



Article scientifique

Article

2013

Published version

Open Access

This is the published version of the publication, made available in accordance with the publisher's policy.

La durée de séjour en soins palliatifs : une étude observationnelle

Schneider, Martin; Zulian, Gilbert

How to cite

SCHNEIDER, Martin, ZULIAN, Gilbert. La durée de séjour en soins palliatifs : une étude observationnelle. In: Revue internationale de soins palliatifs, 2013, vol. 28, p. 175–180. doi: 10.3917/inka.133.0175

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:32552>

Publication DOI: [10.3917/inka.133.0175](https://doi.org/10.3917/inka.133.0175)

LA DURÉE DE SÉJOUR EN SOINS PALLIATIFS

Une étude observationnelle

Martin Schneider et Gilbert B. Zulian

Médecine & Hygiène | *Revue internationale de soins palliatifs*

2013/3 - Vol. 28
pages 175 à 180

ISSN 1664-1531

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-infokara-2013-3-page-175.htm>

Pour citer cet article :

Schneider Martin et Zulian Gilbert B., « La durée de séjour en soins palliatifs » Une étude observationnelle, *Revue internationale de soins palliatifs*, 2013/3 Vol. 28, p. 175-180. DOI : 10.3917/inka.133.0175

Distribution électronique Cairn.info pour Médecine & Hygiène.

© Médecine & Hygiène. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

La durée de séjour en soins palliatifs

Une étude observationnelle

Martin Schneider

Médecin-chef de clinique
Service de médecine palliative
Département de réhabilitation et de médecine palliative
HUG, Genève, Collonge-Bellerive

Gilbert B. Zulian

Médecin-chef de service
Service de médecine palliative
Département de réhabilitation et de médecine
HUG, Genève, Collonge-Bellerive

Résumé *La durée de séjour en soins palliatifs. Une étude observationnelle* – Un séjour en unité spécialisée de soins palliatifs doit être optimal pour que les patients puissent bénéficier des soins adaptés à leur situation. L'influence de facteurs socio-économiques sur la durée de séjour est peu connue.

Du 1^{er} décembre 2011 au 31 mai 2012, les données démographiques, médicales et socio-économiques des patients hospitalisés au service de médecine palliative des Hôpitaux universitaires de Genève ont été recueillies et liées à la durée et l'issue du séjour par un modelé de Cox. Pendant la période d'observation, 181 patients ont été hospitalisés. Trois quarts souffraient de cancer. Le séjour médian était de 14 jours et 75% des patients sont décédés. Les patients de moins de 65 ans et ceux de nationalité suisse demeuraient plus longtemps à l'hôpital. L'âge et la nationalité ont influencé la durée de séjour. Des facteurs socio-économiques ont pu jouer un rôle pendant l'hospitalisation. Leur identification pourrait être utile dans les décisions que les soignants sont amenés à prendre.

Summary *Length of stay in palliative care. An observational study* – Length of stay in palliative care units should be optimal for patients to benefit from the specialised care adapted to their situation. Little is known on how socio-economic factors may influence the length of stay in palliative care. Between 1 December 2011 and 31 May 2012, demographic, medical and socio-economic data of patients hospitalised in the division of palliative care of Geneva University Hospitals were recorded. Data were then linked to the length and outcome of stay, using a Cox proportional hazards model. During the observation period, 181 patients were admitted. Three quarters had cancer. Median stay was 14 days, 75% of the patients died. Patients younger than 65 years and Swiss nationals had longer stays. Age and nationality were associated with the length of stay. Socio-economic variables can play a role in hospitalisation duration and could help care givers in their decisions.

Introduction

Les soins palliatifs sont souvent considérés comme les soins spécialisés de fin de vie. Des recommandations pour soignants et hôpitaux ont été développées afin

de transférer les patients au moment adéquat [1]. Ces recommandations se basent en général non seulement sur des symptômes difficiles à contrôler, mais également sur une espérance de vie restante d'au moins quelques jours afin de permettre au patient hospitalisé

de bénéficier des soins spécifiques [2]. Si le patient décède deux ou trois jours après l'admission, l'adaptation au nouveau lieu de soins peut contrebalancer les bénéfices attendus du transfert. D'autre part, un patient dont les symptômes ont été stabilisés peut occuper un lit trop longtemps alors que sa mise à disposition pourrait aider un malade ayant besoin de soins spécialisés.

Peu de données existent sur les facteurs associés avec la durée de séjour en institution de soins palliatifs. On sait toutefois que les patients d'un niveau socio-économique élevé accèdent plus facilement aux soins palliatifs et que les facteurs associés avec la durée d'hospitalisation diffèrent d'une communauté à l'autre [3, 4].

L'étude ici présentée vise à trouver un lien entre des facteurs socio-démographiques et médicaux et la durée de séjour en soins palliatifs. Elle essaie également de repérer des aspects d'organisation des soins qui seraient associés à une durée extrême d'hospitalisation [5].

Patients et méthodes

Situation

Le service de médecine palliative des Hôpitaux universitaires de Genève [6] propose 32 lits à disposition de tous les patients ayant besoin de soins palliatifs spécialisés. Les patients, souffrant d'une maladie grave dans un stade avancé, sont en principe admis pour des symptômes physiques ou psychiques difficiles à contrôler et proviennent d'autres services des HUG, de cliniques privées ou directement du domicile.

Recueil des données

Tous les patients admis au service de médecine palliative entre le 1^{er} décembre 2011 et le 31 mai 2012 ont été inclus. Leur âge, sexe, nationalité actuelle, diagnostic principal, profession et provenance ont été extraits des dossiers médicaux électroniques d'une façon prospective. A la fin de l'hospitalisation, l'issue et la durée du séjour ont été ajoutées à la banque de données. Des patients admis à plusieurs reprises n'ont été pris en compte que pendant leur première hospitalisation.

Le diagnostic principal a été codé selon la Classification internationale des maladies, dixième version (CIM-10). [7] En l'absence de consensus suisse sur

la classification du niveau socio-économique en fonction de l'activité professionnelle, un système britannique a été utilisé (National Statistics Socio-Economic Classification (NS-SEC) [8]). La classification simplifiée à trois niveaux a été choisie dans le calcul du modèle à risque proportionnel de Cox. La nationalité européenne a été définie comme toute nationalité des pays formant l'Union européenne au 1^{er} janvier 2012.

Analyses

Pour les variables démographiques, des mesures statistiques descriptives ont été calculées: moyenne, médiane et écart. Un modèle à risque proportionnel de Cox pour la durée de séjour en fonction du sexe, de l'âge, de la nationalité, du niveau socioprofessionnel, de la présence de cancer et d'un transfert depuis un milieu dit de soins aigus a été développé. Les variables continues ont été comparées en utilisant le test de Wilcoxon. Tous les calculs ont été effectués à l'aide du programme StataTM (StataCorp, College Station, Texas, Etats-Unis).

Résultats

Patients

Pendant la période d'observation, soit du 1^{er} décembre 2011 au 31 mai 2012, 181 patients ont été admis. Il y avait 101 (56%) femmes et 80 (44%) hommes. L'âge médian était de 78 ans, avec des extrêmes de 34 à 99 ans. Il y avait 140 suisses (77%), 33 (18%) patients étaient de nationalité européenne et huit originaires d'autres pays (Bosnie-Herzégovine, Canada, Chili, Kosovo, Nigeria, Russie).

Le tableau 1 résume les catégories professionnelles des patients. La distribution est asymétrique en faveur des catégories inférieures, en raison du nombre des patients « d'occupation inférieure et technique » (classe 5) et de presque un sixième des patients sans activité professionnelle. La figure 1 liste les catégories diagnostiques. La majorité des patients (75%) souffraient de cancer, d'autres de maladies neurologiques (8%) et respiratoires (6%).

Dans le tableau 2 figurent la provenance et l'issue des patients. La moitié venait du service des urgences des HUG ou directement du domicile. La majorité (75%) est décédée dans le service de médecine palliative, d'autres l'ont quitté pour des établissements médico-sociaux, un retour à domicile ou un transfert dans une unité de soins de réadaptation.

Tableau 1 : Niveau socioprofessionnel (National Statistics Socio-economic Classification (NS-SEC)) des 181 patients.

NS-SEC	n	%
1. Management supérieur (<i>higher managerial and professional occupations</i>)	4	2
2. Management inférieur (<i>lower managerial and professional occupations</i>)	28	16
3. Occupation moyenne (<i>intermediate occupations</i>)	14	8
4. Petite entreprise ou indépendant (<i>small employers and own account workers</i>)	10	6
5. Supervision inférieure et professions techniques (<i>lower supervisory and technical occupations</i>)	57	32
6. Activité demi-routinière (<i>semi-routine occupations</i>)	16	9
7. Activité routinière (<i>routine occupations</i>)	21	12
8. Jamais travaillé ou chômage de longue durée (<i>never worked or long-term unemployed</i>)	27	15

Figure 1 : Maladies selon CIM parmi les patients hospitalisés.

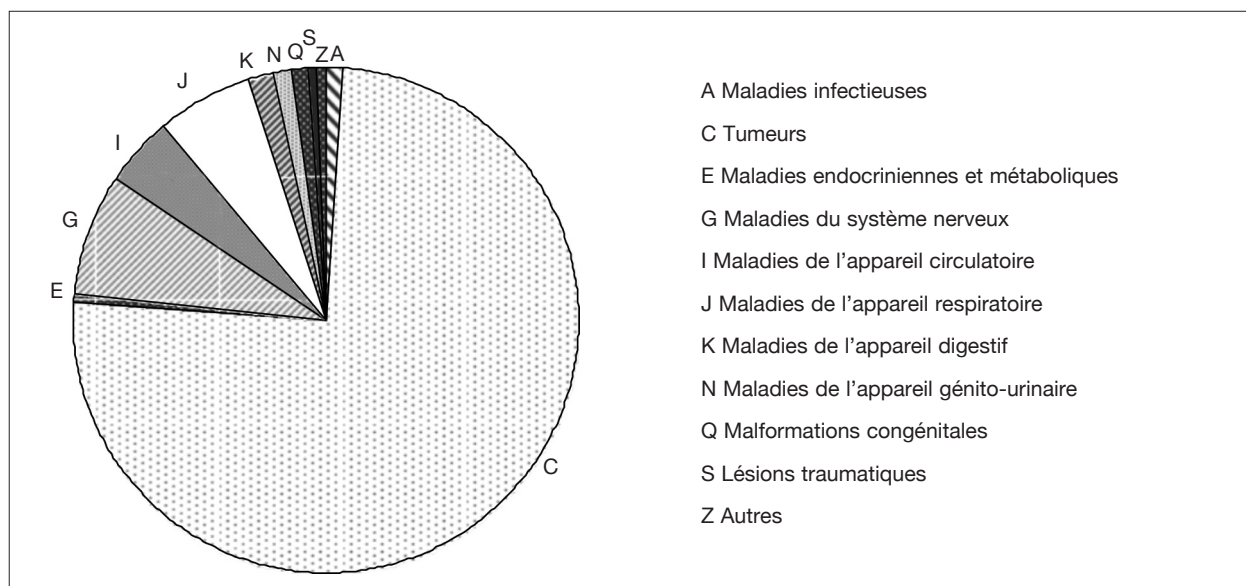


Tableau 2 : Provenance et issue des patients.

Provenance	n	%
Unités de soins aigus	59	33
Service des urgences	27	15
Hôpitaux privés	13	7
Soins de longue durée	37	20
Etablissement médico-social	4	2
Domicile	41	23
Issue		
Domicile	19	10
Unités de soins aigus	2	1
Soins de longue durée	18	10
Etablissement médico-social	5	3
Décès	135	75
Suicide assisté (à domicile)	2	1

Durée du séjour

La durée médiane du séjour était de quatorze jours. L'écart des valeurs allait quelques heures à 185 jours

(figure 2). Vingt-sept patients (15%) sont restés moins de trois jours, 105 (58%) de 3 à 30 jours, et 49 (27%) plus de 30 jours.

Le modèle de Cox (tableau 3) met en évidence que les patients de plus de 65 ans ont séjourné pour une durée plus courte que les patients moins âgés. La durée de séjour des patients suisses était plus longue que celle des patients d'autres nationalités. Les hommes avaient tendance à rester plus longtemps que les femmes. D'autres facteurs n'étaient pas associés avec la durée du séjour.

Discussion

Cette étude d'observation réalisée dans un service de médecine palliative cherchait un lien entre des facteurs socio-économiques et une durée extrême de séjour. Les patients y sont restés en moyenne 23 jours soit un peu moins longtemps que ceux d'un hospice à Zürich où 40% des patients ont pu regagner leur domicile [9] alors que seuls 10% des patients ont pu le faire à Genève.

Figure 2: Distribution de la durée de séjour en soins palliatifs des 181 patients.

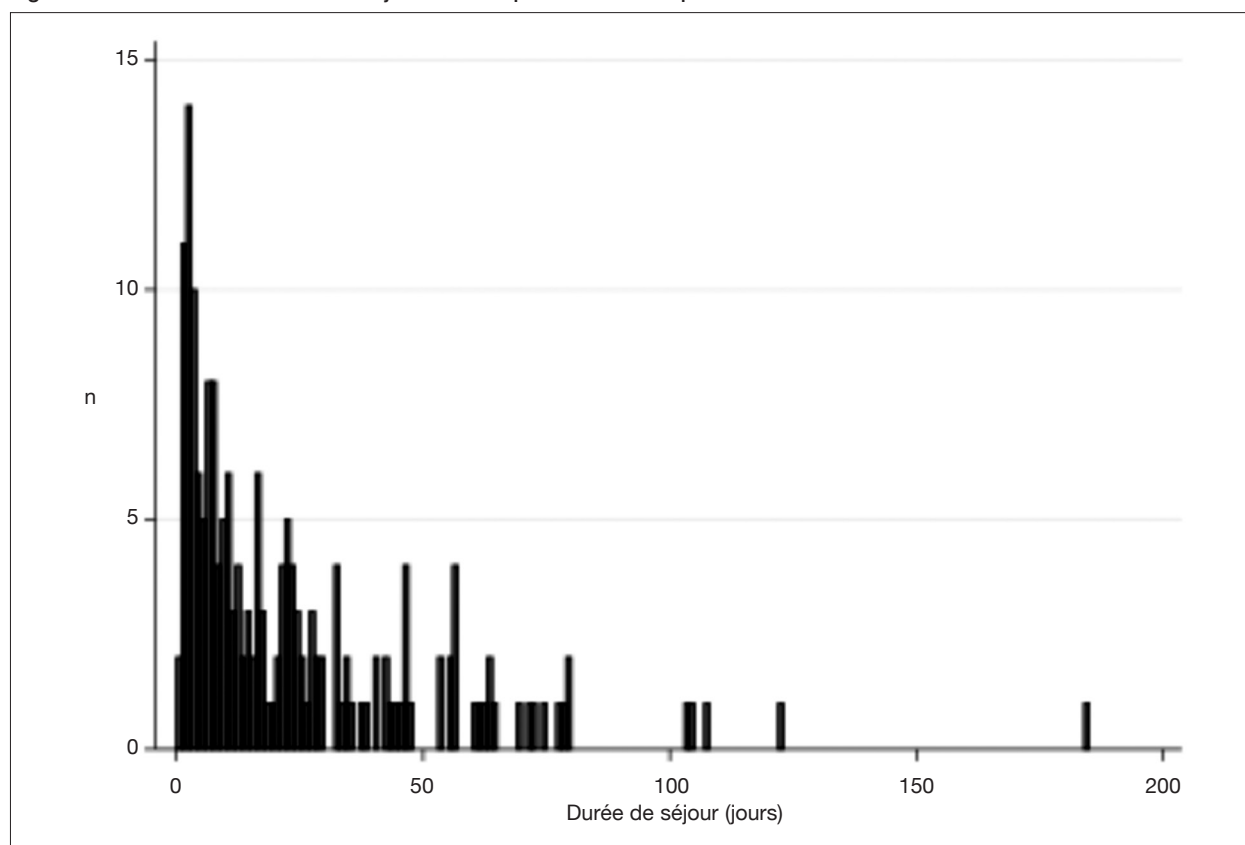


Tableau 3: Facteurs associés à la durée de séjour en unité de soins palliatifs, modèle à risque proportionnel de Cox.

Facteurs	Taux de défaillance/ hazard ratio	Intervalle de confiance de 95%
Sexe masculin	1,22	0,88-1,69
Age >65 ans	1,81	1,23-2,69
Nationalité suisse	0,65	0,44-0,96
Niveau socioprofessionnel*	1,02	0,84-1,25
Cancer	0,92	0,62-1,36
Transfert de soins aigus ou de domicile	1,10	0,78-1,55

* Classe comme référence.

L'étude n'a pas confirmé l'hypothèse d'un lien entre la situation socio-économique et la durée de séjour. Ceci n'est pas dû à une puissance statistique insuffisante avec le taux de défaillance de 1,02 (intervalle de confiance (IC) de 95% 0,84-1,25) très proche de l'équivalence. Il était impossible de vérifier si la distribution des niveaux socio-économiques parmi les patients correspondait à celle de la population générale de Genève car de telles statistiques ne sont pas disponibles. L'accès aux soins palliatifs semble être lié au niveau socio-économique [10], mais il est clair que le canton de Genève facilite l'accès à tous les groupes de populations [11].

Les patients âgés de plus de 65 ans ont séjourné moins longtemps que les plus jeunes. Cette différence n'était pas due à une mortalité plus élevée (rapport des cotes/odds ratio 1,35 (IC de 95% 0,64- 2,85)). On peut imaginer que l'entourage des patients âgés disposait de plus de temps et d'une motivation supérieure pour accompagner leur parent à domicile. En l'absence de données comparables provenant du milieu des soins palliatifs, on peut signaler une analyse populationnelle des décès en Belgique relevant que les patients âgés de plus de 90 ans passaient moins de temps à l'hôpital avant leur décès que les patients moins âgés [12]. Dans notre étude, seulement 8% des patients avaient plus de 90 ans, une proportion trop faible pour permettre des conclusions.

Le séjour des patients suisses était plus long que celui des patients d'autres nationalités. Bien que les patients suisses fussent un peu plus âgés (différence moyenne de 4,7 (IC de 95%-0,2-9,7) ans), l'âge n'était probablement pas un facteur de confusion. Des pratiques culturelles pourraient influencer le moment de l'hospitalisation, mais la banque de données ne contient pas d'information spécifique. Aux Etats-Unis, des patients d'origine caucasienne semblent accéder plus facilement aux soins palliatifs [13], mais on ne sait rien sur des phénomènes comparables en Europe ou en Suisse.

Le diagnostic de cancer n'était pas associé à la durée de séjour. Bien que la CIM classe toutes les tumeurs en catégorie C, ces maladies sont hétérogènes. Le pronostic et les hospitalisations diffèrent pour des patients souffrant de tumeurs a priori comparables du poumon, du côlon, du sein ou de la prostate [14]. La CIM n'est de loin pas un outil de pronostic, d'autres scores ont été développés à cet effet [15].

Parmi les 27 patients ayant séjourné moins de trois jours, six provenaient du service des urgences et deux sont décédés dans les heures qui ont suivi leur arrivée au service de médecine palliative. Bien que les décès suite aux maladies chroniques doivent être évités au service des urgences [16], des solutions plus appropriées auraient pu être utilisées plutôt que de transférer des patients moribonds dans une unité spécialisée de soins palliatifs [17]. Certaines organisations sanitaires ont en effet développé avec succès une unité spécialisée au sein du service des urgences destinée aux patients mourants qui n'ont pu être admis à temps en unité de soins palliatifs. Alternativement, l'admission directement du domicile en unité de soins palliatifs permettrait aussi d'éviter une hospitalisation inadéquate dans un centre d'urgence.

Points faibles

L'étude n'est pas dépourvue de faiblesses. D'abord, le nombre de patients est relativement limité bien que le service de médecine palliative admette près de 300 patients chaque année. Des associations supplémentaires, possiblement non identifiées, n'ont peut-être pas atteint la signification statistique. De même, le niveau socio-professionnel ne reflète que partiellement le niveau socio-économique. Cette mesure approximative peut être encore moins précise pour des personnes à la retraite pour lesquelles le réseau social privé est devenu plus important, le système suisse de rentes permettant un niveau de vie satisfaisant à la plupart des retraités [18]. Cependant, les données médicales recueillies de routine ne contenaient pas d'indicateur utilisable pour cette étude. Le réseau social joue vraisemblablement bien son

rôle en fin de vie, mais il est difficile à mesurer de façon quantitative. Enfin, la catégorie déterminée de soins aigus était peut-être trop hétérogène, contenant à la fois des services médicaux et chirurgicaux. L'étude n'a peut-être pas réussi à identifier des services ou des spécialités médicales qui auraient transféré leurs patients de façon tardive [19].

Points forts

L'étude a inclus tous les patients admis pendant la période d'observation. Les données recueillies étaient ainsi très complètes (100% pour les variables démographiques et la durée du séjour, 98% pour le niveau socio-professionnel). Le service de médecine palliative des HUG est le seul à offrir des soins palliatifs du niveau tertiaire aux patients hospitalisés dans le canton de Genève. L'étude est donc bien représentative pour la situation de ce canton.

Conclusion

Cette étude a analysé des facteurs associés avec la durée de séjour en service de médecine palliative et mis en évidence des séjours plus longs pour les patients âgés de moins de 65 ans et pour les patients de nationalité suisse. Elle a également mis en évidence qu'un sixième des patients avait séjourné pendant moins de 3 jours, indication de transferts probablement effectués trop tardivement. L'étude souligne l'importance que les soins palliatifs et leurs bénéfices soient connus parmi les soignants. Tous rencontreront des patients qui bénéficieront du milieu de soins palliatifs avec des transferts adéquats et à temps et c'est bien ce que souhaitent les patients et leurs proches [20].

Remerciements

Merci aux équipes infirmières et aux médecins qui ont contribué au recueil des données.

Bibliographie

- Weissman DE, Meier DE. Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting: A consensus report from the Center to Advance Palliative Care. *J Palliat Med* 2011;14 (1):17-23.
- Philip JA, Le BH, Whittall D, Kearney J. The development and evaluation of an inpatient palliative care admission triage tool. *J Palliat Med* 2010;13(8):965-72.
- Kessler D, Peters TJ, Lee L, Parr S. Social class and access to specialist palliative care services. *Palliat Med* 2005;19(2):105-10.
- Somova MJ, Somov PG, Lawrence JC, Frantz TT. Factors associated with length of stay in a mid-sized, urban hospice. *Am J Hosp Palliat Care* 2000;17(2):99-105.
- Jennings AL, Naysmith A. An audit of long-stay patients in an inner city palliative care centre. *Palliat Med* 1999;13(4):349-52.
- Soins palliatifs, <http://soinspalliatifs.hug-ge.ch/>, consulté le 1^{er} septembre 2012.

7. International statistical classification of diseases and related health problems. Geneva: WHO, 2010.
8. The National Statistics Socio-economic Classification (NS-SEC). London: Office for National Statistics, 2010.
9. Wirth G, Gudat H, Henke H. Palliative care in a small medical clinic in Zurich, Switzerland. *Support Care Cancer* 2000;8(1):5-9.
10. Ward E, Jemal A, Cokkinides V, et al. Cancer disparities by race/ethnicity and socioeconomic status. *CA Cancer J Clin* 2004;54(2):78-93.
11. Wolff H, Besson M, Holst M, Induni E, Stalder H. Inégalités sociales et santé: l'expérience de l'unité mobile de soins communautaires à Genève. *Rev Med Suisse* 2005;1(34):2218-22.
12. Gielen B, Remacle A, Mertens R. Patterns of health care use and expenditure during the last 6 months of life in Belgium: Differences between age categories in cancer and non-cancer patients. *Health Policy* 2010; 97(1):53-61.
13. Crawley LM. Racial, cultural, and ethnic factors influencing end-of-life care. *J Palliat Med* 2005;8(Suppl.1):S58-69.
14. Schneider N, Dreier M, Amelung VE, Buser K. Hospital stay frequency and duration of patients with advanced cancer diseases – differences between the most frequent tumour diagnoses: A secondary data analysis. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2007;16(2):172-7.
15. Gwilliam B, Keeley V, Todd C, et al. Development of Prognosis in Palliative care Study (PiPS) predictor models to improve prognostication in advanced cancer: Prospective cohort study. *BMJ* 2011; 343: d4920.
16. Beynon T, Gomes B, Murtagh FEM, et al. How common are palliative care needs among older people who die in the emergency department? *Emergency Medicine Journal* 2011;28(6):491-5.
17. Bailey CJ, Murphy R, Porock D. Dying cases in emergency places: Caring for the dying in emergency departments. *Soc Sci Med* 2011;73(9):1371-7.
18. Sinn und Zweck der AHV. In: Bundesamt für Sozialversicherungen, ed. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV), 2010.
19. Klaristenfeld DD, Harrington DT, Miner TJ. Teaching palliative care and end-of-life issues: A core curriculum for surgical residents. *Ann Surg Oncol* 2007;14(6):1801-6.
20. Teno JM, Shu JE, Casarett D, Spence C, Rhodes R, Connor S. Timing of referral to hospice and quality of care: Length of stay and bereaved family members' perceptions of the timing of hospice referral. *J Pain Symptom Manage* 2007;34(2):120-5.