyses, un ajustement de combinaison de cas reposant sur les diagnostics et la démographie n'améliore pas la compréhension en ce qui a trait à la variation de l'utilisation des ressources d'un séjour à l'autre. Le nombre de jours de chaque type facturés pour un patient explique la majeure partie des variations dans le nombre de visites et les coûts de main-d'œuvre au niveau du patient. Cependant, on constate d'importantes variations en matière d'utilisation des ressources à l'intérieur même des séjours. Ces variations, qui risquent de ne pas être capturées dans le système existant de paiement des frais quotidiens, pourraient être liées à l'intensité variable des soins durant un séjour. Les patients reçoivent plus de visites, occasionnant ainsi des coûts de main-d'œuvre plus élevés, au début et à la fin de leur séjour. Par conséquent, si tout le reste s'équivaut, les coûts moyens engendrés par les séjours d'hospitalisation plus longs seraient moins élevés.	L'article porte exclusivement sur l'adéquation du système de remboursement quotidien des frais.
Normand, C. (1996). *Economics and evaluation of palliative care. Palliat Med.* 1996; 10(1):3-4	Lettre au rédacteur en chef		Lettre au rédacteur en chef.	
O'Mahony, S., McHenry, J., Snow, D., Cassin, C., Schumacher, D., Swelwyn, P.A. *A review of barriers to utilization of the medicare hospice benefits in urban populations and strategies for enhanced access. J Urban Health.* 2008; 85(2):281-9.0	É.-U.	Analyse	Dans de nombreuses collectivités urbaines à faible revenu aux États-Unis, moins de 5 % des patients décédés ont reçu les services d'un centre de soins palliatifs durant leurs six derniers mois de vie. Les personnes appartenant à une minorité sont plus susceptibles de décéder à l'hôpital et d'avoir plus de dépenses de santé personnelles que les blancs. Les prestataires du régime Medicare vivant dans une zone postale caractérisée par un revenu inférieur à la moyenne et un taux de pauvreté plus élevé se retrouvent avec des dépenses plus élevées en fin de vie, sont plus susceptibles de décéder à l'hôpital et affichent un taux inférieur d'utilisation des services de soins palliatifs. On relève que les patients issus d'une minorité peuvent être davantage portés vers l'acharnement thérapeutique. La méfiance envers le système de santé et le manque de diversité ethnique parmi les fournisseurs de soins palliatifs peuvent faire obstacle à ce type de soins. Le temps nécessaire pour faire une demande au titre du régime Medicaid peut constituer un obstacle d'ordre pratique. Certains centres de soins palliatifs peuvent refuser les patients n'ayant pas d'adresse permanente.	On y retrouve aussi une description d'initiatives individuelles visant à accroître l'accès aux services des centres de soins palliatifs.

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
O'Mahony, S., Blank, A.E., Zallman, L., Selqyn, P.A. *The benefits of a hospital-based inpatient palliative care consultation service: preliminary outcome data. Journal of Palliative Medicine.* 2005; 8(5):1033-9	É.-U.	Analyse des dossiers médicaux de 592 patients consécutifs d'un service de consultat-ion en soins palliatifs situé dans un établissement hospitalier, vus entre novembre 2000 et mars 2002.	Les principales mesures liées à l'étude visaient l'adoption des recommandations de l'équipe de soins palliatifs (90 %), la réduction de la douleur et des autres symptômes (87 % d'un sous-groupe de 368 patients), ainsi que la satisfaction des proches aidants, selon un sondage téléphonique (n=55). Pour les 592 patients, avant la consultation en soins palliatifs, le nombre moyen d'analyses auxiliaires s'élevait à 4, par rapport à 0 après la consultation (p<0,0001); les frais de ventilateur moyens (pour les patients ayant fait l'objet de >1 perception) s'élevaient à 6, par rapport à 2 après la consultation (p<0,0001). Les frais de ventilateur moyens pour les patients ayant fait l'objet de >1 perception s'élevaient à 5 561 $ avant la consultation et à 2 080 $ après la consultation. Une étude distincte effectuant un parallèle avec un groupe de 160 patients décédés sur lesquels étaient utilisés des ventilateurs révèle une réduction moyenne supérieure chez les patients visés par rapport au groupe témoin, soit 605,05 (p=0,054) en matière de radiologie diagnostique et de frais de laboratoire, ainsi que 2 005,56 $ en services de laboratoire (p=0,008).	Chez les patients ayant un régime de soins gérés, il semblait y avoir des réductions minimes en ce qui a trait aux taux de visites à l'urgence (de 20,8 % avant la consultation à 9,1 % après la consultation, p=0,43) et aux hospitalisations (42,9 % avant la consultation et 35,1 % après la consultation, p=0,06).
Ostgathe, C., Walshe, R., Wolf, J., Hallek, M., Voltz, R. *A cost calculation model for specialist palliative care for patients with non-small cell lung cancer in a tertiary centre. Support Care Cancer.* 2008; 16(5):501-6	Allemagne	Suivi prospectif des données de coûts réels d'un hôpital universitaire tertiaire pour les patients atteints d'un cancer broncho-pulmonaire « non à petites cellules » selon quatre formes de services de soins palliatifs : 1) soutien en milieu hospitalier; 2) soins à domicile; 3) soins de jour; 4) hospital-isation.	L'étude visait à déterminer les honoraires raisonnables pour les patients atteints d'un cancer bronchopulmonaire « non à petites cellules » aux différents stades de la maladie. Le calcul des honoraires repose sur des estimations expertes de l'utilisation des ressources, sur des publications existantes et sur un ensemble limité de données empiriques. Le coût des équipes de soutien en milieu hospitalier est estimé à 483 €. Ces services sont utilisés pour 10 % des patients au stade 1 et 90 % des patients au stade 4. Les soins à domicile supposent 60 visites et coûtent 4 573 €. Les soins de jour supposent 5 visites. Les soins à domicile et les soins de jour sont utilisés pour 5 % des patients au stade 1 et 30 % des patients au stade 4. Les coûts varient entre 393 € dans le cas des patients au stade 1 à 2 503 € pour les patients au stade 4. Les soins prodigués durant une hospitalisation ont été exclus de l'étude, puisqu'ils sont remboursés séparément.	Coût limité à une forme de cancer; étude réalisée dans un établissement de soins tertiaires.

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
Pace, A., Di Lorenzo, C., Capon, A., Villani, V., Benincasa, D., Guariglia, L., Salvati, M., Brogna, C., Mantini, V., Mastromattei, A., Pompili, *A. Quality of care and rehospitalization rate in the last stage of disease in brain tumor patients assisted at home: a cost effectiveness study. J Palliat Med.* 2012; 15(2):225-7	Italie; type de patients particulier : patients atteints d'une tumeur au cerveau, traités dans un hôpital.	Analyse de données administratives sur le taux de réhospitalisation dans les deux derniers mois de vie, dans le cadre d'un projet pilote de soins palliatifs pour les patients atteints d'une tumeur au cerveau. Des 572 patients faisant partie du programme, 394 sont décédés. De ce nombre, 276 (soit 70 %) sont décédés à la maison	Comparaison entre le groupe ayant reçu de l'aide à la maison (n=72) et le groupe n'ayant pas reçu d'aide à domicile (n=71). Le nombre de réadmissions à l'hôpital durant les deux derniers mois de vie était inférieur chez les patients ayant reçu de l'aide à la maison (soit 16,7 % contre 38 %, p<0,001). Les coûts d'hospitalisation sont moindres dans le cas des patients ayant reçu de l'aide à domicile (517 €; IC 95 %, 512 à 522) par rapport à ceux des patients n'ayant pas reçu d'aide (24 076 €, IC 95 %, 24 040 à 24 112).	Données provenant d'un projet pilote. L'analyse ne semble pas tenir compte du coût du programme. (Elle porte exclusivement sur les hospitalisations et les coûts connexes).
Palliative Care Australia. *Submission to the Treasurer on Priorities for the 2012 Federal Budget on behalf of Palliative Care Australia.* 2012; Deakin West (ACT). Palliative Care Australia DOCUMENTATION PARALLÈLE	Australie	Rapport présenté au gouvernement.	43 % des personnes admises dans un établissement de soins pour aînés comme résidents avec la désignation « besoin élevé de soins » décèdent six mois après leur admission et 51 % décèdent dans l'année suivant leur admission. Possibilité de réduire les coûts par l'intégration de soins palliatifs. Il existe un certain nombre d'obstacles en matière de ressources et de structure, dont le manque de temps, de formation, de rémunération, de connaissances, de ressources et d'expérience qui entravent la prestation de soins palliatifs par les intervenants de soins primaires, mais la participation de ceux-ci est essentielle pour permettre aux personnes en phase terminale de mourir à la maison. On incite les intervenants de soins résidentiels et communautaires à offrir des soins palliatifs et des soins de fin de vie, puisque ces soins sont « susceptibles d'être moins onéreux que des services équivalents en milieu hospitalier » (traduction libre), mais plus satisfaisants dans un milieu s'apparentant à la maison.	Incite le gouvernement de l'Australie à affecter 1,5 M$ sur trois ans afin de permettre la réalisation d'un projet pilote en soins palliatifs lié à un programme d'évaluation des normes nationales au sein des établissements résidentiels de soins pour les aînés. L'Australie dispose de la 2010 National Palliative Care Strategy: Supporting Australians to Live Well at the End of Life, des Australian National Palliative Care Standards, et du PCA Health System Reform and Care at the End-of-life Guidance Document. Les bénévoles font partie intégrante de la stratégie et on propose que le gouvernement affecte 713 000 $ sur trois ans afin de soutenir l'élaboration d'une stratégie nationale de bénévolat en soins palliatifs. Des propositions liées à l'attribution de financement de formation dans les hôpitaux de soins de courte durée (300 M$ sur trois ans) et à l'intention des médecins praticiens (6 M$ sur 3 ans), de même qu'à un financement de 30 M$ aux fins de l'élaboration d'un cadre national de lignes directrices en soins avancés ont été présentées. Autres propositions : 4 M$ pour la mise en œuvre d'un service national d'information et de soutien sans frais, de même que 120 000 $ pour évaluer l'efficacité des mesures d'aide et des équipements utilisés en soins de fin de vie et en soins palliatifs.

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
Patnaik, A., Doyle, C., Oza, A.M. *Palliative therapy in advanced ovarian cancer: balancing patient expectations, quality of life and cost. Anticancer Drugs.* 1998; 9(10):869-78	Canada	Résultats d'une étude prospective et rétrospective évaluant les coûts de chimiothérapie.	Une étude prospective sur les traitements de chimiothérapie de deuxième et de troisième lignes a révélé un coût total moyen par patient de 12 500 CAD pour une ligne de chimiothérapie. La moitié des patients semblaient en tirer des bienfaits palliatifs et le quart des patients ont présenté une réponse objective en ce qui a trait à leur maladie. Une étude rétrospective évaluant tous les coûts, du début des traitements à la chimiothérapie jusqu'au décès, a révélé des coûts de 53 000 CAD par patient. Les patientes atteintes du cancer des ovaires avaient de grandes attentes envers les traitements palliatifs et se montraient disposées à composer avec un degré de toxicité important contre des bienfaits modestes. Les traitements palliatifs entraînent des coûts élevés, mais on soutient qu'une prolongation de la survie, si modeste soit-elle, est économiquement avantageuse. Les importantes économies de coûts liées à la chimiothérapie palliative sont notamment attribuables à la réduction des besoins d'hospitalisation vers la fin de la vie.	
Payne, S.K., Coyne, P., Smith, T.J. *The health economics of palliative care. Oncology* (Willston Park). 2002; 16(6):801-8	É.-U.	Analyse	En comparaison avec les soins habituels, les soins palliatifs permettent d'économiser jusqu'à concurrence de 3 % des coûts de soins totaux. Des directives préalables dès le début de la maladie peuvent contribuer à l'économie de coûts de soins de fin de vie, mais en milieu hospitalier, elles n'engendrent pas d'économies et n'ont aucune incidence sur les choix de soins. La coordination des soins palliatifs par le personnel infirmier permet le maintien des résultats cliniques et des économies de 40 %. Une analyse éthique structurée portant sur les personnes susceptibles de décéder aux soins intensifs peut permettre une meilleure adéquation entre les soins et les résultats et entraîner des économies de coûts. Peu d'ECR sur les interventions de contrôle de la douleur et des symptômes en soins de fin de vie. Il n'y a aucun exemple illustrant les économies réalisables par la chimiothérapie par rapport aux meilleurs soins de soutien. Selon la modélisation, des soins coordonnés, spécialisés et prodigués en volume élevé, de même qu'une utilisation précoce des directives préalables, peuvent prévenir l'hospitalisation en fin de vie et permettre des économies de 40 % à 70 %.	
Paz-Ruiz, S., Gomez-Batiste, X., Espinosa, J., Porta-Sales, J., Esperalba, J. *The costs and savings of a regional public palliative care program: the Catalan experience at 18 years. J Pain Symptom Manage*. 2009; 38(1):87-96	Espagne	Données recueillies sur 18 ans dans le cadre d'un programme régional public de soins palliatifs.	En Catalogne, les soins palliatifs auront peut-être permis des économies de 3 M€ dans le système de santé en 1995. En 2005, ces économies atteignaient 8 M€ (triple augmentation). Durant le dernier mois de vie, seuls 16 % des patients recevant des soins palliatifs à domicile ont été admis à	Il a été démontré que les soins palliatifs offerts par les milieux hospitaliers contribuent à l'amélioration du contrôle des symptômes, facilitent le processus décisionnel

suite à la prochaine page

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
			l'hôpital, contre 63 % des patients ne recevant pas de soins palliatifs. Une fois hospitalisés, les patients recevant des soins habituels demeuraient plus longtemps que les patients recevant des soins palliatifs (12,2 jours contre 8,3 jours). Les patients ne recevant pas de soins palliatifs se sont rendus à l'urgence trois fois plus souvent que les patients recevant des soins palliatifs à domicile. Les programmes de soins palliatifs en Espagne reposent grandement sur les soins à domicile et les patients à domicile sont, pour la plupart, assez stables. Par contre, les unités de soins palliatifs et les lits d'hôpitaux accueillent habituellement des patients dont l'état est plus complexe et moins stable. En Catalogne, les dépenses se répartissent comme suit : 52 % pour les unités de soins palliatifs, 30 % pour les équipes de soins palliatifs à domicile, 17 % pour les équipes de soutien en milieu hospitalier et moins de 1 % pour les opioïdes. Pour le système de soins de santé, les économies atteignent 2 250 € par patient atteint du cancer et les économies nettes pour les patients atteints du cancer sont estimées à 8 M$ par années en 2005.	partagé en matière de traitements et contribuent à la réduction des coûts hospitaliers chez les patients atteints de cancer ou non, de même que chez les patients en gériatrie. Les programmes publics de soins palliatifs contribuent à réduire les coûts de santé, puisqu'ils entraînent la diminution du nombre d'admissions dans les hôpitaux, de la durée des séjours d'hospitalisation, de même que de la fréquence des visites à l'urgence.
Penrod, J.D., Deb, P., Dellenbaugh, C., Burgess, J.F. Jr, Zhu, C.W., Christiansen, C.L., Luhrs, C.A., Cortez, T., Livote, E., Allen, V., Morrison, R.S. *Hospital-based palliative care consultation: effects on hospital cost. J Palliat Med.* 2010; 13(8):973-9	É.-U.	Étude observationnelle portant sur 3 321 vétérans des États-Unis, hospitalisés à un stade de maladie avancé, entre le 1er octobre 2004 et le 30 septembre 2006, dans cinq hôpitaux VA (hôpitaux pour vétérans). En tout, 606 de ces vétérans (soit 18 %) ont reçu des soins palliatifs et 2 715 (82 %) ont reçu des soins hospitaliers habituels. L'étude, qui effectue le suivi des coûts hospitaliers et de l'utilisation des soins intensifs, s'appuie sur une étude antérieure (2006), qui utilisait un échantillonnage plus vaste.	En moyenne, on constate une différence à la baisse de 464 $ en ce qui a trait aux coûts directs d'hospitalisation par jour dans le cas des patients recevant des soins palliatifs par rapport à ceux qui reçoivent des soins habituels (p<0,001). Les patients des soins palliatifs présentaient 43,7 % moins de risques de se retrouver aux soins intensifs durant leur hospitalisation (IC 95 %, 48,6 % à 38,8 %). En données brutes, on a enregistré, en moyenne, 2,2 hospitalisations chez les patients aux soins palliatifs durant la période visée par l'étude, par rapport à 2,0 chez les patients recevant des soins habituels (p=0,004). La durée des séjours d'hospitalisation et des séjours aux soins intensifs était considérablement plus longue dans le cas des patients aux soins palliatifs, mais un nombre considérablement moins élevé de ces patients ont séjourné aux soins intensifs. Après l'ajustement selon la maladie, la démographie et le traitement, les coûts liés à l'hospitalisation des patients à un stade avancé recevant des soins palliatifs étaient considérablement moins élevés que ceux qui recevaient des soins habituels : on parle, en moyenne, d'une différence quotidienne à la baisse de 464 $ (IC 95 %, 515 à 413) en ce qui a trait aux coûts directs d'hospitalisation, de 51 $ (IC 95 %, 60 à 43) pour les frais pharmaceutiques, de 182 $ (IC 95 %, 201 à 164) pour les soins infirmiers, de 49 $ (IC 95 %, 57 à 43) pour les frais de laboratoire et de 11 $ (IC 95 %, 19 à 3) pour les coûts de radiologie. Les covariables se répercutent sur les résultats, sauf dans le cas des frais de radiologie.	Les vétérans âgés engendrent en moyenne des dépenses Medicare et VA de 43 795 $ durant leur dernière année de vie.

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
Penrod, J.D., Deb, P., Luhrs, C., Dellenbaugh, C., Zhu, C.W., Hochman, T., Maciejewski, M.L., Granieri, E., Morrison, R.S. *Cost and utilization outcomes of patients receiving hospital-based palliative care consultation. J Pall Med.* 2006; 9(4): 855-860.	É.-U.	Étude observationnelle rétrospective des coûts au sein de deux cliniques VA (pour vétérans) en milieu urbain, reposant sur la perspective du payeur (VA). L'étude porte sur les coûts liés à 314 vétérans admis durant deux ans.	Les patients en soins palliatifs présentaient 42 % moins de risques (IC 95 %, 556 % à 31 %) de se retrouver aux soins intensifs. On constate chez ce groupe une différence à la baisse de 239 $ (IC 95 %, 388 à 122), soit 901 $ (379 $) contre 1 288 $ (645 $), p<0,001. Pour ce qui est des frais complémentaires, on constate une différence à la baisse de 98 $ (IC 95 %, 133 à 57) par rapport aux coûts occasionnés dans le cas des patients recevant des soins habituels : 121 $ (108 $) contre 223 $ (160 $), p<0,001. Aucune différence pour les frais pharmaceutiques : 83 $ (144 $) contre 85 $ (77 $), 0,87. L'appariement des coefficients de propension a révélé des résultats semblables. Les constatations indiquent également de meilleurs résultats pour le patient et la famille dans le cas des soins palliatifs.	Les soins palliatifs chez les patients en hospitalisation terminale réduisent considérablement les séjours aux soins intensifs et les coûts d'hospitalisation. Les coûts obtenus correspondent à ceux qu'ont révélés plusieurs études au cours des cinq dernières années. L'étude suggère que les programmes de soins palliatifs permettent une réduction des coûts par l'amélioration de la communication entre les patients, les familles et les médecins de premier recours en ce qui a trait aux objectifs des soins. De telles discussions entraînent une utilisation moindre des analyses, des technologies inappropriées et des soins intensifs.
Pronovost, P., Angus, D.C. *Economics of end-of-life care in the intensive care unit. Critical Care Med.* 2001; 29(2, suppl. S): N46-N51.	É.-U.	Analyse de publications.	Description de différents types d'analyses économiques et des répercussions de la réforme des soins de santé sur les coûts liés au décès. Il est difficile de calculer le rapport coût-efficacité pour les soins palliatifs alors que l'on dispose de bonnes mesures d'évaluation de la qualité du décès. L'utilisation d'autres stratégies, comme des analyses coûts-avantages ou la justice distributive peut se révéler nécessaire si les analyses économiques doivent servir dans le cadre du processus décisionnel.	On y discute des enjeux liés à la réalisation d'analyses coût-efficacité et on suggère la possibilité de procéder plutôt à des analyses coûts-avantages.
Rabow, M.W., Dibble, S.L., Pantilat, S.Z., McPHee, S.J. *The comprehensive care team, a controlled trial of outpatient palliative medicine consultation. Arch Intern Med.* 2004; 164:83-91.	É.-U.	Essai contrôlé portant sur 50 patients traités et un groupe témoin de 40 patients dans une clinique externe de médecine générale sur une période d'un an. Dans le cas du groupe traité, les médecins de premiers recours ont reçu de nombreuses consultations avec l'équipe de soins palliatifs et les patients ont	Évaluation des résultats de l'utilisation de soins cliniques et de soins de santé après 6 mois et après 12 mois. Suivi de l'utilisation des soins de santé et calcul des coûts. Durant la période visée par l'étude, les patients traités se sont rendus à la clinique d'urgence à moins de reprises, mais on n'a constaté aucune différence statistiquement importante entre les groupes en ce qui a trait aux visites en clinique spécialisée, aux visites à l'urgence, au nombre d'hospitalisations ni au nombre de jours d'hospitalisation. Les coûts moyens par patient traité se sont élevés à 47 211 $ (écart-type =73 009 $), contre 43 448 $ (écart-type=69 647 $) pour les patients non traités. La différence était sans importance statistique (p=0,80). Aucune différence importante entre les groupes n'a non plus été relevée en ce qui a trait aux frais liés à l'hospitalisation, aux soins d'urgence et au service d'urgence.	Les consultations offertes par une équipe de médecine palliative ont amélioré les résultats chez les patients, notamment en matière de dyspnée, d'anxiété ou de mieux-être spirituel, mais n'ont pas su apaiser la douleur et la dépression. Elles n'ont pas non plus contribué à réduire de façon générale les coûts de soins de santé.

suite à la prochaine page

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
		bénéficié d'une planification préalable des soins, de soutien psychosocial et de formation pour leurs aidants naturels.		
Raftery, J.P., Addington-Hall, J.M., MacDonald, L.D., Anderson, H.R., Bland, J.M., Chamberlain, J., Freeling, P. *A randomized controlled trial of the cost-effectiveness of a district co-ordinating service for terminally ill cancer patients. Palliat Med.* 1996; 19(2):151-161	R.-U.	Essai clinique randomisé auprès de patients en médecine générale au sein de la régie de la santé de South London; un groupe a reçu l'aide de deux coordonna-teurs en soins infirmiers (n=86) et l'autre, le groupe témoin, a reçu des soins habituels (n=81).	Le groupe suivi par les coordonnateurs en soins infirmiers affiche considérablement moins de journées d'hospitalisation (soit en moyenne 24 contre 40, p=0,002) et moins de visites d'infirmières à domicile (soit en moyenne 14,5 contre 37,7 visites, p=0,01). Le coût moyen par patient du groupe suivi par les coordonnateurs équivaut pratiquement à la moitié de celui des patients du groupe témoin (soit 4 774 £ contre 8 034 £, p=0,006). Les données liées aux coûts par patient sont assez brutes, mais résistent à une grande diversité de coûts unitaires et persistent lorsque l'analyse est limitée aux patients décédés avant la fin de l'étude. Le rapport entre les économies possibles et les coûts des services de coordination se situait entre 4:1 et 8:1.	
Review of hospital-based palliative care consultancy teams, June 2007. Victorian Government Department of Human Services, Melbourne; 2007. DOCUMENTATION PARALLÈLE	Australie	Rapport gouverne-mental, incluant une analyse de publications.	On y dénote une lacune en ce qui a trait aux évaluations coût-efficacité des équipes de consultation en soins palliatifs en milieu hospitalier. Des éléments prouvent que les approches multidisciplinaires en matière de soins palliatifs réduisent les coûts globaux en abrégeant les séjours aux soins intensifs. Les consultations en milieu hospitalier comportent aussi des avantages financiers et psychosociaux difficiles à mesurer.	
Roberts, D., Hurst, K. *Evaluating palliative care ward staffing using bed occupancy, patient dependency, staff activity, service quality and cost data. Palliative Medicine.* Le 11 juin 2012, publication en ligne avant impression.	R.-U.	Cueillette prospective de données dans 23 ailes de soins palliatifs et maisons de soins de longue durée en Angleterre, soit 7 ailes de soins palliatifs et 16 hospices.	Environ 3 500 patients du NHS dans des ailes de soins palliatifs et 4 800 d'hospices ont fait l'objet d'une évaluation. Le taux d'occupation moyen des maisons de soins palliatifs était moins élevé que celui des ailes, mais la charge de travail dans les hospices était considérablement plus élevée que dans les ailes de soins palliatifs. Les auteurs concluent que les hospices comptent plus d'employés et que leur fonctionnement est plus coûteux (comme le suggère le constat de 45 % d'employés de plus, conformément à ce qu'indiquent les ETP), mais que malgré des charges de travail plus élevées, leur personnel prodigue des soins de plus grande qualité que celui des unités de soins palliatifs.	Bien que les auteurs fassent une distinction entre « ailes de soins palliatifs » et « hospices », ces deux concepts ne sont pas définis. L'étude porte essentiellement sur les questions de personnel et on n'y aborde pas les coûts.

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
Romo, R., Gifford, L. *A cost-benefit analysis of music therapy in a home hospice. Nurs Econ.* 2007; 25(6):353-8.	É.-U.	Petite étude rétrospective réalisée dans une maison de soins palliatifs à but lucratif de San Francisco. On y a comparé huit patients auxquels on a offert de la musicothérapie et huit patients sans musicothérapie (soins habituels).	« Offrir des soins de qualité aux patients dans un contexte de restrictions budgétaires constitue un défi. Les dépenses liées au coût des médicaments ont augmenté plus vite que le taux du régime Medicare pour les soins habituels. » (traduction libre) [p. 353] L'étude discute de certaines des initiatives de contrôle des coûts dont la maison de soins palliatifs a fait l'essai, comme une quote-part pour les médicaments, en utilisant des pharmacies et des formulaires contractuels, l'absence de chimiothérapie ou de radiothérapie palliatives, les traitements aux antibiotiques ou l'augmentation de la charge de travail. Le coût total pour les patients en musicothérapie était de 10 568 $, contre 13 643 $ pour les patients ayant reçu des soins habituels, ce qui se traduit par des économies de 2 984 $.	Centré sur un type particulier de thérapie : la musicothérapie. Analyse coûts-avantages comparant les bienfaits et le coût de l'intervention; les économies sont divisées par le coût de l'intervention, afin de produire le rapport coûts-avantages. Si ce rapport est supérieur à 1,0, l'intervention est jugée rentable.
Serra-Prat, M., Gallo, P., Picaza, J.M. *Home palliative care as a cost-saving alternative: evidence from Catalonia. Palliat Med.* 2001; 15:271-8	Espagne	Étude portant sur la consommation de ressources de soins de santé durant le dernier mois de vie des personnes en phase terminale de cancer recevant des soins habituels par rapport à ceux qui reçoivent aussi du soutien supplémentaire à domicile de la part d'une équipe de soins palliatifs. Les résultats pour la santé et pour la qualité de vie ne sont pas mesurés à proprement parler. Seuls les coûts directs de soins de santé au moment de l'étude (1998) sont mesurés : hospitalisat-ions, durée des séjours, visites à l'urgence, visites en consultation externe,	On compte, chez les patients du groupe ayant reçu des soins habituels, plus d'admissions à l'hôpital et des séjours plus longs, plus de visites à l'urgence et de consultations externes et une plus grande utilisation des unités de soins palliatifs des foyers par rapport aux résultats obtenus pour les patients ayant reçu des visites de soins palliatifs à domicile. Chez les patients ayant reçu des soins habituels, les coûts étaient plus élevés dans une proportion de 71 % que ceux que l'on répertorie pour les patients ayant reçu des soins palliatifs à domicile. Par conséquent, les auteurs concluent que les équipes de soins à domicile pour les patients en phase terminale de cancer permettent au système de santé de faire des économies.	En Catalogne, une équipe de soins à domicile est constituée d'un médecin, de trois infirmières et d'un professionnel en service social. 37 % des patients ayant reçu des soins habituels n'ont pas été admis à l'hôpital durant leur dernier mois de vie. Cette proportion atteignait 84 % parmi les patients ayant reçu des soins à domicile. La durée moyenne de ces hospitalisations était de 12,15 jours pour les patients ayant reçu des soins habituels, contre 8,28 jours pour les patients ayant bénéficié de soins à domicile. Les patients qui recevaient des soins habituels étaient trois fois plus susceptibles de se rendre à l'urgence. 13 % ont utilisé l'unité des soins palliatifs d'un foyer (durée moyenne du séjour : 18 jours), par rapport à 6,8 % des patients du groupe de soins à domicile (durée moyenne du séjour : 14 jours). Les différences de coûts résultent en grande partie des différences de pourcentage des patients admis à l'hôpital. Aucune différence significative n'a été relevée entre les

suite à la prochaine page

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
		nombre de jours dans les unités de soins palliatifs de foyers. Les coûts des médicaments et des visites au médecin de premier recours ne sont pas inclus.		groupes en ce qui a trait à la répartition de l'âge, au sexe, au type et à l'emplacement des tumeurs.
Shenfine, J., McNamee, P., Steen, N. *A pragmatic randomised controlled trial of the cost-effectiveness of palliative therapies for patients with inoperable oesophageal cancer. Health Tech Assess.* 2005; 9(5):iii, 1-121	R.-U.	Essai clinique randomisé réalisé dans plusieurs établissements, soit sept hôpitaux du NHS, avec analyse économique en matière de santé. 217 patients atteints d'une forme inopérable de cancer de l'œsophage ont été placés, au hasard, dans l'un des quatre groupes de traitement suivants : prothèse métallique autoexpansible de 18 ou 24 mm; intubation rigide; électrocoagulation bipolaire et nécrose tumorale induite par l'éthanol.	Aucune différence en matière de coût ni d'efficacité n'a été observée entre le groupe traité au moyen d'une prothèse métallique autoexpansible et les autres groupes. On conclut qu'une approche d'équipe multidisciplinaire en matière de soins palliatifs peut être appropriée. Le choix doit s'effectuer entre un traitement sans prothèse et une prothèse de 18 mm. Les thérapies sans prothèse devraient être davantage offertes et accessibles afin de réduire les délais.	Peu utile, car cette étude porte essentiellement sur un type de traitement pour un cancer particulier.
Sherman, D.W., Cheon, J. *Palliative care: a paradigm of care responsive to the demands for health care reform in America. Nurs Econ.* 2012; 30(3):153-62, 166	É.-U.	Analyse narrative/éditorial sur les soins palliatifs.	On y aborde les enjeux économiques fondamentaux que la réforme de la santé tente de résoudre, tout en veillant à rehausser la qualité de vie des patients. Les infirmières praticiennes avancées et le milieu des soins infirmiers dans son ensemble sont en bonne posture pour prendre les devants dans la réforme du système de soins de santé aux États-Unis. On souligne que la différence entre les soins palliatifs et les soins offerts dans les hospices relève du stade auquel se trouve la personne : « les soins palliatifs sont offerts à partir du diagnostic d'une maladie mettant la vie en péril jusqu'au décès de la personne, et même jusqu'à la période de deuil de la famille, alors que les hospices sont destinés à la fin de vie. » (traduction libre) [p. 154].	« Les soins palliatifs constituent un paradigme des soins, qui déploie le modèle traditionnel de la maladie jusqu'à l'anticipation, à la prévention et à l'allègement des souffrances liées à une maladie grave, progressive, chronique et mettant la vie en péril à n'importe quel point de la trajectoire de la maladie. » (traduction libre) [p. 153-4].

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
Shnoor, Y., Szlaifer, M., Aoberman, A.S., Bentur, N. *The cost of home hospice care for terminal patients in Israel. Am J Hosp Palliat Care.* 2007; 24:284-290	Israël	Coût des soins pour les patients atteints d'un cancer métastatique en phase terminale (n=146) recevant des soins palliatifs à domicile (n=73) et recevant des soins habituels en milieu familial (n=73). Comparaison des coûts durant les deux derniers mois de vie, dérivée rétrospectivem ent après le décès. Données sur les services de soins de santé obtenues auprès du régime d'assurance-maladie.	Le coût global des soins par patient s'élevait en moyenne à 4 761 $ (y compris les coûts d'exploitation) pour les soins palliatifs à domicile et à 12 434 $ pour les services de soins de santé habituels. En moyenne, les coûts étaient moins élevés dans le cas des patients plus âgés. Dans l'analyse de régression multiple, les unités de traitement par patient, le cadre de soins et l'âge du patient contribuent considérablement à la variation des coûts. Selon les constatations, les soins palliatifs à domicile pour les patients en phase terminale sont plus économiques. Cependant, les coûts liés aux aidants naturels, de même que la satisfaction des patients et des aidants par rapport aux soins prodigués ne faisaient pas partie de l'étude. Les constatations sont considérées comme étant semblables à celles d'autres études. « Les journées d'hospitalisation aux soins intensifs représentent plus de la moitié des dépenses totales durant la dernière année de vie et l'hospitalisation est le facteur qui contribue le plus à l'accroissement des coûts des soins prodigués aux patients en phase terminale. » (traduction libre) [p. 288]	On constate une différence entre le groupe traité et le groupe témoin en ce qui a trait au coût de certains services médicaux, en raison de la durée de leur utilisation plutôt qu'au coût de l'article lui-même (p. ex., différence pour les soins hospitaliers en raison des admissions plus fréquentes chez le groupe témoin, ce qui se traduit par des coûts de 2 953 $ dans le cas du groupe visé par l'étude et de 10 367 $ dans le cas du groupe témoin). Les coûts des analyses en laboratoire s'élèvent à 165 $ pour les patients visés par l'étude et à 321 $ pour ceux du groupe témoin : seulement 8 % des analyses ont été réalisées sur des patients du groupe visé par l'étude, mais le coût moyen des analyses effectuées était de 25 $ pour les patients du groupe visé par l'étude et de 15 $ pour les patients du groupe témoin. Les frais d'équipements pour le groupe visé par l'étude étaient moins élevés, car les patients de ce groupe avaient des équipements moins coûteux (42 $ contre 70 $), malgré un taux d'utilisation des équipements plus élevé. Contrairement aux recherches effectuées antérieurement aux États-Unis, aucune différence n'a été observée entre les deux groupes en ce qui a trait au nombre de visites à l'urgence, ce qui peut s'expliquer par des façons de procéder différentes en matière de recommandations. De plus, en Israël, il y a une politique selon laquelle les lits de soins de courte durée doivent être rapidement occupés, à des fins de remboursement par le système.

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
Shugarman, L.R., Decker, S.L., Bercovitz, A. *Demographics and social characteristics and spending at the end of life. J Pain Sympt Manage.* 2009; 38(1):15-26	É.-U.	Analyse des dépenses du régime Medicare.	L'âge du décès est lié à de grandes différences en ce qui a trait aux dépenses en fin de vie, les dépenses tendant à diminuer dans le cas des patients plus âgés. Cette constatation correspond à ce que l'on observe dans d'autres pays.	Selon les analyses, les soins médicaux durant la dernière année de vie consomment 10 % du budget de soins de santé aux États-Unis et environ 27-30 % des coûts liés aux personnes de 65 ans et plus. La part des dépenses de soins de santé des États-Unis investie pour les patients dans la dernière année de vie est demeurée stable au fil du temps, malgré les changements technologiques dans le domaine des soins de santé et dans les tendances pathologiques. Les dépenses moyennes au cours de la dernière année de vie s'élèvent aux environs de 28 000 $ dans toutes les causes de mortalité, bien qu'elles soient légèrement inférieures dans le cas des maladies cardiovasculaires (24 000-25 000 $) et plus élevées dans le cas du cancer (33 000 $) et des MPOC (35 200 $).
Simoens, S., Kutten, B., Keirse, E., Berghe, P.V., Beguin, C., Desmedt, M., Deveugele, M., Léonard, C., Paulus, D., Menten, J. *Costs of terminal patients who receive palliative care or usual care in different hospital wards. J Palliat Med.* 2010; 13(11):1365-9	Belgique	Étude multicentre rétrospective portant sur une cohorte (6 hôpitaux belges) visant à comparer les coûts des soins dans une unité de soins palliatifs d'hôpital aux soins habituels dans une unité de soins de courte durée. Les coûts pour 30 jours précédant le décès incluaient les frais fixes de l'hôpital et les coûts liés aux honoraires médicaux, les frais pharmaceutiques et les autres frais. Données tirées des dossiers	Les soins palliatifs prodigués dans une unité de soins palliatifs sont plus coûteux que les soins palliatifs offerts dans une aile de soins de courte durée, puisque le personnel y est plus nombreux. Coûts moyens : 423 € pour les patients en unité de soins palliatifs contre 340 € pour les patients recevant des soins habituels (p=0,002). Les coûts des soins palliatifs sont plus importants en raison de frais fixes supérieurs (en moyenne, 318 € contre 155 €, p<0,001) liés aux niveaux de dotation plus élevés. Aucune différence en ce qui a trait aux frais pour les patients (en moyenne, 14 € chacun). Cependant, les frais d'assurance-maladie sont moindres pour les patients aux soins palliatifs (en moyenne, 91 € contre 171 €). Le coût moyen par jour par patient pour des soins palliatifs dans une aile de cardiologie, de gériatrie ou d'oncologie est de 283 € contre 522 € pour les patients dans une unité de soins palliatifs (p<0,001), ce qui s'explique en grande partie par des frais fixes plus élevés (en moyenne, 435 € contre 153 €, p<0,001). Cependant, pour les patients dans les ailes de soins de courte durée, le coût moyen par jour était pour les soins palliatifs dans les services de cardiologie, de gériatrie ou d'oncologie (en moyenne, 283 €) par rapport à celui des patients recevant des soins habituels (en moyenne, 340 €, p=0,025); aucune différence	« Les soins hospitaliers pour les patients en phase terminale visent l'amélioration ou le maintien de la qualité de vie des patients atteints d'une maladie qui limite la vie, en insistant sur l'apaisement de la douleur et des symptômes, en tenant compte de leurs besoins psychologiques, sociaux et spirituels, en suscitant la participation de leur famille et de leurs amis et en adoptant une approche globale et non curative. Cependant, les systèmes de santé ont une capacité limitée pour ce qui est de répondre aux besoins des patients en phase terminale et de maintenir l'équilibre entre les coûts et la qualité des soins en fin de vie. » (traduction libre) [p. 1365] Selon une étude française, les salaires représentent 62 % des coûts des soins palliatifs (Tibi-Levy et coll. 2006). Selon l'étude, les modèles de soins palliatifs

suite à la prochaine page

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
		comptables des hôpitaux et des factures de janvier 2008 à mai 2009. Total de 146 patients : 94 recevant des soins habituels et 52 en unité de soins palliatifs; PCU; calcul correspondant à la taille de l'échantillon.	dans les frais fixes pour les ailes offrant des services autres que des soins palliatifs (155 € contre 153 €, p=0,941). L'étude conclut que les unités de soins palliatifs sont plus coûteuses que les soins palliatifs dans une aile de soins de courte durée en raison du niveau de dotation plus élevé, mais que les soins palliatifs prodigués dans une aile de soins de courte durée sont moins coûteux que les soins habituels dans ce même type d'aile. Les modèles de soins utilisés en soins palliatifs sont plus susceptibles de répondre aux besoins des patients en phase terminale.	dans les ailes de soins de courte durée peuvent se révéler moins coûteux que les soins habituels et peuvent mieux correspondre aux besoins des patients en phase terminale.
Simoens, S., Kutten, B., Keirse, E., Berghe, P.V., Beguin, C., Desmedt, M., Deveugele, M., Léonard, C., Paulus, D., Menten, J. *The costs of treating terminal patients. J Pain Symptom Manage.* 2010; 40(3): 436-48	N.D.	Analyse de publications internationales de 2 000 à 2009 sur les coûts des soins palliatifs par rapport aux solutions de rechange (n=15). Les études portaient notamment sur les soins palliatifs en milieu hospitalier, sur différents types d'ailes d'hôpitaux ou sur les soins à domicile. Aucune ne s'est attardée aux coûts des soins palliatifs dans les foyers de soins.	Les coûts d'hospitalisation représentent la majeure partie des coûts de soins palliatifs (p. ex., dans une étude, ils représentent de 35 % à 77 % des coûts). Dans les hôpitaux, les soins palliatifs sont généralement moins coûteux que les soins habituels ou que les soins offerts dans les ailes autres que celles des soins palliatifs. Les coûts des soins palliatifs varient selon le diagnostic, le stade de la maladie et l'âge. Différents modèles de soins semblent cibler différents groupes de patients et offrir différents assortiments de services. Certains éléments démontrent que les soins palliatifs à domicile (par rapport aux autres modèles de soins) sont moins coûteux, mais ces éléments doivent être validés par des recherches plus poussées. Les hôpitaux doivent admettre les patients dans les unités de soins palliatifs au moment opportun.	Bon résumé de chacune des 15 études. On souligne que les éléments de preuve ayant très aux coûts sont peu nombreux et variés. Peu d'études ont calculé les coûts des soins palliatifs dans l'ensemble des cadres de soins de santé. La majeure partie des études démontrent que l'hospitalisation constitue la principale composante des coûts. Les soins palliatifs en milieu hospitalier sont moins coûteux que les soins habituels ou que les soins prodigués dans les ailes autres que de soins palliatifs. Les coûts dans les études varies selon la façon dont on définit le concept « terminal » : degré de préparation du patient, gravité de la maladie ou pronostic. Selon certaines études, un patient entre en phase terminale lorsque cessent les traitements curatifs ou les traitements destinés à prolonger la vie.
Smith, T.J., Cassel, J.B. *Cost and non-clinical outcomes of palliative care. J Pain Symptom Manage.* 2009; 38(1):32-44	É.-U.	Analyse	De récents essais cliniques randomisés effectués auprès de patients externes démontrent que les soins palliatifs peuvent maintenir ou améliorer la qualité des soins tout en favorisant d'importantes économies de coûts. L'analyse présente des données démontrant que les soins palliatifs peuvent réduire les coûts directs de soins intensifs de 6 974 $ (soins habituels) à 1 726 $ (p<0,001) dans le cas des patients quittant l'hôpital vivants et de 15 531 $ à 7 755 $ (p=0,045) dans le cas des patients décédés à l'hôpital. Le pourcentage de patients décédés aux soins intensifs est passé de 18 % à 4 %. Données partagées quant à l'incidence des	Les auteurs disent avoir récemment écrit dans le Wall Street Journal que les consultations en soins palliatifs pouvaient entraîner des réductions de coûts de plus de 60 % pour les patients qui décèdent à l'hôpital. Ils font ressortir que les sommes destinées au paiement des DRG sont habituellement épuisées une fois que les patients présentant un état de santé complexe sont transférés des soins intensifs aux soins

suite à la prochaine page

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
			consultations en soins palliatifs sur la durée d'hospitalisation du patient, celle-ci étant influencée par les habitudes de l'établissement en matière de soins et de consultation, de même que par les hypothèses liées au contrôle du déroulement des soins.	palliatifs. Nécessité d'insister sur l'approche d'évitement des coûts pour démontrer que les soins palliatifs peuvent permettre des économies même si l'unité elle-même n'est pas « rentable » (p. ex., différence de coût par jour/par lit entre l'unité des soins intensifs et l'unité des soins palliatifs). De plus, il y a également l'évitement des coûts de procédures et d'analyses, de même que les revenus provenant de patients payeurs qui pourront occuper les lits laissés libres par les transferts vers les soins palliatifs (coût d'opportunité lié aux lits de l'unité des soins intensifs occupés par une personne dont l'état de santé ne s'améliore pas). Suggère des paramètres que les hôpitaux peuvent utiliser pour mesurer la diminution de la durée des séjours liée aux soins palliatifs et pour établir des indices de référence. dans les ailes de soins de courte durée peuvent se révéler moins coûteux que les soins habituels et peuvent mieux correspondre aux besoins des patients en phase terminale.
Smith, T.J., Coyne, P., Cassel, B., Penberthy, L., Hopson, A., Hager, M.A. *A high-volume specialist palliative care unit and team and reduce in-hospital end-of-life care costs. J Palliat Med.* 2003; 6(5):699-705	É.-U.	Les frais quotidiens et les coûts liés aux journées précédant le transfert vers une unité de soins palliatifs de 11 lits au sein de laquelle œuvre une équipe spécialisée à haute capacité, pour les patients décédés dans les six mois ayant suivi l'ouverture de l'unité des soins palliatifs en 2000. Étude cas-témoin	Au cours de la période d'étude de six mois, l'unité a admis 237 patients. 52 % étaient atteints du cancer, d'autres avaient subi un accident vasculaire, souffraient d'immunodéficience ou d'une insuffisance organique. On a recueilli des données de l'unité des soins palliatifs et du groupe témoin pour 123 patients. L'unité des soins palliatifs permet une réduction globale de 66 % des coûts et des frais quotidiens, et de 74 % en ce qui a trait aux « autres » dépenses (médicaments, diagnostics, etc. p<0,001). En comparant les 38 patients du groupe témoin décédés hors de l'unité des soins palliatifs aux patients décédés aux soins palliatifs avec lesquels ils étaient jumelés, les frais quotidiens étaient inférieurs dans une proportion de 59 % (5 304 $ + 5 850 $ par rapport à 2 172 $ + 2 250 $, p=0,005), les coûts directs étaient inférieurs de 56 % (1 441 $ +1 438 $ par rapport à 632 $ + 690 $, p=0,004), et les coûts totaux étaient inférieurs de 57 % (2 538 $ + 2 918 $	La qualité des soins n'a pas été directement mesurée. La satisfaction des patients et de leur famille n'a pas été mesurée systématiquement, mais semblait élevée. La cotation des douleurs a été mesurée chez tous les patients de l'unité des soins palliatifs et chez les deux tiers des patients témoins. De plus, tous les patients de l'unité des soins palliatifs ont reçu la visite d'un aumônier, par rapport au tiers, seulement, des patients du groupe témoin. L'unité des soins palliatifs offrait à ses patients la possibilité de réduire les soins non requis, comme l'oxygène en l'absence de dyspnée (frais minimaux de 125 $/jour),

suite à la prochaine page

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
		réalisée en jumelant 38 patients des soins palliatifs à partir du diagnostic et de l'âge à des patients de la même époque, décédés à l'extérieur de l'unité des soins palliatifs et ayant reçu des soins prodigués par d'autres équipes médicales ou chirurgicales.	par rapport à 1 095 $ + 1 153 $, p=0,009). On conclut qu'une unité de soins palliatifs spécialisée à haute capacité permet une réduction considérable de coûts.	etc. Il ne s'agissait pas d'un essai clinique randomisé, mais l'examen des dossiers n'a révélé aucune différence en ce qui a trait à la démographie, au stade de la maladie, à la prévisibilité du décès ou au type d'intervention entre les patients de l'unité des soins palliatifs et ceux du groupe témoin.
Smith, T.J., Hillner, B.E. *Bending the cost curve in cancer care. NEJM*. 2011; 364(21):2060-2065	É.-U.	Éditorial	Discussion sur la réforme en matière de prévention et de traitement du cancer nécessaire pour contrôler les coûts de santé. Les coûts augmentent également « en raison de ce que nous n'arrivons pas à faire, soit amorcer des discussions sur la possibilité de la mort, sur les choix de fin de vie et sur les façons dont les patients migrent vers la perspective de leur mort. » (traduction libre) [p. 2062] Les discussions en matière de soins de fin de vie sont fondées sur des données probantes et visent à atténuer la dépression ou l'anxiété chez le patient, à réduire l'acharnement thérapeutique en fin de vie et à abaisser la proportion de patients qui décèdent dans une unité de soins palliatifs ou sous respirateur. Permet aux aidants survivants d'accéder à une meilleure qualité de vie et épargne à la société des millions de dollars.	De nombreux patients atteints du cancer ont des attentes d'un optimisme irréaliste par rapport à leur pronostic et à la façon dont ils réagiront à la thérapie. Il sera difficile de réajuster les attentes et il importe de faire connaître les taux de réaction anticipés, les possibilités de guérison et les soins de transition vers les soins palliatifs afin de permettre aux patients et à leur famille de prendre des décisions éclairées, tout en gardant espoir.
Smith, T.J., Hillner, B.E. *Concrete options and ideas for increasing value in oncology care: the view from one trend. Oncologist*. 2010; 15 suppl. 1:65-72	É.-U.	Analyse	Les mesures incitatives actuelles en oncologie récompensent les traitements les plus onéreux et les plus insistants, pourvu que le patient soit satisfait. Par conséquent, les coûts liés au traitement du cancer aux États-Unis sont deux fois plus élevés que ceux de tout autre pays et le taux de survie est sensiblement équivalent. Les patients sont dirigés tardivement (s'ils le sont) vers les maisons de soins palliatifs et de 14 % à 20 % des patients recevaient des traitements de chimiothérapie dans les 14 jours précédant le décès (alors que ces traitements sont susceptibles de causer du tort et des complications). Les habitudes de soins augmentent le risque de stress et d'épuisement professionnel chez les oncologues et se font au détriment de la viabilité économique des soins. Des changements systématiques s'imposent afin d'ajuster les mesures incitatives de façon à	Cite des éléments prouvant qu'au moment de la tenue de discussions sur la fin de vie, le risque d'incidence ajusté n'indique aucune différence en ce qui a trait à la santé mentale ni aux inquiétudes. Dans 0,52 cas, on souhaite des mesures héroïques; dans 0,04 cas, on désire la ventilation mécanique; augmentation de 2,77 des cas admettant être atteints d'une maladie terminale; dans 3,46 cas, la personne remplit le formulaire de décision de ne pas réanimer; diminution de 0,27 des cas susceptibles d'accepter un séjour aux soins intensifs; augmentation de 1,99 des

suite à la prochaine page

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
			prodiguer des soins pertinents aux épisodes, sans insister sur la chimiothérapie coûteuse ni sur les médicaments de soutien en l'absence de preuves valables.	cas d'utilisation des maisons de soins palliatifs, meilleures possibilités de revoir les conditions de vie, les conditions familiales et la dimension spirituelle et diminution de 1 041 $ (soit 37 %) des dépenses de soins de fin de vie au cours de la dernière semaine de vie, ce qui, aux États-Unis, pourrait permettre des économies de 76 M$.
Stephens, S. *Hospital-based palliative care: cost effective-care for patients with advanced disease. J Nurs Adm*. 2008; 38(3):143-5	É.-U.	Description de l'estimation des économies réalisables par l'établissement d'un programme de soins palliatifs dans un hôpital des États-Unis.	Économies réalisables grâce à une durée réduite des séjours d'hospitalisation (diminution moyenne de 2,9 jours), de même que par une meilleure coordination des soins et une diminution de l'utilisation de l'unité des soins intensifs. Le fait de permettre aux patients de retourner à la maison moyennant des soins palliatifs augmente le taux de satisfaction et réduit les réadmissions. On estime que l'hôpital a économisé entre 60 000 $ et 276 000 $ au cours du 1er trimestre de 2007 grâce à une meilleure coordination des soins et à l'élimination des analyses non requises et qu'il a également évité des coûts d'hospitalisation de 160 040 $ à 417 600 $ en réduisant de 2,9 jours la durée des séjours). Par conséquent, les économies potentielles pour ce trimestre atteignent 227 040 $-693 600 $. À ce taux, les économies réalisables au cours de la première année d'utilisation de ce système atteindraient 1 M$.	Il ne s'agit pas d'une évaluation économique officielle. On y traite d'une vaste étendue d'économies possibles.
Study: palliative care cuts hospitalization costs. [Aucun auteur] *Health care Benchmarks Qual Improv.* Mai 2011; 18(5):52-3	Éditorial/ résumé d'actual-ités		Résumé de publication. Non accessible sur Internet.	
Sturza, J. *A review and meta-analysis of utility values for lung cancer. Med Decision Making*. 2010; 30(6):685-93	N.D.	Analyse systématique de publications et méta-analyse d'études de langue anglaise sur le cancer du poumon; n=23 articles.	Les différentes façons d'estimer la valeur utilitaire des coûts liés au cancer du poumon compliquent la comparaison des études. Les valeurs utilitaires variaient également selon le stade d'avancement du cancer du poumon, un facteur important aux fins des analyses coût-efficacité.	Cette analyse se limite à une forme de cancer. Elle ne s'accompagne pas d'estimations de coûts et n'aborde pas la dimension des soins palliatifs.

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
Taylor, D.H. Jr. *The effect of hospice on Medicare and informal care costs: the U.S. experience. J Pain Symptom Manage.* 2009; 38(1):110-4	É.-U.	Échantillon de données issues de la dernière année de vie entière des prestataires du régime Medicare de 65 ans et plus décédés entre 1998 et 2001. Étude portant essentiellement sur les dépenses (quote-part et franchises) au cours des 30-90 derniers jours.	L'étude conclut que les soins palliatifs constituent un rare exemple d'intervention médicale/multiprofessionnelle qui améliore la qualité de vie des patients tout en réduisant les coûts pour les assureurs externes. L'utilisation des services d'un centre de soins palliatifs n'entraîne aucune réduction des dépenses assumées par les familles et leur occasionne même plus de coûts non officiels. Les avantages permettant de pallier cette augmentation des coûts non officiels sont difficiles à quantifier. Le régime Medicare est censé prodiguer des soins « nécessaires et raisonnables » et les centres de soins palliatifs répondraient facilement à une telle description. Coûts assumés par le régime Medicare durant la dernière année de vie des utilisateurs de Medicare (n=1 918) par rapport au groupe témoin (n=3 638) : coûts préalables aux soins palliatifs : 25 409 $ contre 23 210 $ (soit une différence de 2 194 $, donc un coût plus élevé pour les utilisateurs de centres de soins palliatifs, p=0,005); coûts après les soins palliatifs : 7 318 $ contre 9 627 $ (soit une différence de 2 300 $, p <0,0001); coût total : 32 727 $ contre 32 837 $ (soit une différence de -110, p=0,09). Les membres de la famille des personnes utilisant des soins habituels (n=1 829) ont dû assumer des frais non officiels de 255 $ durant les 30 derniers jours de vie, contre 540 $ pour les personnes ayant utilisé de façon continue les services d'un centre de soins palliatifs jusqu'au décès (n=468). Ces dépenses se chiffraient à 857 $ pour les personnes (n=70) ayant séjourné de façon intermittente dans un centre de soins palliatifs (p=0,01). Pour 60 jours et 90 jours, les coûts étaient également plus élevés dans le cas des soins palliatifs consécutifs et non consécutifs que pour les personnes n'ayant pas reçu de soins palliatifs.	Le quart du budget du régime Medicare est investi dans les soins durant la dernière année de vie, mais nous ignorons à quel moment débute la dernière année de vie. Aux États-Unis, bon nombre des caractéristiques des personnes qui choisissent les centres de soins palliatifs (personnes de race blanche ayant un niveau de scolarité et des revenus plus élevés) en font également les plus grands utilisateurs de soins de santé. Par conséquent, il existe un biais de sélection en ce qui a trait aux personnes qui optent pour les centres de soins palliatifs. Des recherches réalisées antérieurement par les mêmes auteurs révèlent que même après une fois le biais de sélection pris en considération, les soins palliatifs épargnent en moyenne au régime Medicare 2 300 $ par patient décédé. Dans le cas des personnes ayant reçu des soins palliatifs durant sept semaines, les économies sont de l'ordre de 7 000 $ pour les patients atteints du cancer et de 3 500 $ pour les autres. L'étude actuelle permettra de déterminer si les économies sont attribuables au transfert du fardeau vers les patients et les familles (p. ex., aidants naturels). « Même si nous faisons erreur et que les utilisateurs de centres de soins palliatifs n'entraînent aucune différence par rapport aux soins habituels, mise à part l'amélioration de la qualité, cela indique déjà clairement qu'il faut poursuivre dans la voie des soins palliatifs. » 'est déjà un indice certain de la pertinence du maintien des soins palliatifs. » (traduction libre) [p. 113]

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
Teerawattananon, Y., Mugford, M., Tangcharoensathien, V. (2007). *Economic evaluation of palliative management versus peritoneal dialysis and hemodialysis for end-stage renal disease: evidence for coverage decision in Thailand. Value in Health.* 2007; 10(1):61-72	Thaïlande	Modèle de Markov utilisé pour étudier le rapport coût-efficacité différentiel entre les soins palliatifs et la dialyse péritonéale ou l'hémodialyse pour les patients de 20 à 70 atteints d'une maladie rénale en phase terminale.	Dans une perspective sociétale, par rapport aux soins palliatifs, le rapport coût-efficacité différentiel moyen du traitement initial en dialyse péritonéale était de 672 000 bahts par année de vie ajustée en fonction de la qualité (AVAQ) et celui du traitement initial en hémodialyse s'élevait à 806 000 bahts par AVAQ (sommes représentant respectivement 52 000 USD et 63 000 USD). Le traitement des patients plus jeunes entraîne une plus importante amélioration de la survie et un gain plus intéressant d'AVAQ par rapport au traitement des patients plus âgés. Les rapports coût-efficacité et coût-utilité des deux options chez le groupe de patients plus âgé sont relativement semblables. On en conclut que le fait d'offrir un traitement initial en dialyse péritonéale est plus avantageux qu'un traitement en hémodialyse, mais que cela n'est avantageux que si la disposition maximale à payer de la société est de > 700 000 bahts (54 000 USD) par AVAQ pour les patients plus jeunes (20 ans) et de 750 000 (58 000 USD) par AVAQ pour les patients de 70 ans.	Les estimations portent spécifiquement sur les traitements pour les maladies rénales.
The Quality of Death, Ranking end-of-life care across the world. A report from the Economist Intelligence Unit Commissioned by LIEN Foundation. Londres : Economist Intelligence Unit. 2010 DOCUMENTATION PARALLÈLE	Internat-ional	Résumé et analyse de rapports et de données	Dans de nombreux pays, les gouvernements ne sont pas la principale source de financement. Il y a une gamme de modèles de financement, allant du soutien de l'Église et de l'aide philanthropique aux dépenses assumées par les patients ou les familles. Il y a également des modèles hybrides reposant sur une combinaison de sources de financement. Les défenseurs des droits fondent leur plaidoyer sur les éléments prouvant que les soins palliatifs peuvent se révéler moins coûteux que les soins traditionnels par la réduction des séjours hospitaliers et des admissions dans les urgences, de même que par la multiplication des soins communautaires et des soins à domicile. Cependant, à mesure qu'augmentent la proportion d'aînés et l'espérance de vie des personnes atteintes d'une maladie chronique, la proportion occupée par les coûts de soins de fin de vie dans l'ensemble des dépenses de soins de santé est susceptible « de connaître une forte croissance ». (traduction libre) [p. 25]	
Tibi-Levy, Y., Lee, V.M., de Pouvourville, G. *Determinants of resource utilization in four palliative care units. Palliat Med.* 2006; 20:95-106	France	Étude prospective réalisée dans quatre unités de soins palliatifs en France, réalisée à partir de données sociodémograp	Les coûts quotidiens moyens par patients se situaient à 434 € (écart-type=73) et variaient entre 301 € et 667 €. Six variables permettaient d'anticiper des coûts plus élevés : le degré d'anxiété des patients ou de leur famille; la proximité du décès; la dépendance extrême; cancer ORL; âge relativement peu élevé du patient et réalisation de certaines procédures, comme	En excluant le présenta article, les recherches publiées sur les soins palliatifs relèvent de six catégories : 1) estimation des coûts, 2) lien entre les coûts et l'efficacité de différents traitements; 3) comparaison entre les soins palliatifs et les soins

suite à la prochaine page

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
		hiques et médicales relevées sur les fiches d'observations, de même que du coût quotidien lié à la prestation des soins. La base de données portait sur 140 hospitalisat-ions.	les traitements intraveineux, au pousse-seringue, par aspiration et oxygénothérapie. Les auteurs concluent que selon cette étude, il est mal avisé d'utiliser un seul taux pour financer les soins palliatifs. Le remboursement devrait être modulé selon les caractéristiques du patient. Comparaison entre les soins palliatifs dans les unités de soins de courte durée et dans les hôpitaux de réadaptation/de soins de longue durée.	traditionnels, 4) comparaison entre les soins palliatifs à domicile et en milieu hospitalier, 5) démonstration des répercussions des réseaux de soins de santé coordonnés incluant des hôpitaux et des régies locales et 6) mesure des avantages économiques éventuels pour la collectivité. Le coût total quotidien des soins intensifs s'élevait à 482,07 € +54,52 € et celui des soins de réadaptation/de soins de longue durée était de 387,8 € +57,61 €. Les coûts individualisés (médi-caments, analyses, temps passé avec le patient et sa famille) s'élevaient à 140,04 € +36,60 € dans le cas des hôpitaux de soins de courte durée et à 81, 14 € +33,75 € pour les hôpitaux de réadaptation /de soins de longue durée.
Transitional Care Model (site Web). *New Courtland Center for Transition and Health, University of Pennsylvania School of Nursing, 2008-2009.* http://www.transitionalcare.info/index.html Consulté le 21 septembre 2012 DOCUMENTATION PARALLÈLE	É.-U.	Site Web	Selon une étude de la MEDPAC, 18 % des prestataires du régime Medicare admis à l'hôpital sont réadmis moins de 30 jours plus tard. Ce taux est encore plus élevé chez les personnes atteintes de problèmes chroniques multiples. On calcule que ces allées et venues entraînent des dépenses de 15 G$. Une étude réalisée auprès de patients âgés atteints d'insuffisance cardiaque qui ont reçu des soins infirmiers spécialisés durant leur séjour à l'hôpital et à la maison après leur congé révèle un taux de réadmission à l'hôpital plus faible et une réduction de près de 38 % des dépenses pour le régime Medicare.	
Tzala, S., Lord, J., Ziras, N., Repousis, P., Potamianou, A., Tzala, E. *Cost of home palliative care compared with conventional hospital care for patients with haematological cancers in Greece. Eur J Health Economics.* 2005; 6(2):102-106	Grèce	Analyse rétrospective de minimisation des coûts dans une perspective hospitalière, visant tous les coûts encourus de janvier à la fin juin 2002. Comparaison entre les patients recevant des soins palliatifs à la maison et ceux qui	e coût marginal des soins palliatifs à domicile par rapport aux soins traditionnels est estimé à 522 € (IC 95 %, 516 à 528). Cette estimation n'est pas touchée de façon importante dans l'analyse de sensibilité par la variation des coûts unitaires dans des limites raisonnables et se révèle statistiquement importante dans tous les scénarios évalués. Les soins palliatifs à domicile sont plus coûteux que les soins habituels en milieu hospitalier. La différence est attribuable aux facteurs suivants : 1) analyses sanguines plus nombreuses dans le cas des patients recevant des soins à domicile (ceux-ci avaient des analyses une fois par semaine ou toutes les deux semaines, alors que les patients en milieu hospitalier subissaient	Suggère qu'une meilleure coordination entre les soins palliatifs à domicile et les médecins traitants pourrait réduire la fréquence et les types d'analyse, selon l'état de santé du patient. Savoir quand les patients à domicile ont besoin ou profitent de visites d'une infirmière toutes les semaines ou toutes les deux semaines. L'étude ne vérifie pas le taux de satisfaction des patients ou de leur famille, ni les dépenses encourues par celles-ci.

suite à la prochaine page

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
		reçoivent des soins en milieu hospitalier pour le traitement du cancer hématologique nécessitant des transfusions sanguines périodiques.	une analyse lors de leur admission seulement); 2) les coûts des soins à domicile augmentent en raison des coûts indirects, qui demeurent constants, que le patient ait ou non besoin d'une transfusion; 3) il y a peu de différences entre les coûts liés aux transfusions, que le patient les reçoive dans le cadre d'une clinique d'une journée (patients recevant des soins à domicile) ou aux soins hospitaliers.	
Walker, H., Anderson, M., Farahati, F., Howell, D., Librach, S.L., Hussain, A., Susman, J., Viola, R., Sutradhar, R., Barbera, L. *Resource use and costs of end-of-life/palliative care: Ontario adult cancer patients dying during 2002 and 2003. J Palliat Care.* 2011; 27(2):79-88	Canada	Lien entre le registre des cancers et les données administratives pour mesurer le coût des soins durant la période de fin de vie et de soins palliatifs/les six derniers mois de vie ou la période allant du diagnostic au décès, si celle-ci est plus brève – pour les patients de l'Ontario atteints du cancer en 2002 et 2003.	Le total des coûts financés par le ministère de la Santé est estimé à 544 M$ par année, la moyenne par patient se situant aux environs de 25 000 $. Les soins de courte durée consomment 75 % des coûts. Seule une petite proportion de services de santé utilisés par les patients en fin de vie/recevant des soins palliatifs est constituée de soins palliatifs officiels. Le coût varie selon le type de cancer. Moyenne par patient décédé : 20 805 $, dont 72 % aux soins de courte durée, à l'exclusion des unités de soins intensifs. Dépenses moyennes de la RAMO : 1 232 $, variables selon le type de cancer. Le coût moyen des ordonnances varie entre 1 126 $ et 2 654 $.	Coût moyen financé par le ministère de la Santé pour les soins de fin de vie et les soins palliatifs : 176 $ par jour. Les coûts totaux varient selon le lieu du décès : • 36 119 $ – établissement de soins pour personnes atteintes d'une maladie chronique; • 25 267 $ – soins de courte durée; • 15 866 $ – domicile; • 13 586 $ – service d'urgence.
Ward, S., Salzano, S., Sampson, F., Cowan, J. *Guidance on Cancer Services, Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. Economic Review.* 2004; Londres : National Institute for Clinical Excellence DOCUMENTATION PARALLÈLE	R.-U.	Établissement des coûts de tous les services et de toutes les mesures de soins palliatifs.	On estime à 320 M£ les dépenses investies dans les services de soins palliatifs en Angleterre en 2001-2002. Ce montant serait aux environs de 19 M£ pour le pays de Galles. En 2002-2003 s'est ajouté un montant annuel de 50M£ pour trois ans, portant le total annuel à 398,5 M£ pour 2002-2003. On estime qu'un réseau typique de traitement du cancer servant 1,5 million de personnes coûte 11,5 M£. Sur l'ensemble des services palliatifs généraux et de soutien, une proportion de 3,7 % est investie dans la coordination des soins, 2,9 % dans la participation des utilisateurs, 6,1 % dans la communication en face à face, 16 % dans l'information, 21,4 % dans les services de soutien psychologique, 6,3 % dans le soutien social, 8,5 % dans les soins palliatifs généraux, 29,3 % dans la réadaptation et 5,7 % dans la coordination entre les familles et les soignants dans les centres et les unités pour les patients atteints du cancer.	Ce rapport vise à établir les coûts des soins palliatifs sans toutefois en évaluer les résultats ni les avantages économiques ou cliniques. Les soins généraux et de soutien, à l'exclusion des soins infirmiers communautaires en dehors des horaires habituels représentent 59,3 M£ en Angleterre et au pays de Galles. Quant aux services de soins palliatifs spécialisés, les coûts totaux s'élèvent à 48,1 M£. Cette somme est investie à 16,3 % pour le personnel médical, à 44,5 % pour le personnel infirmier et à 14,8 % pour l'équipe spécialisée de soins palliatifs prolongés (p. ex., ergothérapeute, soutien social, pharmacien, etc.).

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
White, K.R., Stover, K.G., Cassel, J.B., Smith, T.J. *Nonclinical outcomes of hospital-based palliative care. J Health care Manage.* 2006; 51(4):260-73	É.-U.	Étude longitudinale des résultats non cliniques associés à l'ouverture et au fonction-nement d'une unité d'hospital-isation en soins palliatifs dans un grand centre médical universitaire des États-Unis durant ses quatre premières années d'existence.	Le coût quotidien lié aux soins prodigués aux patients au cours des 20 dernières journées de vie est considérablement moindre à l'unité des soins palliatifs qu'aux soins intensifs et dans les autres unités. En moyenne, le total des frais excède le montant du remboursement aux soins intensifs et dans les autres unités, alors qu'à l'unité des soins palliatifs, les coûts pour la même population étaient égaux ou inférieurs à la moyenne des frais quotidiens.	Cette étude cible et mesure des façons de contrôler les coûts liés au fonction-nement d'une unité de soins palliatifs : l'admission directe des patients à l'unité des soins palliatifs et l'utilisation appropriée des ressources de l'hôpital (personnel, services complémentaires et ressources pharma-ceutiques). L'unité d'hospitalisation en soins palliatifs a permis à l'hôpital de réaliser des économies de près de 1 M$ dès sa troisième année d'existence.
Wholihan, D.J., Pace, J.C. *Community discussions: a vision for cutting the costs of end-of-life care. Nursing Economics.* 2012; 30(3): 170-8	É.-U.	Analyse narrative/ éditorial	Les auteurs soutiennent que « le mouvement des soins palliatifs et son lien avec les directives préalables peuvent, lorsqu'ils interviennent tôt sur la trajectoire des services de santé… réduire de façon importante le total des coûts de soins de santé. » (traduction libre) [p. 170] « Le mouvement des soins palliatifs permet de limiter les coûts, accroît le taux de satisfaction des familles dans son ensemble, permet une réduction de la douleur et une meilleure gestion des symptômes, de même qu'un soutien émotionnel accru. » (traduction libre) [p. 171]	Le principal argument économique ce la présente analyse repose sur une étude de Morrison et coll. (2011). Les premières études sur la mise en œuvre des directives préalables dans les unités de soins de courte durée ne démontraient pas d'avantages ni d'économies de coûts. Ce n'est qu'au moment où les directives préalables et la planification de fin de vie ont migré vers le milieu communautaire que les avantages ont été observés. Les auteurs citent une étude canadienne portant sur des résidents en soins de longue durée. Cette étude révèle qu'une initiative d'infirmières a engendré une utilisation accrue des directives préalables, permettant ainsi de réduire l'utilisation et les coûts des services de santé sans répercussions sur le taux de satisfaction ni sur le taux de mortalité. « Le fait de déplacer les discussions de fin de vie en amont et vers la collectivité nous donne une vision autre que celle des coûts prohibitifs et insoutenables actuellement liés à la mort dans notre pays. » (traduction libre) [p. 175]

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
Yang, Y.T., Mahon, M.M. *Considerations of quality-adjusted life-year in palliative care for the terminally ill. J Palliat Med.* 2011; 14(11):1197	Lettre au rédacteur en chef		Lettre au rédacteur en chef en ce qui a trait à l'utilisation de la mesure des années de vie ajustées en fonction de la qualité (AVAQ) aux fins des évaluations économiques des soins palliatifs.	Souligne que la mesure des années de vie ajustées en fonction de la qualité (AVAQ) vise les analyses coût-utilité sous l'angle de la population, alors que les soins palliatifs sont des soins adaptés et supposent l'identification des traitements pouvant apporter des bienfaits à un patient donné. Les auteurs se prononcent contre l'utilisation de la mesure AVAQ dans les études sur les soins palliatifs.
Yang, Y.T., Mahon, M.M. *Palliative care for the terminally ill in America: the consideration of QALYs, costs, and ethical issues. Med Health Care Philos.* Publié en version électronique le 10 novembre 2011. [doi 10.1007/s1 1019-01 1-0364-6]	Article d'analyse	Analyse de l'utilisation de la mesure des années de vie ajustées en fonction de la qualité (AVAQ) pour l'analyse économique des soins palliatifs.	La mesure des années de vie ajustées en fonction de la qualité (AVAQ) est couramment utilisée pour évaluer les avantages tirés d'une variété d'interventions en santé et renseigne sur la survie des patients et sur leur qualité de vie en matière de santé. Les avantages des soins palliatifs étant de courte durée, leur comparaison avec d'autres types de traitements les place dans une situation désavantageuse. Les auteurs soutiennent que les objectifs des soins palliatifs et des mesures AVAQ ne sont pas incompatibles et qu'il peut y avoir moyen d'intégrer les soins palliatifs dans une mesure AVAQ modifiée. Actuellement, peu de données indiquent qu'il est financièrement et éthiquement avantageux d'investir dans les soins palliatifs. L'utilisation des mesures AVAQ aux fins des processus décisionnels et de l'affectation des ressources pourrait se révéler inexacte, puisque les objectifs des traitements palliatifs et curatifs sont différents.	L'analyse fait ressortir que même s'ils sont souvent considérés comme étant des soins de fin de vie, les soins palliatifs revêtent une dimension beaucoup plus vaste et englobent des éléments comme la gestion des symptômes et la prise de décisions éclairées et avisées. Les économies liées aux soins palliatifs sont notamment attribuables au fait que les traitements soient adaptés selon les préférences, les valeurs et les besoins des patients, de même qu'à l'interruption des traitements n'engendrant plus de bienfaits.
Zimmermann, C., Riechelmann, R., Krzyzanowska, M., Rodin, G., Tannock, I. *Effectiveness of specialized palliative care: a systematic review. JAMA.* 2008; 299(14):1698-709	N.D. (Canada)	Analyse systématique : 22 essais cliniques randomisés dans le cadre desquels les soins palliatifs constituaient l'intervention. Parmi les résultats : la qualité de vie, la satisfaction par rapport aux soins ou le coût économique. Utilisation des mécanismes Cochrane aux fins de l'analyse.	Sept des 22 essais cliniques randomisés faisaient l'évaluation des coûts liés aux soins palliatifs spécialisés et un seul révélait d'importantes économies. Sept études sur 10 ont révélé une incidence positive en ce qui a trait à la satisfaction des familles par rapport aux soins; quatre études sur 13 ont révélé des effets bénéfiques en ce qui a trait à l'évaluation de la qualité de vie et une des 14 études portant notamment sur l'évaluation des symptômes a révélé des résultats positifs importants. Cependant, la portée de la plupart de ces études étant limitée, peu de résultats concluants peuvent en être extraits, faute de poids statistique. Les mesures en matière de qualité de vie ne sont pas précises chez les patients en phase terminale. On en conclut que les éléments probants en matière de bienfaits sont rares et que les études analysées présentent une faiblesse sous	Parmi les mesures de résultats en ce qui a trait à l'évitement de services de santé, on relève le nombre de visites à l'urgence, le nombre ou la durée des hospitalisations, l'utilisation des ressources hospitalières, la planification des soins avancés, les patients dirigés vers les soins palliatifs, les décès à la maison et le temps passé à la maison. Six des sept études qui se sont notamment penchées sur les coûts ont été réalisées aux États-Unis. La seule étude britannique faisant partie de l'ensemble ne révélait aucune différence importante en ce qui a trait

suite à la prochaine page

RÉFÉRENCE	LIEU	MÉTHODES	PRINCIPALES CONCLUSIONS	COMMENTAIRES
			l'angle méthodologique.	aux coûts globaux des soins gérés par un personnel infirmier par rapport aux soins habituels pour les patients atteints du cancer du poumon (coût médian par patient à 12 mois : 696,50 $ pour les soins gérés par un personnel infirmier contre 744,50 $ pour les soins habituels, p=0,66). Seule une étude réalisée aux États-Unis sur les soins palliatifs à domicile dans deux organismes de préservation de la santé (HMO) de deux États révèle des constatations significatives : le coût moyen par jour a été établi à 95,30 $ pour les soins palliatifs, contre 212,80 $ (p=0,02) pour les soins habituels, même après l'ajustement lié à l'importante brièveté relative de la survie du groupe aux soins palliatifs (soit 196 jours contre 242). Une seule des études portant notamment sur l'évaluation de l'utilisation des services de santé a révélé une différence significative : le groupe traité comptait un plus grand nombre d'inscriptions aux soins palliatifs sur les patients admissibles à ce type de services (25 % contre 6 %, p<0,001), moins d'admissions aux soins de courte durée (en moyenne, 0,28 contre 0,49, p=0,04) et moins de jours passés aux soins intensifs (en moyenne, 1,2 jour contre 3,0, p=0,03). Une seule des neuf études mesurant le nombre d'admissions dans les hôpitaux révèle des avantages significatifs pour le groupe traité (36 % contre 59 %, p<0,001).

L'INITIATIVE D'INTÉGRATION
ALLER DE L'AVANT

Annexe D – Hôpital Saint-Vincent
60, rue Cambridge Nord
Ottawa (Ontario)
K1R 7A5

courriel : info@integrationdessoinspalliatifs.ca
tél. : 1-800-668-2785 poste 228
téléc. : 613-241-3986

www.integrationdessoinspalliatifs.ca