

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

Manuel DJELASSEM

Le 4 Mars 2022

ÉVALUATION MÉDICO-ÉCONOMIQUE DES
INTERVENTIONS D'ÉQUIPES SPÉCIALISÉES EN SOINS
PALLIATIFS DANS LES EHPAD

Revue systématique de la littérature

Directeur de thèse : Dr Vincent GUION

JURY :

Monsieur le Professeur Yves ROLLAND	Président
Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN	Assesseur
Monsieur le Docteur Vincent GUION	Assesseur
Monsieur le Docteur Laurent BARON	Assesseur

FACULTÉ DE MÉDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.		P.U. - P.H.	
Classe Exceptionnelle et 1ère classe		2 ^{ème} classe	
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BLANCHER Antoine (C.E)	Immunologie (option Biologique)	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entérologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique Fonct	Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie		
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	P.U. Médecine générale	
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MESTHÉ Pierre	
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie		
M. GAME Xavier	Urologie	Professeur Associé Médecine générale	
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. ABITTEBOUL Yves	
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. POUTRAIN Jean-Christophe	
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique		
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène	
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence	Mme MALAUAUD Sandra	
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale		
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	P.U. Médecine générale	
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. OUSTRIC Stéphane (C.E)	
M. MALAUAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Professeur Associé de Médecine Générale	
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme IRI-DELAHAYE Motoko	
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie		
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et Reprod.		
M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie		
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie		
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie		
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		

FACULTÉ DE MÉDECINE TOULOUSE RANGUEIL

133, route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2^{ème} classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (CE)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (CE)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Oto-rhino-laryngologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. Et reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieil.
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

M.C.U. - P.H

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAA Bruno
Mme PUECH Marielle

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DEDOUT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit médicale	Biostatistiques et Informatique
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. ESCOURROU Emile

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

Remerciements

Monsieur le Professeur Yves ROLLAND

Professeur des universités de Gériatrie,

Vous me faites l'honneur de présider ce travail et je vous en remercie. Veuillez trouver le témoignage de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Professeur associé des Universités de Médecine Générale,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail de thèse. Pour votre accueil chaleureux dans le Comminges, votre soutien et votre implication dans notre formation, veuillez trouver le témoignage de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Laurent BARON

Maître de stage des Universités de Médecine Générale,

Merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Je te remercie de m'avoir initié aux soins palliatifs, d'avoir éveillé mon intérêt pour cette discipline et de ta bienveillance en tant que maître de stage lors de mes premiers pas d'interne.

Monsieur le Docteur Vincent GUION

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail, avec rigueur et pédagogie. Merci d'avoir apporté l'expertise nécessaire à la réalisation de cette thèse, par tes commentaires toujours pertinents, ta bienveillance et ta disponibilité.

A mes Parents,

Du berceau grenoblois jusqu'à mon émigration toulousaine, votre soutien sans faille n'a eu que faire des obstacles rencontrés. Vous m'avez guidé vers ce que j'aimais, et ce, sans jamais m'imposer une quelconque destinée. Merci d'avoir ainsi façonné l'être accompli que je suis devenu et qui, je l'espère, vous rendra quelques onces de fierté.

Aux Potos,

A toutes ces années de faculté, cette presque décennie carabine à vos côtés. A tous ces WEI, WED, vacances et nombreuses soirées enivrées. A tous ces petits week-ends qui nous ont sorti de ce marathon étudiant... Séville, Rome, Barcelone... et qui se prolongent régulièrement malgré la distance. Longue vie aux potos, à la chartreuse et au ruban rouge et jaune.

Aux Vieux Potos,

De la maternelle jusqu'au lycée, de vieux vous ne portez que le nom. Merci de m'avoir accompagné dans mon apprentissage de la vie et d'être toujours encore un peu là malgré mon exil lointain. Aux premières vacances, aux squats de l'externat, à nos soirées et à notre adulescence encore je l'espère conservée.

Aux gros Cownards,

A toute cette troupe, aussi improbable et éclectique qu'elle peut le laisser paraître. A ces week-ends où l'inertie de compétition s'entremêle habilement avec picole, gueuletons, jeux et un peu d'activité. Je reste toujours prêt à vous partager mes plaisirs coupables tant que vous ne guérissez pas de votre connerie. Aux prochaines retrouvailles, geek et alcooliquement vôtre.

Aux Copains,

Quitter des montagnes pour en découvrir des nouvelles, quitter des copains pour en rencontrer des nouveaux. De bien belles rencontres pour affronter la dureté Ariégeoise. Merci d'avoir fait de cet internat un sacré monument de travail. A Charline pour les randos toujours sécuritaires, Saraïcha et Théogeyo partis trop tôt, Nico et Maé les instagrameurs de Bretariège, Martin les bons tuyaux, (Oh, this is from) Mathilda, Lulu et PM fiers ambassadeurs Bretons de qualité, Léa ce n'est pas grave si ne te laves pas on t'aime comme ça et Raph...

A quand la prochaine expédition ?

Vous êtes des fleurs et surtout les plus bonnes de mes copines.

Au village by CA,

Merci les startupers de m'avoir supporté durant cette année de dur labeur.

A Victor, Clémence et Adam, promis l'autisme c'est fini, fin de l'EHPAD, début de la vie.

Marine, partenaire particulière de toutes ces années de galères. Marin des près, sauvage à jamais, j'attends toujours ton feu vert pour repartir en road trip, merci pour ta longue amitié, à toutes épreuves et surtout à jamais.

Matthieu, tant d'années et finalement peu ont changé, retour case départ, de la bonne musique, une pinte et surtout du temps, qu'on puisse encore refaire ce monde. Écoute, je crois bien que La Nat' nous attend.

Léo plus loin **Paul**, de cette P1 adorée, aux premiers déboires de soirées, pardon pour mes conseils toujours très bien avisés. Peu m'importe que tu deviennes bobo, j'aurai toujours ce plaisir inchangé, d'écouter avec toi un bon vinyle accompagné d'un petit godet.

Anne,

En ta compagnie, j'ai découvert je pense, la duchesse de mes rêves pyrénéens. Et parce que tes yeux continuent encore à me lancer des éclairs, sans me glacer de remords, nous sommes deux et ce n'est pas un ennui. A l'heure qu'il est je suis dans un train très loin, près de toi, et nous verrons bien où la fièvre jaune nous mènera.

A Mme Nadège Costa, Dr Arnaud Pagès et au Dr Eugénie Gombault pour leur participation, leur expertise à toutes les étapes de réflexion et de rédaction et sans qui ce travail de thèse n'aurait pas pu aboutir à ce qu'il est aujourd'hui.

Et bien sûr, à tous ceux que je n'ai pas cité personnellement, la coloc St Gaudinoise, la team St Gi, les Fuxéens cafistes, les copains du volley (de Frontignan à Vogüé) ... pas par flemme ni oubli, simplement que vous citer prendrait des pages et des jours et rien n'empêche de vous avoir dans ma tête sans vous coucher sur ce doux papier.

Avec tout mon amour,

Et mon amitié.

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

Table des matières

1	TABLEAUX, FIGURES ET ABRÉVIATIONS	3
1.1	LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	3
1.2	LISTE DES ABRÉVIATIONS	4
2	INTRODUCTION	5
2.1	ECONOMIE ET SANTÉ	5
2.2	EHPAD	6
2.2.1	Population	6
2.2.2	Financement	6
2.3	EQUIPES MOBILES DE SOINS PALLIATIFS	8
2.3.1	Missions des Equipes mobiles de Soins Palliatifs	8
2.3.2	Financement	8
2.4	SOINS PALLIATIFS EN EHPAD	9
2.4.1	Les besoins	9
2.4.2	Les ressources	9
2.5	INADÉQUATION BESOINS-RESSOURCES	10
2.6	PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIF DE LA THÈSE	11
3	MATÉRIEL ET MÉTHODE	12
3.1	CRITÈRES DE SÉLECTION	12
3.1.1	Critères d'inclusion	12
3.1.2	Critères d'exclusion	13
3.2	STRATÉGIE DE RECHERCHE	13
3.3	MOTS-CLÉS	13
3.4	EQUATIONS DE RECHERCHE	14
3.5	SÉLECTION DES ÉTUDES	15
3.6	EVALUATION DES ÉTUDES	15
3.7	RECUEIL DES DONNÉES	16
3.8	ANALYSE DES DONNÉES	16
4	RÉSULTATS	17
4.1	CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES	18
4.2	CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS	18
4.3	DONNÉES MÉDICO-ÉCONOMIQUE DES INTERVENTIONS	18
4.3.1	Decreased costs and retained QoL due to the 'PACE Steps to Success' intervention in LTCFs: Cost-effectiveness analysis of a randomized controlled trial (38)	19
4.3.2	Terminal patients in Belgian nursing homes : A cost analysis (39)	21
4.3.3	Reducing time in acute hospitals: A stepped-wedge randomised control trial of a specialist palliative care intervention in residential care homes (40)	23
4.3.4	Economic (gross cost) analysis of systematically implementing a programme of advance care planning (ACP) in three Irish nursing homes (41)	25
4.3.5	Economic impact analysis of an end-of-life programme for nursing home resident (42)	27
4.3.6	Hospice Effect on Government Expenditures among Nursing Home Residents (43)	29
4.3.7	Effect of hospice use on Costs of Care for Long Stay Nursing Home Decedents (44)	31
4.3.8	Changes in Medicare Costs with the growth of Hospice Care in Nursing Homes (37)	33
4.4	QUALITÉ DES ÉTUDES	33
5	DISCUSSION	36
5.1	EFFET SUR LES HOSPITALISATIONS	36
5.2	QUALITÉ DE VIE AVANT LE DÉCÈS	37

5.3	COÛT DES PROGRAMMES	38
5.4	MODALITÉS D'INTERVENTION	38
5.4.1	L'anticipation des besoins de soins (advance care planning)	39
5.4.2	La formation du personnel des EHPAD aux soins palliatifs	39
5.4.3	Consultations par les équipes spécialisées en soins palliatifs	40
5.4.4	« Hospitalisation » au sein de l'EHPAD	40
5.5	QUALITÉ DES ÉTUDES.....	41
5.6	IMPLICATIONS POUR LES PRATIQUES.....	41
5.7	FORCES DE L'ÉTUDE	42
5.8	LIMITES DE L'ÉTUDE.....	43
6	CONCLUSION	44
7	RÉFÉRENCES.....	45
8	ANNEXES.....	53
8.1	ANNEXE 1. INDICATEURS D'ÉVALUATION DES EMSP	53
8.2	ANNEXE 2. CHEERS CHECKLIST	55

1 Tableaux, figures et abréviations

1.1 Liste des tableaux et figures

Tableau 1. Mots-clés et leur traduction en terme MeSH.....	13
Tableau 2. Équations de recherches par bases de données.....	14
Tableau 3. Résumé de l'étude - 'Pace steps to success' cost-effectiveness analysis of a randomized controlled trial.....	20
Tableau 4. Résumé de l'étude - terminal patients in belgian nursing homes : a cost analysis.	22
Tableau 5. Résumé de l'étude - reducing time in acute hospitals : a stepped-wedge randomised control trial of a specialist palliative care intervention in residential care homes.....	24
Tableau 6. Résumé de l'étude - economic (gross cost) analysis of systematically implementing a programme of advance care planning in three irish nursing homes	26
Tableau 7. Résumé de l'étude - economic impact analysis of an end-of-life programme for nursing home residents	28
Tableau 8. Résumé de l'étude - hospice effect on government expenditures among nursing home residents	30
Tableau 9. Résumé de l'étude - effect of hospice use on costs of care for long stay nursing home decedents.....	32
Tableau 10. Résumé de l'étude - changes in medicare costs with the growth of hospice care in nursing homes.....	34
Tableau 11. Évaluation qualitative complète d'après la grille cheers	35
Figure 1. Diagramme de flux.....	17

1.2 Liste des abréviations

ACP : *Advance care planning* (Anticipation des Besoins de Soins)

ALS : Allocation de Logement Sociale

APA : Aide Personnalisée à l'Autonomie

APL : Aide Personnalisée au Logement

ARS : Agences Régionales de Santé

ASH : Aide Sociale à l'Hébergement

CHEERS : *Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards Statement*

CNSA : Caisse nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPOM : Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens

CSS : Code de la Sécurité Sociale

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMSP : Équipes mobiles de Soins Palliatifs

FIR : Fonds d'Investissement Régional

GIR : Groupe Iso-Ressources

GMP : GIR moyen pondéré

HAD : Hospitalisation à Domicile

IGAS : Inspection générale des Affaires sociales

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ISPOR : *Professional Society for Health Economics and Outcomes Research*

LFSS : loi de financement de la sécurité sociale

LISP : Lits Identifiés de Soins Palliatifs

LMD-ACP : *Let-me-decide Advance care programme*

MESH : *Medical Subject Headings*

MIGAC : Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

PICO : *Patient Intervention Comparator Outcome*

PRISMA : *Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses*

QOD-LTC : *Quality-of-Dying in Long-Term-care*

RAF : *Residence Assessment Form*

T2A : Tarification à l'Activité

USP : Unité de Soins Palliatifs

2 Introduction

2.1 Economie et santé

Les différents acteurs de santé interviennent dans un contexte actuel de maîtrise des dépenses de santé (1).

Historiquement, la création de l'assurance maladie avec la loi du 5 Avril 1928, sous le ministère de Raymond Poincaré a instauré une cotisation obligatoire contrôlée par l'État (2). Le but était d'apporter une protection sociale à une plus grande partie de la population. La sécurité sociale est actuellement divisée en cinq types de risques : maladie (maladie, maternité, invalidité, décès), famille (handicap et logement), accidents du travail et maladies professionnelles, retraite (vieillesse et veuvage) et cotisations et recouvrements. Son financement, en résumé, provient d'une part, des cotisations sociales et d'autre part des impôts et taxes.

Chaque année, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) (3) est votée par le parlement et fixe l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). L'ONDAM régit ensuite les prévisions de recettes et donne les objectifs de dépenses. Les dépenses s'organisent en divers sous-objectifs (soins de ville, établissements de santé, établissements et services pour personnes âgées, personnes handicapées, fonds d'intervention régional).

Le mode de financement des établissements de santé est principalement basé sur la Tarification à l'Activité (T2A). Les activités qui ne sont pas tarifées à l'activité bénéficient d'un financement provenant d'une dotation des *Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)* (4). La création d'un fonds d'investissement régional (FIR) par la LFSS de 2012 en tant que sous-objectif de l'ONDAM a permis de compléter ce financement des missions d'intérêt général (MIG).

Les ressources du FIR proviennent en 2019 d'une dotation nette 3,65 Mds d'euros venant de l'assurance maladie, de la Caisse nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et du programme *handicap et dépendance* (5).

La création du FIR a pour objectif de redonner aux agences régionales de santé (ARS), une plus grande souplesse de gestion dans un contexte de fortes contraintes budgétaires et ainsi permettre d'optimiser les dépenses. Le FIR poursuit la transition d'une logique de moyens et de financements fléchés à une logique d'objectifs et de résultats (6).

2.2 EHPAD

2.2.1 Population

En 2015, Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) étaient le lieu de vie de 585 560 résidents (dernière enquête EHPA) (7). Le vieillissement actuel de la population française (8) s'accompagne parallèlement d'une augmentation du nombre de résidents d'EHPAD (9).

L'entrée en EHPAD se fait également plus tardivement, environ 9 mois plus tard (85 ans et 2 mois) qu'en 2011. L'âge moyen des résidents est de 85 ans et 9 mois. Les hommes sont généralement plus jeunes (82 ans et 3 mois) que les femmes (87 ans) mais celles-ci sont majoritaires (73,6 %).

Plus de 81 % des résidents sont en perte d'autonomie. La durée moyenne de séjour d'un résident est estimée à 3 ans et 4 mois pour un séjour médian de 2 ans et 4 mois. Les sorties définitives d'EHPAD font suite au décès d'un résident dans environ 82 % des situations. De ce fait, pour la plupart des résidents, les EHPAD représentent leur dernier lieu de vie (10).

2.2.2 Financement

Sur les 6 992 EHPAD recensés en 2017 en France, 42 % avaient un statut public (dont autonome, rattaché à Etablissement public de santé ou un Centre d'action sociale). Le reste se répartissait entre établissements privés à but lucratif (26 %) ou non lucratif (32 %) (11). Avec 51 % de places dans le privé pour 49% dans le public, la répartition des places était quasiment égale.

Leur financement dépend en partie des modes de financement évoqués précédemment. La tarification a été modifiée en 2016 par la « loi 2015-1776 d'adaptation de la société au vieillissement ». Elle est répartie selon 3 secteurs que sont l'hébergement, la dépendance et le soin (12).

Le **Tarif hébergement** finance la partie hôtellerie, restauration, entretien des locaux et démarches administratives. Le financement est fait par le résident avec possibilité de bénéficier d'aides publiques comme l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH), l'Allocation de Logement Sociale (ALS) ou l'Aide Personnalisée au Logement (APL). Ce montant est fixé par le conseil départemental pour les établissements habilités à l'aide sociale ou par le groupe commercial

chargé de la gestion pour les EHPAD privés. C'est un tarif identique pour tous les résidents d'un même établissement.

Le **Tarif dépendance** permet de financer les prestations d'assistance à l'accomplissement des actes au quotidien, sans relation avec le soin. Il est calculé en fonction de l'autonomie du résident, à partir de la grille AGGIR et permet d'obtenir un groupe iso-ressources (GIR). Au niveau de la population d'EHPAD, le GIR est agrégé pour obtenir un GIR moyen pondéré (GMP) qui traduit le niveau de dépendance moyen des résidents d'un EHPAD. En 2015, le GMP était de 710. Plus le degré de dépendance est important, plus le tarif est élevé. Ce budget peut être en partie financé par l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA).

Le **Tarif soin** finance toutes les prestations médicales et paramédicales telles que le personnel soignant, le matériel médical et les médicaments. Il est financé entièrement par la Sécurité Sociale et distribué par le directeur de l'ARS. Depuis janvier 2017, les EHPAD privés à but lucratif sont tenus de signer des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) de 5 ans avec l'ARS et le conseil départemental. L'allocation budgétaire attribuée par l'assurance maladie s'appuie sur le référentiel PATHOS (13). Il permet d'évaluer la mobilisation sanitaire requise en fonction des pathologies présentées par les résidents des EHPAD. Le score PATHOS individuel est agrégé au niveau de la structure pour déterminer le niveau moyen de besoin en soins : PATHOS moyen pondéré (PMP). Plus la valeur du PMP est élevée, plus le besoin en soins des résidents est important. L'allocation est décidée à partir de l'indicateur GMPS qui établit la synthèse du GMP et du PMP évaluant le niveau de perte d'autonomie moyen des personnes hébergées dans l'établissement et leurs besoins de soins. Un GMPS élevé pourra se traduire par une allocation budgétaire et de moyens supplémentaire pour la prise en charge des résidents.

En 2017, le niveau de vie médian s'établissait à 1 760 €/mois (14). Après déduction des différentes aides sociales, le résident et sa famille doivent s'acquitter du « reste à charge » portant sur la partie hébergement et dépendance. Les dépenses relatives aux soins ne relèvent pas directement de la charge du patient mais de la sécurité sociale financée par la solidarité nationale et les cotisations.

2.3 Equipes mobiles de soins palliatifs

2.3.1 Missions des Equipes mobiles de Soins Palliatifs

On recensait 385 Équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) en 2018, réparties en France métropolitaine (15). Ce sont des MIG fixées par les articles D. 162-6 à D. 162-7 du Code de la sécurité sociale (CSS) (16).

Ce sont des équipes multidisciplinaires et pluriprofessionnelles rattachées à des établissements de santé de préférences dotés de Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP) ou d'Unités de Soins Palliatifs (USP). L'effectif des équipes est établi sur la base d'une activité théorique correspondant à une file active de 200 nouveaux patients/an.

Leur intervention peut se faire sur plusieurs établissements et à domicile selon une aire géographique définie. Leur activité est transversale et a pour but de faciliter la démarche palliative d'accompagnement. En 2015, 47 % de leur activité était extrahospitalière ou à domicile dont 21 % dans les établissements médico-sociaux (15).

Elles exercent un rôle de conseil et de soutien auprès des équipes soignantes et des proches dans l'accompagnement de fin de vie. Elles formalisent la collaboration avec les autres établissements de santé et les établissements médico-sociaux, contribuent au développement de la recherche et la formation à la démarche palliative.

2.3.2 Financement

L'intervention des EMSP auprès des établissements s'effectue dans le cadre de CPOM signés entre les établissements auxquelles elles sont rattachées et l'ARS (prévu par l'article L. 162-22-13 du CSS (17)).

Leur financement dépend directement de l'attribution de la MIGAC relative à *la prise en charge des soins palliatifs* (2° de l'article L.6112-1 du code la santé publique) (16). C'est une attribution basée sur le respect des critères fixés par le référentiel national issu de la circulaire du 25 mars 2008 (18).

La dotation MIGAC finance les personnels de l'équipe, les frais de déplacement et les frais de structure de l'établissement de santé de rattachement. Ce mode de financement justifie des contreparties, objectifs et engagements précis et vérifiables qui sont inscrits dans les CPOM (16).

Les crédits accordés font l'objet d'une évaluation annuelle systématique permettant d'évaluer la pertinence des missions effectuées, menée conjointement par l'ARS et l'établissement. La conséquence pour les équipes peut être un recalibrage de leurs effectifs par le directeur de l'établissement employant et une modification de leur financement à la discrétion de l'ARS. Des indicateurs qualitatifs apprécient le degré d'acculturation des équipes non spécialisées conseillées ainsi que le degré de sollicitation des EMSP. Des indicateurs quantitatifs évaluent le nombre d'actions initiées, les formations entreprises et les partenariats établis (Annexe 1.) L'efficacité du dispositif est cependant peu connue et ne fait pas partie des critères d'évaluation. L'activité des EMSP est actuellement difficilement mesurable et son impact sur les patients n'est pas strictement évalué (15).

2.4 Soins palliatifs en EHPAD

2.4.1 Les besoins

En 2015, environ 150 000 personnes résidant en EHPAD sont décédées en France (le quart des décès annuels enregistrés sur le territoire français) (10). Le décès survient après un séjour moyen de 3 ans et 4 mois. La moitié des décès concernait des résidents âgés de plus de 90 ans alors que cette proportion ne représente que 40 % de l'effectif total des résidents. Après une période de stabilité entre 1946 et 2010, l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) prévoit une progression inéluctable et régulière du nombre de décès annuels totaux en France jusqu'en 2070. On assiste également à une transition démographique et sanitaire vers une forte prévalence du vieillissement et de la perte d'autonomie. Sous réserve de l'évolution de l'espérance de vie, on peut raisonnablement s'attendre à une croissance forte du nombre de décès de personnes âgées en perte d'autonomie dont une large proportion est prévisible et pourrait ainsi bénéficier de soins palliatifs (15).

2.4.2 Les ressources

Le 5^e plan national 2021-2024 (19) pour *le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie* a été annoncé fin de l'année 2021. Il fait suite au plan national 2015-2018 (20) qui rappelait la nécessité pour les EHPAD d'améliorer l'accompagnement de fin de vie. Il encourageait le développement de la formation des professionnels, le recours aux équipes mobiles de soins palliatifs et à l'hospitalisation à domicile (HAD). Ce nouveau plan s'articule autour de trois axes prioritaires : favoriser l'appropriation des droits en faveur des personnes malades et des personnes en fin de vie, conforter l'expertise en soins palliatifs en

développant la formation et la recherche et définir des parcours de soins gradués et de proximité (offre hospitalière, coordination avec la médecine de ville, accès à l'expertise). Ces plans successifs s'inscrivent dans la dynamique portée par le plan 2008-2012 sur *le programme de développement des soins palliatifs* renforçant les droits des malades en fin de vie. Cette volonté gouvernementale fait ainsi écho à la circulaire du 25 mars 2008 (18) établissant l'organisation des soins palliatifs en réseaux de soins.

Actuellement, la démarche palliative dans les EHPAD (21) s'appuie ainsi sur une gradation de la prise en charge, adaptée aux besoins du résident. Elle comprend la formation des professionnels de santé en interne, le soutien par les réseaux de soins palliatifs, l'HAD et les EMSP.

En 2015, 82 % des EHPAD déclarent avoir fait appel au moins une fois à une EMSP. Parmi celles-ci, 63,7 % avaient signé une convention, 87 % déclarent avoir un protocole formalisé lié à la fin de vie et 75 % ont dans leur projet d'établissement un volet « soins palliatifs ».

Cependant, 12 340 personnes décédées avaient bénéficié de l'intervention d'une EMSP, ce qui représente seulement 10 % des décès totaux de résidents (10).

2.5 Inadéquation besoins-ressources

Le financement de la sécurité sociale fait état d'un contexte de fortes contraintes budgétaires. La maîtrise des dépenses a des conséquences directes sur le fonctionnement des différents acteurs de santé et sur leur financement.

La transition démographique et sanitaire tend vers une augmentation de la population âgée et dépendante hébergée dans les EHPAD. Le vieillissement a pour conséquence parallèlement une augmentation des décès et des besoins d'accompagnement de fin de vie. Seulement 13 % des décès de résidents seraient « soudains et tout à fait inattendus » (22) signifiant donc que 87 % seraient attendus ou pourraient être anticipés. Le Centre national des soins palliatifs recensait en 2014, 62,4 % de décès éligibles à une démarche palliative parmi l'ensemble des plus de 65 ans. La population de résidents d'EHPAD pouvant bénéficier de soins palliatifs à la fin de leur vie serait donc proche de 130 000 chaque année en France.

Les EHPAD disposent de différents dispositifs pour accompagner ces fins de vie et font notamment appel aux EMSP. Les soins sont lourds et coûteux et leur financement provient, et pareillement pour les EMSP, de la sécurité sociale qui souhaite optimiser ses dépenses.

Le dernier rapport de l'Inspection générale des Affaires sociales (IGAS) sur l'évaluation du plan 2015-2018 dresse un bilan mitigé du développement des soins palliatifs en France et notamment dans les établissements médico-sociaux. Il ressort que l'offre palliative est actuellement insuffisamment développée. Le nombre d'équipes en soins palliatifs n'a augmenté que de 2 % sur cette période. La couverture théorique a progressé mais celle effective est en retrait du fait du manque d'effectifs. Il ressort globalement une « Absence de maillage territorial juste et équitable ». Le repérage précoce des besoins est encore insuffisant et le fonctionnement des EMSP paraît avoir un impact limité sur la prise en charge des patients. En ce sens, l'IGAS préconisait un nouveau plan triennal 2020-2022 pour améliorer cette démarche palliative. Le plan national 2021-2024 annoncé par le Ministre de la Santé apparaît comme une réponse à l'objectif affiché d'amélioration de la démarche palliative.

2.6 Problématique et objectif de la thèse

La problématique principale peut être la suivante : comment augmenter l'adéquation des ressources de soins palliatifs en EHPAD dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé ?

Les EMSP pourraient constituer une de ces ressources, mais leur déploiement dans cette mission nécessite de connaître les déterminants de leur efficacité.

D'une part, les EMSP portent la responsabilité de la bonne utilisation des ressources qui leur sont allouées pour la diffusion de la culture palliative, dans un objectif de santé publique. Les choix opérés dans leur fonctionnement sont donc guidés par cette responsabilité et devraient s'appuyer sur des indicateurs médico-économiques.

D'autre part, ces indicateurs médico-économiques pourraient appuyer le financement des EMSP et ainsi les inciter à développer avec les EHPAD les actions efficaces pour y diffuser la démarche palliative.

Dès lors, il s'avère nécessaire d'identifier les déterminants de l'efficacité des EMSP lorsqu'elles interviennent en EHPAD.

Ce travail de thèse a pour objectif d'identifier dans la littérature les déterminants de l'efficacité des équipes mobiles de soins palliatifs dans leur collaboration avec les EHPAD

3 Matériel et méthode

Une revue systématique de la littérature a été menée selon les recommandations du guide PRISMA (Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses : the PRISMA statement) (23).

La recherche scientifique a été réalisée durant la période du 14 Avril 2021 au 25 Mai 2021.

Le travail de recherche et d'analyse a été mené indépendamment par quatre chercheurs ainsi que l'auteur de ce travail.

3.1 Critères de sélection

Les critères d'inclusion ont été définis à partir de la méthode PICO : *Patient, Intervention Comparator, Outcome* (24).

3.1.1 Critères d'inclusion

- Types d'études : études cliniques, essais contrôlés randomisés, études épidémiologiques observationnelles.
- Date de publication : pas de limite temporelle, depuis la création des bases de données jusqu'à Avril 2021.
- Langue : Anglais et Français.
- Population cible : résidents d'EHPAD.
- Comparaison : Interventions et initiatives extérieures de soins palliatifs au sein des EHPAD, dispositifs de soins palliatifs auprès du personnel soignant et des résidents d'EHPAD, programmes d'éducation et/ou de soin palliatif/fin de vie mis en place dans ces établissements.
- Effet étudié : coût ou efficience de l'intervention sur différents critères tels que les hospitalisations, le coût des soins, l'amélioration de la qualité de vie dans les deux groupes étudiés.

3.1.2 Critères d'exclusion

- Population : résidents d'EHPAD en contexte d'hospitalisation, patients vivant dans un établissement non médicalisé de type foyer logement, patients pris en charge en hospitalisation à domicile, patients vivant au domicile, population pédiatrique.
- Type d'étude : revues systématiques, méta-analyses.
- Comparaison : intervention hospitalière, intervention au domicile des patients type hospitalisation à domicile.
- Effet étudié : absence de mention de coûts.

3.2 Stratégie de recherche

Un auteur a effectué la phase de présélection des articles. Deux binômes ont participé indépendamment à la sélection finale des articles, à leur analyse et à l'extraction des données. Les recherches ont été menées dans les bases de données suivantes : Pubmed, Cochrane, Embase, Web of Science, Econlit, Google scholar, Emerald Insight.

3.3 Mots-clés

Les mots clés correspondant aux critères PICO ont été définis en accord avec les termes MeSH des différentes bases de données. Ils sont recensés dans le Tableau 1. Tous les mots-clés définis n'ont pu être utilisés dans toutes les bases de données du fait d'un défaut de pertinence en fonction des bases de données interrogées. La traduction littérale rapportant aux équipes spécialisées en soins palliatifs était parfois trop restrictive. Nous avons été obligés d'élargir nos recherches avec le terme plus générique de « soins palliatifs ».

Tableau 1. Mots-clés et leur traduction en terme MeSH

Mots clés	Traduction en terme MeSH
Équipes spécialisées en soins palliatifs	Palliative care, palliative medicine, Hospice care, Palliative therapy
EHPAD	Residential facilities, homes for the aged, nursing homes, housing for the elderly, skilled nursing facilities, long term care facility (LTCF)
Coût-efficacité, Efficience, Coût-utilité	Cost, impact, Economic, efficiency, effectiveness, cost-benefits analysis, cost-utility analysis, cost-effectiveness analysis,

3.4 Equations de recherche

Différentes équations de recherches ont été testées avec combinaison de tous les termes MeSH précités. Les équations présentées dans le Tableau 2. représentent les équations finales ayant permis d’obtenir la sélection la plus pertinente.

Tableau 2. Équations de recherches par bases de données

Bases de données	Équations de recherches
Embase (25)	'palliative therapy':ab,ti OR 'palliative care':ab,ti OR 'hospice care':ab,ti) AND 'nursing home':ab,ti OR 'home for the aged':ab,ti) AND economic:ab,ti OR cost:ab,ti) AND 'cost effectiveness analysis':ab,ti AND 'cost benefit analysis':ab,ti
Pubmed (26)	((((palliative care) OR (palliative medicine)) OR (hospice care)) AND (((((nursing homes) OR (skilled nursing facilities)) OR (homes for the aged)) OR (residential facilities)) OR (housing for the elderly) OR (long term care facility))) AND (((((efficiency) OR (cost-benefit analysis)) OR (economics)) OR (costs and cost analysis)) OR (cost effectiveness analysis))
Cochrane (27)	‘Palliative care’ OR ‘hospice care’ AND cost-effectiveness AND “nursing home” OR “residential facilities”
Web Of Science (28)	TITLE: (palliative medicine) OR TITLE: (palliative care) OR TITLE :(hospice care) AND TITLE: (economic) OR TITLE: (cost) OR TITLE: (efficiency) OR TITLE: (cost effectiveness) OR TITLE: (cost benefits) OR TITLE:(impact) AND TI=(nursing home) OR TI=(residential facilities) OR TI=(home for the aged) OR TI=(long term care facilities)
Google scholar (29)	"effectiveness" "skilled nursing facilities" "nursing homes" "benefit" "cost" "palliative medicine"
Econlit (30)	“Palliative medicine” “nursing home” “cost”
Emerald Insight (31)	Palliative medicine AND nursing home AND cost

Les données ont été extraites en date du 04 juin 2021 et référencées dans un gestionnaire de références bibliographiques (Zotero).

Une exploration manuelle de la littérature grise a été menée dans les mêmes moteurs de recherche scientifiques et économiques ainsi que dans les ressources suivantes : CisMEF, EAPC, ISPOR, Système Universitaire de Documentation (SUDOC).

Les références bibliographiques des articles obtenus ont également été examinées à la recherche d'articles supplémentaires correspondant aux critères d'inclusion.

3.5 Sélection des études

La sélection des articles a été effectuée en respectant les critères d'inclusions, de manière indépendante, par les différents chercheurs selon 3 étapes successives :

- Sélection sur le titre
- Sélection sur le résumé
- Sélection après lecture des articles dans leur intégralité.

Les articles pour lesquels la sélection n'était pas possible à la seule lecture du résumé ou du titre ont été lus en entier. Les doublons ont été retirés parmi les articles sélectionnés sur le titre.

A chaque étape, une mise en commun des travaux a été faite. Les désaccords ont été résolus par méthode de consensus. Si un désaccord demeurait persistant, il était résolu après sollicitation d'un chercheur de l'autre binôme. En cas de publication multiple d'une étude, seule la plus récente a été retenue.

3.6 Evaluation des études

La qualité méthodologique des études a été évaluée selon la grille d'évaluation médico-économique CHEERS (*Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards Statement* (32) (Annexe 2.)), développée par un groupe de recherche de la *Professional Society for Health Economics and Outcomes Research* (ISPOR). Elle se compose de 24 items divisés en six catégories : titre et résumé, introduction, matériel et méthode, résultats, discussion et divers.

Deux binômes de chercheurs ont été constitués pour appliquer la grille CHEERS aux articles inclus en plus de l'auteur de la thèse. Chaque binôme a évalué la moitié des articles sélectionnés. L'auteur a analysé tous les articles avant mise en commun des notations.

Un score de 0 ; 0,5 ou 1 a été donné à chaque item applicable selon le niveau d'adéquation de l'article aux recommandations de la grille CHEERS. Le score de 0 étant une inadéquation totale, le score 0,5 une inadéquation partielle et le score 1 une adéquation totale. Un score de 0 à 24 a ensuite été obtenu. Les items non applicables n'ont pas été pris en compte dans la note finale. Les désaccords ont été résolus par méthode de consensus. Si un désaccord persistait, il était résolu après sollicitation d'un chercheur de l'autre binôme. Les études avec un score > 85 % ont été considérées comme d'« excellente qualité », entre 70 et 84 % comme de « très bonne qualité », entre 55 et 69 % comme de « bonne qualité », et < 55 % comme de « faible qualité » (33–35).

3.7 Recueil des données

Les articles ont ensuite été analysés à la recherche de données concernant le coût et l'efficacité des différents programmes de soins palliatifs recensés.

Les données de chaque étude ont été compilées dans une grille de lecture construite *a priori* et regroupant les informations méthodologiques ainsi que les principales conclusions.

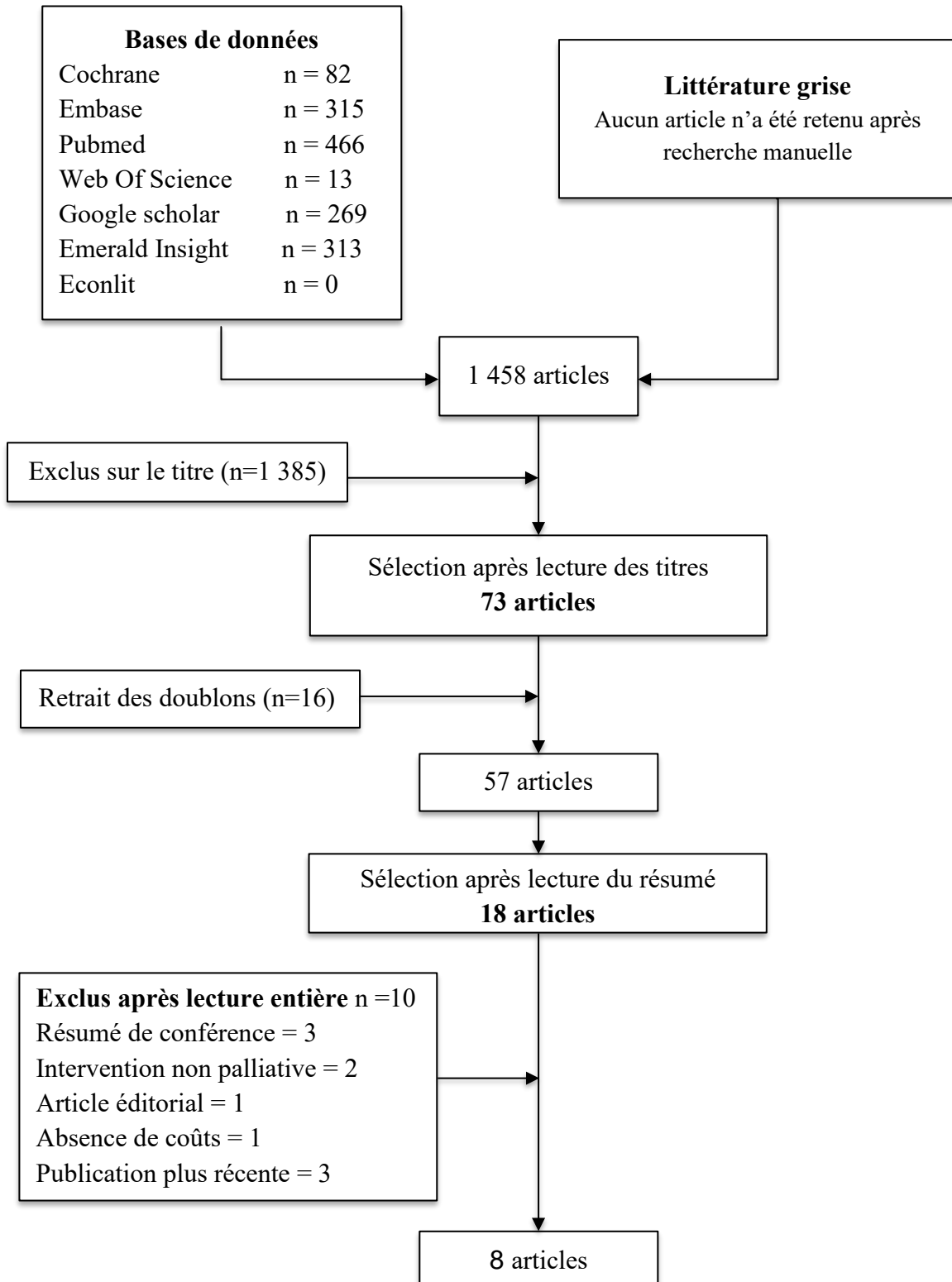
3.8 Analyse des données

La synthèse des données a été faite par la méthode de rapprochement et comparaison selon la méthodologie décrite par Popay et Al. (36).

4 Résultats

Nous avons identifié 1458 articles après interrogation des bases de données. La recherche manuelle n'a pas permis de retenir d'articles supplémentaires. Les résultats du processus de sélection sont exposés dans le diagramme de flux (figure 1).

Figure 1. Diagramme de flux



4.1 Caractéristiques des études

Parmi les 8 articles sélectionnés, trois études ont été menées en Europe, trois études proviennent d'Amérique du Nord, une étude a été conduite en Asie et la dernière en Océanie.

Le recueil des données s'échelonne entre 1998 et 2018.

Cinq études étaient des études de cohortes rétrospectives et trois étaient des essais contrôlés randomisés.

4.2 Caractéristiques des patients

Au total, **797 579** patients ont été inclus dans les 8 études analysées. Une étude recense à elle seule la quasi majorité des résidents inclus (37). La moyenne d'âge des patients inclus dans ces études était comprise entre 84,9 et 88 ans au moment du décès.

Les femmes représentaient entre 60 et 70 % de la totalité des résidents. Les principales comorbidités recensées et analysées étaient les cancers, la démence (exemple : *BANS-S disease severity* 19,1) et les pathologies cardiovasculaires.

Les études qui le mentionnent rapportaient un niveau quotidien important de dépendance des résidents (*RAF sub-score* 40-46, *ADL function* 17,9).

4.3 Données médico-économique des interventions

Un impact médico-économique favorable des interventions est rapporté dans la majorité des publications (38–44). Les effets ne sont pas tous du même ordre de grandeur. Les caractéristiques et les résultats des études sont compilées dans différents tableaux dont les paragraphes suivant résumant les principaux éléments.

4.3.1 *Decreased costs and retained QoL due to the 'PACE Steps to Success' intervention in LTCFs: Cost-effectiveness analysis of a randomized controlled trial* (38)

Le projet « PACE steps-to-success » (45) a été mené dans 73 EHPAD de 7 pays d'union européenne (Belgique, Finlande, Italie, Pays-bas, Pologne, Angleterre, Suisse).

Ce projet est un programme européen mis en place dans les EHPAD durant l'année 2016-2017. L'objectif était de permettre l'intégration des soins palliatifs dans une pratique de routine. Il se présente comme un programme de formation du personnel soignant en six étapes comprenant des concertations avec la famille sur la fin de vie, le repérage de résidents à risque de décéder dans les prochains mois, des réunions pluridisciplinaires pour la coordination des soins, les soins de fin de vie et les soins après le décès. La formation était effectuée par un membre du personnel de l'EHPAD formé aux soins palliatifs et avec pour support un livret de recommandations.

Les caractéristiques de l'étude sont résumées dans le tableau 3.

Dans cette étude, les résidents étaient répartis aléatoirement entre ceux bénéficiant du Programme PACE et ceux bénéficiant de soins habituels. Les dépenses engagées (hospitalisations, visites de professionnels de santé,) et la qualité de vie dans le mois précédant le décès ont été recueillies *a posteriori*. L'analyse de l'efficacité du projet s'est basée sur l'analyse des coûts médicaux directs et ceux liés au programme. L'effet sur la qualité de vie a été recueilli au moyen de deux échelles : 5-level EQ-5D et le *Quality-of-Dying in Long-Term-care* (QOD-LTC) (46).

Les résultats de cette étude ont montré une augmentation des coûts de 600,75 € par résident dans le groupe contrôle (sans soins palliatifs) et une diminution des coûts de 257,52 € pour les résidents inclus dans le programme PACE. Les économies pour les résidents inclus dans le programme ont été estimées à 983,23 € par résident ($p = 0,02$).

L'effet a été positif sur la qualité de vie avec une amélioration de l'échelle de qualité de vie QOD-LTC. Le QOD-LTC s'est amélioré de 3,12 points dans le groupe intervention en passant de 37,84 à 40,96. Dans le groupe contrôle, le QOD-LTC s'est amélioré également de 0,1 point (passant de 38,24 à 38,34). La différence moyenne entre les deux groupes a été significative en passant de -1,09 au début de l'intervention à +3,19 points (95 % CI 1.72-4.65 ($p = 0,00$)) à la fin de l'intervention. Le programme a permis une réduction des coûts et une amélioration de la qualité de vie des résidents.

Tableau 3. Résumé de l'étude - 'PACE Steps to Success' Cost-effectiveness analysis of a randomized controlled trial

	Intervention	Recueil des données	Méthodologie	Devise, prix	Perspective	Horizon temporel
	Intégration du Programme PACE (6 étapes) en routine versus soins habituels	12 mois entre 2016-2017	Essai contrôlé randomisé par groupe	2017 - Euros	Système de santé	1 mois avant le décès
	Population	Résultats				
<p>Decreased costs and retained QoL due to the 'PACE Steps to Success' intervention in LTCFs: Cost-effectiveness analysis of a randomized controlled trial</p> <p>Wichmann et al.</p> <p>-</p> <p>BMC Medicine</p> <p>2020</p> <p>-</p> <p>73 LTCFs dans 7 pays de l'UE : Belgique, Finlande, Italie, Pays-bas, Pologne, Angleterre, Suisse</p>	<p>N = 551 (T0) + 983 (après intervention)</p> <p>Moyenne d'âge au moment du décès 85,7 ans, Femmes 65 % <i>Bedford Alzheimer Nursing-Severity Scale</i> 19.1</p> <p>Critères d'Inclusion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Au moins 30 lits par résidence - 15 résidents ou plus décédés dans ou à l'extérieur de l'EHPAD dans l'année passée - Directeurs de l'établissement en accord avec le projet et avec du temps à allouer à sa réalisation - Soins de nursing et assistance réalisées par les soignants, la famille et le médecin traitant <p>Critères d'Exclusion</p> <ul style="list-style-type: none"> - EHPAD avec déjà un système de soin palliatif mis en place équivalent - EHPAD possédant un guide de soin palliatif en accord avec les recommandations actuelles - EHPAD intégrées dans le développement du protocole 	<p>Coûts :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de 600,75 € chez les contrôles Versus diminution de 257,52 € pour le programme PACE - Analyse de sensibilité : coûts inférieurs de 983,23 € par résident (p = 0,02) - Diminutions des admissions hospitalières (économies de 919,51 € (p = 0,018)) - Diminution du nombre de nuits d'hospitalisation de 9 à 6 jours soit 30% (différence de 2,9 nuits entre les deux groupes). Augmentation de 0,7 nuits (groupe contrôle), diminution de 2,2 nuits (groupe intervention) - Diminution de 80,6% des coûts liés aux hospitalisations en gériatrie ou réanimation <p>Effet sur la qualité de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence de différence significative sur le EQ-5D-5L - Amélioration du QOD-LTC (différence moyenne de -1,09 au début de l'intervention et 3,19 points, 95 % CI 1,72-4,65 (p = 0,00) - Amélioration de 3,12 points du QOD-LTC dans le groupe intervention (37,84 à 40,96). - Amélioration du QOD-LTC dans le groupe contrôle (38,24 à 38,34). <p>Efficiéce :</p> <p>Bénéfice monétaire net évalué entre 20 000 € et 80 000 €.</p> <p>Conclusions</p> <p>Le programme PACE est efficient Différence de presque 3 nuits d'hospitalisation en moins dans le bras d'intervention</p> <p>Limites</p> <p>Traitement dichotomisé Biais de mémorisation (4 mois d'inclusion) Post-intervention ouverte (pas d'aveugle) Analyse de sensibilité non possible Focalisé sur le volume des prix au lieu des prix du marché</p>				

4.3.2 *Terminal patients in Belgian nursing homes : A cost analysis (39)*

Cette étude de cohorte rétrospective multicentrique menée en Belgique a comparé le coût des soins durant le dernier mois de vie chez les patients d'EHPAD entre ceux ayant bénéficié de soins palliatifs et ceux ayant bénéficié de soins usuels. 181 patients ont été inclus *a posteriori* parmi les résidents de 19 EHPAD sélectionnées. Les soins palliatifs étaient définis comme une absence de traitement curatif avec une gestion seule de la douleur et des symptômes. Les données concernant les coûts liés aux hospitalisations, les coûts fixes (correspondant aux salaires du personnel, les aides techniques, l'alimentation, les médicaments, les dépenses énergétiques, l'alimentation), les traitements administrés ainsi que les soins médicaux ont été recueillis à partir des dossiers médicaux. Les coûts ont été calculés par résident pour le mois précédant le décès. Les caractéristiques de l'étude sont résumées dans le tableau 4.

Les dépenses étaient inférieures pour les bénéficiaires de soins palliatifs dans leur dernier mois de vie (2 456 € chez les résidents avec soins palliatifs contre 3 822 € pour ceux recevant les soins usuels ($p = 0,068$)). Les coûts fixes (1 122 € +/- 423 € vs 1 306 € +/- 270 € soins palliatifs, $p = 0,009$), les dépenses pharmaceutiques (71 € +/- 66 € vs 113 € +/- 106 € soins palliatifs, $p = 0,002$) et les soins médicaux (72 € +/- 85 € vs 124 € +/- 102 € soins palliatifs, $p < 0,001$) étaient inférieurs dans le groupe contrôle. Les dépenses moyennes liées aux hospitalisations étaient au contraire significativement inférieures dans le groupe soins palliatifs (889 € +/- 2 421 € vs 2 536 € +/- 3 685 €, $p < 0,001$).

La gestion palliative des patients en fin de vie a permis une réduction des coûts par rapport aux patients ayant bénéficié de soins courants.

Tableau 4. Résumé de l'étude - Terminal patients in Belgian nursing homes : A cost analysis

	Intervention	Recueil des données	Méthodologie	Devise, prix	Perspective	Horizon temporel
	Comparaison des coûts entre les résidents bénéficiant de soins palliatifs et ceux bénéficiant de soins habituels	Inclusion 07/2007 - 12/2007 Réalisation de l'étude 01/2008 – 05/2009	Cohorte rétrospective multicentrique	2007/2008 - Euros	Système de santé	30 derniers jours avant le décès
	Population	Résultats				
Terminal patients in Belgian nursing homes: A cost analysis Simoens et al. - Eur J of Health econ - 2013 - 19 EHPAD - Belgique	N = 181	- Coûts moyens des soins pour un résident durant le mois précédant le décès 3 243 € (coûts hospitaliers 1 787 € (55 %), coûts fixes 1 256 € (39 %)) - Coûts moyens par résident durant le mois précédant le décès dans chaque bras : 3 822 € soins habituels vs 2 456 € soins palliatifs (p = 0,068) - Coût journalier moyen 49,6 €, Coût journalier moyen d'hospitalisation 391 € - Coûts supérieurs liés aux hospitalisations dans le groupe contrôle (2 536 € +/- 3 685 € vs 889 € +/- 2 421 € soins palliatifs) (p < 0,001) - Coûts fixes inférieurs dans le groupe contrôle (1 122 € +/- 423 € vs 1 306 € +/- 270 € soin palliatif) (p = 0,009) - Coûts liés aux dépenses pharmaceutiques inférieurs dans le groupe contrôle (71 € +/- 66 € vs 113 € +/- 106 € soins palliatifs) (p = 0,002) - Dépenses de soins médicaux inférieures dans le groupe contrôle (72 € +/- 85 € vs 124 € +/- 102 € soins palliatifs) (p < 0,001)				
	Répartition des résidents : 50 EHPAD public germanophone, 49 EHPAD Catholique germanophone, 50 EHPAD Catholique francophone, 32 EHPAD Francophone public					
	108 soins de routine versus 56 soins palliatifs versus 7 programme mixte					
	Critères d'inclusion Patients avec une pathologie chronique Critères d'exclusion Transfert dans un autre EHPAD pendant les 30 jours Admission dans les 30 jours précédant le décès Pathologie aiguë, mort subite, décès par iatrogénie	Conclusions Coûts des soins habituels supérieurs à ceux des soins palliatifs (hospitalisations plus longues) Le modèle de soins palliatifs doit être supporté car son coût est inférieur à celui des soins habituels (reflète mieux les besoins des patients en fin de vie) Limites Collecte des données avant et après l'intervention Validité interne limitée : petit échantillon de patients Biais de performance Caractéristiques démographiques incomplètes des patients : pas d'analyse ajustée en sous-groupe Différence de programmes entre les différentes institutions Coûts annuels convertis en coûts/patients sans distinction de statut palliatif ou non				

4.3.3 *Reducing time in acute hospitals: A stepped-wedge randomised control trial of a specialist palliative care intervention in residential care homes* (40)

Cet essai contrôlé randomisé a évalué l'impact clinique et économique du programme *Needs Rounds* sur la réduction de la durée et du nombre d'hospitalisations chez des résidents d'EHPAD. 567 résidents de 12 EHPAD australiens ont été inclus dans le programme *Needs Rounds*. Les caractéristiques de l'étude sont résumées dans le tableau 5.

L'intervention s'articulait autour d'un support direct par des consultations effectuées par des médecins de soins palliatifs ainsi qu'un support indirect sous la forme de *Needs Rounds* (47). Les *Needs rounds* étaient des réunions mensuelles entre le personnel de l'EHPAD et une équipe paramédicale formée aux soins palliatifs (infirmier(e) consultant et deux infirmier(e)s de l'EHPAD). Un médecin de soins palliatifs référent était joignable pour l'aide à la prise de décision. Un maximum de 10 résidents estimés à haut risque de décéder dans les 6 mois suivants étaient discutés à chaque réunion. Les réunions s'articulaient autour d'une *checklist* pratique et intégraient une analyse situationnelle au cas par cas de la gestion des symptômes, la rédaction des directives anticipées, la programmation anticipée des soins, la désignation de la personne de confiance et l'organisation si nécessaire de réunions avec le médecin traitant, le résident et le personnel soignant de l'EHPAD.

L'analyse économique a porté sur la différence de coûts liés aux hospitalisations passées entre les résidents inclus dans le programme *Needs Rounds* et ceux recevant des soins usuels. Le nombre d'hospitalisations chez les résidents inclus était inférieur de 23% (5,6 à 4,3 jours par mois) au nombre d'hospitalisations chez les résidents recevant des soins habituels. La durée d'hospitalisation était inférieure de 0,22 jours chez les résidents inclus en comparaison des résidents recevant des soins habituels (IC 95% -0,44 – 0,01 ; p = 0,038).

Les économies annuelles suite à l'instauration du programme *Needs Rounds* ont été estimées à 1 759 011 Dollars Australiens (\$A) pour tous les EHPAD inclus, soit des économies mensuelles de 14 866 \$A par site, incluant un coût annuel évalué à 381 716 \$A/an pour l'emploi de deux infirmiers. Le développement du programme *Needs Rounds* a permis des économies nationales en réduisant les hospitalisations, sans données sur l'impact sur la qualité de vie des résidents.

Tableau 5. Résumé de l'étude - Reducing time in acute hospitals : A stepped-wedge randomised control trial of a specialist palliative care intervention in residential care homes

	Intervention	Recueil des données	Méthodologie	Devise, prix	Perspective	Horizon temporel
	Intervention du programme <i>Needs Rounds</i> versus soins habituels	11 Avril 2017 – 30 juin 2018	Essai contrôlé randomisé par étape	Dollars australiens 2015/2016	-	-
Reducing time in acute hospitals : A stepped-wedge randomised control trial of a specialist palliative care intervention in residential care homes Forbat et al - Palliative medicine - 2019 - 12 EHPAD - Australie	Population	Résultats				
	N= 1700 567 résidents inclus dans le programme <i>Needs rounds</i> Age moyen 85 ans, homme n = 613 (36%) Comorbidités : Démence 34 %, pathologie cardiovasculaire 13 %, autre 38% 42 % des résidents avec un programme de fin de vie Durée de séjour durant la phase de contrôle 2 876 jours soit 74 mois Durée de séjour durant la phase d'intervention 3 385 jours soit 124 mois Critères d'inclusion / Exclusion aucun	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'hospitalisations inférieures de 23 % (5,6 à 4,3 par mois) dans le groupe soins palliatifs - Nombre de jours d'hospitalisations inférieur de 31 % (39 à 27 jours) dans le groupe soins palliatifs Réduction de la durée d'hospitalisation : différence ajustée de 0,22 jours (IC 9 5% - 0,44 -0,01 ; p = 0,038) - Economies mensuelles de 14 866 \$A par EHPAD Economies annuelles estimées 1 759 011 \$A - Coût annuel de l'emploi de personnel supplémentaire dédié 381 716 \$A <p>Conclusions Efficacité de l'intervention sur la réduction de la durée et le nombre d'hospitalisations. Economies directes par l'intermédiaire des transferts en ambulance et des soins post-hospitalisation</p> <p>Limites Taille de l'échantillon faible Coûts calculés reflétant le taux d'hospitalisation en convalescence pouvant sous-estimer le total des dépenses engagées Pas de calcul « dose-effet » Pas d'aveugle Implication variable des EHPAD Economies non linéaires (en plateau ou plus puissantes)</p>				

4.3.4 *Economic (gross cost) analysis of systematically implementing a programme of advance care planning (ACP) in three Irish nursing homes (41)*

Cette étude de cohorte prospective a été conduite dans 3 EHPAD en Irlande. 304 résidents âgés de plus de 65 ans ont été inclus dans l'analyse économique. Les caractéristiques de l'étude sont résumées dans le tableau 6.

L'objectif était d'analyser l'impact économique de la mise en place d'un programme de soins palliatifs nommé *Let-me-decide Advance care programme* (LMD-ACP). Le programme *Let-me-decide Advance care programme* se déroulait en deux phases. La première correspondait à un programme de formation aux soins palliatifs se déroulant sur quatre demi-journées. Il était proposé à tout le personnel soignant de l'EHPAD et était centré sur l'approche palliative, les symptômes et leur prise en charge. La deuxième phase du programme correspondait à la mise en place du programme LMD-ACP auprès des résidents. Il correspondait à la rédaction collaborative d'un projet personnalisé de soins avec le résident, son entourage, le médecin traitant et le personnel infirmier.

L'analyse a porté sur la différence de durée d'hospitalisation, du taux annuel d'hospitalisation et de la mortalité avant/après mise en place du programme.

Les économies réalisées par une diminution de la durée et du nombre d'hospitalisations ont été estimées entre 10-17,8 millions €/an pour le système de santé Irlandais, selon les hypothèses retenues pour l'estimation du coût des hospitalisations.

L'intervention a permis d'effectuer des économies et d'améliorer la qualité des soins en réduisant les hospitalisations. L'impact sur la qualité de vie des résidents n'a cependant pas été étudié.

Tableau 6. Résumé de l'étude - Economic (gross cost) analysis of systematically implementing a programme of advance care planning in three Irish nursing homes

	Intervention	Recueil des données	Méthodologie	Devise, prix	Perspective	Horizon temporel
	Programme LMD-ACP versus soins habituels	Inclusion (01/2010 – 06/2012) Post-intervention (07/2013 – 06/2015)	Cohorte prospective	Euros, ajusté selon inflation	-	-
	Population	Résultats				
<p>Economic (gross cost) analysis of systematically implementing a programme of advance care planning in three Irish nursing homes</p> <p>O'Sullivan et al. - BMC Res Notes - 2016 - 3 LTCFs - Irlande</p>	<p>N = 290</p> <p>2 établissements privés et 1 public Age moyen 85,9 ans, Femmes 67,3 %, 76,5 % en couple</p> <p>Critères d'Inclusion Tous résidents > 65 ans</p> <p>Critères d'exclusion aucun</p>	<p>- Economies sur les hospitalisations : entre 10 et 17,8 millions€/an - Augmentation de la durée d'hospitalisation : 7 à 9 jours - Diminution du taux annuel d'hospitalisation : incidence passant de 27,8 % à 14,6 % ; z = 3,96 ; p < 0,001 - Diminution de la probabilité d'hospitalisation : 0,28 par résident 0,15 (post-intervention) - Diminution de la durée de séjour à l'hôpital : 0,54 à 0,36 %, z = 8,85 ; p < 0,001 - Diminution du taux de décès hospitalier : 22,9 % à 8,4 % z = 3,22 ; p = 0,001</p> <p>- Baisse des coûts liés aux transferts en ambulance 0,4 million€/an</p> <p>Réductions attendues entre 17,7 et 42,4 € millions d'euros pour le système de santé Irlandais selon 3 scénarios Scenario 1 : durées d'hospitalisations à partir des références hospitalières et coût journalier 491 €/jour : 24 M€ Scenario 2 : durées d'hospitalisations issues de l'étude et coût journalier 857 €/jour : 17,7 M€ Scenario 3 : durées d'hospitalisations à partir des références hospitalières et coût journalier 857 €/jour : 42 M€</p> <p>Conclusions Economies et réduction significative de la durée de séjour et des transferts à l'hôpital.</p> <p>Limites Type d'intervention « avant-après » Impossibilité de calculer des coûts précis par manque de données Biais dans les caractéristiques des résidents qui peuvent évoluer au fil du temps Pas de données sur le coût du programme</p>				

4.3.5 *Economic impact analysis of an end-of-life programme for nursing home resident (42)*

Cet essai contrôlé randomisé a été mené sur 245 résidents de 7 EHPAD de Singapour.

L'objectif principal était de mesurer l'impact économique du Projet CARE sur le système de santé de Singapour. Les caractéristiques de l'étude sont résumées dans le tableau 7.

Le Projet CARE a été introduit pour permettre une anticipation des soins et la mise en place de soins palliatifs aux résidents en fin de vie. Le programme comprenait une formation du personnel soignant aux soins palliatifs ainsi que la mise en place d'un soutien spécialisé par des visites de gériatres hospitaliers, infirmiers et travailleurs sociaux de l'hôpital référent.

Les résidents étaient inclus selon les critères d'éligibilité. Les critères d'exclusion comprenaient des capacités mentales limitées et l'absence de famille proche.

Ensuite, les résidents (autant que possible) et leur famille étaient contactés pour discuter des directives anticipées et de l'anticipation des soins (ACP). Les décisions étaient prises avec le résident, sa famille, le personnel de l'EHPAD et l'équipe soignante du TTSH.

Lorsqu'un événement aigu ou une infection survenait, l'équipe du Projet CARE était activée pour traiter l'épisode. De même, lorsque le patient était en fin de vie, l'équipe du Projet CARE intervenait pour prodiguer des soins de support.

48 résidents ont été inclus dans le projet CARE. Le groupe contrôle était constitué d'une cohorte historique de 197 résidents décédés dans les deux années précédant le début du projet et ayant reçu des soins usuels.

Les coûts médicaux directs ont été comparés entre les résidents ayant bénéficié du projet CARE et ceux ayant bénéficié de soins usuels. Les évaluations ont été faites sur une période de 3 mois et 1 mois avant le décès.

Les coûts médicaux analysés étaient les visites médicales (médecins et infirmières), les coûts fixes des résidents et les hospitalisations.

Les économies réalisées ont été de 7 129 \$ Singapourien par résident (US\$1 = \$ SGD 1.3) (IC 95% 4 544 \$ SGD - 9 714 \$ SGD) durant les 3 derniers mois et 3 703 \$ SGD par résident (IC 95% 1 848 \$ SGD - 5 557 \$ SGD) durant le dernier mois de vie pour les résidents du projet *CARE*.

Le programme a permis une réduction des coûts principalement durant le dernier mois de vie (50 % des économies). Les économies ont été majoritairement réalisées sur la réduction des hospitalisations. Les données sur la qualité de vie des résidents n'ont pas été recueillies.

Tableau 7. Résumé de l'étude - Economic impact analysis of an end-of-life programme for nursing home residents

	Intervention	Recueil des données	Méthodologie	Devise, prix	Perspective	Horizon temporel
	Projet CARE versus soins habituels	Cas 09/2009 –01/2011 Contrôle 11/2007 – 09/2009	Essai contrôlé randomisé	2011 Dollars Singapouriens (\$ SGD) 1US\$ =1.3\$SGD	Système de santé	90 jours et 1 mois avant le décès
Economic impact analysis of an end-of-life programme for nursing home residents Teo et al. - Sage Journal Palliative Medicine - 2014 - 7 EHPAD - Quartier de l'Hôpital Tan Tock Seng - Singapour	Population		Résultats			
	N = 245 Cas 48 Age 88, femmes 60 %, chinois 94 %, Residence Assessment Form (RAF) 40, > 6 comorbidités 75 % Temps moyen passé en résidence 90 jours Contrôles 197 Age 86, femme 59 %, chinois 90 %, RAF 46, Temps moyen passé en résidence 84 jours > 6 comorbidités 20 %		- Economies 7 129 \$ SGD, - 45 % (IC 95 % 4 544 - 9 714 \$ SGD) durant les 3 derniers mois et 3 703 \$ SGD, - 48 % (IC 95 % 1 848 - 5 557 \$ SGD) durant le dernier mois - Economies sur les hospitalisations : 3 derniers mois 6 301 \$ SGD et dernier mois 3 647 \$ SGD. - Proportion des coûts d'hospitalisation inférieure dans le groupe CARE : 3 mois (42 % vs 68 % contrôle), 1 mois (51 % vs 80 % contrôle) - Plus de 50 % des économies du système de santé intervenant le dernier mois de vie - 86 % des coûts engagés dans les 30 jours avant le décès sont imputables au projet CARE chez les résidents inclus			
	Critères d'inclusion Risque de décès dans les 6 derniers mois ou l'année écoulée Critères d'exclusion Absence de famille proche Capacités mentales limitées		Conclusions Economies substantielles avec l'intégration d'un programme de soins palliatifs Limites Méthodologie quasi-expérimentale Biais de Sélection Défis éthiques de la construction d'un test « gold standard » Utilisation des dossiers des résidents ne pouvant garantir l'exactitude et la qualité des données Pas un essai contrôlé randomisé dans le sens strict du terme			

4.3.6 *Hospice Effect on Government Expenditures among Nursing Home Residents (43)*

Cette étude de cohorte rétrospective a inclus 5 774 résidents d'EHPAD de l'État de Floride. L'objectif était d'examiner les effets des soins palliatifs sur les dépenses de soins des résidents. Les soins palliatifs étaient délivrés après inclusion dans un système appelé *Hospice care* correspondant à des interventions d'équipes spécialisées gérées par des *Hospice agencies* auprès des résidents. Leur vocation est la prise en charge palliative et l'amélioration de la qualité de vie des résidents (12). Le financement provient des dépenses *Medicare* et n'est pas à la charge du résident. Les données ont été récoltées à partir des dépenses *Medicaid* et *Medicare* des résidents d'EHPAD décédés entre Juillet et Décembre 1999.

L'analyse économique a comparé les dépenses totales entre les bénéficiaires d'Hospice et ceux ayant bénéficié de soins usuels. Les caractéristiques de l'étude sont résumées dans le tableau 8. Une diminution des dépenses gouvernementales de 6 % a été rapportée après l'inclusion dans un *Hospice* durant le dernier mois de vie. Les résultats diffèrent en fonction du diagnostic et de la durée de séjour dans l'EHPAD. Des économies entre 13 % et 9 % ont été rapportées chez les résidents atteints de cancer (-1 453 \$ d'économies chez les résidents séjournant en EHPAD moins de 90 jours

(13 %), contre -663 \$ chez les résidents séjournant en EHPAD plus de 90 jours (9 %)). Des économies de 22 % ont été rapportées dans le mois précédant le décès parmi les résidents avec un séjour inférieur à 90 jours, quel que soit le diagnostic. Des dépenses supplémentaires de 14 % ont été rapportées chez les résidents de long séjour avec un diagnostic autre qu'un cancer ou une démence.

Le programme a permis une réduction des coûts globale de 6 % avec des économies plus importantes chez les résidents atteints de cancer ou avec un séjour court. Il a néanmoins entraîné un surcoût chez les résidents atteints d'autres pathologies et avec un séjour plus long.

Tableau 8. Résumé de l'étude - Hospice Effect on Government Expenditures among Nursing Home Residents

	Intervention	Recueil des données	Méthodologie	Devise, prix	Perspective	Horizon temporel
	Comparaison des coûts entre les utilisateurs d'hospice et les autres	1998-1999	Cohorte Rétrospective	Dollars \$ américain	Système de santé	6 derniers mois de vie 07/1999- 12/1999
	Population	Résultats				
<p>Hospice Effect on Government Expenditures among Nursing Home Residents</p> <p>Gozalo et al.</p> <p>-</p> <p>Health Research and Educational Trust</p> <p>-</p> <p>2008</p> <p>-</p> <p>Floride</p>	<p>N = 5 774</p> <p>Taux d'utilisation des Hospice 23 % (n = 1 308)</p> <p>Age moyen 84,9 ans, Femmes 71 %, non-blanc 21 %</p> <p>Parmi les résidents de courte durée : plus d'hommes, non blancs avec plus de cancers et de comorbidités mais moins de troubles cognitifs</p>	<p>Diminution des dépenses gouvernementales de 6 % après inclusion dans un Hospice</p> <p><u>Résultats différents en fonction des comorbidités :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Economies de 22 % (Medicaid/Medicare combinées) dans le mois précédant le décès parmi les résidents séjour < 90 jours - Coûts neutres pour les résidents déments - Dépenses additionnelles de 14 % chez les résidents > 90 jours avec un autre diagnostic (autre que cancer et démence) - Economies chez les résidents atteints d'un cancer : 1 453 \$ (13 %) court séjour, 663 \$ (9 %) long séjour - Effet de substitution entre les dépenses Medicare et Medicaid parmi les résidents < 90 jours, augmentation des dépenses Medicaid. 				
	<p>Critères d'Inclusion</p> <p>Tous résidents décédés durant la 2^e moitié de l'année 1999</p> <p>> 65 ans</p> <p>Eligibles au système Medicaid et éligibles durant au moins le dernier mois de vie</p> <p>Critères d'exclusion</p> <p>Résidents inclus dans un programme de soin géré par Medicare</p>	<p>Conclusions</p> <p>Diminution des dépenses Medicare/Medicaid dans le mois précédant le décès, parmi les résidents de courte durée</p> <p>Limites</p> <p>Pas de généralisation possible</p> <p>Pas d'aveugle, pas de contrôle</p> <p>Impossibilité d'estimer les coûts au-delà du dernier mois</p>				

4.3.7 *Effect of hospice use on Costs of Care for Long Stay Nursing Home Decedents (44)*

Cette cohorte rétrospective observationnelle américaine a comparé les dépenses engagées chez les résidents d'EHPAD de longue durée (> 90 jours) selon l'inclusion ou non dans un programme d'*hospice care*. Les données ont été recueillies chez 2510 résidents d'EHPAD de l'Indiana ayant séjourné en EHPAD entre 1999-2009.

Les caractéristiques de l'étude sont résumées dans le tableau 9.

De manière générale, l'inclusion dans un programme d'*Hospice* n'a pas entraîné d'augmentation des dépenses pour les résidents de séjour de longue durée dans les 6 derniers mois de vie. Les économies variaient selon la période étudiée avant le décès. Des dépenses significativement inférieures ont été rapportées dans les sept derniers jours de vie chez les utilisateurs d'*Hospice* 2 132 \$ ± 6 337/résident en comparaison des non-utilisateurs 5 034 \$ ± 9 367/résident, chez les bénéficiaires *Medicare*.

L'inclusion dans un programme de soins palliatifs n'a pas entraîné d'augmentation des dépenses dans les 6 derniers mois de vie. Des économies sont rapportées dans la dernière semaine de vie chez les résidents inclus dans le programme *Hospice care*.

Tableau 9. Résumé de l'étude - Effect of hospice use on Costs of Care for Long Stay Nursing Home Decedents

	Intervention	Recueil des données	Méthodologie	Devisé, prix	Perspective	Horizon temporel
	Comparaison des coûts entre les utilisateurs d'hospice et les autres	1999-2009	Cohorte Rétrospective	Décembre 2009 dollars \$	Système de santé	6 derniers mois de vie : 2, 7, 14, 30, 90, 180 j avant le décès
	Population	Résultats				
<p>Effect of hospice use on Costs of Care for Long Stay Nursing Home Decedents</p> <p>Unroe. K et al. - The American Geriatrics Society - 2016 - Indiana</p>	N = 2510	<p>Economies significatives chez les bénéficiaires Medicare à 7 jours ($p < 0,001$) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 132 \$ ± 6 337 Hospice (le contributeur principal aux coûts correspond aux soins palliatifs) - 5 034 \$ ± 9 367 soin courant (le contributeur principal correspond aux hospitalisations) 				
	<p>Bénéficiaires d'un Hospice 35 % soit n = 888</p> <p>Temps moyen passé dans les hospices : 103 jours (médiane 34 jours)</p> <p>Comorbidités : Cancer 42 %, directives « ne pas réanimer » 42 %, troubles cognitifs 69 %, Niveau de dépendance (ADL) 17,9</p>	<p><u>Chez les résidents éligibles Medicare et Medicaid :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Coûts Medicaid inférieurs pour les utilisateurs d'Hospice à J2 avant décès : 281 \$ +/- 521 soin courant vs 246 \$ +/- 299 Hospice ($p = 0,01$). - Coûts Medicare inférieurs pour les autres périodes (90 jours et moins) 				
	Contrôles 65 % n = 1622	<p><u>Après retrait des hospitalisations à 48h et 72h avant le décès :</u></p> <p>Economies (Medicare) significatives aux périodes 2-, 7-, 14-, et 30 jours ($p < 0,001$ pour chacun). Economies significatives ($p = 0,04$) à 90 jours avec un retrait à 48h.</p>				
	<p>Critères d'Inclusion Résidents âgés de plus de 65 ans et ayant une couverture de soins médicaux</p> <p>Critères d'Exclusion Aucun</p>	<p><u>Analyse sur la durée de séjour en Hospice :</u></p> <p>Coûts Medicare inférieurs dans la dernière semaine de vie pour un séjour < 7 jours pour les utilisateurs d'Hospice (3 727 \$ +/- 8 687) versus soins courants (5 231 \$ +/- 9 455) ($p = 0,009$)</p> <p>Coûts inférieurs sur les périodes de 8 à 30 jours.</p> <p>Après retrait des hospitalisations à 48h et 72h, absence de différence pour les séjours < 7 jours</p> <p>Conclusions L'utilisation des soins palliatifs n'augmente pas les dépenses chez les résidents > 90 jours au cours des 6 derniers mois de vie</p> <p>Limites Limité à une cohorte pauvre, non-blanche, et avec comorbidités – limitant la généralisation Beaucoup de cancers parmi les résidents Durée d'observation longue : augmentation importante du nombre d'Hospice Pas d'évaluation de la qualité de vie</p>				

4.3.8 *Changes in Medicare Costs with the growth of Hospice Care in Nursing Homes (37)*

Cette étude de cohorte rétrospective a inclus 786 328 résidents d'EHPAD américains en 2004 et 2009.

L'objectif a été de mesurer le coût d'utilisation du programme *Hospice* dans les EHPAD entre 2004 et 2009. Les caractéristiques de l'étude sont résumées dans le tableau 10.

Le développement des *Hospice* a été associé à une diminution de l'agressivité des soins à l'approche du décès par une baisse des admissions en réanimation (1,1 %), une baisse modeste de la pénibilité des familles 2,4 % (3 à 1,8) et une baisse de la nutrition entérale (1,2 %).

Le développement des *Hospice* entre 2004 et 2009 a été associé à une augmentation des dépenses *Medicare* de 6 761 \$ par résident durant la dernière année de vie (IC 95 % 6 335 \$ - 7 186 \$). Les dépenses supplémentaires pour les soins d'*Hospice* (10 191 \$) ont été supérieures aux économies liées à la réduction des hospitalisations et autres soins (3 430 \$).

Les économies réalisées par la réduction des hospitalisations ont été moins compensées par les dépenses liées au programme d'*Hospice* entraînant une augmentation générale des dépenses *Medicare*.

4.4 Qualité des études

La synthèse de l'analyse qualitative des articles à partir de la grille CHEERS est présentée dans le tableau 11.

L'analyse qualitative des études, basée sur la grille d'évaluation des études médico-économiques CHEERS, a montré qu'une étude est d'« excellente qualité » (38), cinq sont de « très bonne qualité » (37,39,42–44) et deux sont de « faible qualité » (40,41). Une seule étude a réalisé une analyse médico-économique. Les autres résultats présentés relèvent de l'analyse économique sans évaluation de l'état de santé des résidents.

Certains items de la grille CHEERS concernaient des modèles analytiques, qui n'étaient pas réalisés dans les études retrouvées, et n'étaient donc pas applicables dans cette évaluation qualitative.

Le titre, la méthode et les principales conclusions étaient généralement de bonne qualité. La méthode d'analyse a été partiellement décrite ou n'a pas été décrite dans les études de moins bonne qualité.

L'horizon temporel a été correctement mentionné dans 6 études sur 8, les deux restantes étant finalement de faible qualité. L'item le plus partiellement décrit était l'analyse de l'incertitude.

Tableau 10. Résumé de l'étude - Changes in Medicare Costs with the growth of Hospice Care in Nursing Homes

	Intervention	Recueil des données	Méthodologie	Devise, prix	Perspective	Horizon temporel
	Comparaison des coûts entre les utilisateurs d'hospice en 2009 versus résidents appariés non-utilisateurs mais éligibles en 2004	2004-2009	Cohorte rétrospective	Ajusté à l'inflation de 2007 \$	Système de santé	Dernière année de vie
	Population	Résultats				
<p>Changes in Medicare Costs with the growth of Hospice Care in Nursing Homes</p> <p>Gozalo et al.</p> <p>-</p> <p>The New England Journal of Medicine</p> <p>-</p> <p>2015</p> <p>-</p> <p>USA</p>	<p>N = 786 328</p> <p>Proportion de résidents éligibles aux Hospices 27,6 % en 2004 versus 39,8 % en 2009</p> <p>Cohorte similaire (âge moyen 85 ans, femmes 65 %, Cancer 25 %)</p> <p>Moyenne de séjour : 72,1 jours en 2004 versus 92,6 jours en 2009</p> <p>Comorbidités principales : cancer 15 %, démence 46 %, 10 % les deux</p> <p>Critères d'inclusion</p> <p>Résidents âgés de plus de 67 ans au moment du décès et pris en charge par <i>Medicare</i> dans leurs 2 dernières années de vie</p> <p>Critères d'exclusion</p> <p>Evaluation faite plus de 120 jours avant le décès</p>	<p>Augmentation des dépenses <i>Medicare</i> de 6 761\$ (IC 95 % 6 335 \$ - 7 186 \$)</p> <p>Dépenses plus importantes pour les soins d'Hospice 10 191 \$ en comparaison de la réduction des coûts à l'hôpital & autres soins 3 430 \$</p> <p>Probabilité plus importante de bénéficier d'un hospice pour les résidents d'établissement privé (odds ratio ajusté 1,20 ; IC 95% 1,18 – 1,22) et coûts associés en augmentation nette 3 461 \$ (IC 95 % 2 770 \$ - 4 152 \$)</p> <p><u>Analyse de sous-groupe :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - cancer : Augmentation des dépenses la plus faible +2 180 \$ (IC 95 % 826 \$ - 3 534 \$) - Sans comorbidité : Augmentation des dépenses la plus importante +8 592 \$ (IC 95 % 8 126 \$ - 9 058 \$) <p>Diminution importante dans l'agressivité des soins en 2009 chez les résidents pris en charge par un Hospice :</p> <ul style="list-style-type: none"> - baisse des admissions en réanimation 1,1 % (vs 5,9 %), ajusté 7,1 %. - baisse modeste de la pénibilité 2,4 % (3 à 1,8) et de la nutrition entérale 1,2 % (1,6 à 0,8) <p>Conclusions</p> <p>L'augmentation des soins palliatifs est associée à une diminution de l'agressivité des soins à l'approche du décès mais une augmentation des dépenses de <i>Medicare</i></p> <p>Limitations</p> <p>Pas de généralisation possible aux résidents bénéficiant des avantages de <i>Medicare</i> et les non-résidents d'EHPAD</p> <p>Pas d'analyse de la qualité de vie</p>				

1. Tableau 11. Evaluation qualitative complète d'après la grille CHEERS

Auteurs		Wichmann 2020	Simoens 2013	Forbat 2019	O'Sullivan 2016	Teo 2014	Unroe 2016	Gozalo 2008	Gozalo 2015
Items									
1	Titre	1	0,5	0	0,5	1	1	1	1
2	Résumé	0,5	1	0,5	0	1	1	1	1
3	Introduction	1	1	1	1	1	1	0,5	0
4	Population cible	0,5	1	0,5	0,5	1	1	1	1
5	Localisation géographique	1	1	0,5	0	0	0,5	0,5	0
6	Perspective de l'étude	1	0,5	0	0	1	1	1	0
7	Comparateurs	1	0,5	1	1	0,5	0,5	0,5	1
8	Horizon temporel	1	1	0	0	0,5	1	1	1
9	Taux d'actualisation	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
10	Critères de jugement	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
11	Mesure de l'efficacité	0,5	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
12	Système de valorisation	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
13	Coûts et ressources	1	1	0	0,5	1	0,5	0,5	0,5
14	Devise, conversion	1	1	1	0	1	1	0	0,5
15	Choix du modèle	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
16	Hypothèses du modèle	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
17	Méthode d'analyse	1	0	0	0	1	0,5	1	1
18	Paramètres de l'étude	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
19	Coûts incrémentaux	0,5	1	0	0	1	0,5	1	0,5
20	Analyse de l'incertitude	1	0	0	0,5	0,5	0,5	0,5	1
21	Hétérogénéité	0	NA	NA	NA	NA	1	1	1
22	Discussion et limites	1	0,5	0,5	1	1	1	1	0,5
23	Financement	1	1	1	0,5	0,5	1	1	1
24	Conflits d'intérêts	1	1	1	1	1	1	0	1
Note totale		16/18	12/17	7/16	6,5/16	13/16	14/17	12,5/17	12/17
Pourcentage d'adéquation		89 %	71 %	44 %	41 %	81 %	82 %	74 %	71 %
Qualité		Excellente	Très bonne	Faible	Faible	Très bonne	Très bonne	Très bonne	Très bonne

5 Discussion

5.1 Effet sur les hospitalisations

L'hospitalisation a été l'indicateur privilégié par la plupart des études pour évaluer l'efficacité des interventions de soins palliatifs en EHPAD. Les évaluations ont porté sur le coût et la durée des hospitalisations.

Les hospitalisations apparaissent comme le poste de dépenses le plus important parmi les dépenses engagées en fin de vie chez les résidents d'EHPAD (41), altèrent la qualité de vie des résidents en fin de vie, induisent un risque majeur de complications, voire de décès, ainsi qu'un déclin fonctionnel accéléré (48).

La mise en place des interventions de soins palliatifs a pu diminuer le nombre et/ou la durée des hospitalisations. Certaines interventions ont permis une réduction d'environ 23 % du nombre d'hospitalisations (40) et d'autres ont permis une réduction de la durée d'hospitalisation de presque 3 jours (38).

Les résidents ont été moins souvent hospitalisés, et c'était pour des durées plus courtes lorsqu'ils l'étaient (40).

La diminution de la durée et/ou du nombre des hospitalisations ont été associées à des économies sur la totalité des dépenses engagées en fin de vie (42), de l'ordre de 919,3 € par résident dans un programme européen (38). Dans un autre essai, le surcoût lié aux hospitalisations des résidents sans soins palliatifs a été supérieur au surcoût lié à la mise en place du programme de soins palliatifs (39).

Le choix des hospitalisations comme indicateur de l'efficacité des interventions de soins palliatifs semble justifié par le fait que la majorité des dépenses de fin de vie sont liées à des hospitalisations ou à une admission dans un service d'urgence (38).

L'intervention des équipes spécialisées en soins palliatifs semble donc faciliter la coordination et l'anticipation des soins permettant d'éviter ces hospitalisations.

Cependant, cet indicateur résume une diversité de situations dans lesquelles l'hospitalisation serait appropriée ou inévitable (49) au regard de la balance individuelle entre le bénéfice et les risques d'une hospitalisation (50), notamment en dehors des situations de fin de vie. Les économies ainsi réalisées par la réduction des hospitalisations ou de leur durée pourraient

masquer des résultats plus contrastés en termes de qualité de vie des résidents. Dans certaines situations comme chez les résidents déments, la décision d'hospitalisation n'est pas efficace (51) mais les résidents d'EHPAD avec des besoins de soins complexes peuvent nécessiter une prise en charge hospitalière pour assurer leur qualité de vie. Ces résidents ont généralement de lourdes comorbidités (52) pouvant allonger leur durée d'hospitalisation (41) ou favoriser leur hospitalisation après un transfert aux urgences, augmentant ainsi les dépenses (53). Le nombre et la durée des hospitalisations des résidents sont donc des indicateurs pertinents mais insuffisants de l'efficacité des interventions de soins palliatifs en EHPAD.

5.2 Qualité de vie avant le décès

La qualité de vie des résidents d'EHPAD est l'objectif principal d'une prise en charge palliative, et son évaluation peut reposer sur de nombreuses échelles (54).

Cependant, une seule étude recensée dans cette revue a inclus la qualité de vie comme indicateur d'efficacité des interventions de soins palliatifs (38), en utilisant les échelles EQ-5D-5L et QOD-LTC, et permettant donc la réalisation d'une étude médico-économique.

L'intervention de soins palliatifs a été associée à la fois à une amélioration de la qualité de vie des résidents (3,12 points gagnés sur l'échelle QOD-LTC, de 37,84 avant intervention à 40,96 après intervention) et à une réduction des coûts avec un bénéfice monétaire net entre 20 000 € et 80 000 € par QALY.

La littérature qualitative confirme l'amélioration de qualité de vie des résidents d'EHPAD après intervention de soins palliatifs, et l'associe à une meilleure prise en charge des douleurs, de la dépression, et de l'entourage familial (55–58).

Les interventions de soins palliatifs permettent des économies tout en améliorant la qualité de vie des résidents d'EHPAD en fin de vie.

5.3 Coût des programmes

L'évaluation médico-économique d'un programme de santé doit comparer les surcoûts qu'il engendre avec les économies qu'il permet de réaliser.

Deux études ont intégré dans leur analyse statistique le coût du programme.

La mise en place d'un programme de soins palliatifs était associée à une augmentation des dépenses fixes liées à la partie hébergement, des dépenses pharmaceutiques et des soins médicaux pour les résidents bénéficiant du programme (39).

Dans le Projet CARE, les dépenses imputables au fonctionnement du programme comptaient pour 70 % à 80 % du budget total de soins dans les 3 derniers mois de vie avec une grande majorité des dépenses, environ 86 % des coûts, engagée dans les 30 jours avant le décès (42).

Dans les deux études, les coûts et surcoûts des programmes étaient inférieurs aux économies réalisées par la réduction des hospitalisations.

Ces résultats contrastent avec des résultats américains, où le développement des *Hospice* a été associé à des surcoûts (10 191 \$) non compensés par les économies liées à la réduction des hospitalisations et autres soins (3430 \$) (37). Cette augmentation a été expliquée par le fonctionnement et aux critères d'inclusion dans le programme d'*Hospice*, où une durée d'inclusion en *Hospice* plus longue a été plus coûteuse et où certains résidents pourtant éligibles n'en ont pas bénéficié.

5.4 Modalités d'intervention

Quatre modalités d'intervention de soins palliatifs ont été évaluées dans les études identifiées par cette revue systématique de la littérature : l'anticipation des besoins de soins (ACP), la formation du personnel aux soins palliatifs, l'intervention clinique et la mise en œuvre de systèmes pouvant s'apparenter à des hospitalisations directement au sein de l'EHPAD.

Ces modalités d'intervention avaient déjà fait l'objet d'une évaluation de leur efficacité pour diffuser la pratique des soins palliatifs en EHPAD. En 2011, une revue systématique de la littérature avait mis en évidence l'efficacité du repérage des résidents éligibles à des soins palliatifs, la formation du personnel et le développement d'une expertise de soins palliatifs au sein des EHPAD (59). En 2020, une autre revue systématique avait ajouté que l'anticipation des besoins de soins était associée à une amélioration de la prise en charge palliative des résidents, et confirmait la place de la formation du personnel (apprentissage des concepts généraux et de la philosophie en séminaires, compagnonnage sur les pratiques palliatives) et de l'intégration d'une équipe de soins palliatifs au sein de l'établissement (60).

Cette revue de la littérature apporte un éclairage complémentaire sur leur efficacité respective.

5.4.1 L'anticipation des besoins de soins (*advance care planning*).

L'anticipation des besoins de soins a été intégrée dans quatre programmes de soins palliatifs retrouvés dans cette revue : *LMD-ACP*, *Project CARE*, *Needs Rounds* et *PACE*. Dans chaque programme, l'anticipation était présentée comme une étape du programme et n'était jamais envisagée comme une finalité dans la prise en charge.

La littérature suggère une efficacité de la mise en place d'une anticipation des besoins de soins sur la réduction des hospitalisations des résidents (61) et une réduction des coûts. Au Canada, une intervention ciblée sur l'anticipation des besoins de soins a été suivie d'une diminution des hospitalisations et des coûts (62). Une revue systématique a suggéré son efficacité mais l'hétérogénéité des critères de jugement et la qualité insuffisante des études analysées ne permettait pas d'en tirer des recommandations robustes. Dans la plupart des situations, l'intervention de soins palliatifs ne se limitait pas à la seule anticipation des besoins mais s'intégrait dans un projet plus général (63). L'anticipation des besoins de soins pourrait donc être une modalité indispensable mais insuffisante pour assurer l'efficacité des interventions de soins palliatifs en EHPAD.

5.4.2 La formation du personnel des EHPAD aux soins palliatifs

Quatre études ont recherché l'efficacité d'une formation du personnel soignant dans la démarche palliative. Cette formation était effectuée par du personnel extérieur à l'EHPAD ou du personnel soignant de l'établissement préalablement formé à l'extérieur.

Les interventions recensées débutaient systématiquement par une formation du personnel sur plusieurs demi-journées afin de le sensibiliser à la démarche palliative, y compris à la prise en charge des symptômes. L'efficacité de la formation en soins palliatifs du personnel soignant semble être associée à une diminution des traitements invasifs et des hospitalisations (64).

Mais le coût de la formation du personnel représente une part non négligeable des dépenses de l'établissement et peut être difficilement soutenable en cas de difficulté de fidélisation du personnel (40,65)

La formation des personnels d'EHPAD aux soins palliatifs serait donc efficace, à condition d'assurer leur fidélisation.

5.4.3 Consultations par les équipes spécialisées en soins palliatifs

L'intervention clinique par le biais de consultations a été recensée dans 2 études.

L'organisation de consultations spécialisées de soins palliatifs, au sein de l'EHPAD ou en télé-médecine, lorsqu'une situation le justifiait a été associée à une réduction des hospitalisations (66) en particulier pour les résidents avec une démence (67). L'efficacité des consultations de soins palliatifs a été démontrée pour des consultations à l'hôpital (68), mais reste incertaine pour des consultations en EHPAD.

Dans le *projet CARE* (42) les consultations se déroulaient principalement en fin de vie alors que dans le projet *Needs Rounds* (40), elles se déroulaient à l'inclusion des résidents en télé-expertise, puis au besoin en personne ultérieurement. Les études n'ont pas démontré de différence d'efficacité selon le moment de la consultation dans le parcours du résident.

Le temps idéal de l'intervention n'est pas défini mais il semblerait que l'efficacité soit en lien avec la précocité du repérage des situations (67).

5.4.4 « Hospitalisation » au sein de l'EHPAD

Le dernier modèle d'intervention correspond à celui des *Hospice care*. C'est un modèle principalement développé aux Etats-Unis (69). Il repose sur un partenariat entre une *Hospice Agency* et l'EHPAD. Les résidents en fin de vie sont inclus dans le programme et bénéficient d'une intervention en plus des soins courants prodigués par le personnel de l'EHPAD. Les *Hospice care* permettent une mobilisation transitoire des ressources humaines à disposition des résidents pour la gestion des symptômes, les soins d'hygiène, le soutien aux familles. Cette prise en charge vient en complément des soins courants. La transposition littérale à notre système de santé n'est actuellement pas possible.

Les signaux retrouvés dans la littérature sont en faveur d'un avantage médico-économique dans l'utilisation des *Hospice* dans les EHPAD (70,71).

L'expansion des *Hospice* ces vingt dernières années est associée à une augmentation des dépenses en lien avec ces soins. Néanmoins, le meilleur développement et l'intégration de cette philosophie de soins au sein des EHPAD est associée à un impact médico-économique favorable.

Les éléments en faveur d'un impact médico-économique favorable semblent être la combinaison des différentes modalités d'intervention (60). Les équipes spécialisées jouent un rôle central en assurant la formation du personnel, la diffusion de la culture palliative et l'expertise palliative pour les soins des résidents.

5.5 Qualité des études

Une version actualisée de la grille a été publiée en début d'année 2022. L'analyse des articles a été effectuée antérieurement en s'appuyant sur la version publiée en 2013. Les différences entre les deux versions sont minimes et ne modifient pas la validité du travail.

La bonne qualité méthodologique de la plupart des études retrouvées renforce la validité externe des résultats de cette revue.

Un horizon temporel court, tel que retenu par la plupart des études retrouvées, semble valide pour l'évaluation économique en fin de vie car la majorité des dépenses s'effectuent dans les 6 derniers mois de vie (72).

Cependant, l'absence d'analyse en sous-groupe dans les études retrouvées ne permet pas de prendre en compte l'hétérogénéité de la population étudiée ni d'apprécier la différence d'effets des interventions selon les situations cliniques ou les profils de résidents.

L'analyse économique a été effectuée *a posteriori* et n'avait pas été prévue dans les protocoles des études rétrospectives contrairement aux études interventionnelles.

5.6 Implications pour les pratiques

Ce travail a débuté avant la survenue de la pandémie de COVID-19.

Elle a fortement touché les établissements médico-sociaux français, et en particulier les EHPAD. Selon une enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 75 % des EHPAD ont eu au moins un résident infecté et un établissement sur cinq a connu un épisode dit « critique », au cours duquel au moins 10 résidents ou 10 % de l'ensemble des résidents sont décédés. Au total, 5 % des résidents sont décédés, soit 29 300 décès (73).

Cette surmortalité parmi les résidents est également retrouvée à l'international (74) comme en Espagne, où 68,1 % des décès dus au COVID-19 se sont déroulés en EHPAD (75).

Cependant, la mortalité importante de la première vague française n'a pas été observée durant la seconde vague malgré une hausse du nombre de cas (73,76). Une des hypothèses avancées est l'amélioration de la prise en charge des résidents entre les deux vagues par une meilleure coordination des soins entre le milieu hospitalier et les EHPAD (73).

Des initiatives se sont développées en France comme à l'international (77) et dans ce contexte de saturation du système hospitalier, les équipes mobiles ont pu jouer un rôle de coordination majeur dans la gestion de l'épidémie. Le Conseil de défense et de sécurité nationale a publié en Septembre 2020 un *plan de lutte contre l'épidémie de COVID-19 dans les établissements*

médico-sociaux hébergeant des personnes à risque de forme grave de COVID-19 (78). Ce plan prévoyait la mobilisation « d’astreintes de gériatrie et de soins palliatifs ». Cette mobilisation s'appuyait sur les équipes déjà existantes et présentes sur le terrain et renforçait le rôle d’expertise des EMSP conjointement à la mobilisation des HAD pour coordonner la prise en charge des résidents et atténuer la tension hospitalière.

Ce nouvel élan d’initiatives locales appuyées par des recommandations nationales s’inscrit dans l’actualité du 5^e plan national 2021-2024 pour les soins palliatifs et l’accompagnement de fin de vie (19) présenté par le ministre de la santé Olivier Véran. La crise sanitaire a mis en lumière la situation des résidents et de la fin de vie dans les EHPAD (73). Dans ce contexte, le SÉGUR de la santé a réaffirmé la place des EHPAD dans le paysage de la santé en revalorisant les salaires du personnel soignant (79) et en investissant dans la rénovation des établissements, la médicalisation et l’ouverture sur le bassin de vie qui les entoure (80).

Dans un objectif de maillage territorial de l’offre de soins palliatifs, ce nouveau plan s’attache à renforcer les équipes mobiles de soins palliatifs et préserver leur expertise par l’allocation d’un budget supplémentaire de 5 M€ en 2021 et 16 M€ en 2022. L’allocation budgétaire supplémentaire supporte, entre autres, les 180 astreintes de soins palliatifs, combinées aux astreintes en gériatrie développées en début de pandémie (19).

La crise sanitaire a renforcé la considération des équipes spécialisées en soins palliatifs, appuyée par l’actuel 5^e plan national 2021-2024 récemment annoncé.

L’impact médico-économique positif de leurs interventions est un signal favorable à la poursuite de cette dynamique engagée à travers les différents plans gouvernementaux de développement des soins palliatifs.

5.7 Forces de l’étude

A notre connaissance, il s’agit de la seule revue systématique des études médico-économiques évaluant l’intervention des équipes spécialisées en soins palliatifs en EHPAD.

Le grand nombre de bases de données interrogées, incluant également des bases de données en économie, en assure un haut niveau d’exhaustivité.

Les indicateurs employés pour l’évaluation sont comparables entre les études. Le choix des indicateurs est cohérent et en accord avec les données de la littérature.

L’évaluation méthodologique a été réalisée avec la grille CHEERS, un outil validé dans cette indication (32).

Il existe une convergence apparente des résultats en faveur d'une intervention des équipes spécialisées en soins palliatifs en EHPAD.

Les interventions évaluées dans les études retrouvées avaient également montré, par ailleurs, leur efficacité clinique pour améliorer la qualité de vie des résidents en situation palliative. L'association de l'efficacité économique des interventions et de leur efficacité clinique suggère ainsi l'efficacité des équipes mobiles de soins palliatifs en EHPAD, sans toutefois permettre d'en identifier les déterminants

5.8 Limites de l'étude

Parmi toutes les études répertoriées, une seule rapporte une analyse médico-économique, les autres rapportant des analyses seulement économiques dans lesquelles les objectifs cliniques ne sont pas évalués. L'interprétation des données médico-économiques doit rester prudente.

D'un point de vue éthique, les décisions médicales et organisationnelles ne peuvent pas s'appuyer que sur des données économiques. Elles doivent prioritairement prendre en compte l'intérêt du résident et sa qualité de vie en y ajoutant idéalement des données économiques. Les données ne nous permettent donc pas de tirer des recommandations pour le changement des pratiques.

Certaines études ont rapporté des économies pour un système de santé tandis que les autres ont rapporté des économies à l'échelle du résident. Cette hétérogénéité dans l'appréciation des coûts est un facteur limitant à la synthèse et la généralisation des résultats.

Une synthèse des modalités d'intervention a été proposée pour tenter d'apporter une présentation harmonisée des pratiques. Le contexte d'évaluation des études et les modalités d'intervention évaluées constituent une limite à la transposabilité des résultats dans notre système de santé. Par exemple, le système de santé américain et l'éligibilité aux *Hospice* semblent très éloignés de notre système de sécurité sociale pour une adaptation des pratiques.

La diversité des interventions et les différences intrinsèques de l'organisation des soins palliatifs à travers le monde n'ont donc pas permis de transposer toutes les modalités au système de santé français.

6 Conclusion

Cette revue de la littérature présente des résultats en faveur de l'intervention d'équipes spécialisées en soins palliatifs dans les EHPAD, qui ont été associées à des économies pour le système de santé dans lequel elles ont été évaluées. Les principales économies ont été réalisées par la réduction du nombre et de la durée des hospitalisations. Ce résultat reste cependant insuffisant pour orienter une évolution des pratiques, dans la mesure où il ne prend pas en compte les objectifs cliniques pour les résidents.

Une seule étude a intégré cette dimension clinique dans l'évaluation, constituant une véritable analyse médico-économique et évaluant ainsi l'efficacité des interventions spécialisées de soins palliatifs en EHPAD.

Les déterminants de l'efficacité des interventions spécialisées de soins palliatifs en EHPAD n'ont pas pu être identifiés formellement mais semblent être une combinaison de différentes modalités d'intervention comme la formation du personnel, l'anticipation des besoins de soins, l'intervention clinique et la mobilisation de ressources humaines et techniques supplémentaires directement au sein de l'EHPAD.

Les EMSP peuvent jouer un rôle central dans la démarche de soins palliatifs en EHPAD. La pandémie de COVID-19 a pu stimuler leur articulation avec les EHPAD, une dynamique également soutenue par le plan national pour le développement des soins palliatifs en France. Cependant, la littérature reste insuffisante pour identifier formellement les déterminants de l'efficacité des équipes mobiles de soins palliatifs en France lorsqu'elles interviennent en EHPAD, soutenant la nécessité de réaliser une évaluation médico-économique en contexte français.

Toulouse, le 10.02.2022

le 7 02.2022

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de médecine Rangueil
Eric SERRANO

y. Rolland.

7 Références

1. Assurance maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021. 2020 Juillet.
2. Ministère du travail et de la prévoyance sociale. Loi du 5 avril 1928 modifiée par la loi du 30 avril 1930 sur les assurances sociales. 1930.
3. JORF n°0299 du 24 décembre 2021. LOI n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 (1). 2021-1754 décembre, 2021.
4. Dotations annuelles (MIGAC et FIR) | Publication ATIH [Internet]. Disponible sur: <https://atih.sante.fr/dotations-annuelles-migac-et-fir>
5. BUZYN Agnès, Ministre de la santé, La ministre de la santé et des sports. CIRCULAIRE N° SG/2019/117 du 15 mai 2019 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2019. mai, 2019.
6. Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales. Fonds d'investissement régional, rapport d'activité 2018. 2019.
7. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. 2017 Juillet.
8. Elika Athari, Sylvain Papon, Isabelle Robert-Bobée, INSEE. Evolution démographique. 2019.
9. INSEE. Rapport sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes. 2014;
10. Marianne Muller, Delphine Roy. L'EHPAD, dernier lieu de vie pour un quart des personnes décédées en France en 2015. 2015.
11. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. La situation des EHPAD en 2017. Avril 2019;
12. DGOS. Financement des établissements de santé. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020.

13. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Le « modèle PATHOS » Guide d'utilisation 2017. 2017.
14. INSEE. Montant moyen des retraites. 2020.
15. Inspection générale des affaires sociales. Evaluation du plan 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement de fin de vie. 2019.
16. Ministère de la santé et des sports, DGOS. Guide de contractualisation des dotations finançant les Missions d'Intérêt général. 2012.
17. DGOS, Ministère de la santé et des sports, Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique. Modalités d'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Juillet, 2010.
18. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. Circulaire relative à l'organisation des soins palliatifs. DHOS/O2/2008/99 mars 25, 2008.
19. Ministère des Solidarités et de la Santé. Communiqué de presse plan national pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement de la fin de vie pour 2021-2024. 22 sept 2021;
20. Marisol TOURAINE, et al., Nathalie D'ASARO BIONDO, Isabelle BOUVIER, Charles JOUSSELLIN, Dr Vincent MOREL, et al. Plan national 2015-2018 de développement des soins palliatifs et de l'accompagnement en fin de vie. 2015 Jeudi Décembre.
21. Haute Autorité de Santé. L'essentiel de la démarche palliative. 2016;
22. Observatoire national de la fin de vie. La fin de vie en EHPAD, premiers résultats d'une étude nationale. 2013.
23. Matthew J Page, et al. The PRISMA 2020 statement : an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021.
24. How to Clarify a clinical question | BMJ Best Practice [Internet]. Disponible sur: <https://bestpractice.bmj.com/info/us/toolkit/learn-ebm/how-to-clarify-a-clinical-question/>
25. Embase [Internet]. Disponible sur: <https://www.embase.com/#search>
26. PubMed [Internet]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>

27. Cochrane Library [Internet]. Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/?contentLanguage=en>
28. Web of Science Core Collection [Internet]. Disponible sur: <https://clarivate.com/webofsciencigroup/solutions/web-of-science/>
29. Google Scholar [Internet]. Disponible sur: <https://scholar.google.com/>
30. American Economic Association - Econlit [Internet]. Disponible sur: <https://www.aeaweb.org/econlit/>
31. Emerald Insight - Discover Journals, Books & Case Studies [Internet]. Disponible sur: <https://www.emerald.com/insight/>
32. Husereau D, Drummond M, Petrou S, Carswell C, Moher D, Greenberg D, et al. Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards (CHEERS) Statement. *Eur J Health Econ.* 1 juin 2013;14(3):367-72.
33. Sultana M, Sarker AR, Ali N, Akram R, Gold L. Economic evaluation of community acquired pneumonia management strategies: A systematic review of literature. *Jadotte YT, éditeur. PLOS ONE.* 24 oct 2019;14(10):e0224170.
34. Sommariva S, Tarricone R, Lazzeri M, Ricciardi W, Montorsi F. Prognostic Value of the Cell Cycle Progression Score in Patients with Prostate Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *Eur Urol.* janv 2016;69(1):107-15.
35. Hope SF, Webster J, Trieu K, Pillay A, Ieremia M, Bell C, et al. A systematic review of economic evaluations of population-based sodium reduction interventions. *Patra J, éditeur. PLOS ONE.* 29 mars 2017;12(3):e0173600.
36. Mark Pearson, Pope, C, Mays, N, Popay, J. *Synthesizing Qualitative and Quantitative Health Evidence : A Guide to Methods.* *Socil Health Amp Illn* [Internet]. 2008; Disponible sur: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1467-9566.2007.1077_5.x
37. Gozalo P, Plotzke M, Mor V, Miller SC, Teno JM. Changes in Medicare costs with the growth of hospice care in nursing homes. *N Engl J Med.* 7 mai 2015;372(19):1823-31.

38. Wichmann AB, Adang EMM, Vissers KCP, Szczerbińska K, Kylänen M, Payne S, et al. Decreased costs and retained QoL due to the « PACE Steps to Success » intervention in LTCFs: Cost-effectiveness analysis of a randomized controlled trial. *BMC Med.* 2020;18(1).
39. Simoens S, Kuttien B, Keirse E, Berghe PV, Beguin C, Desmedt M, et al. Terminal patients in Belgian nursing homes: a cost analysis. *Eur J Health Econ.* 1 juin 2013;14(3):407-13.
40. Forbat L, Liu W-M, Koerner J, Lam L, Samara J, Chapman M, et al. Reducing time in acute hospitals: A stepped-wedge randomised control trial of a specialist palliative care intervention in residential care homes. *Palliat Med.* 2020;34(5):571-9.
41. O'Sullivan R, Murphy A, O'Caomh R, Cornally N, Svendrovski A, Daly B, et al. Economic (gross cost) analysis of systematically implementing a programme of advance care planning in three Irish nursing homes. *BMC Res Notes.* 2016;9:237.
42. Teo W-SK, Raj AG, Tan WS, Ng CWL, Heng BH, Leong IY-O. Economic impact analysis of an end-of-life programme for nursing home residents. *Palliat Med.* 1 mai 2014;28(5):430-7.
43. Gozalo PL, Miller SC, Intrator O, Barber JP, Mor V. Hospice Effect on Government Expenditures among Nursing Home Residents. *Health Serv Res.* févr 2008;43(1 Pt 1):134-53.
44. Unroe KT, Sachs GA, Dennis ME, Hickman SE, Stump TE, Tu W, et al. Effect of Hospice Use on Costs of Care for Long-Stay Nursing Home Decedents. *J Am Geriatr Soc.* avr 2016;64(4):723-30.
45. Smets T, Onwuteaka-Philipsen BBD, Miranda R, Pivodic L, Tanghe M, Van Hout H, et al. Integrating palliative care in long-term care facilities across Europe (PACE): Protocol of a cluster randomized controlled trial of the « PACE Steps to Success » intervention in seven countries. *BMC Palliat Care.* 2018;17(1).
46. Munn JC, Zimmerman S, Hanson LC, Williams CS, Sloane PD, Clipp EC, et al. Measuring the Quality of Dying in Long-Term Care. *J Am Geriatr Soc.* 2007;55(9):1371-9.
47. Forbat L, Chapman M, Lovell C, Liu W-M, Johnston N. Improving specialist palliative care in residential care for older people: a checklist to guide practice. *BMJ Support Palliat Care.* sept 2018;8(3):347-53.

48. Dwyer R, Gabbe B, Stoelwinder JU, Lowthian J. A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities. *Age Ageing*. nov 2014;43(6):759-66.
49. Lemoyne SE, Herbots HH, De Blick D, Remmen R, Monsieurs KG, Van Bogaert P. Appropriateness of transferring nursing home residents to emergency departments: a systematic review. *BMC Geriatr*. 21 janv 2019;19:17.
50. Unroe KT, Carnahan JL, Hickman SE, Sachs GA, Hass Z, Arling G. The Complexity of Determining Whether a Nursing Home Transfer Is Avoidable at Time of Transfer. *J Am Geriatr Soc*. 2018;66(5):895-901.
51. Goldfeld KS, Hamel MB, Mitchell SL. The cost-effectiveness of the decision to hospitalize nursing home residents with advanced dementia. *J Pain Symptom Manage*. nov 2013;46(5):640-51.
52. Annika Brucksch, Falk Hoffmann, Katharina Allers. Age and sex differences in emergency department visits of nursing home residents : a systematic review. *BMC Geriatr*. 2018;(151).
53. Menand E, Lenain E, Lazarovici C, Chatellier G, Saint-Jean O, Somme D, et al. French multicenter evaluation of the appropriateness of admission to the emergency department of the over-80s. *J Nutr Health Aging*. juin 2015;19(6):681-7.
54. Soest-Poortvliet MC van, Steen JT van der, Zimmerman S, Cohen LW, Reed D, Achterberg WP, et al. Selecting the Best Instruments to Measure Quality of End-of-Life Care and Quality of Dying in Long Term Care. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(3):179-86.
55. Chapman DG, Toseland RW. Effectiveness of Advanced Illness Care Teams for Nursing Home Residents with Dementia. *Soc Work*. 1 oct 2007;52(4):321-9.
56. Comart J, Mahler A, Schreiber R, Rockett C, Jones RN, Morris JN. Palliative Care for Long-Term Care Residents: Effect on Clinical Outcomes. *The Gerontologist*. 1 oct 2013;53(5):874-80.
57. Caprio AJ, Hanson LC, Munn JC, Williams CS, Dobbs D, Sloane PD, et al. Pain, Dyspnea, and the Quality of Dying in Long-Term Care. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(4):683-8.

58. Miller SC, Mor V, Wu N, Gozalo P, Lapane K. Does receipt of hospice care in nursing homes improve the management of pain at the end of life? *J Am Geriatr Soc.* mars 2002;50(3):507-15.
59. Hall S, Kolliakou A, Petkova H, Froggatt K, Higginson IJ. Interventions for improving palliative care for older people living in nursing care homes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;2011(3).
60. Carpenter JG, Lam K, Ritter AZ, Ersek M. A Systematic Review of Nursing Home Palliative Care Interventions: Characteristics and Outcomes. *J Am Med Dir Assoc.* 2020;21(5):583-596.e2.
61. Caplan GA, Meller A, Squires B, Chan S, Willett W. Advance care planning and hospital in the nursing home. *Age Ageing.* 1 nov 2006;35(6):581-5.
62. Molloy DW, Guyatt GH, Russo R, Goeree R, O'Brien BJ, Bédard M, et al. Systematic Implementation of an Advance Directive Program in Nursing Homes: A Randomized Controlled Trial. *JAMA.* 15 mars 2000;283(11):1437-44.
63. Martin RS, Hayes B, Gregorevic K, Lim WK. The Effects of Advance Care Planning Interventions on Nursing Home Residents: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc.* 2016;17(4):284-93.
64. Miller SC, Lima JC, Thompson SA. End-of-Life Care in Nursing Homes with Greater versus Less Palliative Care Knowledge and Practice. *J Palliat Med.* 1 juin 2015;18(6):527-34.
65. Tilden VP, Thompson SA, Gajewski BJ, Bott MJ. End-of-life care in nursing homes: the high cost of staff turnover. *Nurs Econ.* juin 2012;30(3):163-6.
66. Miller SC, Dahal R, Lima JC, Intrator O, Martin E, Bull J, et al. Palliative Care Consultations in Nursing Homes and End-of-Life Hospitalizations. *J Pain Symptom Manage.* déc 2016;52(6):878-83.
67. Miller SC, Lima JC, Intrator O, Martin E, Bull J, Hanson LC. Specialty Palliative Care Consultations for Nursing Home Residents With Dementia. *J Pain Symptom Manage.* juill 2017;54(1):9-16.e5.

68. Cassel JB, Webb-Wright J, Holmes J, Lyckholm L, Smith TJ. Clinical and Financial Impact of a Palliative Care Program at a Small Rural Hospital. *J Palliat Med.* 30 oct 2010;13(11):1339-43.
69. Miller SC, Mor VNT. The role of hospice care in the nursing home setting. *J Palliat Med.* avr 2002;5(2):271-7.
70. Zuckerman RB, Stearns SC, Sheingold SH. Hospice Use, Hospitalization, and Medicare Spending at the End of Life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* mai 2016;71(3):569-80.
71. Stevenson DG, Bramson JS. Hospice care in the nursing home setting: a review of the literature. *J Pain Symptom Manage.* sept 2009;38(3):440-51.
72. Duncan I, Ahmed T, Dove H, Maxwell TL. Medicare Cost at End of Life. *Am J Hosp Palliat Care.* août 2019;36(8):705-10.
73. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. En 2020, trois Ehpad sur quatre ont eu au moins un résident infecté par la Covid-19. 2021 Juillet.
74. Comas-Herrera A, Zalakaín J, Lemmon E, Litwin C, Hsu AT, Schmidt AE, et al. Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence. :30.
75. Bielza R, Sanz J, Zambrana F, Arias E, Malmierca E, Portillo L, et al. Clinical Characteristics, Frailty, and Mortality of Residents With COVID-19 in Nursing Homes of a Region of Madrid. *J Am Med Dir Assoc.* févr 2021;22(2):245-252.e2.
76. Kosar CM, White EM, Feifer RA, Blackman C, Gravenstein S, Panagiotou OA, et al. COVID-19 Mortality Rates Among Nursing Home Residents Declined From March To November 2020. *Health Aff Proj Hope.* avr 2021;40(4):655-63.
77. Gilissen J, Pivodic L, Unroe KT, Van den Block L. International COVID-19 Palliative Care Guidance for Nursing Homes Leaves Key Themes Unaddressed. *J Pain Symptom Manage.* août 2020;60(2):e56-69.
78. Conseil de Défense et de Sécurité Nationale. Plan de lutte contre le COVID dans les ESMS. 2020 sept.
79. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ségur de la santé : le Gouvernement accélère la revalorisation de tous les personnels hospitaliers et des professionnels des EHPAD publics.

[Internet]. 2020. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/segur-de-la-sante-le-gouvernement-accelere-la-revalorisation-de-tous-les>

80. Ministère chargé de l'Autonomie, Boris R. Plan d'investissement massif dans les EHPAD : le Gouvernement dévoile sa stratégie territoriale [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/plan-d-investissement-massif-dans-les-ehpad-le-gouvernement-devoile-sa>

8 Annexes

8.1 Annexe 1. Indicateurs d'évaluation des EMSP

ARTICLE 7 : Évaluation

Une réunion d'évaluation annuelle est organisée entre des représentants de l'EHPAD Y et des représentants de l'établissement de santé X. Il y est présenté un bilan d'activité annuel. A minima, les indicateurs suivants sont recueillis chaque année :

A la signature de la convention :

- L'EHPAD a inscrit dans son projet d'établissement l'objectif d'intégrer la démarche palliative dans les pratiques des professionnels de santé Oui Non
- L'EMSP a évalué les besoins de l'EHPAD et sa capacité à bénéficier d'actions de formation - appui - accompagnement en
f Analysant les modalités et les effets des actions de formation mises en œuvre antérieurement (en particulier formation MOBIQUAL...) Oui Non
- f* Menant une démarche projet après des équipes ayant formulé une demande pour déterminer la nature spécifique du besoin, et des actions de collaboration à mettre en œuvre Oui Non

Nature et quantification de la collaboration

Formation

- Nombre de séances de formation
- dont, selon les modalités de formation
- Analyse de cas.....
 - Formation utilisant l'outil Mobiqua.....
 - Formation thématique théorique (hors Mobiqua)...
 - Autres (précisez).....
- Nombre de personnes formées dont :
 - Personnel soignant
 - Personnel d'accompagnement
 - Bénévoles
 - Personnel administratif

Soutien des soignants

- Nombre d'actions de soutien dont
 - Groupe de parole
 - Analyse de la pratique
 - Procédure collégiale (Décret n° 2010-107 du 29 janvier 2010 relatif aux conditions de mise en œuvre des décisions de limitation ou d'arrêt de traitement)
 - Autres (précisez)

Actions auprès des soignants, « au lit du malade », dont

- f* File active de malades suivis dans l'année, dont actions auprès des malades
- f* Analyse du dossier sans rencontrer le malade
- f* Aide téléphonique
- f* Autres (précisez)

Nombre de patients en fin de vie décédés à l'hôpital/nombre de patient en fin de vie transférés dans un établissement de santé

Nombre de patients en fin de vie pour lesquels la famille a été spécifiquement accompagnée/
nombre total de patients en fin de vie

INDICATEURS DE SUIVI DES ÉQUIPES MOBILES EN SOINS PALLIATIFS DANS LES EHPAD

Région :

Indicateurs à transmettre pour le 1^{er} mars 2011 aux Ministères de la santé et des sports et Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville

(fabienne.dubuisson@sante.gouv.fr (DGCS); pascale.dhote-burger@sante.gouv.fr (DGOS)).

Nombre de conventions signées entre EMSP et EHPAD au sein de la région	
Pourcentage d'EHPAD de la région ayant signé une convention avec une EMSP	
Pourcentage d'EMSP de la région ayant signé une convention d'intervention dans une EHPAD	
Nombre moyen d'EHPAD dans lesquels intervient une même EMSP	
Pourcentage de personnes en EHPAD dont le dossier a fait l'objet d'une intervention de l'EMSP sous quelque forme que ce soit, par rapport aux personnes décédées dans l'EHPAD	

8.2 Annexe 2. CHEERS Checklist

Items to include when reporting economic evaluations of health interventions

The ISPOR CHEERS Task Force Report, *Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards (CHEERS)—Explanation and Elaboration: A Report of the ISPOR Health Economic Evaluations Publication Guidelines Good Reporting Practices Task Force*, provides examples and further discussion of the 24- item CHEERS Checklist and the CHEERS Statement. It may be accessed via the Value in Health or via the ISPOR Health Economic Evaluation Publication Guidelines – CHEERS: Good Reporting Practices webpage: <http://www.ispor.org/TaskForces/EconomicPubGuidelines.asp>

Section/item	Item No	Recommendation	Reported on page No/ line No
Title and abstract			
Title	1	Identify the study as an economic evaluation or use more specific terms such as “cost-effectiveness analysis”, and describe the interventions compared.	_____
	2	Provide a structured summary of objectives, perspective, setting, methods (including study design and inputs), results (including base case and uncertainty analyses), and conclusions.	_____
Introduction			
Background and objectives	3	Provide an explicit statement of the broader context for the objectives study. Present the study question and its relevance for health policy or practice decisions.	_____
Methods			
Target population and subgroups	4	Describe characteristics of the base case population and subgroups analysed, including why they were chosen.	_____
Setting and location	5	State relevant aspects of the system(s) in which the decision(s) need(s) to be made	_____
Study perspective	6	Describe the perspective of the study and relate this to the costs being evaluated.	_____
Comparators	7	Describe the interventions or strategies being compared and state why they were chosen.	_____
Time horizon	8	State the time horizon(s) over which costs and consequences are being evaluated and say why appropriate.	_____
Discount rate	9	Report the choice of discount rate(s) used for costs and outcomes and say why appropriate.	_____
Choice of health outcome	10	Describe what outcomes were used as the measure(s) of benefit in the evaluation and their relevance for the type of analysis performed.	_____
Measurement of effectiveness	11a	<i>Single study-based estimates</i> : Describe fully the design features of the single effectiveness study	_____

		and why the single study was a sufficient source of clinical effectiveness data.	
	11b	<i>Synthesis-based estimates</i> : Describe fully the methods used for identification of included studies and synthesis of clinical effectiveness data.	
Measurement and valuation of preference based outcomes	12	If applicable, describe the population and methods used to elicit preferences for outcomes.	
	13a	<i>Single study-based economic evaluation</i> : Describe approaches used to estimate resource use associated with the alternative interventions. Describe primary or secondary research methods for valuing each resource item in terms of its unit cost. Describe any adjustments made to approximate to opportunity costs.	
Estimating resources and costs	13b	<i>Model-based economic evaluation</i> : Describe approaches and data sources used to estimate resource use associated with model health states. Describe primary or secondary research methods for valuing each resource item in terms of its unit cost. Describe any adjustments made to approximate to opportunity costs.	
Currency, price date,	14	Report the dates of the estimated resource quantities and unit and conversion costs. Describe methods for adjusting estimated unit costs to the year of reported costs if necessary. Describe methods for converting costs into a common currency base and the exchange rate.	
Choice of model	15	Describe and give reasons for the specific type of decision-analytical model used. Providing a figure to show model structure is strongly recommended.	
Assumptions	16	Describe all structural or other assumptions underpinning the decision-analytical model.	
	17	Describe all analytical methods supporting the evaluation. This could include methods for dealing with skewed, missing, or censored data; extrapolation methods; methods for pooling data; approaches to validate or make adjustments (such as half cycle corrections) to a model; and methods for handling population heterogeneity and uncertainty.	
Analytical methods			
Results			
Study parameters	18	Report the values, ranges, references, and, if used, probability distributions for all parameters. Report reasons or sources for distributions used to represent uncertainty where appropriate. Providing a table to show the input values is strongly recommended.	
Incremental costs and outcomes	19	For each intervention, report mean values for the main categories of estimated costs and outcomes of interest, as well as mean	

		differences between the comparator groups. If applicable, report incremental cost-effectiveness ratios.
Characterising uncertainty	20a	<i>Single study-based economic evaluation</i> : Describe the effects of sampling uncertainty for the estimated incremental cost and incremental effectiveness parameters, together with the impact of methodological assumptions (such as discount rate, study perspective).
	20b	<i>Model-based economic evaluation</i> : Describe the effects on the results of uncertainty for all input parameters, and uncertainty related to the structure of the model and assumptions.
Characterising heterogeneity	21	If applicable, report differences in costs, outcomes, or cost-effectiveness that can be explained by variations between subgroups of patients with different baseline characteristics or other observed variability in effects that are not reducible by more information.
Discussion		
Study findings, limitations, generalisability, and current knowledge	22	Summarise key study findings and describe how they support the conclusions reached. Discuss limitations and the generalisability of the findings and how the findings fit with current knowledge.
Other		
Source of funding	23	Describe how the study was funded and the role of the funder in the identification, design, conduct, and reporting of the analysis.
Conflicts of interest	24	Describe other non-monetary sources of support. Describe any potential for conflict of interest of study contributors in accordance with journal policy. In the absence of a journal policy, we recommend authors comply with International Committee of Medical Journal Editors recommendations.

For consistency, the CHEERS Statement checklist format is based on the format of the CONSORT statement checklist

The **ISPOR CHEERS Task Force Report** provides examples and further discussion of the 24-item CHEERS Checklist and the CHEERS Statement. It may be accessed via the Value in Health link or via the ISPOR Health Economic Evaluation Publication Guidelines – CHEERS: Good Reporting

Practices webpage: <http://www.ispor.org/TaskForces/EconomicPubGuidelines.asp>

The citation for the CHEERS Task Force Report is:

Husereau D, Drummond M, Petrou S, et al. Consolidated health economic evaluation reporting standards (CHEERS)—Explanation and elaboration: A report of the ISPOR health economic evaluations publication guidelines good reporting practices task force. *Value Health* 2013;16:231-50.



Titre : Évaluation médico-économique des interventions d'équipes spécialisées en soins palliatifs dans les EHPAD**Title : Health economic evaluation of specialized palliative care interventions in Nursing Homes**

Contexte : Avec le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de résidents en EHPAD, les besoins de soins palliatifs en EHPAD augmentent malgré des moyens financiers limités. Les interventions d'équipes spécialisées en soins palliatifs peuvent apporter leur soutien aux EHPAD, mais l'efficacité de ces interventions demeure inconnue. L'objectif de cette étude était d'identifier les déterminants de l'efficacité des interventions de soins palliatifs en EHPAD.

Méthode : Une recherche systématique de la littérature a été effectuée dans les bases de données MEDLINE via Pubmed, Embase, Cochrane library, Web Of Science, Google scholar, Econlit et Emerald Insight depuis leur création et jusqu'à Mai 2021. Tous les résultats ont été enregistrés et ont été inclus toutes les études qui comparaient l'efficacité des interventions de soins palliatifs aux soins usuels. L'évaluation de la qualité des études a été effectuée par la grille CHEERS.

Résultats : 1458 résultats ont été inclus pour éligibilité et 8 études ont été incluses. Une seule étude a mené une analyse médico-économique complète. 6 études étaient d'« excellente » ou de « très bonne qualité ». Les résultats suggèrent que les interventions spécialisées de soins palliatifs étaient efficaces en améliorant la qualité de vie et/ou étaient associées à des coûts inférieurs. Les économies ont été permises par une réduction de la durée et/ou du nombre d'hospitalisations. Le surcoût engendré par la mise en place des interventions était inférieur au surcoût des hospitalisations. Les interventions efficaces étaient principalement une combinaison de modalités intégrant la formation du personnel, une anticipation des besoins de soins et des consultations spécialisées de soins palliatifs.

Conclusion : Les interventions spécialisées de soins palliatifs semblent être efficaces, mais d'autres recherches sont nécessaires pour identifier les déterminants de leur efficacité. De telles études doivent intégrer prospectivement une évaluation économique complète avec une évaluation clinique des résidents.

Background : With the aging of the population and the increasing number of nursing home residents, palliative care in nursing homes is increasingly needed despite limited financial resources. Specialized palliative care interventions could provide support to nursing homes, but the cost-effectiveness of these interventions remains unknown. The determinants of their cost-effectiveness could inform public health decisions and stimulate specialist palliative care interventions in nursing homes. The objective of this study was to identify the determinants of the cost-effectiveness of specialist palliative care interventions in nursing homes.

Method : a systematic literature review was performed using MEDLINE via Pubmed, Embase, Cochrane library, Web Of Science, Google scholar, Econlit and Emerald Insight from their inception through May 2021. All search results were recorded and all trials that compared the cost-effectiveness of specialized palliative care interventions to usual care we included. The Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards (CHEERS) checklist was used for quality assessment.

Results : 1458 records were screened for eligibility and 8 studies were included. Only one study conducted a full cost-effectiveness analysis. Six studies were assessed as "excellent" or "very good quality". Findings suggested that specialist palliative care interventions were cost-effective by improving quality of life and/or being associated with lower costs. Cost savings were driven by reductions in length and/or number of hospitalizations. Additional costs after implementing the interventions were lower than savings on hospitalizations. Effective interventions were mostly multicomponent with a combination of staff training, advance care planning promotion and specialized palliative care consultations.

Conclusion : Specialized palliative care interventions in nursing homes appear to be cost-effective, but further research is needed to identify the determinants of their cost-effectiveness. Such studies should prospectively include full economic evaluations along with clinical evaluation of residents.

Mots-clés : EHPAD, efficacité, équipes spécialisées en soins palliatifs, nursing homes, cost-effectiveness, palliative care

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Directeur de thèse : Dr GUION Vincent