

Les soins palliatifs à domicile améliorent la satisfaction des patients et sont moins exigeants et coûteux en termes de services médicaux

Brumley R, Enguidanos S, Jamison P, et al. Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:993-1000.

Q Un programme de soins palliatifs à domicile (PSPD) associé aux soins habituels augmente-t-il la satisfaction des patients et diminue-t-il le recours aux services médicaux et leur coût, comparativement aux seuls soins habituels ?

MÉTHODES



Plan expérimental : Essai comparatif randomisé.



Assignment : Secrète.



Insu : En insu (collecteurs des données).



Durée de suivi : Jusqu'au décès ou à la fin de la période d'étude.



Cadre : 2 organismes d'assurance maladie à Hawaï et dans le Colorado, États-Unis.



Patients : 310 patients (âge moyen : 74 ans ; hommes : 51%) répondant à un diagnostic primaire d'insuffisance cardiaque, de bronchopneumopathie chronique obstructive ou de cancer, ayant une espérance de vie inférieure à 12 mois, ayant été admis en service d'urgence (SU) ou hospitalisés au cours de l'année écoulée et ayant un score inférieur ou égal à 70% à l'échelle de performance en soins palliatifs (*Palliative Performance Scale*).



Intervention : PSPD plus soins habituels (n = 155) ou soins habituels uniquement (n = 155). Le PSPD était assuré par une équipe multidisciplinaire incluant le patient et sa famille, un médecin, un(e) infirmier(ère) et une assistante sociale formés à la prise en charge des symptômes et aux interventions biopsychosociales, ainsi que d'autres intervenants si nécessaire (aumônier, pharmacien ou diététicien par exemple). L'équipe coordonnait les soins en toute circonstance et assurait l'évaluation, l'organisation, la délivrance des soins, le suivi, la formation et le soutien. Les médecins effectuaient des visites à domicile et étaient disponibles, tout comme les services infirmiers, 24 heures sur 24 au sein d'un service de garde. Les soins habituels se conformaient aux directives *Medicare* de façon à fournir différents niveaux de services à domicile, soins aigus, soins primaires et soins palliatifs.



Critères : Satisfaction des patients, utilisation et coûts (en dollars américains de 2002) des services médicaux, lieu du décès et survie.



Taux de suivi : 96%.

PRINCIPAUX RÉSULTATS

À 30 et 90 jours, les patients « très satisfaits » des soins étaient plus nombreux dans le groupe PSPD, mais aucune différence n'était observée à 60 jours (Tableau). Les visites au SU et les hospitalisations ont été moins nombreuses dans le groupe PSPD (Tableau). Le PSPD a entraîné un coût total moyen des soins plus faible (12 670 vs 20 222 \$; IC à 95% de la différence : -12 411 à -780 \$) et un coût journalier moyen inférieur (95 vs 213 \$; p = 0,02). La survie a été plus courte dans le groupe PSPD (moyenne : 196 vs 242 j ; p = 0,03 selon le test t ; p = 0,08 selon l'analyse de survie de Kaplan-Meier), mais davantage de patients du groupe PSPD sont décédés à domicile (Tableau).

Commentaire

Avec cette étude, Brumley et al. apportent de nouvelles informations quant à l'efficacité d'un PSPD sur la satisfaction des patients, l'utilisation et les coûts des soins médicaux. Le plan de l'essai et le taux élevé de suivi constituent des points forts méthodologiques de cette étude. Le concept de PSPD multidisciplinaire et l'inclusion de patients présentant différentes pathologies chroniques sont des contributions importantes à la pratique clinique.

Les résultats encouragent le développement de ces programmes dans la mesure où le PSPD a permis de réduire le coût des soins, le nombre d'admissions en SU et d'hospitalisations, d'augmenter la probabilité de mourir à domicile et la satisfaction vis-à-vis des soins prodigués. Ces résultats sont importants aussi bien du point de vue du patient que de celui du prestataire de soins.

L'utilisation des soins intégrés au sein d'un organisme d'assurance maladie et les méthodes d'évaluation indirecte des coûts limitent la possibilité de généraliser ces résultats à d'autres pays. Les difficultés à déterminer un pronostic dans des maladies chroniques telles que la bronchopneumopathie chronique obstructive et l'insuffisance cardiaque peuvent poser aux infirmiers(ères) le problème de savoir à quel moment inclure un patient dans un PSPD [1]. Il aurait été utile de disposer de plus amples informations quant à la fréquence et la durée des contacts avec les membres de l'équipe.

Les PSPD constituent un moyen important permettant au personnel infirmier de promouvoir les soins palliatifs à domicile, et en particulier de sensibiliser les autres aux préférences des patients quant au lieu de leur décès, et d'aider les patients et leur famille à atteindre l'objectif de « bien mourir » [2]. Enfin, les PSPD offrent aux personnels infirmiers expérimentés et spécialisés (*advanced practice nurses and nurse practitioners*) l'opportunité de jouer un rôle clé en coordonnant une prise en charge multidisciplinaire des personnes en fin de vie.

Michelle Acorn

Lakeridge Health / University of Ontario Institute of Technology
Oshawa, Ontario, Canada

1. Kato JM, Casarett D. *Annals of Long Term Care: Clinical Care and Aging* 2006;14:18-23.
2. Steinhauer KE, Clipp EC, McNeilly M, et al. *Ann Intern Med* 2000;132:825-32.

CONCLUSION

Associer un programme de soins palliatifs à domicile aux soins habituels augmente la satisfaction des patients et diminue l'utilisation et le coût des services médicaux comparativement aux seuls soins habituels.

Correspondance : Dr S. Enguidanos, Partners in Care Foundation, San Fernando, CA, États-Unis.
E-mail : senguidanos@picf.org

Source de financement : Kaiser Permanente Garfield Memorial Fund.

Résumé et commentaire publiés dans *Evidence-Based Nursing* 2008;11(1):22 ; une version modifiée de ce résumé est parue dans *ACP Journal Club*.

Programme de soins palliatifs à domicile (PSPD) associé aux soins habituels vs soins habituels exclusivement*

Critères	Suivi (j)	PSPD	Soins habituels	ARB (IC à 95%)	NST (IC)
« Très satisfait » de la prise en charge	30	93%	80%	16% (6 à 21)	8 (6 à 20)
	60	92%	87%	6,1% (-7 à 12)	Non significatif
	90	93%	81%	15% (3 à 21)†	9 (6 à 49)†
Décès à domicile		71%	51%	36% (13 à 56)	6 (4 à 16)
RRR (IC)					
Admission aux urgences		20%	33%	39% (10 à 59)	8 (5 à 35)
Hospitalisation		36%	59%	39% (22 à 53)	5 (3 à 9)

*Abréviations définies dans le Glossaire. ARB, RRR, NST et IC calculés d'après les données de l'article. †Calculé d'après les données fournies par l'auteur.