

Après-midi sur l'acharnement thérapeutique
Les dernières années de vie:
quelles pistes pour éviter le rationnement ou l'acharnement?
CHUV, Lausanne, 28 novembre 2017

Prof. Ralf Jox
Soins palliatifs gériatriques, CHUV

**Rationner les
soins en fonction
de l'âge?**

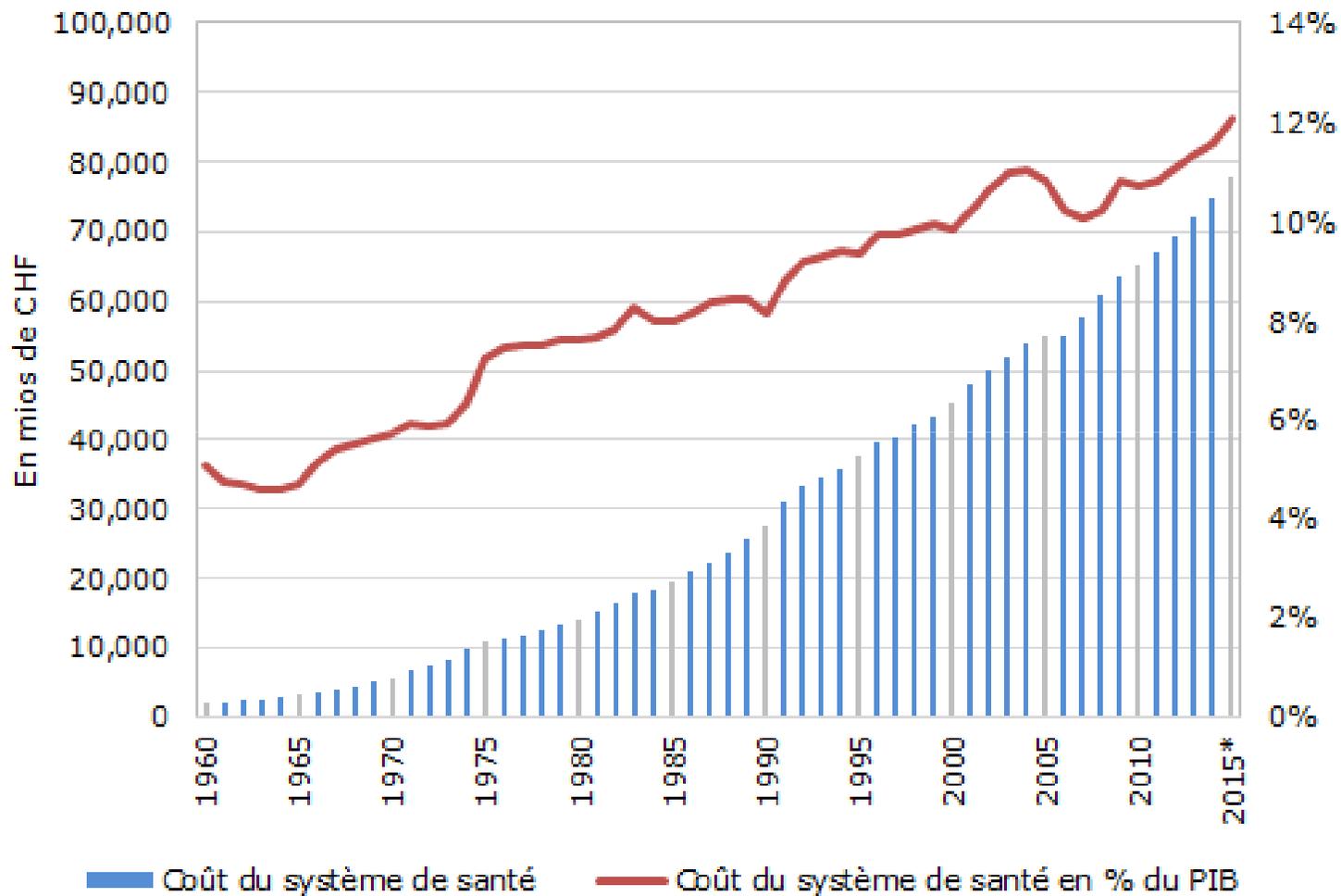
**Un commentaire
éthique**



Plan

- Coûts de santé et leur réduction
- Rationnement en fonction de l'âge?
- Quelques pistes alternatives

Coûts du système de santé

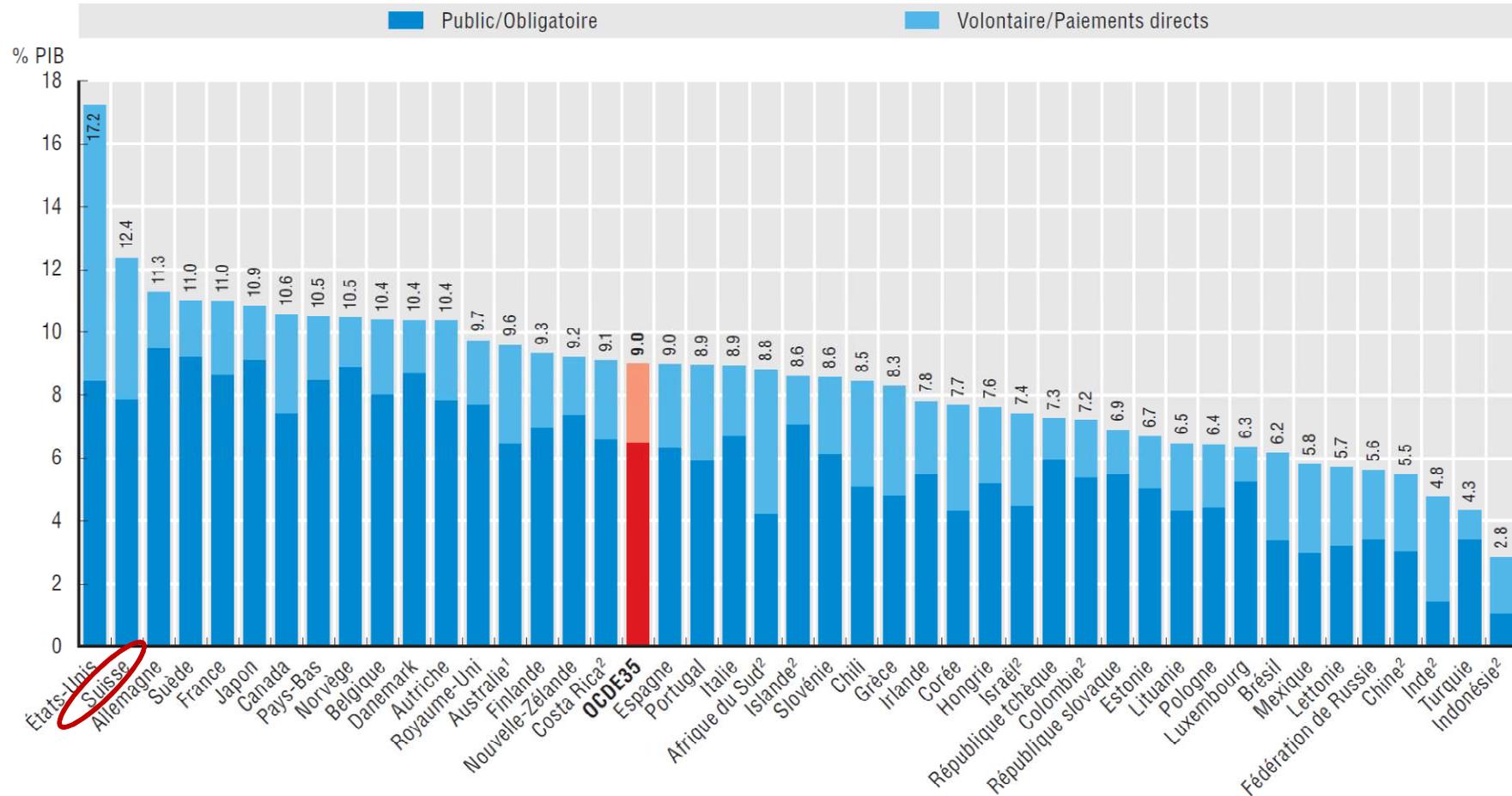


OFS
2016

* 2015: données provisoires

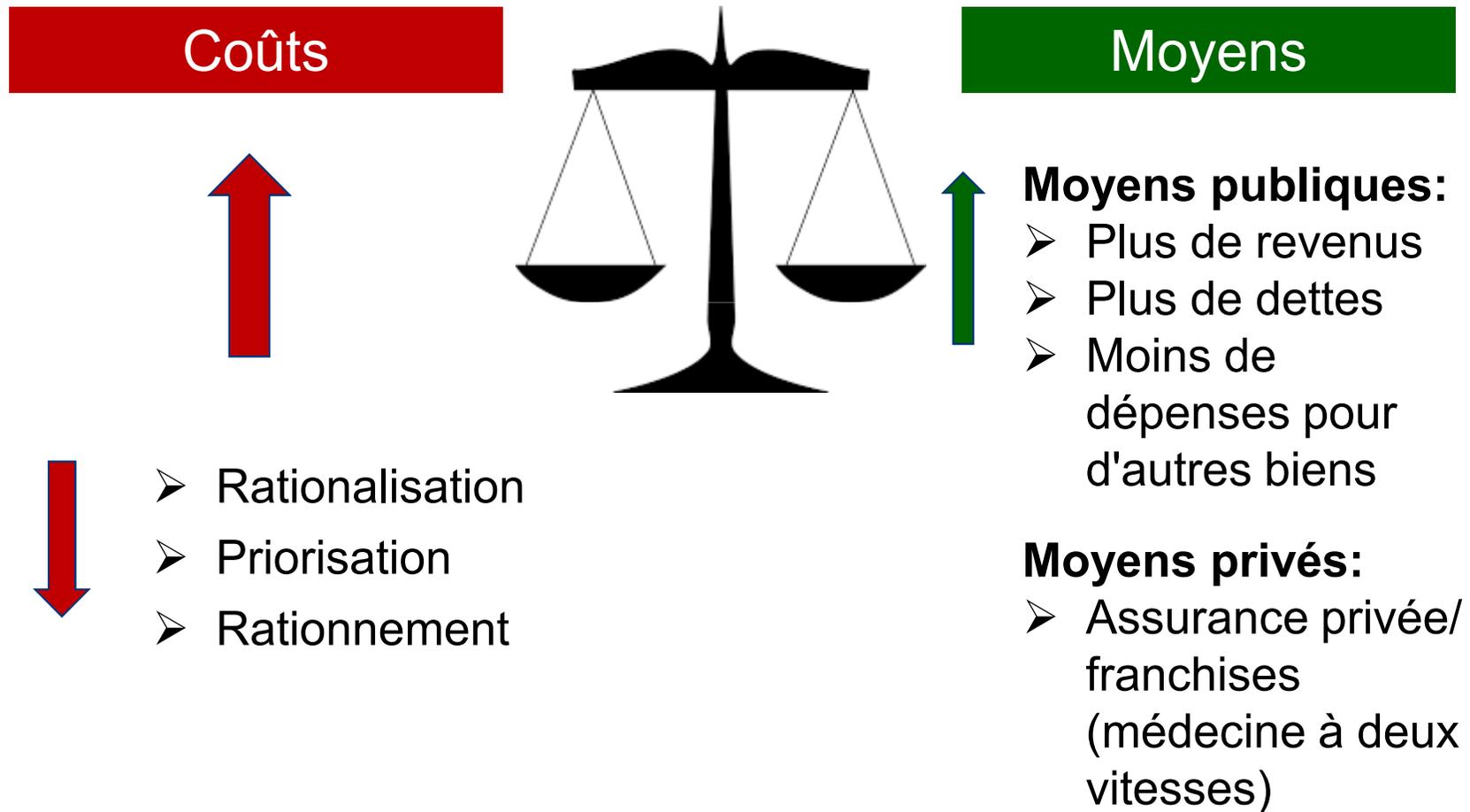
Coûts du système de santé

Graphique 7.3. Dépenses de santé en pourcentage du PIB, 2016 (ou année la plus proche)



OCDE, Eurostat et OMS (2017)

Coûts du système de santé



Réduction des coûts

- **Rationalisation:**

Augmenter l'efficacité du système, atteindre les mêmes bénéfices avec moins de ressources

- **Priorisation:**

Définir un ordre de priorité pour les prestations de santé bénéfiques, pour des raisons économiques (pénurie)

- **Rationnement:**

Limiter les prestations de santé bénéfiques (voire nécessaires) en excluant certains groupes, pour des raisons économiques (pénurie)

Exemples

- **Rationalisation:**

p.ex. utiliser les technologies numériques, augmenter la charge de travail du personnel, fusionner les prestataires

- **Priorisation:**

p.ex. critères d'allocation pour la transplantation d'organes, groupes de priorisation en Suède

- **Rationnement:**

r. explicite: National Health Service (Grande-Bretagne)

r. implicite: nombre de lits en soins intensifs limité, listes d'attente, sortie précoce d'un patient à cause du DRG

Rationnement explicite

- Concerne par définition des **prestations bénéfiques**: rapport coûts-utilité négatif \neq rationnement (PSA...)
- **Principe**: exclure le moins possible de prestations
- Conclusion: rationner les prestations présentant un **rapport "coûts-bénéfices" défavorable**
- Bénéfices: (1) Prolongation de la vie
(2) Augmentation de la qualité de vie
→ **buts principaux** de la médecine

QALY

QALY: Quality-Adjusted Life Years

Critique méthodologique:

- Comment évaluer la qualité de vie?
- Un changement minime ne peut pas être mesuré
- Le concept de qualité de vie est individuel et non quantifiable

Critique éthique:

- Valeur d'un surcroît de qualité de vie dépend du niveau initial de celle-ci
- Discrimination des personnes âgées et handicapées
- Urgence et profondeur des besoins non considérées...

Exemple

Pierre est un homme de 50 ans qui présente un diabète. Un nouveau médicament antidiabétique (CHF 20'000/an) repousse la survenue des symptômes futurs (neuropathie, etc.) d'une année. L'assurance maladie paie le médicament. *Justification: CHF 20'000/QALY*

Son frère jumeau **Etienne** présente un carcinome du pancréas avec une espérance de vie de 4 mois. Les soins palliatifs à domicile (CHF 20'000/an) lui permettent de rester à la maison et de contrôler sa douleur (qualité de vie 0,1 → 0,6). Son assurance maladie refuse de payer les soins palliatifs. *Justification: CHF 120'000/QALY.*

Plan

Les QALY regroupent des critères de rationnement qui prennent en compte les buts principaux de la médecine, mais qui mènent à des résultats injustes.

Plan

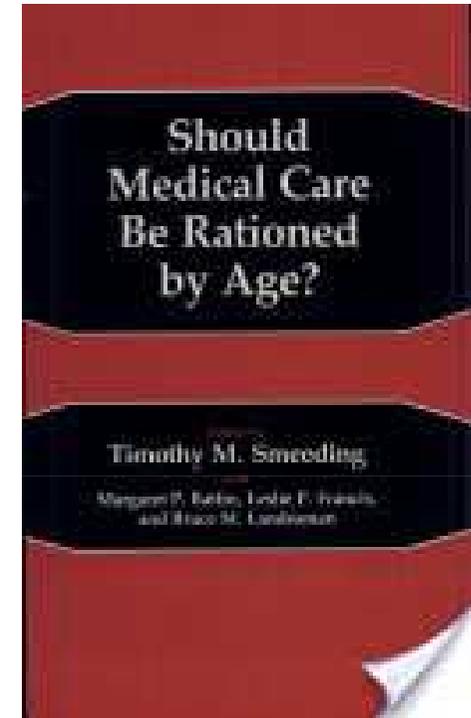
- Coûts de santé et leur réduction
- **Rationnement en fonction de l'âge?**
- Quelques pistes alternatives

Rationnement en fonction de l'âge

Exclure certaines prestations de santé au-dessus d'un certain âge défini

Arguments:

- Critère simple, quantifiable
- Intuition morale
- Économies significatives
- *Natural life span* (D. Callahan)
- *Fair innings argument* (J. Harris)
- *Prudential lifespan account* (N. Daniels)



Natural Lifespan Argument

Argument:

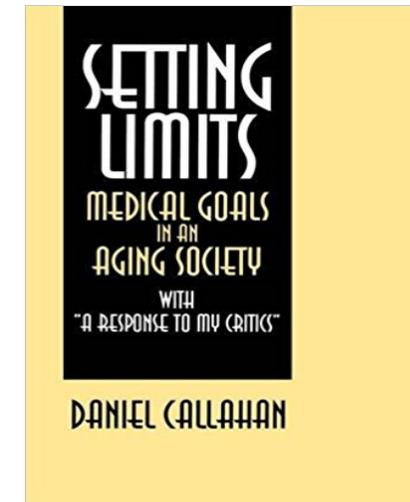
- La sagesse commune exige de se satisfaire de la durée naturelle de la vie
- Priorités de la médecine:
 - (1) éviter une mort précoce et
 - (2) atténuer la souffrance



Daniel Callahan (NY)

Critique:

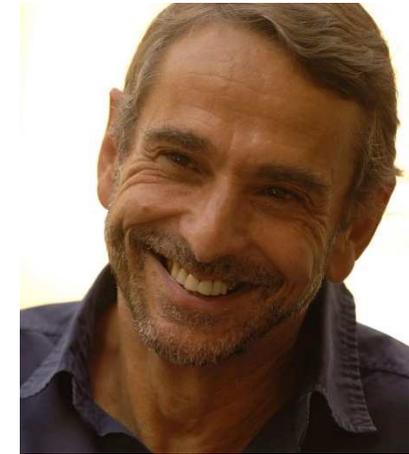
- Quelle est la durée naturelle de la vie (comment savoir)?
- Existe-t-il une durée naturelle?
- La nature est-elle un principe normatif?



Fair Innings Argument

Argument:

- Chaque personne a droit à la même chance d'atteindre une durée de vie raisonnable



*John Harris
(Manchester)*

Critique:

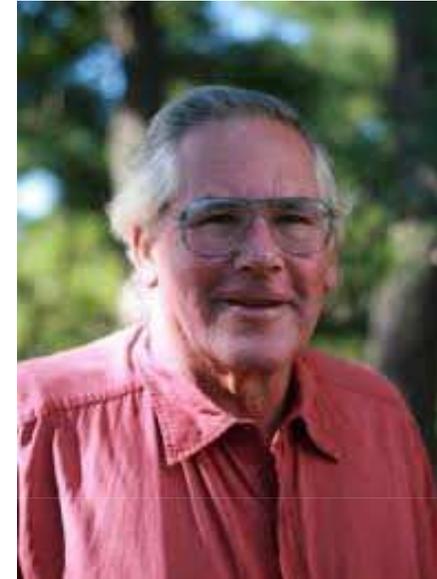
- Quelle est la durée raisonnable / suffisante de la vie?
- Comment prioriser au-dessous de cette limite?
- L'égalité est-elle synonyme à l'équité?

BALL	3	STRIKE	2	OUT	2	H / E	E			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	RUNS
HOME	3	3	1	0	0	3	1	0	1	12
VISITOR	1	0	2	1	1	0	0	0		6

Prudential Lifespan Account

Argument:

- Théorie d'équité entre les âges (basée sur la théorie de J. Rawls)
- Une personne rationnelle et prudente répartirait les ressources en favorisant sa jeunesse



Norman Daniels (Harvard)

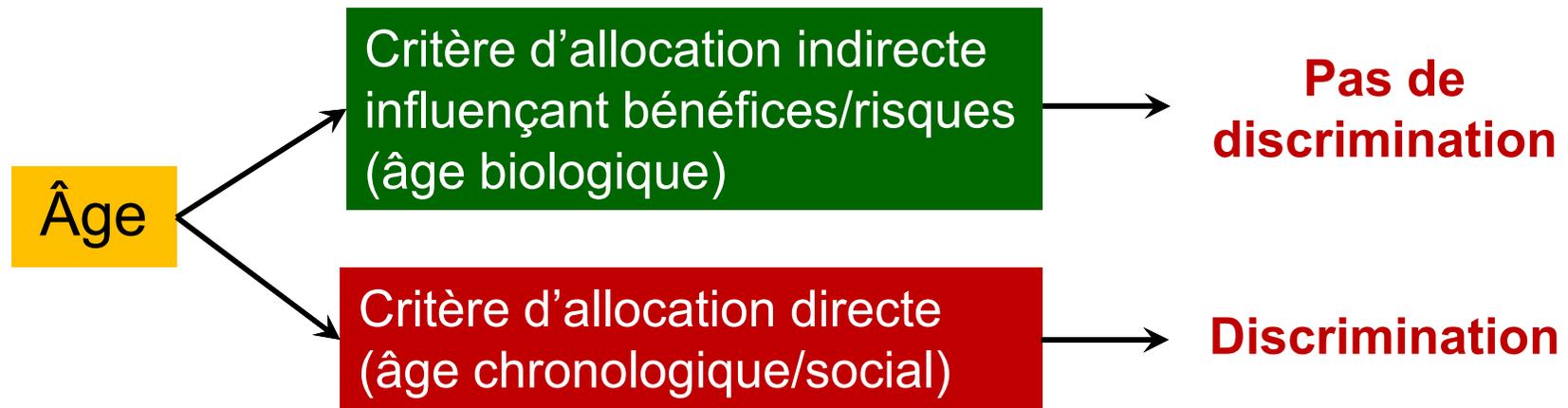
Critique:

- Réflexion individuelle pour un problème social?
- Est-ce que chacun choisirait de la même façon?
- Quelle quantité de ressources pour quel âge? (Cela pourrait justifier une priorisation, pas un rationnement)

Problèmes

- La **valeur de la vie** varie en fonction de ce qui est vécu, et non pas selon sa durée (périodes de la vie avec plus ou moins de valeur)
- Cette appréciation de la valeur est **différente** pour chaque personne (autonomie personnelle)
- Les **mérites** pour la société tendent à augmenter avec l'âge → la gratitude favorisait une équité inverse!
- Une dévalorisation de l'âge avancé peut créer une **pression** sociale et conduire au suicide (assisté)

Âgisme



Constitution de la Confédération suisse

Art. 8(2) Nul ne doit subir de discrimination du fait notamment (...) **de son âge** (...).

Déclaration de Genève

Je ne permettrai pas que des **considérations d'âge** (...) s'interposent entre mon devoir et mon patient.

Plan

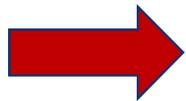
- Coûts de santé et leur réduction
- Rationnement en fonction de l'âge?
- **Quelques pistes alternatives**

Sources du problème

Origine des dépenses de santé croissantes:

2/3 Revenu accru, exigences des patients

1/3 Progrès, fausses incitations, économisation, défense juridique, fragmentation des soins, acharnement thérapeutique...



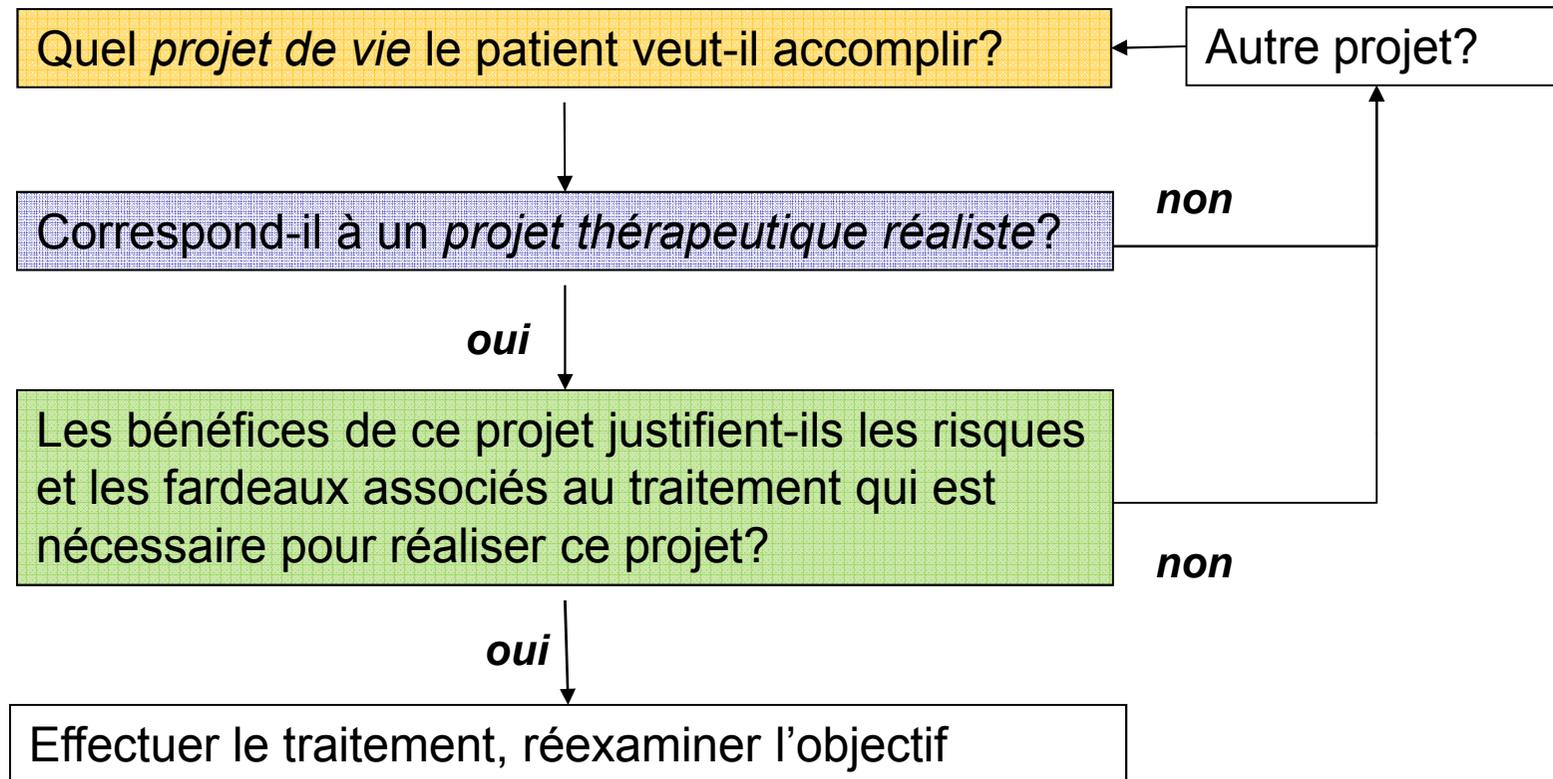
*C'est la **culture/pensée** qu'il faut changer!
On a besoin d'un « Club of Rome » pour la santé*

*Qu'est-ce qui
est possible?*



*Qu'est-ce qui
fait du sens /
fait du bien?*

Exemple 1: Projet thérapeutique



Borasio GD et Jox RJ,
Swiss Med Wkly 2016

« Choosing wisely »

smartermedicine www.smartermedicine.ch

Liste « Top 5 »

La Société Suisse de Médecine Interne Générale recommande de ne pas pratiquer les tests et prescriptions suivants dans le domaine ambulatoire:



1 Un bilan radiologique chez un patient avec des douleurs lombaires non-spécifiques depuis moins de 6 semaines

Une lombalgie est considérée comme non-spécifique en l'absence de signes d'alarme («red flags»), tels qu'un déficit neurologique sévère ou progressif, ou une suspicion de processus malin ou infectieux. Un bilan radiologique dans la lombalgie non-spécifique ne modifie pas le pronostic du patient, mais augmente l'exposition aux radiations et les coûts.

Sources: Agency for Health Care Research and Quality, National Institute for Health and Care Excellence
Niveau de preuve: méta-analyse d'essais cliniques randomisés

2 Le dosage du PSA pour dépister le cancer de la prostate sans en discuter les risques et bénéfices avec le patient

Les résultats des essais cliniques sont contradictoires sur les bénéfices du dépistage par PSA. Les hommes devraient comprendre les risques de sur-diagnostic et de traitement superflus, ainsi que les conséquences des interventions en cas de dépistage positif. Le dépistage ne devrait pas être fait au-delà de l'âge de 75 ans.

Sources: American College of Physicians, National Health Service, Swiss Society of Urology
Niveau de preuve: essais cliniques randomisés

3 La prescription d'antibiotiques en cas d'infection des voies aériennes supérieures sans signe de gravité

La grande majorité des infections des voies aériennes supérieures sont des infections virales, contre lesquelles les antibiotiques sont inefficaces.

Sources: Centers for Disease Control, American Academy of Family Physicians, National Institute for Health and Clinical Excellence
Niveau de preuve: plusieurs essais cliniques randomisés

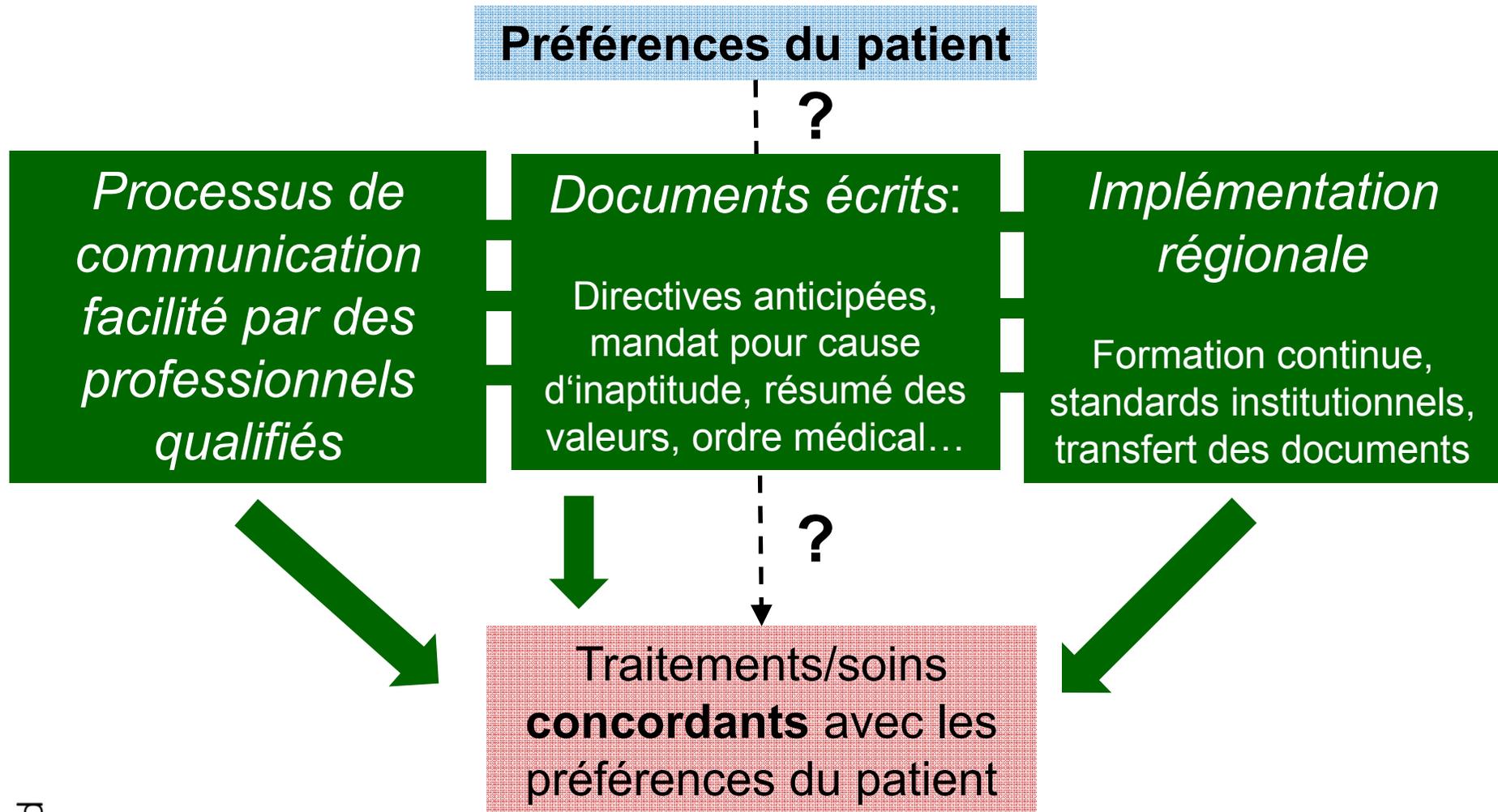
4 Une radiographie du thorax dans le bilan préopératoire en l'absence de suspicion de pathologie thoracique

Elle n'apporte aucun changement dans la prise en charge et l'évolution du patient asymptomatique.

Sources: American College of Radiology, Royal College of Radiologists
Niveau de preuve: plusieurs études d'observation

5 La poursuite à long terme d'un traitement d'inhibiteurs de la pompe à proton pour des symptômes gastro-intestinaux sans utiliser la plus faible dose efficace

Exemple 2: Projet anticipé des soins



Efficacité

- Augmente la fréquence des **directives anticipées**
- Augmente la fréquence et la qualité des **discussions** au sein de la famille et avec les professionnels de santé
- Augmente la concordance entre les **préférences** du patient et les soins effectivement reçus
- Augmente la chance que le **lieu de décès** soit celui souhaité
- Réduit les hospitalisations et **interventions** non souhaitées, inutiles et nuisibles

Houben 2014, Brinkmann-Stoppelenburg 2014, Austin 2015, Flo 2016, Martin 2016, Khandelwal 2015

Effet sur les coûts

Article	Intervention	Study Type	Cost measure	Findings	Trend
Malloy et al. 2000	Let Me Decide AD program	RCT	Average total costs per patient (18m)	Can\$ 3,490 (LMD) vs. Can\$ 5,239 (C)	↓
Chambers et al. 1994	∅ (documented AD discussion)	Observational study	Total charges of last hospitalization	\$30,478 (AD) vs. \$95,305 (C)	↓
SUPPORT Study 1995	Skilled nurse ⇔ facilitate ACP	Cluster-RCT	Modeled based on Therapeutic Intervention Score	Adjusted resource use ratio 1.05	=
Engelhardt et al. 2006	Advanced Illness Coordinated Care Program (AICCP)	Cluster-RCT	Health care costs (3 m) (n=169!)	\$12,123 (AICCP) vs. 16,295 (C) n.s.!	(↓)
Edes et al. 2006	Home-based Primary Care ⇔ "AD discussion"	Longitudinal study	Health care costs (6 m) (n=43!)	Net cost-savings \$1,873 per patients	↓
Zhang et al. 2009	∅ (has MD discussed EOL-wishes?)	Observational study	Medical costs in last week of life	\$1,876 (EOL-disc.) vs. \$2,917 (C)	↓
Hamlet et al. 2010	Telephonic EOL-counseling	RCT	Medicare costs	\$40,363 (EOL-C.) vs. (C) \$42,276	↓

Exemple 2: Soins palliatifs

Environ 25% des dépenses de santé de toute la vie se produisent dans la dernière année de vie

Smith R et al. 2004, Hoover DR et al. 2002,

Suisse: CHF 32'500 dans la dernière année de vie

Panczak R et al. Med Care 2017

↑ Coûts augmentent à l'approche de **la mort**

↑ Coûts plus élevés chez les **jeunes**

↑ Coûts plus élevés chez les patients atteints de **cancer**

↑ Coûts plus élevés chez les **hommes**

↑ Coûts plus élevés en **Suisse romande**

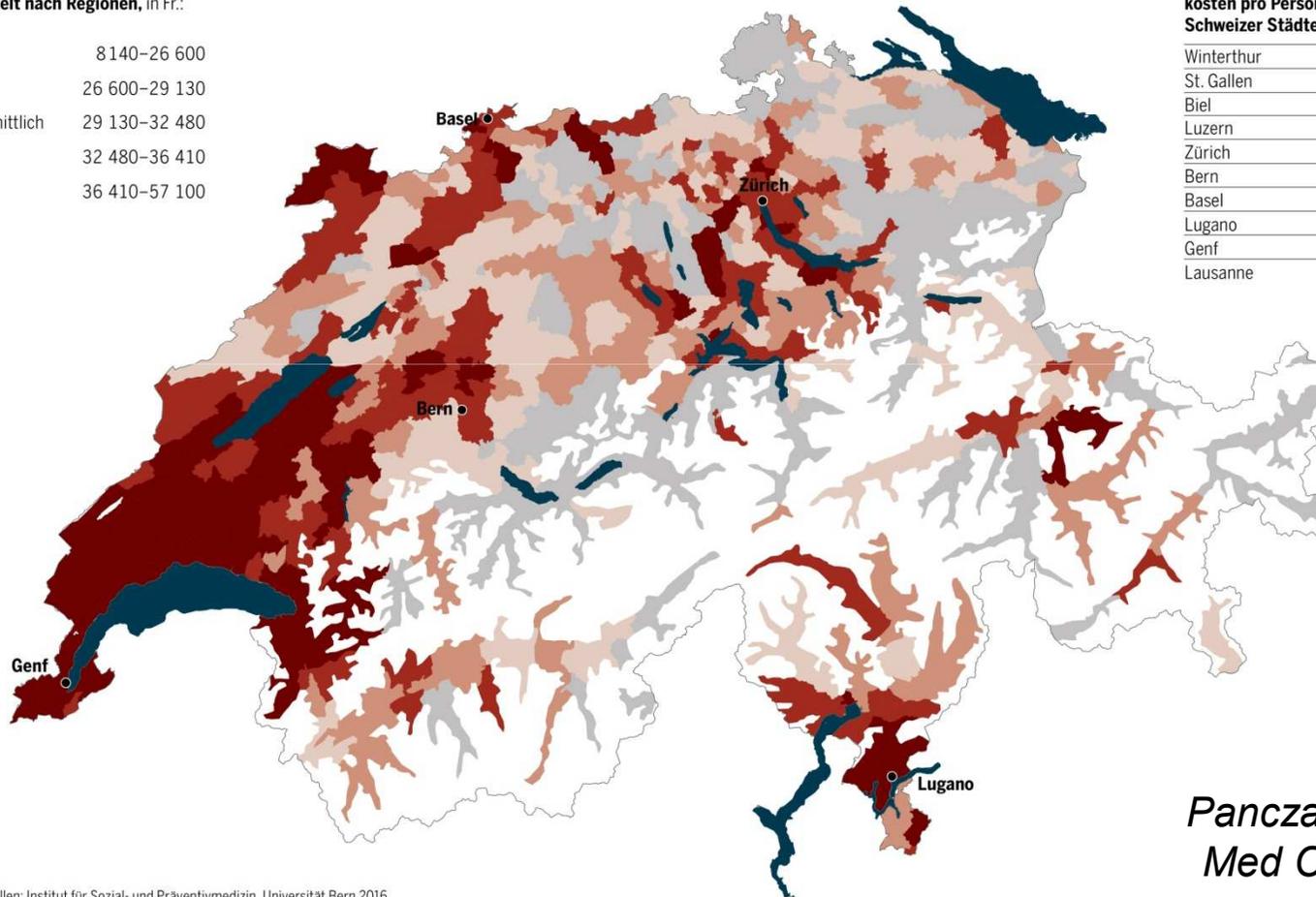
Panczak R et al. Med Care 2017

Exemple 2: Soins palliatifs

Die Krankenkassenkosten im letzten Lebensjahr

Krankenkassenkosten pro Person
aufgeschlüsselt nach Regionen, in Fr.:

sehr tief	8 140–26 600
tief	26 600–29 130
durchschnittlich	29 130–32 480
hoch	32 480–36 410
sehr hoch	36 410–57 100



Durchschnittliche Krankenkassenkosten pro Person in den 10 grössten Schweizer Städten, in Fr.:

Winterthur	26 600
St. Gallen	29 400
Biel	29 800
Luzern	31 800
Zürich	33 900
Bern	34 800
Basel	36 400
Lugano	39 200
Genf	42 600
Lausanne	44 200

Panczak R et al.
Med Care 2017

Exemple 2: Soins palliatifs

- **Revue systématique**: les soins palliatifs (généraux et spécialisés) réduisent les coûts en fin de vie dans tous les contextes

Smith R et al. 2014

- Les soins palliatifs doivent être **intégrés** précocement dans les soins curatifs
- Les soins palliatifs extrahospitaliers peuvent éviter des **hospitalisations** inutiles, non souhaitées et coûteuses
- **Défis** majeurs: identifier la fin de vie et renoncer à l'activisme

Exemple 4: Consultation éthique

Effect of Ethics Consultations on Nonbeneficial Life-Sustaining Treatments in the Intensive Care Setting

JAMA[®]
The Journal of the American Medical Association

A Randomized Controlled Trial

Schneiderman LJ et al. 2003

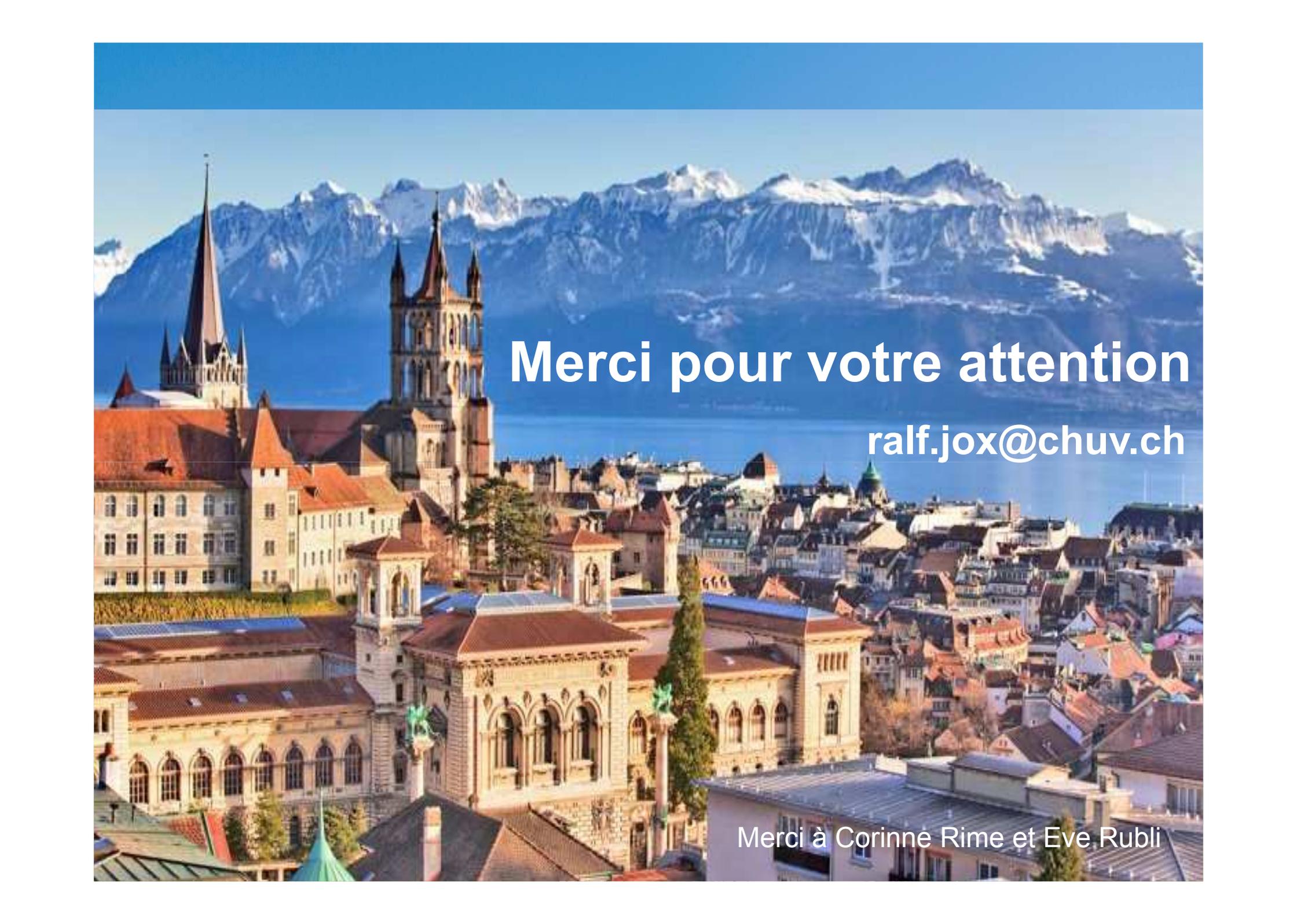
Lawrence J. Schneiderman, MD

Context Ethics consultations increasingly are being used to resolve conflicts about

- É-U: Unités de soins intensifs adultes dans 7 hôpitaux
- 11/2000-12/2002, 551 cas avec des enjeux éthiques
- 273 consultations éthiques, 278 contrôles (soins habituels)
- Taux de mortalité pas différent
- Intervention: jours à l'hôpital -3, jours en soins intensifs -1,5, jours à la ventilation -1.7

Résumé

- Les coûts de santé augmentent plus vite que le PIB
- Il faut limiter les coûts par plusieurs méthodes
- Un rationnement qui s'appuie sur les QALYs mène à des résultats injustes
- L'âge n'est pas un critère de rationnement approprié
- Pour des effets durables, il faut changer la culture de la médecine
- Exemples: projet thérapeutique, projet anticipé des soins, soins palliatifs, consultation éthique

A scenic view of a Swiss town, likely Bern, featuring a large cathedral with a tall spire and snow-capped mountains in the background. The text "Merci pour votre attention" is overlaid in white on the right side of the image.

Merci pour votre attention

ralf.jox@chuv.ch

Merci à Corinne Rime et Eve Rubli