

Déploiement du Projet de soins anticipé (ProSA) dans le canton de Vaud : Estimations des coûts et économies potentielles

Etude réalisée sur mandat du Réseau Santé Région Lausanne, avec le soutien financier de
Promotion Santé Suisse

Catia Coelho Rodrigues, Giulia Belloni, Océane Pittet, Camille Poroës, Loïc Brunner,
Karine Moschetti, Laurence Seematter

Mars 2026

unisantéCentre universitaire de médecine générale
et santé publique · Lausanne

Unisanté | Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Lausanne

Département d'Épidémiologie et Système de Santé, DESS

Secteur Économie et Politiques de Santé (ECOPOL)

Contacts : karine.moschetti@unisante.ch ; laurence.seematter-bagnoud@unisante.ch

Table des matières

Liste des abréviations	5
Remarque sur le texte	5
Résumé	6
1 Introduction	11
1.1 Contexte	11
1.1.1 Evolution du cadre légal, émergence et développement de l'ACP en Suisse	11
1.1.2 Développement et déploiement du ProSA dans le canton de Vaud	13
1.2 Objectifs du mandat, méthode et structure du rapport	14
2 Objectif 1 : Coûts et facturation du ProSA	16
2.1 Méthode	16
2.1.1 Entretiens	16
2.1.2 Coûts salariaux	16
2.2 Résultats	16
2.2.1 Descriptif des entretiens réalisés	16
2.2.2 Durée du ProSA	17
2.2.3 Facteurs influençant la durée et la mise en pratique du ProSA dans les institutions ...	19
2.2.4 Coût de la réalisation d'un ProSA	21
2.2.5 Financement du ProSA	22
2.2.6 Obstacles financiers au déploiement du ProSA	24
2.3 Limites du travail - entretiens	25
2.4 Etude de cas-projet pilote d'implémentation du ProSA au CHUV auprès de patients hospitalisés	25
2.4.1 Déroulement	25
2.4.2 Durée de réalisation	26
2.4.3 Facturation du ProSA	26
2.5 Impact sur la facturation du ProSA du passage au système TARDOC (2026)	27
3 Objectif 2 : Revue de littérature	30
3.1 Méthodologie	30
3.2 Résultats de la revue littéraire	31
3.2.1 L'ACP chez les patients hospitalisés	34
3.2.2 L'ACP dans les EMS	35
3.2.3 L'ACP dans les soins communautaires et de premier recours	36
3.2.4 L'ACP dans un contexte mixte	37
3.3 Discussion des résultats de la revue littéraire	39
3.4 L'Advance Care Planning à l'international	40
3.4.1 Implémentation de l'ACP	41
3.4.2 Cadre légal liée à l'ACP	43
3.4.3 Système de rémunération ou financement de l'ACP	43
3.4.4 Conclusion sur les approches internationales de l'ACP	44

4	Objectif 3 : Estimer la taille de la population cible	45
4.1	Méthodologie.....	45
4.1.1	Personnes fragiles, à haut risque de devenir dépendantes, en raison de maladies chroniques (profil 3)	45
4.1.2	Personnes dépendantes, hébergées en EMS ou à haut risque d'admission en EMS (profil 4)	46
4.2	Résultats.....	46
4.2.1	Profil 3	46
4.2.2	Profil 4	47
4.2.3	Conclusion sur les effectifs estimés des profils 3 et 4.....	48
5	Objectif 4 : Estimation des économies et bénéfices potentiels de mettre en place le ProSA dans le canton de Vaud	49
5.1	Economies potentielles de la mise en place du ProSA dans le canton de Vaud.....	49
5.1.1	Contexte	49
5.1.2	Modèle	49
5.1.3	Résultats.....	55
5.1.4	Forces et limites du modèle	62
5.2	Les bénéfices du ProSA pour les bénéficiaires, les proches et les professionnels de santé ..	62
5.3	Conclusion quant aux économies et bénéfices potentiels de l'implantation du ProSA	63
6	Conclusion.....	65
7	Références	66
8	Annexes.....	74
8.1	Grille d'entretien.....	74
8.2	Informations sur le nombre d'entretiens réalisés	76
8.3	Sources des salaires bruts des facilitateurs ProSA.....	78
8.4	Modalités de facturation/financement par institution interrogée.....	81
8.5	Méthode d'estimation du montant et de la part facturée via TARMED.....	83
8.6	Liste des codes TARMED	86
8.7	Tableau de correspondance des codes TARMED et TARDOC indiqués par les institutions...	87
8.8	Exemples de l'impact du passage au TARDOC sur la facturation du ProSA pour des positions spécifiques	91
8.9	Equation de recherche de la revue littéraire (PUBMED)	92
8.10	Références des publications retenues dans la revue littéraire	93

Liste des tables

Tableau 1-Durée moyenne des différentes étapes du ProSA, échantillon constitué de l'ensemble des entretiens (n=18), incluant les institutions genevoises et zurichoises.....	18
Tableau 2-Durée moyenne des différentes étapes du ProSA, échantillon restreint aux institutions vaudoises ou appliquant un modèle ProSA similaire (n=14 entretiens).....	19
Tableau 3-Estimation du coût du ProSA pour l'employeur, selon le profil du facilitateur	22
Tableau 4-Estimation du montant facturé pour un ProSA selon la modalité de facturation et le type de structure	24
Tableau 5-Positions TARMED retenues pour une utilisation en facturation infirmière dans le cadre du projet pilote.....	27
Tableau 6- Estimation du montant facturé et part de la durée facturée pour un ProSA selon le système de tarification TARMED et TARDOC	28
Tableau 7-Critères PICO	30
Tableau 8-Effets de la mise en place d'ACP par outcome et lieux de réalisation de l'ACP	32
Tableau 9-Estimation du profil 3 par classe d'âge et extrapolation à la population vaudoise	46
Tableau 10-Codes SwissDRG de soins visant à prolonger la vie, et codes correspondant aux soins palliatifs de remplacement.....	52
Tableau 11-Economies moyennes par hospitalisation de fin de vie chez un bénéficiaire du ProSA selon les valeurs des deux paramètres.....	56
Tableau 12-Economies moyenne de fin de vie chez un bénéficiaire ProSA décédé, quel que soit son lieu de décès, selon les valeurs des deux paramètres	58
Tableau 13- Économies moyennes de fin de vie par bénéficiaire ProSA décédé, tous lieux de décès confondus, selon les paramètres les plus proches du contexte suisse.....	61

Liste des figures

Figure 1-Etapes de sélection des articles inclus dans la revue littéraire.....	31
Figure 2-Estimation du profil 4 dans une vision de déploiement (hypothèse sans ProSA, horizon 12 mois) selon les 3 sous-groupes.....	47
Figure 3-Effectifs estimés par phase de déploiement et profil, pour le canton de Vaud	48
Figure 4-Modèle décisionnel comparant la situation actuelle et celle alternative.....	50
Figure 5-Modèle décisionnel détaillé montrant les alternatives thérapeutiques en présence d'un ProSA	51

Liste des abréviations

ACP : Advance Care Planning

ÄNO : Ärztliche Notfallanordnung

ASSM : Académie Suisse des Sciences Médicales

BRIO : Bureaux Régionaux d'Information et d'Orientation

CCS : Code Civil Suisse

CCT : Convention collective de travail

CHUV : Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

DA : Directives anticipées

DNR : Do Not Resuscitate Order

DRG : Diagnosis Related Group

EMS : Établissement médico-social

FMH : Fédération des médecins suisses

GT ProSA : Groupe de travail national ProSA

HUG : Hôpitaux Universitaires de Genève

OFS : Office fédéral de la statistique

OFSP : Office fédéral de la santé publique

OPAS : Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins

POLST : Provider Orders for Life-Sustaining Treatment

ProSA : Projet de soins anticipé

RSRL : Réseau Santé Région Lausanne

RT : Représentant thérapeutique

Remarque sur le texte

Le présent rapport a été rédigé en utilisant le masculin générique afin de simplifier la lecture. L'emploi du masculin n'implique aucune préférence de genre et inclut toutes les personnes, indépendamment de leur identité de genre.

Résumé

Le Projet de soins anticipé (ProSA) (en anglais Advance Care Planning (ACP)) vise la promotion et le respect de l'autonomie individuelle, reconnaissant à chaque personne le droit de définir ce qu'une « bonne prise en charge » signifie pour elle. Incluant généralement un accompagnement par un professionnel spécifiquement formé, la démarche ProSA aide à clarifier les valeurs, anticiper les scénarios de soins et formuler des décisions concrètes, incluant la rédaction de directives anticipées et la désignation d'un représentant thérapeutique. En documentant ces préférences à l'avance, le ProSA assure au bénéficiaire qu'en cas d'incapacité de discernement, la prise en charge sera cohérente avec ses préférences, tout en étant réaliste dans le cadre des pratiques cliniques établies.

Dans le canton de Vaud, sous l'égide du Réseau Santé Région Lausanne (RSRL), un déploiement du ProSA est en préparation à la suite d'une phase pilote ayant montré son utilité pour les bénéficiaires et les professionnels, mais aussi des défis de facturation. Le déploiement actuel cible prioritairement deux groupes : les personnes définies comme fragiles, à haut risque de devenir dépendantes, notamment en raison de maladies chroniques (profil 3) et les personnes déjà dépendantes, hébergées en établissement médico-social (EMS) ou à haut risque d'admission en EMS (profil 4). Pour ces personnes dont la situation de santé est complexe, un accompagnement ProSA structuré est recommandé, car il permet d'aboutir à des décisions concrètes et applicables, évitant des directives de soins trop générales ou difficiles à utiliser en situation aiguë.

Dans ce contexte, le RSRL a mandaté Unisanté pour une évaluation des coûts de réalisation du ProSA, des modalités de financement et facturation de cette prestation, ainsi que des économies et bénéfices potentiels associés à sa mise en place. Par ailleurs, la taille des deux groupes de population cible a été estimée. En amont, une revue de littérature a été menée pour identifier les connaissances existantes sur les bénéfices de l'ACP en matière d'utilisation des soins et pour éclairer les dimensions à considérer dans les analyses. Les principaux éléments de méthode et de résultats sont résumés ci-dessous.

Coûts et facturation du ProSA

Des entretiens (n=18) ont été réalisés auprès de facilitateurs ProSA accompagnés de personnes chargées de la facturation dans diverses structures sanitaires et sociales, comprenant notamment des EMS, des équipes mobiles et des services de soins à domicile. Les institutions interrogées étaient majoritairement vaudoises (61%), avec quelques entretiens dans les cantons de Genève, de Zurich, du Jura et du Tessin. Ces entretiens ont permis de recueillir des informations concernant la durée et le coût de réalisation du ProSA, les modalités de financement et la part facturée.

Dans les institutions du canton de Vaud, ainsi que dans celles appliquant le ProSA de manière similaire¹, la durée moyenne nécessaire pour mener un ProSA complet — depuis l'identification du bénéficiaire jusqu'à la mise à jour des souhaits et documents — est estimée à 5h45. Cette durée varie toutefois fortement selon l'état de santé de la personne accompagnée et l'expérience du facilitateur. Elle est légèrement plus courte (5h05) lorsque l'on inclut les institutions genevoises et zurichoises, dont la pratique s'appuie davantage sur des formulaires standardisés. Sur la base des salaires horaires issus des conventions collectives vaudoises de travail, le coût total pour l'employeur, i.e. charges sociales comprises, se situe entre CHF 252 et CHF 570, en fonction du profil professionnel du facilitateur (infirmière, assistant social, psychologue ou médecin).

¹ Cela correspond aux institutions des cantons du Jura et du Tessin, ainsi qu'à une infirmière indépendante exerçant en Suisse alémanique.

Trois principes de financement du ProSA ont été observés au sein des structures interrogées. Leurs caractéristiques, leurs limites, ainsi que les types de structures qui les appliquent sont résumés ci-dessous :

- (1) **Intégration du ProSA dans le cahier des charges du facilitateur** : Dans ce modèle, la réalisation du ProSA est financée par le budget général de la structure, car il n'existe pas de possibilité de facturer cette prestation, soit en raison du profil professionnel du facilitateur, soit en raison du mode de financement de l'institution.

Limites : Lorsque le ProSA est intégré dans le cahier des charges en parallèle d'activités habituelles de soins ou d'évaluation, il peut être relégué au second plan faute d'incitatif financier. Des ressources budgétaires restreintes peuvent également freiner sa mise en œuvre.

- (2) **Financement via la facturation** : Certaines structures facturent le ProSA, soit via un tarif horaire ou forfaitaire, soit via TARMED. Deux modalités sont observées parmi les infirmiers indépendants, une facturation au tarif horaire de CHF 148, ou un forfait de CHF 170–175 par ProSA. Lorsque la démarche est réalisée par un médecin ou un autre professionnel travaillant sous délégation médicale (souvent un infirmier spécialisé), des positions TARMED sont utilisées, pour des montants facturés allant de CHF 138 à 381, correspondant à une part facturée du ProSA variant entre 20% et 95%. Sous réserve du recul encore limité, le passage au TARDOC semble avoir un effet marginal sur ces estimations.

Limites : Le ProSA n'est généralement pas facturable dans son intégralité, car seules certaines prestations TARMED correspondent aux étapes du processus, et la durée réelle excède fréquemment les limites permises par les positions tarifaires.

Types de structures : Equipe mobile de soins palliatifs, Centre de gériatrie, EMS, Indépendant.

- (3) **Financement via des fonds spécifiques** : Certaines institutions financent ponctuellement des ProSA grâce à des fonds internes (par ex. destinés à la formation) ou à des dons externes. Ce modèle concerne principalement des demandes de personnes externes à la structure souhaitant réaliser un ProSA, mais n'étant pas suivies par l'institution.

Limites : Ce mode de financement est considéré comme une solution provisoire. Les fonds disponibles sont limités et insuffisants pour répondre à une éventuelle hausse des demandes. Cette solution soulève par ailleurs des questions d'équité entre bénéficiaires externes (pour qui la démarche n'est pas facturée) ou suivis par l'institution.

Types de structures : Centre de gériatrie, Equipes mobiles de soins palliatifs

Revue de la littérature sur l'ACP

La revue littéraire a identifié 27 articles publiés depuis 2016 sur les effets de l'implémentation de l'ACP sur l'utilisation des soins, les coûts associés et les bénéfices de l'ACP pour les personnes âgées et leurs proches. La majorité des études ont été menées aux Etats-Unis, les autres se répartissant entre le Canada, le Royaume-Uni, l'Irlande et les Pays-Bas et couvrent une diversité de contextes cliniques : milieu hospitalier, soins primaires, EMS, mais le plus souvent un contexte mixte.

Les résultats de la revue montrent que l'ACP a un effet significatif sur l'utilisation des soins, avec une réduction du nombre d'hospitalisations (-12% à -34%), de la durée des séjours, du recours aux soins intensifs (-13% à -22%) et aux thérapies visant à prolonger la vie, parallèlement à une utilisation accrue

des soins palliatifs, à l'hôpital ou en établissement de soins palliatifs. L'impact sur les coûts est plus hétérogène. Cette hétérogénéité semble liée aux différences de périmètre considéré selon les études (soins aigus, soins de confort, soins de longue durée), ce qui limite la comparabilité des résultats. Concernant les effets sur les personnes bénéficiaires et leurs proches, les travaux analysent des dimensions telles que la satisfaction vis-à-vis des soins ou la qualité de vie. Les conclusions sont plus mitigées : plusieurs études ne montrent pas d'avantage statistiquement significatif, sans pour autant mettre en évidence d'effet négatif. Certaines limites méthodologiques – notamment des échantillons restreints et des durées de suivi trop courtes – peuvent expliquer l'absence de significativité dans certains cas.

Dans l'ensemble, la revue confirme l'intérêt de l'ACP. Pour le système de soins, elle s'accompagne d'un déplacement des soins aigus, visant à prolonger la vie, vers des soins palliatifs plus adaptés aux besoins et/ou aux préférences des personnes dont la fin de vie approche. Pour les bénéficiaires et leurs proches, elle présente un impact globalement positif, en améliorant certaines dimensions de la qualité de vie et la satisfaction vis-à-vis des soins.

Implémentation de l'ACP au niveau international

Plusieurs pays ont été pionniers dans le développement de l'ACP (Etats-Unis, Angleterre, l'Allemagne et les Pays-Bas). Le déploiement de l'ACP y reste relativement fragmenté, reposant essentiellement sur des initiatives locales ou institutionnelles plutôt que sur une stratégie nationale coordonnée. Les projets développés ont toutefois joué un rôle déterminant dans l'évolution des pratiques. Ils ont notamment conduit à l'élaboration de formulaires standardisés permettant de traduire les objectifs de soins en directives médicales applicables en situation d'urgence, tels que le *Provider Orders for Life-Sustaining Treatment* (POLST), largement diffusé aux États-Unis, ou l'*Ärztliche Notfalloanordnung* (ÄNO) en Allemagne. Des programmes de formation aux discussions ACP ont aussi été élaborés (p.ex le programme « Respecting Choice »).

Dans ces pays comme en Suisse, l'ACP s'appuie sur un cadre légal qui encadre les choix thérapeutiques ainsi que les décisions de soins de fin de vie ou en cas d'incapacité de discernement. Ce cadre juridique ne semble pas suffisant pour assurer une diffusion large et systématique de l'ACP au sein de la population.

En matière de financement, plusieurs pays ont mis en place des mécanismes pour inciter la réalisation de l'ACP. Aux États-Unis, des codes de facturation dédiés permettent de rémunérer les entretiens d'ACP dans le cadre de Medicare (assurance fédérale destinée aux personnes âgées). En Angleterre, l'ACP a été intégré dans un système de rémunération fondé sur des indicateurs de qualité, afin d'inciter les médecins à aborder systématiquement ces thématiques. En Allemagne, le financement de postes de facilitateurs ACP au sein des EMS et des foyers pour personnes en situation de handicap constitue également un levier organisationnel important.

Les effets de ces incitations sur l'augmentation effective du nombre de discussions ACP demeurent toutefois mitigés. Elles ont néanmoins permis de cibler les efforts sur des groupes de population pour lesquels l'ACP apporte une valeur ajoutée particulièrement élevée.

Estimation de la taille de la population cible

L'effectif des deux groupes de population visés prioritairement dans le cadre du déploiement cantonal du ProSA a été estimé sur la base de plusieurs sources de données.

Pour le **profil 3** (personnes fragiles, à haut risque de perte d'autonomie en raison de maladies chroniques), les critères ont été définis avec le mandant comme suit : présence de maladies chroniques et de difficultés dans les activités instrumentales de la vie quotidienne. La proportion de participants de la cohorte lausannoise Lc65+ répondant à ces critères a été estimée par classes d'âge, puis appliquée aux effectifs de la population vaudoise des mêmes classes d'âge. Sur cette base, l'effectif cantonal correspondant au profil 3 est estimé à **4'583 personnes** âgées de 72 à 90 ans.

Pour le **profil 4**, l'estimation inclut, d'une part, les personnes déjà hébergées en EMS (environ 6 000 résidents), et d'autre part, les personnes présentant un risque élevé d'admission en EMS long séjour. L'effectif de ce second groupe a été estimé à partir du nombre de demandes d'hébergement en EMS enregistrées par les Bureaux Régionaux d'Information et d'Orientation (BRIOs), auquel s'ajoute le nombre de personnes suivies par le dispositif d'accompagnement communautaire (DAC), chargé de soutenir le maintien à domicile dans des situations complexes. Au lancement du déploiement, la population cantonale relevant du profil 4 est ainsi estimée à **10'000 personnes**. Une fois atteint un régime de croisière, l'effectif cible comprendra principalement les nouvelles demandes d'hébergement en EMS ainsi que les nouvelles admissions dans le dispositif DAC.

Au total, lors de l'initiation du déploiement, l'effectif des profils 3 et 4 avoisinerait les 15'000 personnes. Compte tenu du nombre actuel de facilitateurs formés, ainsi que du temps nécessaire pour mener à bien un ProSA, ces volumes ne pourraient pas être absorbés en une seule année. Par la suite, en régime de croisière, on peut estimer qu'environ **5'600 nouvelles personnes** par année rejoindraient ces deux profils.

Estimation des économies et bénéfices potentiels de mettre en place le ProSA dans le canton de Vaud

L'analyse des économies potentielles de la mise en place du ProSA dans le canton de Vaud s'est appuyée sur la modélisation des économies réalisables dans le cadre de la dernière hospitalisation d'une population vaudoise âgée de 80 ans et plus. Une estimation de ces économies a été obtenue par comparaison des coûts moyens de l'hospitalisation de fin de vie auprès de bénéficiaires du ProSA avec ceux observés en l'absence de ProSA. Pour faire cette estimation, les coûts ont été modélisés en intégrant les effets documentés dans la littérature de l'ACP sur la trajectoire des soins (p.ex. : refus de réanimation ou de ventilation mécanique ...) ainsi que sur la réduction des traitements intensifs en fin de vie au profit des soins palliatifs.

L'estimation des coûts s'est appuyée sur la distribution des SwissDRG² des hospitalisations observées à l'échelle nationale en 2023 telles que fournies par l'Office fédéral de la statistique. L'horizon temporel retenu est d'un an, avec une perspective centrée sur les gains pour le système de santé. L'analyse se limite à la dernière hospitalisation et n'inclut ni les bénéfices potentiels de l'ACP dans d'autres contextes de soins (p.ex. soins ambulatoires), ni les bénéfices potentiels en ce qui concerne les hospitalisations antérieures à la dernière (par exemple si la personne choisit un traitement réalisé à domicile ou en EMS plutôt qu'un traitement lourd ou chirurgical nécessitant une hospitalisation).

En tenant compte de paramètres tels que la variation des préférences de la population vis-à-vis du renoncement à des soins visant à prolonger la vie, la modélisation estime des économies potentielles de la mise en place du ProSA allant de 0 CHF à 3'066 CHF par ProSA. Cette fourchette de valeurs peut être comparée avec le montant maximum facturable d'un ProSA via TARMED, estimé à CHF 381. Le modèle confirme que le processus ProSA présente un potentiel réel d'économies dans le cadre des

² Système de classification suisse des cas hospitaliers servant à la facturation des prestations stationnaires.

hospitalisations de fin de vie. Il est toutefois difficile de quantifier l'ampleur exacte de ces économies qui dépendent de facteurs tels que les préférences individuelles en matière de renoncement de soins visant à prolonger la vie, la réduction de coût atteignable par le remplacement des soins par des soins de confort, ou encore l'état de santé de la population ciblée par la démarche. Ces résultats doivent aussi être mis en perspective avec d'autres dimensions difficilement quantifiables tels que les bénéfices pour les bénéficiaires, les proches, et les soignants : la clarification des soins souhaités peut en effet réduire l'incertitude, alléger la charge émotionnelle, faciliter la prise de décision et favoriser un accompagnement plus serein et cohérent avec les valeurs de la personne.

Conclusion

Au terme de cette analyse, il apparaît que le ProSA reste une prestation ponctuelle et peine encore à s'inscrire comme une pratique courante au sein des structures de soins vaudoises notamment en raison de modalités de financement et de facturation qui restent limitées et hétérogènes.

Du point de vue du système de santé comme de l'expérience des patients et de leurs proches, les effets du ProSA dépassent la seule question des coûts. Si ceux-ci restent encore difficiles à établir de manière robuste, la modélisation réalisée dans cette étude suggère néanmoins un potentiel réel d'économies lors des hospitalisations de fin de vie. Au-delà de cet aspect économique, le ProSA offre une véritable valeur ajoutée pour les bénéficiaires, leurs proches et les équipes soignantes. Pour soutenir son déploiement dans le canton de Vaud, une stratégie claire devra être définie, incluant un modèle de financement adapté ainsi qu'une priorisation des populations à cibler, dont l'effectif est conséquent.

1 Introduction

1.1 Contexte

1.1.1 Evolution du cadre légal, émergence et développement de l'ACP en Suisse

L'inscription des dispositions en cas d'incapacité de discernement dans la loi

En 2013, le Code civil suisse (CCS) a été révisé pour intégrer de nouvelles dispositions relatives à la protection de l'adulte et de l'enfant, instaurant une base légale visant à renforcer l'autonomie des personnes, notamment en cas de perte de discernement. Elle confère ainsi un statut légal aux directives anticipées (DA) et permet la désignation juridique d'un représentant thérapeutique (RT) ou d'établir un mandat pour cause d'inaptitude. Cette révision du CCS répond à une évolution de la société, au souhait des citoyens de pouvoir faire usage de leur droit à l'autodétermination. Diverses organisations à but non lucratif ou privées tels que la Croix-Rouge ou la Fédération des médecins suisses (FMH) ont dès lors proposé des modèles de DA, ainsi que des services de conseil et soutien à la rédaction. Néanmoins, la connaissance et l'utilisation de ces dispositions étaient très limitées au sein de la population. Par exemple, une enquête menée en 2014 auprès de 1'701 Lausannois âgés de 71 à 80 ans indiquait que la plupart d'entre eux (80%) étaient en faveur de la possibilité d'exprimer à l'avance leurs souhaits en matière de soins en cas de perte de discernement. Cependant, près de la moitié ne connaissait aucune des dispositions (DA, RT, mandat pour cause d'inaptitude) et seule une personne sur 10 avait établi l'une ou l'autre de ces dispositions ou était en train de le faire (Cattagni Kleiner et al., 2016). Un nouveau sondage en 2023 dans la même population indique que cette proportion a triplé : plus d'un tiers des personnes disposaient de DA (30% à 75 ans, augmentant jusqu'à 42% à 89 ans) et/ou avaient désigné un RT (proportion augmentant de 30% à 45% entre 75 et 89 ans (Golzne, n.d). Le volet suisse de l'enquête Swiss Survey on Health and Retirement (SHARE) indique que 42% des répondants âgés de 58 ans et plus disposent de DA (Blanc et al., 2025), cette proportion plus élevée étant liée à des disparités régionales en Suisse, la proportion d'adultes ayant rédigé des DA étant deux fois plus élevée en Suisse alémanique qu'en Suisse romande (Stettler et al., 2017). En synthèse, une majorité des seniors n'auraient à l'heure actuelle pas effectué de démarches (DA, RT) en cas d'incapacité de discernement, ce qui peut s'expliquer par la difficulté à envisager la fin de vie, mais aussi par le manque de connaissances médicales pour compléter des DA.

L'émergence de l'Advance Care Planning à l'international

En réponse à cette difficulté d'implantation des dispositions de fin de vie, l'Advance Care Planning (ACP) - en français Projet de soins anticipé (ProSA) s'est développé dès les années 1990 aux Etats-Unis, s'étendant ensuite aux autres pays anglo-saxons et plus largement en Europe. En 2017, l'Association Européenne des Soins Palliatifs a publié un document de consensus définissant l'ACP comme un processus de discussion entre un professionnel de santé, une personne, et ses proches, concernant la qualité de vie, les valeurs, l'attitude envers la vie, la mort et le projet de vie de la personne (Rietjens et al., 2017). Cette discussion permet aux personnes atteintes dans leur santé d'identifier ce qui donne du sens à leur prise en charge et facilite l'établissement d'objectifs thérapeutiques et la prise de décisions quant aux soins acceptés ou refusés en cas d'incapacité de discernement, documentés dans des DA. Cette démarche a aussi l'avantage de réduire l'incertitude des professionnels quant aux options thérapeutiques à privilégier. Des documents synthétiques ont été créés pour concrétiser le résultat de la démarche, comme le « POLST » (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment), un

formulaire qui formalise les préférences de traitement en ordres médicaux applicables en situation d'urgence.

Différents bénéfices peuvent découler de l'ACP. Concernant les patients, les soins reçus devraient être davantage en accord avec leurs souhaits, améliorant leur satisfaction, ainsi que celles de leurs proches. La diminution de l'incertitude face à l'éventualité de choix thérapeutiques en situation d'incapacité de discernement peut apporter une forme de soulagement chez les patients comme chez leurs proches ainsi que chez les soignants. Selon les souhaits émis, l'ACP peut aboutir à une meilleure utilisation des soins, par diminution du recours à des soins hospitaliers lourds (soins intensifs, actes chirurgicaux, traitements lourds, etc.) en faveur du recours à des soins palliatifs, avec un impact économique potentiellement favorable. Ces bénéfices potentiels sont cependant retrouvés de manière non homogène selon les études et pourraient dépendre de la population ciblée pour l'ACP entre autres (Klingler et al., 2016).

Le développement de l'Advance Care Planning en Suisse

Jusqu'au début des années 2000, l'ACP est relativement peu discuté au sein des professionnels de santé et des institutions médicales en Suisse (Clavien et al., 2023). L'intérêt grandissant pour la thématique de la fin de vie voit la mise sur pied d'un programme de recherche national (PNR 67) spécifique mené de 2012 à 2017³. En 2018, un premier cadre général national est publié par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et palliative.ch, dans lequel sont formulées des recommandations pour optimiser et structurer les processus ACP (Office fédéral de la santé publique (OFSP) et al., 2018). En 2020, le Conseil fédéral a publié un rapport avec des recommandations sur les améliorations à apporter dans la prise en charge et le traitement des personnes en fin de vie (Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2020). A cet effet, en 2021, un groupe de travail national (GT ProSA) a été mis en place, co-dirigé par l'OFSP et l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM). Il a pour objectif de travailler sur trois sous-projets ; 1) le ProSA dans les EMS, ayant abouti en 2025 à un guide de mise en œuvre ; 2) le ProSA pour les situations d'urgence, visant l'élaboration d'un formulaire national uniforme pour les instructions médicales en cas d'urgence, semblable au POLST créé aux Etats-Unis, actuellement en phase de consultation publique jusqu'en février 2026 ; 3) le développement de campagnes de sensibilisation et d'information destinées à l'ensemble de la population⁴. En 2023, le GT a également publié une roadmap pour la mise en œuvre du ProSA en Suisse (ASSM, 2023).

En parallèle, l'association « ACP Suisse », fondée en 2020 à Zurich, joue un rôle clé dans l'ancrage de l'ACP au sein du pays. Depuis sa création, plusieurs projets ont été mis en place : offres de formation continue, regroupement des offres existantes liées au ProSA en Suisse, développement d'outils numériques tels que l'application « ACP-NOPA ⁵», utilisée par des hôpitaux, EMS et équipes ambulatoires en Suisse alémanique (ACP Swiss, 2023).

Ces initiatives s'ancrent ainsi dans une démarche d'uniformisation et de développement du ProSA au niveau national.

³ Plus d'information sur : Fonds national suisse. (2019). *Fin de vie-Programme national de recherche PNR 67*. <https://www.nfp67.ch/fr>

⁴ Plus d'information sur : Office fédéral de la santé publique (OFSP). *Projet de soins anticipé (ProSA)*. <https://www.bag.admin.ch/fr/projet-de-soins-anticipe-prosa>

⁵ L' « ACP NOPA TOOL » est un outil web permettant de documenter les résultats du processus (i.e. DA et plan d'urgence médicale)

Développement de l'ACP à l'échelle des cantons

A l'échelle cantonale, le développement de l'ACP demeure fragmenté, avec des projets hétérogènes et une mise en œuvre variable. Hors canton de Vaud, on peut notamment relever les expériences des cantons de Zurich et Genève.

Dans le canton de Zurich, plusieurs études pionnières en Suisse ont été réalisées, notamment le projet pilote MAPS (« Multiprofessional Advance Care Planning and Shared decision making for end of life care ») mené entre 2013 et 2015 auprès de patients gravement malades de l'Hôpital universitaire de Zurich (Krones et al., 2022). Les résultats de l'étude ont montré des effets positifs de l'ACP sur la connaissance des souhaits de fin de vie par les proches et soignants et une documentation plus fréquente des souhaits de réanimation des patients. En réponse aux résultats de l'étude, plusieurs initiatives ont eu lieu dont le développement de l'« ACP-NOPA Tool », 6 des 11 hôpitaux utilisateurs se trouvent dans le canton (ACP Swiss, 2022). Par la suite, le programme a été testé dans deux EMS et a montré que la mise en place de l'ACP a une valeur importante pour cette population, mais nécessite une approche systématique, accompagnée par des experts et soutenue financièrement (Hecht et al., 2018).

A Genève, plusieurs projets initiés au sein des hôpitaux universitaires de Genève (HUG) ont vu le jour depuis 2021. Parmi eux figurent l'intégration du ProSA dans le dossier patient, des campagnes de communication internes et externes, ainsi que des formations e-learning pour le personnel médical et soignant. Ils ont également créé des ateliers pour former des binômes médico-soignants référents ProSA et développé des outils tels que l'application mobile « Accordons-nous » et le jeu de carte « Anticip'action » pour accompagner les différents acteurs (i.e. patients, proches et soignants) dans la discussion des objectifs thérapeutiques. Une étude a montré un effet positif de ces outils, avec une augmentation de 4% de la rédaction des DA après l'utilisation de l'application, alors qu'aucune progression n'a été observée dans le groupe ayant uniquement reçu une brochure (Schöpfer et al., 2023).

1.1.2 Développement et déploiement du ProSA dans le canton de Vaud

Dans le canton de Vaud, le ProSA s'est progressivement développé ces dernières années avec une première phase teste menée dans trois structures médico-sociales membres du Réseau Santé Région Lausanne (RSRL) entre 2019 et 2021. L'évaluation a porté sur les processus, ainsi que sur les effets rapportés par les professionnels et les patients, comme le soulagement. Elle a aussi mis en évidence la difficulté à facturer la démarche ProSA lorsqu'elle est effectuée par certains professionnels ou dans certains lieux de soins, et les possibilités trouvées par les professionnels dans ce contexte. Le projet ProSA vise dès lors un déploiement élargi au canton de Vaud, notamment grâce au partenariat avec la Chaire de Soins Palliatifs Gériatriques (CHUV/UNIL).

Entre 2020 et 2022, des mesures spécifiques ont été mises en œuvre pour réaliser les objectifs clés visant à soutenir les structures dans l'intégration de cette nouvelle pratique, dont la formation de facilitateurs. Plus d'une centaine de professionnels regroupés dans plusieurs institutions ont été formés au ProSA en Suisse romande et proposent ainsi une approche similaire : le processus ProSA comporte en principe deux entretiens, suivis de leur documentation sous forme de synthèse, et la diffusion des documents aux personnes concernées.

Aujourd'hui, le déploiement du ProSA dans le canton de Vaud cible en priorité deux groupes de population particulièrement exposés à des événements de santé susceptibles d'altérer leur capacité de discernement, et chez lesquels des décisions de limitation de traitements sont fréquemment

nécessaires. Ces personnes présentent ainsi un risque accru d'être confrontées à des interventions médicales peu appropriées sur le plan du bénéfice ou non souhaitées selon leurs valeurs.

Ces groupes de populations sont définis comme suit :

- a) Les personnes définies comme fragiles, à haut risque de devenir dépendantes, notamment en raison de maladies chroniques (profil 3)
- b) Les personnes déjà dépendantes, hébergées en EMS ou à haut risque d'admission en EMS (profil 4)

Pour ces populations, l'approche d'un projet de soins anticipé accompagné par un facilitateur correspond aux recommandations formulées dans la Roadmap nationale pour la mise en œuvre du ProSA en Suisse, présenté comme un projet de soins anticipé approfondi, ou propre à une maladie (ASSM, 2023). Elle est privilégiée par rapport à une démarche individuelle, car la présence de maladies chroniques et la complexité des trajectoires de soins rendent nécessaire un soutien structuré. L'accompagnement permet d'aboutir à des décisions concrètes et applicables concernant les options de soins, évitant des formulations trop générales ou difficiles à interpréter lors d'une situation aiguë.

Dans cette perspective de déploiement, une évaluation économique du projet ProSA est nécessaire. Elle doit permettre d'analyser les coûts de la démarche ProSA et les éventuels bénéfices liés à une moindre utilisation de certains soins. Les possibilités de financement de la prestation doivent aussi être étudiés.

Dans ce contexte, le secteur Economie et Politique de la santé d'Unisanté (Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Lausanne) a été mandaté par le Réseau Santé Région Lausanne (RSRL), avec le soutien financier de Promotion Santé Suisse, pour réaliser cette analyse. Cette étude vise ainsi à apporter des éléments concrets et à aider les décideurs à se positionner sur la pertinence du déploiement.

1.2 Objectifs du mandat, méthode et structure du rapport

Pour répondre à la demande d'évaluation économique du projet ProSA dans la perspective d'un déploiement, une proposition de travail a été élaborée. Cette dernière a pour objectif de répondre aux questions soulevées par le mandat et portant sur (1) les coûts d'un ProSA, (2) les moyens de facturer la prestation, et (3) les bénéfices potentiels, y compris en termes de coûts, de la mise en place d'un ProSA. Pour répondre à ces questions, quatre objectifs ont été définis, reposant sur des approches spécifiques :

Objectif 1 : Chiffrer le coût d'un ProSA par type de structure et type de profil professionnel et identifier la part facturable et non facturable d'un ProSA

Objectif 2 : Effectuer une revue de la littérature récente internationale sur les bénéfices du projet de soins anticipé (Advanced Care Planning)

Objectif 3 : Estimer la taille de la population cible correspondant aux profils 3 et 4 dans le canton de Vaud

Objectif 4 : Estimation des économies et bénéfices potentiels de mettre en place le ProSA dans le canton de Vaud

Pour répondre à ces objectifs, plusieurs approches méthodologiques ont été mobilisées. Des entretiens avec facilitateurs et responsables du financement/facturation ont été réalisés, afin de recueillir des données nécessaires à l'estimation des coûts, les modalités de financement actuellement en place dans différentes structures, ainsi que les parts facturés pour la démarche ProSA.

Parallèlement, une analyse de la littérature depuis 2016 sur l'ACP a été conduite afin d'évaluer les bénéfices de l'ACP sur le système de soins, les bénéficiaires et leurs proches. Les données de la cohorte lausannoise 65+ (Lc65+) et des données collectées de routine dans les EMS vaudois ont été utilisées pour l'estimation de la taille de la population ciblées par le déploiement. Dans le cadre de l'évaluation des économies potentielles du ProSA, l'analyse a reposé sur l'utilisation des données d'hospitalisation de la population suisse (Office fédérale de la statistique (OFS)) pour la modélisation des alternatives thérapeutiques lors de la dernière hospitalisation.

Ce rapport est structuré en quatre sections correspondantes aux objectifs listés ci-dessus. La section 2 présente les résultats des entretiens en identifiant les coûts de réalisation du ProSA, les modalités de financement et de facturation existante dans différentes institutions, et les montants et part facturée du ProSA. La section 3 présente la méthodologie et les résultats de la revue littéraire réalisés sur les effets de l'ACP sur l'utilisation et les coûts des soins, ainsi que sur les bénéfices de l'ACP pour les bénéficiaires et les proches. Une sous-section porte également sur le déploiement de l'ACP à l'international. La section 4 estime les deux groupes de population cible (profil 3 et profil 4). La dernière section porte sur l'analyse par modélisation économique des économies potentielles de la mise en place du ProSA dans le canton de Vaud, mis au regard des bénéfices du ProSA soulignés dans la littérature.

Il est également à noter qu'au sein du rapport, les termes ProSA et ACP sont utilisés de manière complémentaire. En règle générale, le terme ProSA est employé lorsque les informations ou résultats se rapportent à un contexte romand, tandis que le terme ACP est privilégié pour désigner les éléments issus de la littérature.

2 Objectif 1 : Coûts et facturation du ProSA

Cette section vise à chiffrer le coût d'un ProSA par type de structure et type de profil professionnel qui le réalisent et identifier sa part facturable et non facturable.

2.1 Méthode

2.1.1 Entretiens

Afin d'estimer le coût d'un ProSA, des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de professionnels formés à sa mise en œuvre. Une grille d'entretien reposant sur les éléments de l'évaluation du RSRL menée lors de la phase pilote du projet⁶ a été élaborée (cf. annexe 8.1). Cette grille visait à recueillir des informations relatives à la réalisation du ProSA incluant ses différentes étapes, la durée estimée de chaque étape, et les modalités de facturation et de financement. Les entretiens ont été réalisés auprès de professionnels formés au ProSA et sélectionnés par le RSRL pour représenter diverses structures et profils socio-médicaux de bénéficiaires. En outre, les entretiens ont été menés de préférence en binôme combinant professionnels formés au ProSA et une personne chargée de la facturation.

Tous les entretiens menés en présentiel ou en visioconférence ont été enregistrés avec le consentement des personnes interrogées. En raison de contraintes géographiques, linguistiques, ou de disponibilité de certains professionnels, certains entretiens ont été remplacés par l'envoi d'une grille d'entretien adaptée par courriel. Les données personnelles ont été supprimées afin de garantir la confidentialité et anonymisation des informations recueillies.

2.1.2 Coûts salariaux

L'estimation du coût d'un ProSA s'appuie sur deux éléments principaux : la durée de réalisation d'un ProSA et les salaires horaires des professionnels impliqués dans le processus.

2.2 Résultats

2.2.1 Descriptif des entretiens réalisés

Au total, 18 grilles d'entretien ont été complétées entre mai et juillet 2025. Le profil des personnes inclut des infirmiers (n=10) (comprenant des infirmières indépendantes (n=3), psychologue (n=1), médecin (n=1), assistantes sociales (n=2), responsables de la facturation (n=3) et cadres dirigeants d'institutions (n=3). Les institutions interrogées comprennent des établissements médico-sociaux (EMS) (n=4), un établissement psychosocial médicalisé (n=1), une association (n=1), des centres de gériatrie (n=2), dont un centre associé à un réseau de santé (n=1), un réseau de santé (n=1), des services de soins à domicile (n=2), ainsi que des équipes mobiles de soins palliatifs (n=4) (cf. annexe 8.2).

Les entretiens ont été réalisés majoritairement en Suisse romande, notamment dans les cantons de Vaud (11 entretiens), du Jura (1 entretien), et de Genève (1 entretien). Dans le but d'une meilleure

⁶ Binggeli, M., Devaux, L., Reber, R., Anhorn, P., & Chinet, M. (2023). *Le projet de soins anticipé (ProSA), déploiement dans le canton de Vaud Rapport d'Évaluation 2020-2022* (Publication RSRL N13, Issue. https://reseau-sante-region-lausanne.ch/wp-content/uploads/sites/2/2024/02/rapport_evaluation_prosa_vf.pdf)

compréhension de la mise en œuvre du ProSA à l'échelle nationale, des entretiens ont également été menés avec des professionnels de Suisse alémanique (4 entretiens), ainsi que du Tessin (1 entretien).

Concernant les modalités de réalisation, 10 entretiens ont été menés en présentiel (n=5) ou en visioconférence (n=5), tandis que la grille d'entretien a été envoyée par courriel à 8 personnes. La durée des entretiens a varié entre 30 minutes et 1h30, avec une moyenne de 45 minutes.

2.2.2 Durée du ProSA

L'estimation de la durée totale du ProSA s'appuie sur les durées de chaque étape du processus recueillies par les 18 entretiens. Le ProSA est ainsi structuré en douze étapes, présentées dans la première colonne du Tableau 1.

Les données collectées étaient hétérogènes. Certaines personnes interrogées ont indiqué un intervalle de temps, d'autres une valeur unique, et parfois aucune estimation pour certaines étapes⁷. Afin d'homogénéiser ces données, les intervalles ont été convertis en une valeur moyenne, de façon à obtenir une valeur unique de durée par étape pour chaque entretien⁸. Pour chaque étape, les durées minimale, maximale et moyenne ont ainsi été calculées à partir de ces valeurs.

La durée totale du ProSA est calculée sur la base de la somme des étapes nécessaires à sa réalisation, à l'exception de l'étape correspondant au troisième entretien. Le troisième entretien n'est pas inclus dans l'estimation globale car il ne constitue pas une étape systématique du processus. Il est réalisé, dans certaines situations particulières, pour clarifier ou modifier certains souhaits, parfois en présence des proches ou du médecin traitant.

Les autres étapes reflètent les pratiques des facilitateurs interrogés. L'étape de mise à jour des souhaits, peu fréquente (n=6), s'explique par le fait qu'il s'agissait le plus souvent du premier ProSA pour le bénéficiaire, ne nécessitant pas encore de mise à jour.

Les durées moyennes, minimales et maximales de chaque étape du ProSA basées sur l'ensemble des données récoltés sont présentées dans le Tableau 1.

⁷ Les données manquantes s'expliquent soit par l'absence de ProSA réalisé au sein de l'institution, soit parce que cette information n'a pas été explicitement mentionnée lors des entretiens pour diverses raisons (p.ex. difficulté pour la facilitatrice à estimer la durée de cette étape, non-réalisation de celle-ci dans la pratique, etc.).

⁸ Une exception concerne un questionnaire transmis par les Centres de santé pour personnes âgées de Zurich-Gesundheitszentren für das Alter, pour lequel deux grilles d'entretien ont été complétées : l'une pour le ProSA réalisé en EMS, l'autre pour celui réalisé en appartements protégés, chacun avec une organisation, des durées et des modalités de facturation propres quant à la réalisation du ProSA. Deux valeurs distinctes, ont donc été traitées.

Tableau 1-Durée moyenne des différentes étapes du ProSA, échantillon constitué de l'ensemble des entretiens (n=18), incluant les institutions genevoises et zurichoises

Étape	Durée moyenne (en min)	Durée minimum (en min)	Durée maximum (en min)
1 – Repérage	10	3	20
2 – Adhésion de la personne	15	8	23
3 – Planification	12	5	30
4 – 1 ^{er} entretien	66	30	120
5 – Synthèse des discussions	51	10	128
6 – 2 ^{ème} entretien et validation du 1 ^{er}	56	23	100
7 – Synthèse et rédaction du 2 ^{ème} entretien	33	5	60
(8 – 3 ^{ème} entretien : clarification et modification des souhaits)	(80)	(20)	(210)
9 – Impression du formulaire	9	1	30
10 – Communication du formulaire pour signature	20	5	60
11 – Stockage du document	10	1	20
12 – Mise à jour des souhaits et documents	23	10	45
Total (en heure)	5h05	1h40	10h35

En moyenne, la durée totale du ProSA était de 5h05. La durée minimale et maximale théorique pour réaliser un ProSA, calculée en additionnant respectivement les durées minimales et maximales de chaque étape, varient entre 1h40 et 10h35. Il convient de noter que ces valeurs ne correspondent pas nécessairement aux durées brutes observées dans notre échantillon pour la réalisation de l'entièreté du processus, où la durée totale la plus courte est d'environ 1h55, et la plus longue de 7h45. Néanmoins la plupart des durées reportées sont proches de la moyenne estimée.

Dans le but d'obtenir une estimation plus représentative de la durée du ProSA pratiqué dans les institutions vaudoises, un second calcul a été réalisé, excluant les données des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) – par l'équipe mobile de soins palliatifs - et celles des Centres de Santé pour personnes âgées de Zurich - *Gesundheitszentren für das Alter* (cf. Tableau 2). Ces deux institutions présentent en effet des durées d'entretien inférieures à la moyenne, en lien avec une pratique du ProSA plus largement ancrée dans une démarche de routine, et un peu différente de celles des institutions vaudoises interrogées. Le processus est intégré dans la première consultation d'évaluation du patient et vise à compléter des documents spécifiques. Concernant les Centres de Santé pour personnes âgées de Zurich, un document informatisé interne de type *Ärztliche Notfallanordnung (ÄNO)*⁹ est partiellement rempli sur la base d'informations collectées préalablement, de sorte que l'exploration des valeurs de la personne est plus succincte. Aux HUG, la complétion du formulaire synthétique des souhaits de fin de vie intégré dans le dossier patient, fait partie de la consultation d'évaluation clinique. Les résultats de cette deuxième estimation montrent une durée du ProSA

⁹: L'ÄNO, en français *ordres médicaux en cas d'urgence*, est un formulaire standardisé précisant les mesures médicales à appliquer en cas d'urgence. Il est principalement utilisé dans les hôpitaux et plus largement répandu en Suisse alémanique. Sur le plan juridique, lorsqu'il est établi et signé par une personne disposant de sa capacité de discernement, il peut faire office de directive anticipée. Contrairement au ProSA, l'exploration des valeurs de la personne n'est pas une étape obligatoire (Aebi-Müller, R. E. (2024). *Rechtsfragen der Ärztlichen Notfallanordnung (ÄNO)*. https://www.samw.ch/dam/jcr:b97ebb7d-5cf1-4f5c-9c6b-7c2c61c5581f/rechtsgutachten_aerztliche_notfallverordnung_2024_d.pdf).

légèrement supérieure, avec une durée moyenne de 5h45, et un intervalle allant d'environ 2h45 à 10h35 (valeurs calculées sur la base des minimum et maximum de chaque étape, et non observées). Ces valeurs peuvent être interprétées comme une mesure plus proche de la durée du ProSA réalisé tel que proposé lors des formations dans le canton de Vaud, entendu comme une approche reposant sur deux entretiens distincts dédiés au ProSA.

Tableau 2-Durée moyenne des différentes étapes du ProSA, échantillon restreint aux institutions vaudoises ou appliquant un modèle ProSA similaire (n=14 entretiens)

Étape	Durée moyenne (en min)	Durée minimum (en min)	Durée maximum (en min)
1 – Repérage	11	3	20
2 – Adhésion de la personne	15	8	23
3 – Planification	12	5	30
4 – 1er entretien	68	45	120
5 – Synthèse des discussions	60	18	128
6 – 2ème entretien et validation du 1er	66	30	100
7 – Synthèse et rédaction du 2ème entretien	38	15	60
(8 – 3ème entretien : clarification et modification des souhaits)	(87)	(20)	(210)
9 – Impression du formulaire	11	5	30
10 – Communication du formulaire pour signature	22	10	60
11 – Stockage du document	13	10	20
12 – Mise à jour des souhaits et documents	30	15	45
Total (en heure)	5h45	02h43	10h35

2.2.3 Facteurs influençant la durée et la mise en pratique du ProSA dans les institutions

Les résultats de la section précédente montre que le ProSA est un processus complexe, dont la durée peut varier significativement au sein d'une même étape. Les discussions menées avec les facilitateurs ProSA ainsi que les différences observées entre les grilles d'entretien permettent de mettre en évidence plusieurs facteurs influençant cette durée.

Expérience et fréquence de réalisation du ProSA

Un premier facteur concerne l'expérience des facilitateurs interrogés. Au sein de notre échantillon, certains facilitateurs ont rapporté avoir réalisé un nombre relativement faible de ProSA en dehors de leur formation, entre 1-5 ProSA réalisés. A l'échelle des institutions vaudoises interrogées, le nombre de ProSA réalisée sur la dernière année se trouvait entre 10 à 20 ProSA réalisée par institution. En comparaison, certaines institutions en dehors du canton, telles que l'Equipe mobile de soins palliatifs des HUG et Centres pour personnes âgées de Zurich, ont mentionné une pratique plus régulière, avec un nombre de ProSA réalisé fortement plus élevé. Par exemple, les Centres pour personnes âgées de Zurich a indiqué avoir réalisé environ 2500 ProSA sur la dernière année.

Ces écarts d'expérience semblent se refléter dans les durées observées. Par exemple, une durée totale de 7h45 a été estimée par l'une des facilitatrices qui avait réalisé un seul ProSA. En comparaison,

l'équipe mobile de soins palliatifs du CHUV, au bénéfice d'une expérience d'une vingtaine de ProSA au cours des 12 derniers mois, a rapporté une durée plus proche de la moyenne, soit 3h20. Tandis que la durée estimée pour la réalisation du ProSA était d'environ 2h pour les Centres pour personnes âgées de Zurich¹⁰ ayant une pratique régulière du ProSA.

Pratique du ProSA et utilisation de formulaires standardisés

Un autre facteur intrinsèquement lié à ces variations de temps observées est la manière dont le ProSA est réalisé. Comme mentionné dans la section précédente, l'utilisation de formulaires synthétiques, centrés sur les objectifs thérapeutiques, permet une approche plus concise, ce qui se traduit par une durée de réalisation du ProSA plus courte. Par exemple, la durée estimée est de 2h20 pour l'Equipe mobile de soins palliatifs des HUG, utilisant un formulaire synthétique interne.

La synthèse des entretiens constitue une autre étape pour laquelle des variations importantes de durée ont été observées. Les durées rapportées vont de 10 minutes à environ 2 heures pour la synthèse du premier entretien, et de 5 minutes à 1 heure pour celle du second. Par exemple, l'étape de synthèse du deuxième entretien a été estimée à 5 minutes dans le cas de l'utilisation du formulaire standardisé ANO. Ces écarts peuvent s'expliquer par des approches différentes de rédaction : certains facilitateurs rédigent en temps réel pendant l'entretien, tandis que d'autres préfèrent une rédaction différée à partir d'enregistrements ou de notes. L'utilisation de formulaires standardisés, comme mentionné plus haut, peut également contribuer à réduire le temps nécessaire à cette étape.

Caractéristiques du bénéficiaire et contexte de prise en charge

Une part essentielle du ProSA réside dans les entretiens menés avec le bénéficiaire, ces échanges pouvant varier entre 30 minutes à 2 heures pour le premier entretien, et entre 23 minutes et 1h40 pour le second (cf. tableau 1, durée minimale et maximale). Selon les facilitateurs interrogés, la durée des échanges est fortement influencée par l'état physique et psychique du bénéficiaire, ainsi que par les réactions émotionnelles suscitées par ces discussions. Ces éléments demandent au facilitateur de s'adapter au rythme de ce dernier. La durée du ProSA est donc fortement dépendantes des caractéristiques individuelles du bénéficiaire.

Plusieurs facilitateurs ont également indiqué que la connaissance préalable du bénéficiaire pouvait faciliter la réalisation du ProSA, en permettant une approche plus personnalisée et adaptée aux spécificités de la maladie. Cela peut se traduire par un gain de temps grâce à une meilleure compréhension de la personne, ainsi qu'un lien de confiance qui rend les échanges plus fluides.

Le contact régulier avec le bénéficiaire, notamment dans le cadre d'une prise en charge à domicile, semble également faciliter les étapes de discussion et de planification, notamment par la présence des proches qui peuvent être ainsi également être intégrées à la discussion.

Profil des facilitateurs et discussions patient-proche-médecin

D'autres éléments peuvent également influencer la durée nécessaire à la réalisation du ProSA, notamment l'identification du représentant thérapeutique et l'implication de ce dernier dans le processus. Le choix du représentant thérapeutique, ainsi que l'acceptation de cette désignation peuvent susciter plusieurs échanges et allers-retours, nécessaires pour clarifier les rôles, répondre aux interrogations et confirmer la décision.

¹⁰ Parmi les trois entretiens réalisés auprès des Centres de santé pour personnes âgées de la ville de Zurich, la durée citée ici correspond à celle issue de l'entretien ayant fourni une estimation pour le ProSA en EMS uniquement.

Le profil des facilitateurs peut aussi également jouer un rôle dans la durée du ProSA. En effet, certains facilitateurs ont rapporté que certains éléments techniques du ProSA peuvent être complexes à appréhender, en particulier lorsqu'ils touchent à des aspects médicaux spécifiques et nécessitent d'être adaptés à la maladie du bénéficiaire. Dans ces cas, des échanges avec le médecin traitant peuvent être nécessaires pour clarifier certains points ou adapter les objectifs thérapeutiques. Ces allers-retours entre le facilitateur et le médecin, nécessaires à la qualité du processus, peuvent allonger le temps de réalisation du ProSA.

En conclusion, la réalisation du ProSA est un processus complexe qui varie d'un bénéficiaire à l'autre. Les entretiens réalisés montrent que de nombreux facteurs influencent la durée du ProSA. Ces facteurs sont étroitement liés les uns aux autres, ce qui rend difficile l'évaluation précise de leur impact respectif.

Il est important de souligner que la durée du ProSA, estimée en moyenne entre 5 à 6 heures, peut représenter une charge significative en termes de ressources. Comme l'ont mentionné certains facilitateurs, dans un contexte de surcharge des équipes médicales, le temps nécessaire à sa réalisation peut constituer un frein à la mise en œuvre du ProSA.

2.2.4 Coût de la réalisation d'un ProSA

Les entretiens ont permis de renseigner les profils professionnels des facilitateurs ProSA. Au sein des structures interrogées, le ProSA est principalement réalisé par des infirmiers, notamment dans les établissements médico-sociaux, les équipes mobiles de soins palliatifs, les consultations de gériatrie à domicile, ainsi que dans le cadre d'une activité indépendante. La réalisation d'un ProSA par un médecin est moins fréquente et dépend de l'organisation interne des soins au sein de la structure. Le rôle de facilitateur exercé par un médecin a été observé principalement dans deux cas de figure : lorsque le ProSA s'inscrit dans une consultation de bilan du patient ou dans le cadre d'une organisation en binôme, (en général médico-infirmier). Dans ce cas, l'un ou l'autre professionnel peut réaliser le ProSA ou il peut y avoir une répartition des rôles selon l'état psychique ou physique du bénéficiaire, ou selon les étapes du processus (par exemple, la discussion sur les souhaits thérapeutiques assurée par le médecin). Les deux autres profils de facilitateurs identifiés (i.e. psychologue (n=1) et assistantes sociales (n=2)) concernent trois des institutions interrogées, à savoir un réseau de santé, une association proposant un accompagnement social et d'aides financières, et un établissement psychosocial médicalisé.

Les quatre profils identifiés (infirmier, médecin, assistant social et psychologue) ont été retenus pour l'estimation des coûts de réalisation du ProSA. Les coûts ont été estimés sur la base des salaires. Pour les infirmiers, assistants sociaux et psychologues, l'estimation repose sur les grilles salariales des conventions collectives de travail (CCT) applicables aux secteurs sanitaire et social parapublic vaudois (CPP-SAN et CPP-Social). Pour les médecins, les salaires ont été repris de la grille salariale du CHUV, établie conformément à la CCT des médecins assistants (CCT_MédAss) (cf. annexe 8.3).

Chaque profil a été divisé en deux sous-catégories : profils standards et profils spécialisés, permettant de mieux refléter les écarts de salaire liés aux niveaux de formation et à l'expérience professionnelle. Ces sous-catégories regroupent plusieurs fonctions génériques définies par les CCT selon des critères de qualification et responsabilités (cf. annexe 8.3 pour le détail de chaque catégorie). La sélection et le regroupement des catégories ont été réalisés en tenant compte des fonctions les plus pertinentes et les plus susceptibles de correspondre aux profils de facilitateurs impliqués dans la mise en œuvre du ProSA.

Les salaires horaires bruts¹¹ ont ensuite été majorés de 20%¹² afin d'intégrer les charges sociales payées par l'employeur.

Le Tableau 3 présente le coût estimé d'un ProSA pour l'employeur, sur la base des deux estimations de la durée moyenne du ProSA (cf. Section 2.2.2), et selon les différents profils de facilitateurs.

Tableau 3-Estimation du coût du ProSA pour l'employeur, selon le profil du facilitateur

Profil des facilitateurs ProSA	Coût horaire du professionnel pour l'employeur (CHF)	Coût total du ProSA (CHF, durée moyenne 5h05)	Coût total du ProSA (CHF, durée moyenne 5h47)
Infirmier	44-72	223-368	252-292
Infirmier spécialisé	51-91	258-462	416-522
Assistant social	44-69	223-354	252-400
Assistant social spécialisé	48-72	244-368	276-416
Psychologue assistant	51-81	258-412	292-466
Psychologue associé	54-87	273-445	308-503
Médecin assistant/Chef de clinique adjoint	56-87	285-443	322-501
Chef de clinique	78-99	399-504	451-570

Note : Les intervalles présentés dans le tableau correspondent aux valeurs calculées à partir des salaires horaires minimaux et maximaux des profils correspondants.

Ces estimations montrent que le coût pour l'employeur de la réalisation d'un ProSA, basé sur une durée moyenne de 5h05, varie entre CHF 223 et 504 selon le profil du facilitateur. Le coût du ProSA est environ 13% plus élevé lorsqu'on retient la durée observée de 5h47, plus représentative des pratiques du canton de Vaud, avec un coût allant de CHF 252 à 570. À noter que ces estimations restent générales et ne tiennent pas compte de l'ensemble des variations de salaires, notamment celles liées au type de secteur (privé/public). Le coût réel peut donc fluctuer selon le salaire du facilitateur, lequel dépend de l'échelle salariale appliquée par son institution, de son expérience professionnelle et de son niveau de diplôme. L'estimation n'inclut pas non plus les coûts institutionnels hors salaires et charges sociales, qui seraient difficiles à estimer, vu leur hétérogénéité selon les institutions.

2.2.5 Financement du ProSA

Il n'existe actuellement en Suisse aucun dispositif officiel permettant de financer spécifiquement la prestation ProSA. En conséquence, les institutions s'appuient sur des dispositifs financiers existants (p.ex. Tarification TARMED), souvent détournés et non standardisés, pour assurer un financement au moins partiel.

Trois moyens principaux de financement-ont été identifiés au sein des structures interrogées¹³.

¹¹ La méthode utilisée pour la conversion du salaire brut mensuel en salaire horaire est indiquée en annexe 8.5.

¹² Selon les institutions, le montant des charges sociales payées par l'employeur peut varier. Le taux de 20% a ici été appliqué comme valeur de référence.

¹³ Cf. annexe 8.4 pour le type de modalité appliqué par chaque institution interrogée.

1. Intégration du ProSA dans le cahier des charges des facilitateurs

Le cas de figure le plus répandu est l'intégration du ProSA dans le cahier des charges des facilitateurs. La réalisation du ProSA repose donc sur le budget global de la structure. Cette modalité de financement est présente principalement dans les institutions tels que les EMS, les équipes mobiles de soins palliatifs, les réseaux de soins, les soins à domicile et associations. Le ProSA fait partie intégrante des tâches attribuées aux professionnels et reflète souvent une volonté de l'institution de proposer cette prestation à leurs bénéficiaires. Cette solution est adoptée car la facturation directe de la prestation n'est pas possible, soit en raison du profil professionnel du facilitateur, soit à cause du mode de financement des soins dans l'institution (comme en EMS où le financement reçu est lié à l'évaluation des besoins en soins du résident).

2. Financement via la facturation TARMED

Trois modalités de facturation du ProSA ont été identifiées : un tarif forfaitaire, un tarif horaire ou via des positions TARMED. Les deux premières modalités ont été indiquées par les facilitateurs travaillant en tant qu'infirmiers ou infirmières indépendant-e-s. Les positions TARMED sont utilisées lorsque le ProSA est réalisé par un médecin ou par un professionnel non-médecin, en général un infirmier spécialisé travaillant sous délégation ou mandat médical dans une structure médicale hospitalière ou ambulatoire¹⁴. C'est le cas pour les centres de gériatrie et équipes mobiles de soins palliatifs. Les EMS peuvent également être concernés, mais la possibilité de facturation ne s'explique pas par la nature de l'institution, mais par le profil du facilitateur. Il s'agit par exemple des EMS du Centres de Santé pour personnes âgées de la ville de Zurich où le ProSA est partiellement ou entièrement réalisé par un médecin. Cependant, le ProSA n'est pas facturé ou facturable dans son intégralité. Tout d'abord, seules certaines étapes du ProSA correspondent à des prestations décrites dans les codes TARMED, notamment les étapes d'entretien avec la personne et de synthèse (cf. étape 4 à 7 du Tableau 1). Par ailleurs, leur temps de réalisation peut dépasser le plafond de temps de facturation autorisé par TARMED. Par exemple, le code « 00.0510-Consultation spécifique par le spécialiste de premier recours, pour les personnes âgées de 6 à 75 ans, par période de 5 minutes » est limité à six utilisations par période de trois mois. Dans ce cadre, la durée des entretiens ProSA n'est pas entièrement couverte, surtout lorsque ces codes sont également utilisés pour d'autres prestations de soins réalisées par l'institution.

Les entretiens ont permis de collecter les tarifs ou codes TARMED utilisés par les professionnels dans le cadre de la facturation d'un ProSA (cf. annexe 8.6). Sur la base de ces codes et des durées indiqués par les institutions, une estimation du montant facturé et la part du processus ProSA ayant pu être facturée a été calculée (cf. annexe 8.5 pour la méthode). La part facturée correspond au rapport entre le temps facturable et le temps total nécessaire à la réalisation du ProSA. Les résultats de ces estimations sont présentés dans le Tableau 4.

¹⁴ Selon l'art. 35 LAMal, seuls les fournisseurs de prestations suivants peuvent pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins : médecins, pharmaciens, chiropraticiens, sage-femmes, infirmiers et organisations qui les emploient, personnes prodiguant des soins sur prescription ou mandat médical et organisations qui les emploient, hôpitaux, établissements médico-sociaux, institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins, laboratoires, centres de remise de moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques, maisons de naissance, établissements de cure balnéaire, entreprises de transport et de sauvetage. De plus, à l'exception des établissements (hôpitaux, EMS, cure, ...), les professionnels doivent être admis par le canton où ils exercent leur activité.

Tableau 4-Estimation du montant facturé pour un ProSA selon la modalité de facturation et le type de structure

Mode de facturation	Type de structure	Estimation du montant facturé du ProSA	Part de la durée facturée (%)
Forfait	Infirmier indépendant	170-175 CHF	100%
Tarif horaire	Infirmier indépendant	148 CHF/heure	100%
Facturation utilisant le TARMED	Equipe mobile de soins palliatifs, Centre de gériatrie, EMS	HUG Equipe mobile de soins palliatifs : 173-381 CHF	51-95%
		Réseau de santé Nord-Broye Centre de gériatrie et mémoire : 324 CHF	57%
		CHUV Equipe mobile de soins palliatifs : 138 CHF	20%
		Centres de santé pour personnes âgées de la ville de Zurich EMS : 138 CHF-294 CHF	35%-70%

Les résultats des estimations montrent que le montant facturé du ProSA varie entre CHF 138 et 780 pour une part facturable allant de 20% à 100%. Cette dernière correspond à 100% lorsque la facturation se fait selon un tarif forfaitaire ou horaire. Dans le cas où le TARMED est utilisé, les montants facturés se situent entre CHF 138 et 381. Dans certains cas, plusieurs codes TARMED sont utilisés pour facturer une même étape du ProSA. Cette multiplicité entraîne des montants facturés variables, les valeurs obtenues dépendant des combinaisons de codes utilisées.

3. Financement via des fonds spécifiques

Dans de rares cas, le financement du ProSA repose sur des fonds internes, initialement dédiés à d'autres prestations (p.ex. : formation), ou des dons. Ce financement a été mentionné uniquement par deux institutions et est utilisé de manière complémentaire aux autres modalités. Elle concerne uniquement quelques ProSA réalisés à la demande de bénéficiaires externes à l'institution.

2.2.6 Obstacles financiers au déploiement du ProSA

Les entretiens menés auprès des institutions ont mis en évidence plusieurs obstacles à la mise en œuvre du ProSA liés au financement. Lorsque le ProSA est intégré au cahier des charges du professionnel en parallèle d'activités de soins ou d'évaluation, cette tâche est jugée moins prioritaire que d'autres en raison de l'absence d'incitatif financier pour l'institution. Par exemple, dans un EMS, les évaluations PLAISIR sont réalisées prioritairement au ProSA, car le financement de l'institution dépend directement de ces évaluations, qui sont rémunérées. La décision d'intégrer le ProSA dans les activités régulières est conditionnée à des ressources budgétaires dédiées à cette activité. Par exemple, la fin du financement du ProSA, financé jusqu'en 2024 par un contrat de prestation avec le canton de Vaud, a réduit la mise en place du ProSA au sein de l'équipe mobile de soins palliatifs du

RSHL. Le ProSA y est encore réalisé lors de demande spécifique ou selon le temps disponible des facilitateurs, mais plus de façon systématique.

Le recours à des soldes de fonds internes non spécifiquement destinés au ProSA (provenant par exemple des fonds de formation) constitue une solution provisoire dans le cas où le ProSA est réalisé chez une personne qui n'est pas suivie par la structure. Ces fonds limités ne seraient pas suffisants en cas d'augmentation du nombre de ces demandes, et cette approche pose des questions d'équité entre les bénéficiaires externes (personnes faisant appel à la structure uniquement pour réaliser le ProSA) et internes (patients pris en charge par la structure, chez qui le ProSA est facturé).

Des limites existent aussi lorsqu'il y a théoriquement une possibilité de facturer le ProSA, comme décrit ci-dessus avec les codes TARMED. Pour les professionnels non-médecins, certaines positions de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) correspondent aussi à des étapes du ProSA, autorisant une facturation, mais celle-ci dépend des accords concernant les activités remboursées par les assureurs. L'institution AVASAD, par exemple, a renoncé à sa mise en œuvre, en partie en raison de l'impossibilité de financer cette activité dans le cadre du catalogue des soins, combinée au temps important requis pour sa réalisation. Une autre limite de la facturation concerne le temps de déplacement ne pouvant généralement pas être facturé par la plupart des institutions. Il s'agit d'un enjeu important dans le cadre du ProSA, car le processus de discussion ne se déroulent pas toujours au sein même de l'institution, mais souvent dans le lieu de résidence du bénéficiaire. Actuellement, il semble que seuls les médecins puissent facturer le temps de déplacement via la tarification TARMED, au moyen de la position « 00.0095-+Indemnité de déplacement ».

2.3 Limites du travail - entretiens

Concernant les entretiens, la taille restreinte de l'échantillon (18 entretiens) limite la capacité des données à refléter l'ensemble des pratiques existantes de mise en œuvre et de facturation du ProSA. Malgré tout, la diversité des profils professionnels et des types d'institutions de l'échantillon permet d'observer certaines tendances et de formuler des constats sur les pratiques observées.

D'autres biais ont également pu émerger lors des entretiens. Les propos recueillis, portant à la fois sur des expériences présentes et passées, peuvent avoir été reconstruits à partir de souvenirs potentiellement partiels ou imprécis. Néanmoins, ces biais semblent relativement limités dans la mesure où les informations recueillies relèvent principalement d'éléments pragmatiques/de terrain liés à la pratique, plutôt que d'aspects émotionnels ou subjectifs. De plus, la grille d'entretien semi-directive a permis d'uniformiser les données collectées et d'assurer la rigueur méthodologique.

2.4 Etude de cas-projet pilote d'implémentation du ProSA au CHUV auprès de patients hospitalisés

Cette section présente un projet pilote ayant débuté en mai 2025 au CHUV, testant la réalisation du ProSA auprès de patients hospitalisés. En complément des entretiens réalisés, ce projet permet de présenter un exemple d'implémentation du ProSA au sein d'une institution hospitalière vaudoise, illustrant les difficultés et opportunités rencontrées sur le terrain, tant sur le plan pratique que sur celui de la facturation.

2.4.1 Déroulement

L'objectif principal du projet est de sensibiliser les équipes médicales, les patients et proches au ProSA, d'évaluer leur réceptivité, et d'examiner la faisabilité d'une intégration durable de cette démarche dans un contexte hospitalier.

La réalisation du ProSA débute par une première étape d'identification des patients éligibles par les équipes médicales en charge du patient. Dans une deuxième étape, le facilitateur ProSA, assigné au projet, entre en contact avec eux pour présenter la démarche et proposer sa réalisation. Un binôme médico-infirmier est dédié aux ProSa, l'infirmière étant sous supervision médicale.

Entre mai et août, le projet s'est focalisé sur les patients en attente d'admission en EMS, avec 36 patients identifiés mais seulement 3 ProSA réalisés. Ce faible nombre de ProSA s'explique par des obstacles liés à la situation des patients : stress lié à l'hospitalisation et à l'entrée prévue en EMS, troubles cognitifs fréquents, mais aussi à la difficulté pour le proche de s'impliquer ou de réaliser un ProSA « par proxy », étant déjà fortement mobilisés dans l'organisation d'une entrée en EMS.

Depuis septembre, le projet s'est réorienté vers d'autres patients : patients âgés hospitalisés en soins aigus, présentant des maladies chroniques, ayant connu au moins deux hospitalisations dans les 12 derniers mois, et pour qui un retour à domicile est prévu. Dans ce cadre-là, la démarche ProSA est présentée durant le séjour à l'hôpital et peut être réalisée à l'hôpital ou lors du retour à domicile. Sur 25 patients identifiés, 3 ProSA ont été réalisés jusqu'à présent.

Au total, entre mai et début octobre 2025, 6 ProSA ont été réalisés.

2.4.2 Durée de réalisation

La durée totale estimée variait entre 3h10 à 4h30, avec une moyenne de 3h50¹⁵. Ces valeurs sont légèrement inférieures à l'estimation moyenne de 5h05 basée sur l'échantillon des 18 entretiens. Il est à noter que cette durée ne tient pas compte du temps additionnel lié à la supervision médicale, ni du temps de déplacement si le ProSA est effectué à domicile.

Les étapes de réalisation du ProSA sont similaires à celles rapportées par les autres facilitateurs vaudois interrogés. Toutefois, dans certaines circonstances, par exemple si le bénéficiaire était suffisamment bien sur le plan physique, psychique et cognitif, les éléments abordés lors du premier et du deuxième entretien ont été discutés lors d'un seul entretien, avec une durée variante entre 1h et 1h30.

2.4.3 Facturation du ProSA

À ce jour, aucune facturation n'a été mise en place dans le cadre du projet pilote. Toutefois, la possibilité théorique a été étudiée par le biais de la facturation TARMED, tant pour l'infirmière par facturation médico-supervisée que pour le médecin.

Les positions envisagées pour la facturation dans le cas de réalisation du ProSA par une infirmière sont présentées dans le Tableau 5. Pour la facturation médicale, ces trois positions peuvent être également utilisées, en complément d'autres positions permettant notamment de facturer le temps en l'absence du patient.

¹⁵ Pour rappel, la durée moyenne a été calculée similairement à la méthode utilisée dans la section 2.2.2. Autrement dit, lorsqu'un intervalle de temps (min/max) a été indiquée pour une étape, une valeur moyenne a été calculé pour cette étape. La durée totale moyenne correspond à la somme des durées moyennes de chaque étape.

Tableau 5-Positions TARMED retenues pour une utilisation en facturation infirmière dans le cadre du projet pilote

Code TARMED	Intitulé	Limites	Temps facturable par code
00.0050	Entretien d'information du spécialiste avec le patient ou ses proches avant une intervention diagnostique ou thérapeutique pour les personnes au-dessus de 6 ans et de moins de 75 ans, par période de 5 min	6x par cas	30 min
00.0610	Instruction du patient par le spécialiste pour lui apprendre à effectuer lui-même des mesures ou des soins, pour les personnes au-dessus de 6 ans et de moins de 75 ans, par période de 5 min	6x par 3 mois, limité à 3x par séance	30 min par 3 mois, limitée à 3x séance
00.0510	Consultation spécifique par le spécialiste de premier recours, pour les personnes au-dessus de 6 ans et de moins de 75 ans, par période de 5 min	6x par 3 mois	30 min par 3 mois

La facturation envisagée est similaire à celle observée dans les institutions de l'échantillon interrogé, qui facturent actuellement le ProSA via le tarif TARMED (cf. annexe 8.6). Les limitations liées au plafond de temps TARMED et aux codes disponibles pour la facturation du ProSA impliquent que seuls 36%¹⁶ de la durée totale moyenne du ProSA pourrait être facturée par une infirmière. En revanche, le médecin, ayant la possibilité de facturer également le temps en absence du patient, disposerait d'un temps facturable plus important.

L'absence de facturation effective dans ce projet pilote s'explique par deux raisons principales. D'une part, un manque de ressources (absence de personnel dédié) qui ne permet pas d'instaurer pour le moment un système de facturation. D'autre part, pour les ProSA réalisés en lits C (attente de placement en EMS), les consultations médicales ne sont pas incluses dans la prise en charge, mais facturées de la même manière qu'en ambulatoire (tarification TARMED). De plus la réalisation d'un ProSA est une prestation complémentaire et non indispensable à la prise en charge. Ainsi, la facturation pourrait être un frein supplémentaire à l'acceptation du ProSA. En revanche, pour les ProSA réalisés à domicile après hospitalisation en lit A, la facturation semble davantage envisageable, d'autant plus que chez ces patients, les coûts seraient pris en charge par l'assurance, la franchise et la quote-part étant généralement déjà atteintes après une hospitalisation.

2.5 Impact sur la facturation du ProSA du passage au système TARDOC (2026)

Depuis le 1er janvier 2026, TARMED a été remplacé par TARDOC. Ce nouveau système, qui conserve le principe de facturation « à la prestation », apporte toutefois des changements importants : le

¹⁶ Ce pourcentage correspond à la part de la durée moyenne des entretiens pouvant être facturée, en tenant compte de la limite maximale imposée par les codes TARMED (soit 90 minutes), rapportée à la durée moyenne totale estimée pour la réalisation du ProSA (3h50).

catalogue a été simplifié de 4'500 à 1'300 positions et inclut de nouvelles prestations pour une facturation plus transparente et adéquate, selon la FMH.

Dans ce contexte, l'évolution du catalogue tarifaire soulève des questions sur l'impact possible de TARDOC sur la facturation du ProSA. La section suivante propose quelques éléments de réflexion sur les implications potentielles de ce changement.

L'évaluation de l'impact du passage à TARDOC sur la facturation du ProSA repose sur les éléments de la section 2.2, à savoir les durées de la réalisation du ProSA et les positions TARMED utilisées en 2025. L'analyse compare chaque position TARMED à sa ou ses équivalentes TARDOC afin de mesurer les changements des points et des limites de temps facturables. Les montants facturés et la part de durée facturée (cf. Tableau 4) ont été recalculés en appliquant les codes TARDOC correspondants (cf. annexe 8.5 et annexe 8.7).

Le Tableau 6 présente les montants et les parts facturés selon le système de tarification TARMED et TARDOC.

Tableau 6- Estimation du montant facturé et part de la durée facturée pour un ProSA selon le système de tarification TARMED et TARDOC

Institutions	Estimation du montant facturé du ProSA - TARMED [CHF]	Estimation du montant facturé du ProSA - TARDOC [CHF]	Part de la durée facturée - TARMED [%]	Part de la durée facturée - TARDOC [%]
HUG Equipe mobile de soins palliatifs :	173-381	214-393	51-95	58-95
Réseau de santé Nord-Broye Centre de gériatrie et mémoire :	324	352	57	57
CHUV Equipe mobile de soins palliatifs :	138	143	20	20
Centres de santé pour personnes âgées de la ville de Zurich EMS :	138 -294	179 -296	35-70	44-73

Note : La valeur du point tarifaire a été maintenue identique pour les estimations des montants selon le système TARMED et TARDOC (0.93 cts).

Globalement, les résultats mettent en évidence une légère augmentation du montant facturé sous TARDOC passant d'un intervalle de 138-381 CHF à 143-393 CHF, tandis que la part de la durée facturée reste globalement similaire entre les deux systèmes, variant entre 20 à 95% selon les institutions.

Les effets du passage au TARDOC restent donc relativement faibles, voire nuls. Les légères augmentations peuvent s'expliquer par deux raisons principales : (1) à durée identique des positions TARDOC légèrement plus valorisées (plus de points) que celles du TARMED (cf. annexe 8.7), et (2) une augmentation des plafonds de temps facturables pour certaines prestations. Cependant, si certaines

positions permettent de facturer davantage de temps avec TARDOC par rapport au TARMED, d'autres le permettent moins ou restent inchangées. L'annexe 8.8 fournit plusieurs exemples illustrant l'impact du passage au TARDOC sur la facturation du ProSA.

La comparaison des positions TARMED et de leurs équivalents TARDOC montre que le TARDOC a un effet parfois à la hausse ou à la baisse sur la part du temps facturable mais faible sur la facturation du ProSA. Toutefois, ces ajustements restent à ce jour trop faibles pour modifier significativement la facturation du ProSA.

Il est à noter que l'analyse réalisée se limite aux prestations TARDOC correspondantes aux positions TARMED renseignées par les institutions. Elle n'intègre pas d'autres prestations entièrement nouvelles introduites par TARDOC, et qui pourraient potentiellement modifier la pratique de facturation du ProSA. À titre d'exemple, les positions du chapitre « CA – Prestations de la médecine de famille », dont les plafonds plus élevés offrent davantage de flexibilité, pourraient devenir pertinentes vis-à-vis des limitations de facturation du ProSA pour les médecins de famille. Seule la pratique permettra toutefois de confirmer si l'utilisation de ces positions dans le cadre du ProSA pourra être acceptée par le système.

3 Objectif 2 : Revue de littérature

Conformément à l'objectif 2 du mandat, cette revue a pour but de présenter les résultats de la recherche de littérature récente concernant les effets de l'implémentation de l'ACP, et plus particulièrement à répondre à deux questions :

- Quels sont les effets de l'ACP sur l'utilisation des soins et les coûts des soins ?
- Quels sont les bénéfices de l'ACP sur les bénéficiaires et leurs proches ?

3.1 Méthodologie

L'équation de recherche et la sélection des articles ont suivi la méthode PICO (Population, Intervention, Compareurs, Résultats (i.e. outcomes) permettant une structuration rigoureuse des critères d'inclusion et d'exclusion (cf. Tableau 7).

Le premier critère de sélection était que la population étudiée devait être constituée de personnes âgées de 65 ans et plus, et/ou de leurs proches. Cependant, quelques études ne ciblant pas exclusivement des personnes de 65 ans et plus ont été retenues sous condition que la population inclue comporte majoritairement des personnes âgées. L'intervention d'intérêt était définie comme le processus d'Advance Care Planning (ACP) dans son intégralité, afin de correspondre au mieux au ProSA. Le terme *advance directive* (i.e. directives anticipées) a été inclus dans l'équation de recherche afin de s'assurer qu'aucun article pertinent n'ait été omis. Le groupe de comparaison devait être constitué d'individus n'ayant pas bénéficié de l'intervention. Finalement, trois outcomes ont été considérés : l'utilisation des soins (hospitalisations, soins intensifs, etc.), les coûts associés à l'utilisation de ces ressources (dépenses, coûts hospitaliers, etc.) et la qualité de vie des patients et de leurs proches.

Tableau 7-Critères PICO

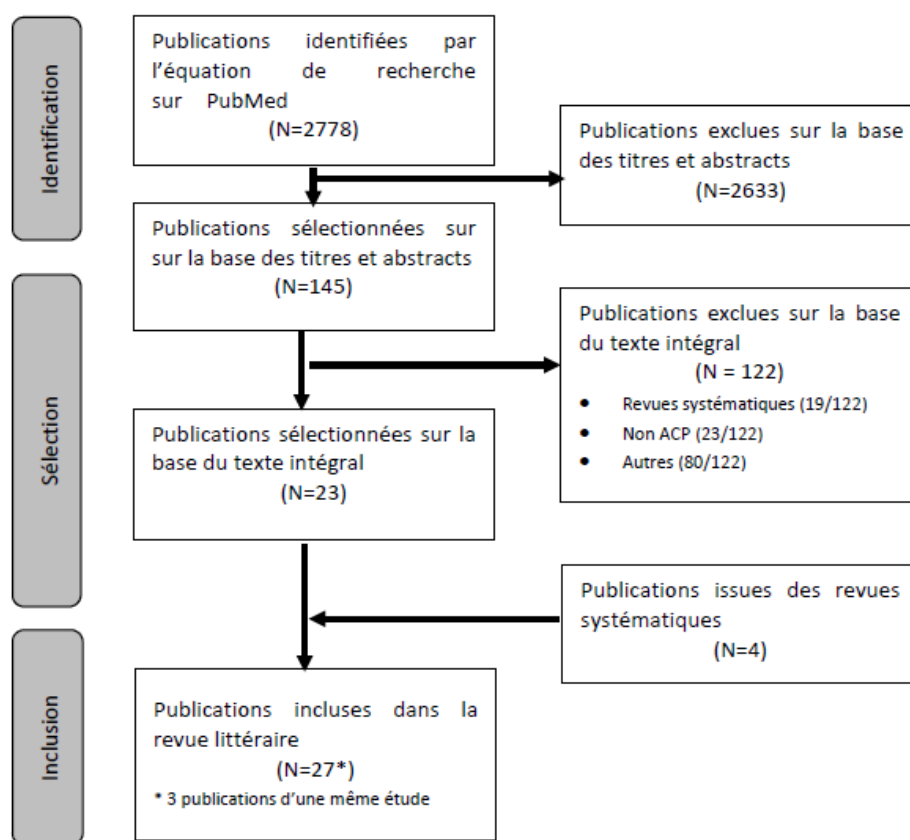
P (Population)	Personnes âgées (65 ans et plus), membre de la famille et proches aidants
I (Intervention)	Advance Care Planning (ACP)
C (Compareur)	Bénéficiaires de l'ACP vs non ACP
O (Outcomes)	Utilisation des ressources en soins (hospitalisations, soins intensifs, etc.) et coûts associés à l'utilisation de ces ressources (dépenses, coûts hospitaliers, etc.), bénéfices patients-proches en termes de qualité de vie.

La recherche des articles a été effectuée dans la base de données PubMed, en utilisant des termes de recherche spécifiques construits à partir de ces critères PICO (équation de recherche détaillée en annexe 8.8). La période de recherche correspond aux articles publiés entre 2016 et 2025 et rédigés en anglais ou en français. Le périmètre géographique des études a été restreint à l'Europe, l'Amérique du Nord et l'Australie, incluant des pays à haut revenu et dont le contexte sanitaire présente des similitudes à celui de la Suisse.

Le processus de sélection des articles s'est déroulé en plusieurs étapes (cf. Figure 1). L'équation de recherche a identifié 2778 articles. Une sélection initiale des publications pertinentes a été réalisée à

partir des titres et abstracts, à l'aide du logiciel EPPI-Reviewer¹⁷. Les 145 articles retenus ont ensuite été lus en entier pour ne garder que les études respectant strictement les critères définis. Les critères d'exclusion étaient les suivants : population de moins de 65 ans ; lieu de mise en place ACP trop spécifique non généralisable à la population de base (p.ex. prisons) ; études qualitatives, théoriques ou de modélisation/simulation sans données empiriques ; études portant sur les sous-éléments pouvant découler de l'ACP, tels que les directives anticipées ou les directives médicales¹⁸, sans mise en place d'un processus complet d'ACP ; études conduites en Asie, en Afrique ou en Amérique du Sud. Les études secondaires de type revue systématique ont également été exclues, mais les études primaires référencées dans ces revues ont été prises en compte si elles n'avaient pas été identifiées précédemment.

Figure 1-Etapes de sélection des articles inclus dans la revue littéraire



3.2 Résultats de la revue littéraire

La revue littéraire a abouti à un total de 27 références inclus, correspondant à 25 études uniques (une étude ayant donné lieu à trois publications distinctes). La liste des publications incluses est présentée en annexe 8.10. Les études ont été menées aux États-Unis (N=16), en Australie (N=1), au Canada (N=2), au Royaume-Uni (N=1), en Irlande (N=3) et aux Pays-Bas (N=2). Les interventions d'ACP ont été

¹⁷ Le logiciel EPPI-Reviewer, développé par l'Université de Londres, utilise un algorithme d'apprentissage permettant d'optimiser et d'accélérer le processus de sélection des articles pertinents, en fonction des critères d'inclusion/exclusion définis par l'utilisateur. La décision d'inclure ou non un article reste du ressort de l'utilisateur, le logiciel propose de manière prioritaire les études correspondant le mieux aux critères. L'inclusion s'arrête lorsque l'utilisateur estime que les articles restants ont une faible probabilité d'être pertinents.

¹⁸ Les directives médicales incluant, par exemple, les Provider Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST) et les Do-Not-Resuscitate orders (DNR).

étudiées dans divers lieux de soins, notamment en milieu hospitalier (N=3), en soins de premier recours (N=6), en EMS (N=5), ainsi que dans des contextes mixtes (N=11).

Les résultats de la revue de la littérature concernant l'effet de l'ACP sur l'utilisation des soins, les coûts associés et la qualité de vie sont présentés selon quatre lieux de soins où l'intervention a été étudiée : hôpitaux, EMS, soins primaires (en cabinet ou à domicile) et contextes mixtes (lieux de soins non spécifiés ou combinés). Le Tableau 8 synthétise les effets de la mise en place de l'ACP par type d'outcome (réduction, augmentation ou absence d'effet) et par lieu de réalisation.

Tableau 8-Effets de la mise en place d'ACP par outcome et lieux de réalisation de l'ACP

Outcomes	Lieux de réalisation de l'ACP			
	Hôpitaux	EMS	Soins primaires (en cabinet ou à domicile)	Lieux de soins mixtes
Recours à l'hospitalisation		Réduction (2/5): Hanson (2017), O'Sullivan (2016)	Réduction (2/3): Litzelman (2017), Mauleon (2019)	Réduction (6/9): Bond (2018), Bose (2024), Brown (2025), Gupta (2020), Rocque (2017), Weissman (2021)
	Aucun effet (2/2): Denvir (2016), O'Halloran (2020)	Aucun effet (3/5): Turcotte (2024), Hickman (2019), Brazil(2018)	Aucun effet (1/3): Levy (2020)	Aucun effet (1/9): Overbeek (2018)
				Augmentation (2/9): Ashana (2019), Skolarus (2024)
Durée du séjour à l'hôpital	Réduction (1/1): Denvir (2016)			Réduction (3/5): Bond (2018), Bose (2024), Oo (2019)
		Aucun effet (1/1): Turcotte (2024)		Aucun effet (1/5): Overbeek (2018)
				Augmentation (1/5): Skolarus (2024)
Coûts des hospitalisations				Réduction (2/3): Bose (2024), Gupta (2020)
	Aucun effet (1/1): O'Halloran (2020)			
				Augmentation (1/3): Ashana (2019)
Admission en soins palliatifs		Aucun effet (1/1): Hanson (2017)	Aucun effet (1/2): Mauleon (2019)	Aucun effet (3/7): Bond (2018), Gupta (2020), Rocque (2017)
			Augmentation (1/2): Levy (2020)	Augmentation (4/7): Ashana (2019), Bose (2024), Skolarus (2024), Weissman (2021)
Coûts liés aux soins palliatifs				Augmentation (2/2): Bose (2024), Gupta (2020)

Outcomes	Lieux de réalisation de l'ACP			
	Hôpitaux	EMS	Soins primaires (en cabinet ou à domicile)	Lieux de soins mixtes
Visites aux urgences			Réduction (1/1): Litzelman (2017)	Réduction (4/9): Brown (2025), Gupta (2020), Oo (2019), Weissman (2021)
		Aucun effet (1/1): Turcotte (2024)		Aucun effet (4/9): Ashana (2019), Bond (2018), Overbeek (2018), Rocque (2017)
				Augmentation (1/9): Skolarus (2024)
Coûts des urgences				Aucun effet (1/1): Ashana (2019)
Admission en soins intensifs	Réduction (1/1): Verhoeff (2018)			Réduction (3/8): Gupta (2020), Oo (2019), Weissman (2021)
				Aucun effet (3/8): Bond (2018), Overbeek (2018), Rocque (2017)
				Augmentation (2/8): Ashana (2019), Skolarus (2024)
Thérapies de maintien de vie				Réduction (2/5): Ashana (2019), Gotenda (2022)
				Aucun effet (3/5): Skolarus (2024), Overbeek (2018), Rocque (2017)
			Augmentation (1/1): Wolff (2025)	
Recours aux soins ambulatoires (GPs+ consultation + soins à domicile)	Aucun effet (1/1): O'Halloran (2020)			
				Augmentation (2/2): Bond (2018), Bose (2024)
Coûts liés aux soins ambulatoires (consultation + soins à domicile)				Réduction (1/3): Consultation : Gupta (2020)
	Aucun effet (1/1): Consultation et soins à domicile : O'Halloran (2020)			Aucun effet (1/3): Soins à domicile : Bose (2024)
				Augmentation (1/3): Consultation : Bose (2024)
Recours aux EMS				Réduction (1/3): Skolarus (2024)
	Aucun effet (1/1): O'Halloran (2020)			Aucun effet (2/3): Bond (2018), Bose (2024)

Outcomes	Lieux de réalisation de l'ACP			
	Hôpitaux	EMS	Soins primaires (en cabinet ou à domicile)	Lieux de soins mixtes
Coûts des soins en EMS				Aucun effet (2/2): Bose (2024), Gupta (2020)
Coûts totaux des soins médicaux			Réduction (1/2): <i>Lakin (2020)</i>	Réduction (2/7): Bond (2018), Bose (2024)
	Aucun effet (1/1): <i>O'Halloran (2020)</i>		Aucun effet (1/2): <i>Tilburgs (2019)</i>	Aucun effet (2/7): Gupta (2020), <i>Overbeek (2019b)</i>
				Augmentation (3/7): Ashana (2019), Skolarus (2024), Weissman (2021)
Qualité de vie	Réduction (1/2): <i>O'Halloran (2020)</i>	Augmentation (1/1): <i>Brazil (2018)</i>		
	Aucun effet (1/2): <i>Denvir (2016)</i>		Aucun effet (1/1) : <i>Tilburgs (2019)</i>	Aucun effet (2/2): Overbeek (2018, 2019a)

Note : Les cellules en vert indiquent l'effet attendu de l'Advance Care Planning (ACP) sur chaque outcome. Le format *Effet (x/y)* signifie que x études sur y ont observé l'effet indiqué, dans un lieu de soin donné. Par exemple, pour le recours à l'hospitalisation lorsque l'ACP est réalisé dans des lieux de soins mixtes on lit "Réduction (6/9)", ce qui signifie que sur tous les 9 études conduites dans des lieux de soins mixtes et étudiant l'association entre ACP et hospitalisations, 6 études ont observé une réduction des hospitalisations. Les articles en italique correspondent à des études dont les résultats doivent être interprétés avec prudence (taille d'échantillon limité, absence d'ajustement des analyses pour certains facteurs confondants, etc.).

3.2.1 L'ACP chez les patients hospitalisés

Peu d'études portent sur l'implantation de l'ACP en milieu hospitalier (n=3) et leurs résultats ne permettent pas d'aboutir à une conclusion nette. Deux études randomisées menées au Royaume-Uni ont évalué l'effet de l'ACP chez des patients hospitalisés, atteints de pathologie cardiaque (Denvir et al., 2016) et sous dialyse (O'Halloran et al., 2020). Aucune des deux n'a trouvé d'association entre l'ACP et l'utilisation des soins, qu'il s'agisse des réadmissions à l'hôpital (Denvir et al., 2016; O'Halloran et al., 2020), ou de visites chez le médecin généraliste, de soins à domicile, ou de séjours en établissement médico-social (O'Halloran et al., 2020). Cette absence d'association pourrait être due à la taille réduite des effectifs (36 et 50 patients, respectivement), limitant la capacité à détecter des différences. Denvir et al. (2016) ont néanmoins observé une réduction de moitié du nombre de nuits passées à l'hôpital pour les personnes ayant bénéficié de l'intervention ACP par rapport au groupe contrôle (5.4 vs 2.7 nuits).

Le recours aux soins intensifs a été examiné dans une seule étude, portant sur des patients âgés victimes de traumatismes sévères, dans un hôpital canadien (Verhoeff et al., 2018). La proportion de patients admis en soins intensifs était significativement plus faible durant les deux ans après l'introduction d'un outil standardisé d'ACP par rapport aux deux ans précédents (5% vs 17%). Cependant, il ne s'agit pas d'une comparaison stricte entre participants avec et sans ACP, et les analyses ne sont pas ajustées pour les caractéristiques des patients. Les résultats ne permettent donc pas d'attribuer avec certitude la baisse des admissions en soins intensifs à la présence de directives anticipées. Ils reflètent néanmoins l'impact d'une implantation en conditions réelles.

Deux études randomisées portant sur de petits échantillons de patients n'ont montré ni amélioration de la qualité de vie globale, ni amélioration de certaines dimensions spécifiques, telles que la santé mentale (Denvir et al. (2016); O'Halloran et al. (2020)).

3.2.2 L'ACP dans les EMS

Les résultats concernant l'effet de l'ACP sur les hospitalisations des résidents d'établissements médico-sociaux sont eux aussi hétérogènes. Parmi cinq études, toutes conduites dans des pays anglo-saxons, deux ont montré une diminution des hospitalisations chez les résidents bénéficiant d'un ACP, tandis que trois autres n'ont pas observé de différence significative. Concernant les premières, une étude randomisée menée chez des résidents atteints de démence avancée et leurs proches a démontré que le groupe de résidents ayant bénéficié d'un outil d'aide à la décision sur les objectifs de soins a présenté un taux de transfert à l'hôpital deux fois plus faible comparé au groupe qui n'avaient pas bénéficié de l'intervention (Risk Ratio = 0,47) (Hanson et al., 2017). L'autre étude, reposant sur des données agrégées avant et après l'implantation de l'ACP, a montré une réduction des hospitalisations des résidents suite à l'implantation (28% vs 15%) (O'Sullivan et al., 2016). Quant aux trois autres études, leurs résultats sont non conclusifs, ce qui peut être lié à leurs faiblesses méthodologiques. Sur la base de données agrégées, une de ces études a observé que le taux de visites aux urgences, le taux d'hospitalisations et la durée des séjours hospitaliers au cours de la dernière année de vie étaient similaires dans les EMS ayant mis en place l'ACP et dans ceux utilisant uniquement un formulaire de niveau de soins (Turcotte et al., 2024). Ceci peut s'expliquer par l'utilisation de données agrégées qui ne permet pas une comparaison stricte entre les résidents ayant effectivement complété un ACP et ceux qui ne l'ont pas complété. L'étude souligne toutefois qu'au sein des EMS ayant mis en place l'ACP, ceux qui rapportaient une pratique et des processus de meilleure qualité (documents intégrant les valeurs des résidents, disponibles dans le dossier électronique, mis à jour régulièrement et consultés lors de problèmes de santé) avaient des taux d'hospitalisation inférieurs. Une autre étude comparant trois groupes de résidents (ACP avec directive de non-hospitalisation, ACP sans limitation, absence d'ACP) n'a pas montré de différence de taux d'hospitalisation après ajustement pour les caractéristiques personnelles et de santé des résidents (Hickman et al., 2019). Toutefois, les résidents bénéficiant d'un ACP étaient plus âgés et plus fragiles, suggérant un biais de sélection associé à un risque accru d'hospitalisation, ce qu'un ajustement statistique ne peut pas toujours entièrement corriger (Hickman et al., 2019). Finalement, l'étude randomisée de Brazil et al. (2018) n'a pas montré de différence significative dans les taux d'hospitalisation au sein des EMS ayant bénéficié de l'implantation de l'ACP par rapport aux EMS contrôles, mais l'analyse portait sur 150 résidents seulement.

Concernant le taux d'hospitalisation en soins palliatifs, Hanson et al. (2017) n'ont pas constaté de différence significative entre le groupe de résidents ayant bénéficié d'un outil d'aide à la décision sur les objectifs de soins et le groupe contrôle (18/150 vs 17/149).

A noter que deux études ont examiné l'association entre l'implantation de l'ACP et la mortalité, sans constater d'augmentation dans les 9 à 12 mois suivants l'implantation de l'ACP (Hanson et al., 2017; O'Sullivan et al., 2016).

Finalement, une étude a mesuré des dimensions en lien avec la qualité de vie : Brazil et al. (2018) ont montré une réduction significative du conflit décisionnel (Decisional Conflict Scale¹⁹) et une

¹⁹ L'échelle du conflit décisionnel (« Decisional Conflict Scale ») permet d'évaluer la perception vis-à-vis de l'incertitude lors du choix thérapeutique tels que se sentir mal renseigné, se sentir sans soutien dans la prise de décision ou encore la satisfaction avec les choix pris.

amélioration de la perception des soins par les proches (Family Perception Care Scale²⁰), sans effet sur la santé psychologique globale de la personne elle-même (General Health Questionnaire-12²¹).

3.2.3 L'ACP dans les soins communautaires et de premier recours

Six études se sont déroulées dans le contexte des soins de premier recours, communautaires, ou à domicile, incluant les consultations médicales au cabinet ou à domicile, des programmes de soins intégrés ou des soins à domicile. Parmi ces études, deux d'entre elles ont étudié les effets de l'ACP sur les coûts.

Deux études ont été menées dans le cadre de programmes de soins intégrés aux Etats-Unis et aboutissent à des résultats hétérogènes. L'étude de Litzelman et al. (2017), menée auprès de patients âgés souffrant de dépression ou démence, montre que ceux ayant bénéficié de l'ACP réalisée par un assistant coordinateur de soins avaient un risque d'hospitalisation et de visites aux urgences durant les 12 mois suivants diminué de 30% à 40%, les analyses tenant compte de l'âge, du sexe et des comorbidités. Néanmoins, une autre étude rétrospective réalisée auprès de Vétérans intégrés dans un programme de soins de premier recours n'a pas observé de différence sur le taux d'hospitalisations en fin de vie entre les patients ayant reçu l'intervention ACP et ceux ne l'ayant pas reçue (Levy et al., 2021).

Une étude a porté sur l'implantation de l'ACP dans une organisation de soins à domicile aux Etats-Unis, ciblant les personnes à risque élevé de réadmission hospitalière. Le taux de réadmissions à 60 jours a diminué entre les périodes de trois mois avant et après l'implantation de l'ACP, passant de 40% à 20%, parallèlement à l'augmentation du taux d'ACP réalisés, de 4% à plus de 30% des patients (Mauleon et al., 2019).

Trois études se sont déroulées auprès de patients de médecins de premier recours et ont abouti à des résultats hétérogènes concernant le recours aux soins et les coûts des soins. Une étude randomisée menée au niveau de cabinets médicaux aux Etats-Unis a montré une augmentation de 40% du recours à des traitements visant à prolonger la vie dans les six derniers mois de vie chez les patients ayant reçu une intervention ACP comparés à ceux n'ayant pas eu l'intervention (Wolff et al., 2025). Ce résultat contre-intuitif peut potentiellement s'expliquer par une focalisation de l'intervention sur la documentation systématique des préférences du patient, au détriment de discussions approfondies entre le médecin-traitant, le patient et ses proches, ainsi que par le contexte de la pandémie de COVID-19. De plus, cette étude portait sur un grand collectif de patients âgés éligibles au remboursement de l'ACP, sans sélection selon la multimorbidité ou la fragilité, et ses résultats sont dès lors moins pertinents dans le cadre du déploiement du ProSA dans le canton de Vaud.

Suite à l'implantation d'une intervention ACP pour des patients gravement malades dans un centre médical américain, Lakin et al. (2020) a observé une réduction du coût total des soins d'environ 30% durant les six derniers mois de vie chez les patients ayant eu une discussion de type ACP documentée dans leur dossier médical en comparaison aux patients sans cette prestation (coût mensuel de \$6297 vs \$8876), sans différence significative pour le dernier mois de vie. Finalement, une intervention chez des médecins généralistes aux Pays-Bas les a répartis aléatoirement en un groupe recevant une

²⁰ Le « Family Perception Care Scale » est composée d'une échelle de 25 items mesurant la perception des proches vis-à-vis de la qualité des soins reçus durant les quatre dernières semaines de vie du résident. Il se divise en quatre sous-catégories : (1) la perception du soin envers le résident, (2) le soutien apporté par les équipes médicales aux familles dans le processus de prise de décision, (3) qualité des échanges entre les familles et les soins et (4) appréciation de l'intégration du résident dans la structure.

²¹ Le « General Health Questionnaire-12 (GHQ) » est un outil d'auto-évaluation permettant d'évaluer sur 12 dimensions la santé psychologique, tels que des troubles comme l'anxiété.

formation à l'ACP et un groupe contrôle, chaque médecin étant chargé d'inclure des patients atteints de démence (Tilburgs et al., 2020). L'étude a documenté la fréquence des discussions liées à l'ACP, ainsi que les coûts des soins sur une période de six mois. La réalisation d'un ACP était plus fréquente chez les patients des médecins formés à l'ACP (49% vs 14%). Il n'y avait toutefois pas de différence significative au niveau des coûts, possiblement en raison d'un échantillon restreint (71 dans le groupe intervention et 65 dans le groupe contrôle) et une période d'observation trop courte pour mesurer un impact potentiel de l'ACP sur les coûts.

Concernant le recours aux soins palliatifs, l'étude menée au sein d'un programme de soins de premier recours pour des Vétérans a documenté un recours plus fréquent aux consultations de soins palliatifs dans les 90 derniers jours de vie chez les patients ayant effectué un ACP (46% vs 27%), ainsi qu'une augmentation significative des décès en établissements de soins palliatifs (73% vs 63%) (Levy et al., 2021). De son côté, Mauleon et al. (2019) n'a pas observé d'effet statistiquement significatif sur les admissions en établissements de soins palliatifs après l'implantation de l'ACP au sein d'une organisation de soins à domicile aux Etats-Unis. Toutefois, les résultats de ces deux études proviennent d'analyses observationnelles non ajustées, limitant la robustesse des résultats.

Tilburgs et al. (2020) ont aussi mesuré la qualité de vie, sans différence entre le groupe bénéficiant de l'intervention et le groupe contrôle.

3.2.4 L'ACP dans un contexte mixte

3.2.4.1 Utilisation de soins hospitaliers

Onze études ont évalué la consommation de soins hospitaliers (e.g hospitalisation, visites aux services d'urgence, soins intensifs, traitements de maintien de vie) ou ambulatoires (consultations, soins à domicile), ainsi que les coûts des soins (7/11 études) chez les bénéficiaires d'un ACP comparés à des patients sans ACP. La majorité de ces études émanent des USA (9/11), et la plupart reposent sur l'analyse de données administratives (factures, données de l'assurance-maladie, recueil de prestations fournies, etc..). Les résultats obtenus dans ce contexte assez hétérogène pourraient donc ne pas être directement comparables à ceux d'une implantation ciblée auprès d'une population fragile ou dépendante, même si les profils de patients inclus peuvent pour la plupart être considérés comme fragiles (insuffisance cardiaque, démence, maladie de Parkinson,..).

Globalement, on constate que la majorité des études (7/10) soulignent une réduction du recours à l'hôpital (Bond et al., 2018; Bose Brill et al., 2024; Brown et al., 2025; Gupta et al., 2020; Rocque et al., 2017; Weissman et al., 2021), tandis que l'association n'est pas significative dans l'analyse d'Overbeek et al. (2018), et qu'une augmentation est constatée par Ashana et al. (2019) et Skolarus et al. (2024). Les résultats sont plus partagés concernant les visites aux urgences, avec 4 des 9 études documentant une réduction, ainsi que pour les admissions en soins intensifs, diminuées dans 3 des 8 études. Les résultats des sept études ayant examiné les coûts sont également mixtes, parfois cohérents avec les résultats observés en matière de recours aux soins (diminution chez Bond et al. (2018) et Bose Brill et al. (2024), pas d'association pour Overbeek et al. (2019b), augmentation pour Ashana et al. (2019) et Skolarus et al. (2024)) ou non cohérents (pas de diminution des coûts chez Gupta et al. (2020), et hausse des coûts chez Weissman et al. (2021) malgré une moindre utilisation des soins hospitaliers). Plusieurs analyses ont comparé les bénéficiaires d'un ACP à des patients sans ACP, choisis pour être similaires, ou rendus similaires lors d'analyses ajustées, sur la base des données d'assurance-maladie. Ces analyses indiquent que l'ACP était associé à une baisse de 12-34% des hospitalisations (Bose Brill et al., 2024; Brown et al., 2025; Gupta et al., 2020; Weissman et al., 2021), de 13% à 22% des admissions en soins intensifs et une diminution des visites aux urgences entre 13%-17% (Gupta et al., 2020; Weissman et al., 2021).

Bose Brill et al. (2024) a examiné rétrospectivement le coût des soins durant le dernier mois de vie dans un groupe de patients atteints d'insuffisance cardiaque ayant eu un ACP comparé à un groupe contrôle similaire en termes de caractéristiques démographiques et de comorbidité. La baisse des hospitalisations, associée à une réduction de 31% des coûts hospitaliers, aboutit à une réduction de 19% des coûts totaux, en dépit d'une augmentation des séjours en établissements médico-sociaux et palliatifs. Cette étude souligne aussi une diminution plus importante des coûts totaux (-31%) lorsque le patient avait eu plusieurs discussions de type ACP.

Bond et al. (2018) a analysé l'utilisation des soins au cours des 12 mois précédent le décès chez les patients d'une organisation de soins intégrés avec ACP comparés à un groupe de patients similaires sans ACP. L'analyse indique une diminution du nombre d'admissions hospitalières (-37%) et de la durée moyenne de séjours de 3.7 jours (allant de -1 à -6 jours) et conclut à une réduction des coûts de 9500\$ (env. - 23%) (Bond et al., 2018). En revanche, Gupta et al. (2020) ne constate pas de baisse du coût total, le recours inférieur aux séjours et traitements hospitaliers aigus (chiffré à - 934\$) semblant plus que compensé par le coût des soins palliatifs. De même, l'étude de Weissman et al. (2021) distinguant les effets potentiels de l'ACP selon le moment où il est effectué, met en évidence que la consommation de soins aigus en fin de vie et les coûts associés augmente au contraire lorsque l'ACP avait été réalisé au cours du dernier mois de vie. Brown et al. (2025), dans une cohorte de patients souffrant de diverses pathologies, a comparé des groupes ayant bénéficié ou non d'un ACP, similaires quant à d'autres caractéristiques. Il souligne que la réduction des hospitalisations était significative chez les patients souffrant d'une démence d'Alzheimer et d'insuffisance cardiaque, mais pas pour d'autres maladies neurologiques chroniques comme la maladie de Parkinson.

Finalement, Rocque et al. (2017) dans une étude d'implantation d'ACP auprès de patients atteints de cancer observe que les patients ayant accepté d'effectuer un ACP présentent des taux d'hospitalisation dans les 30 derniers jours plus faibles que ceux l'ayant refusé (46 vs 56%, p-value=0.02), mais les deux groupes présentent quelques différences. Quant à l'étude de Oo et al. (2019), elle constate que durant les 12 mois après réalisation d'un ACP, les patients étaient deux fois moins souvent admis aux urgences et à l'hôpital et leur durée moyenne de séjour globale et en soins intensifs était inférieure (-25% et -18%, respectivement), en comparaison avec les 12 mois avant l'ACP.

Néanmoins, deux études rapportent une association entre l'ACP et l'augmentation de l'utilisation de soins à l'hôpital (Ashana et al., 2019; Skolarus et al., 2024). Ashana et al. (2019) rapportent que l'ACP est associé à une probabilité d'hospitalisation accrue de 37% qu'il s'agisse de séjours avec admission en soins intensifs (+25%) ou sans (+43%), mais sans effet significatif sur l'utilisation des services d'urgence. En conséquence, les coûts étaient 1443\$ plus élevés chez les bénéficiaires de l'ACP. De même, Skolarus et al. (2024) observe une légère augmentation de la probabilité d'hospitalisation (+3%) pour les bénéficiaires de l'ACP, d'une visite aux urgences (+5%) et d'une admission en soins intensifs (+2%), avec des coûts supérieurs dans ce groupe.

Par rapport à l'utilisation de traitements visant à prolonger la vie (i.e. réanimation cardio-pulmonaire, intubation, ventilation mécanique, etc.), deux études sur cinq montrent une diminution de l'utilisation de ces traitements (Ashana et al., 2019; Gotanda et al., 2022) en cas d'ACP, et trois études ne trouvent pas d'effet significatif. Par exemple, Ashana et al. (2019) observe que la présence d'un ACP est associée à une diminution de 15% du recours à un traitement visant à prolonger la vie, ainsi qu'à une moindre utilisation de chimiothérapie (-35%). Gotanda et al. (2022) rapporte également une réduction de ce type de traitements (-11% à -14%) selon le degré de complétion d'ACP considéré (instructions écrites, désignation d'un représentant, et discussion sur les soins de fin de vie).

En termes d'utilisation de soins palliatifs, les résultats sont également hétérogènes, mais une majorité d'articles (4/7) souligne une probabilité accrue de l'utilisation de ces soins par les bénéficiaires de l'ACP (Ashana et al., 2019; Bose Brill et al., 2024; Skolarus et al., 2024; Weissman et al., 2021) et 3/7 études n'observent pas de différences statistiquement significatives (Bond et al., 2018; Gupta et al., 2020; Rocque et al., 2017). Par exemple, Ashana et al. (2019) observent que les bénéficiaires de l'ACP ont une probabilité deux fois plus élevée d'être admis en établissement de soins palliatifs. Des résultats similaires sont observés par Skolarus et al. (2024) et Bose Brill et al. (2024) dans leurs études rétrospectives comparant des patients ayant eu un ACP et sans ACP, avec une augmentation respective de 46% et 32% de la probabilité d'admission en établissement de soins palliatifs, et une durée de séjour plus longue (+26%, Bose Brill et al. (2024)).

3.2.4.2 Utilisation de soins ambulatoires, communautaires et en EMS

En termes de soins ambulatoires, Bose Brill et al. (2024) indique que les bénéficiaires d'un ACP sont deux fois plus susceptibles d'avoir au moins une consultation (Odds Ratio ajusté : 2.65), et auraient un nombre plus élevé de consultations (Incidence Rate Ratio ajusté : 2.34, IC 95% : 2.24 à 2.44, $p < 0.001$). Gupta et al. (2020) documente cependant une réduction des coûts ambulatoires. Par rapport à l'association de l'ACP avec l'utilisation et les coûts des soins à domicile, les deux études trouvées ne montrent pas de résultat significatif (Bond et al., 2018; Bose Brill et al., 2024). Finalement, le nombre de jours passés en EMS, documenté par Skolarus et al. (2024), était en moyenne plus faible chez les bénéficiaires d'ACP, toutefois la différence observée reste faible (1.97 vs 2.12 jours). Les études documentant les coûts des soins en EMS n'ont par ailleurs pas montré d'association significative avec l'ACP (Bose Brill et al., 2024; Gupta et al., 2020).

3.2.4.3 Association avec la qualité de vie

Une étude menée aux Pays-Bas auprès d'une population composée de résidents d'EMS (40%) et de personnes bénéficiant de soins à domicile (60%) a donné lieu à deux publications distinctes (Overbeek et al., 2019a; Overbeek et al., 2018), portant sur différentes échelles de mesure de la qualité de vie et satisfaction des soins. Toutefois, ces analyses n'ont pas mis en évidence d'effets significatifs de l'ACP sur la qualité de vie, la satisfaction vis-à-vis des soins en fin de vie, l'anxiété et la dépression.

3.3 Discussion des résultats de la revue littéraire

Les résultats de la revue littéraire montrent que le nombre d'études réalisées dans chaque lieu de soins est relativement restreint et les résultats restent hétérogènes. Toutefois, pour chaque outcome étudié (type de soins consommés, coûts, qualité de vie), il y a plutôt une majorité d'études observant l'effet attendu de manière significative ou non significative.

Notamment, les études sur l'utilisation des soins indiquent plutôt une réduction des hospitalisations, de la durée des séjours, du recours aux soins intensifs et aux thérapies visant à prolonger la vie, en parallèle, d'une augmentation de l'utilisation de soins palliatifs. Ces résultats concordent avec ceux des revues systématiques récentes, en particulier lorsque l'ACP cible des résidents d'EMS (Chambers et al., 2023; Pimsen et al., 2022). Dans ce contexte, l'ACP tel qu'effectué dans le canton de Vaud serait associé à une réduction des hospitalisations pouvant atteindre 37 à 55% (Chambers et al., 2023; Pimsen et al., 2022). La réduction de la durée d'hospitalisation pourrait découler d'un temps plus court concernant les décisions de traitements, d'une anticipation de l'orientation et des besoins à la sortie de l'hôpital, comme l'organisation d'un retour à domicile avec les aides nécessaires. Les effets de l'ACP sur les coûts restent plus incertains, peut-être parce que les composantes des coûts diffèrent selon les études (soins aigus, soins de confort, soins de longue durée).

Concernant les outcomes liés au bénéficiaire de l'ACP ou à ses proches, les dimensions mesurées sont diverses, allant de la satisfaction par rapport aux soins à la qualité de vie. Les résultats des études identifiées rejoignent les conclusions d'autres revues systématiques de littérature quant à l'hétérogénéité des résultats. Globalement, l'ACP semble associé à une amélioration significative de la qualité de vie ou de la santé mentale dans une minorité des études (Crooks et al., 2025). Il semble qu'il y ait plus souvent un effet positif en termes de satisfaction quant aux soins reçus et de la perception de la qualité des soins par les proches (Crooks et al., 2025).

Il est important de tenir compte du fait que certaines études présentent des limites susceptibles d'expliquer l'absence de résultats statistiquement significatifs. En particulier, plusieurs d'entre elles reposent sur de petits échantillons. En outre, certaines études ont une durée de suivi assez courte, ce qui réduit la possibilité de capturer pleinement ses effets, notamment ceux observables à long terme. De plus, le taux effectif d'ACP réalisés dans les groupes ayant bénéficié de l'intervention reste parfois sous-optimal, avec une différence relativement restreinte par rapport au taux observé dans le groupe contrôle.

Au final, la synthèse de littérature pointe vers des effets positifs de l'ACP, soit en termes d'utilisation des soins et des coûts associés, soit en termes de satisfaction et qualité de vie, tout en respectant l'autonomie des personnes et en cherchant à prodiguer des soins appropriés et correspondants à leur situation personnelle.

Divers éléments jouent par ailleurs un rôle déterminant, parmi lesquels le moment où l'ACP est initié chez un patient, ainsi que la qualité du processus d'ACP. Un ACP initié suffisamment tôt peut avoir des effets positifs sur l'utilisation des soins, contrairement à une mise en place tardive, qui peut ne pas produire les effets attendus, voire entraîner une augmentation de certains soins (Weissman et al., 2021). Quant à la qualité du processus d'ACP, la profondeur et le contenu des discussions, la documentation et l'actualisation des préférences sont susceptibles d'aboutir à plus de modifications des soins utilisés (Bose Brill et al., 2024; Chambers et al., 2023; Chatham et al., 2025; Turcotte et al., 2024).

Enfin, le contexte culturel dans lequel l'ACP est mis en œuvre peut également influencer les résultats observés. Par exemple, comme le souligne Overbeek et al. (2018), les pratiques médicales consistant à ne pas initier ou à interrompre des traitements visant potentiellement à prolonger la vie sont plus courantes aux Pays-Bas que dans d'autres pays européens. L'effet de l'ACP sur l'utilisation des soins, dans ce contexte, peut donc être moindre par rapport à d'autres pratiques.

En conclusion, les études identifiées par la revue littéraire portent sur des populations et des lieux d'implantation de l'ACP relativement similaires à ceux ciblés par la mise en œuvre du ProSA dans le canton de Vaud, et leurs résultats soulignent que les effets de l'ACP varient selon plusieurs facteurs liés au design de l'étude, mais aussi au contexte local et aux pratiques. Le moment de mise en place de l'ACP et la qualité du processus d'ACP constituent des éléments essentiels influençant le succès de l'intervention. Il s'agit donc de points importants à considérer dans la mise en place du ProSA dans le contexte vaudois.

3.4 L'Advance Care Planning à l'international

Cette section présente une vue d'ensemble du niveau d'implémentation de l'Advance Care planning dans différents pays, notamment aux Etats-Unis, Royaume-Uni, Pays-Bas et Allemagne. Ces pays adoptent des approches variées en matière de développement de programmes et de politiques liés à l'ACP. La section compare ainsi, au sein de ces quatre pays, le niveau de l'implémentation à l'échelle

nationale, le cadre légal encadrant l'ACP et les dispositifs de rémunération ou de financement mis en place pour inciter l'ACP.

3.4.1 Implémentation de l'ACP

Aux **Etats-Unis**, l'implémentation de l'ACP au niveau national reste relativement complexe, en raison de la structure fragmentée du système de santé, qui est organisé par État et caractérisé par une diversité de modèles de financement des soins (Fromme et al., 2023).

Malgré ces défis, plusieurs initiatives communautaires et outils pratiques ont été développés pour favoriser l'accessibilité de l'ACP. Les Etats-Unis se distinguent ainsi par le développement de programmes innovateurs en matière de l'ACP tels que « Respecting Choices » et le formulaire « Provider Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST) », qui ont eu un rayonnement international. Le programme « Respecting Choices »²², initié en 1990 au Wisconsin, vise à intégrer la prise de décision centrée sur la personne dans la pratique clinique, en formant les professionnels à faciliter des discussions approfondies sur l'Advance Care Planning (ACP). Le POLST, quant à lui, est un formulaire synthétique créé en 1991 pour documenter les préférences de traitement des patients gravement malades ou fragiles, notamment en situation d'urgence. Actuellement, le POLST est présent dans l'ensemble des 50 États, avec différents stades d'implémentation²³. Une étude menée au sein des EMS californiens, basée sur des données recueillies trois ans après l'introduction du POLST en tant qu'outil clinique légal en 2009, montre par ailleurs que le taux de complétion du POLST était deux fois plus élevé que celui des DA. Elle souligne également que le POLST a été implémenté avec succès à travers l'ensemble de la communauté (Jennings et al., 2016).

Néanmoins l'implémentation de l'ACP uniforme à l'ensemble du pays reste encore limitée notamment par de nombreuses pratiques et législations divergentes entre les états, avec différents degrés d'implémentation de l'ACP dans la pratique (Fromme et al., 2023).

Le **Royaume-Uni** a une approche nationale de l'ACP depuis plus de 40 ans. La promotion de l'ACP a commencé dans les années 80, avec la promotion d'une approche médicale reposant sur un processus de partage des décisions entre le patient et le praticien. L'implémentation de l'ACP se fait principalement à travers les médecins traitants, étant le premier point de contact avec le système de santé au Royaume-Uni, en raison du modèle de « gatekeeping ». Ce système a pour bénéfice d'assurer la continuité et la poursuite de discussions des choix thérapeutiques selon l'évolution de la maladie. Depuis 2010, l'ACP est intégré dans les recommandations du « General Medical Council », organe national de régulation de la profession médicale. Ces recommandations ont ainsi permis une large diffusion de la formation à l'ACP auprès des médecins, via des ateliers, des ressources pédagogiques et des vidéos accessibles en ligne (Thomas et al., 2023).

L'implémentation de l'ACP repose également sur le soutien des organisations nationales de santé. En particulier, depuis le début des années 2000, l'institut NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) et le National Health Service (NHS) ont publié des directives et des outils de documentation, comme le formulaire « Preferred Priorities of Care (PPC) » et le processus « ReSPECT (Recommended Summary Plan for Emergency and Treatment) », similaire au POLST (Thomas et al., 2023).

En **Allemagne**, l'ACP ne bénéficie pas d'un système d'implémentation à l'échelle nationale, aucune campagne nationale de sensibilisation à l'ACP ni matériel officiel centralisé n'ayant été mis en place à ce jour. Néanmoins, de nombreux projets ont vu le jour au niveau des institutions, notamment au sein

²² Plus d'information sur : Respecting Choices. *History of Respecting Choices*®. <https://respectingchoices.org/about-us/history-of-respecting-choices/>

²³ Plus d'information sur : National POLST Coalition. *History of POLST*. <https://polst.org/history-of-polst/>

des EMS ou dans certains états, tels qu'en Bavière où le ministre de la Santé a demandé en 2022 à un groupe d'experts de réfléchir au développement de l'ACP dans la région (Götze et al., 2023).

Le développement de l'ACP s'est orienté principalement auprès de bénéficiaires d'EMS et de foyers pour personnes en situation de handicap, en raison de dispositions légales instaurées en 2015 et soutenant la planification des soins pour ces personnes. Le programme s'appuie sur une formation établie sur le modèle américain « Respecting Choices » et la création d'un formulaire de type ÄNO (Götze et al., 2023).

L'implémentation de l'ACP en Allemagne a été renforcée par la création en 2017 de l'organisation ACP Deutschland, qui a depuis lancé plusieurs projets, dont certains en collaboration avec ACP Suisse. Cela inclut notamment le développement de formations et de formulaires standardisés pour l'élaboration de discussion ACP, comprenant les préférences de traitement en cas d'urgence (i.e. ÄNO) (Götze et al., 2023).

Ces outils développant un modèle standard de mise en place de l'ACP ont été étudiés lors d'un déploiement pilote entre 2019-2023 à trois niveaux : individuel (i.e. auprès de résidents d'EMS (48 EMS dont la moitié randomisés pour recevoir l'intervention), institutionnel (i.e. avec création d'un groupe de pilotage, formation du personnel et sensibilisation des EMS et proches) et régional (i.e. par la mise en place de réseaux et de groupes de coordination des acteurs locaux) (Götze et al., 2022). L'étude n'a pas montré d'effets significatifs sur l'utilisation des soins entre le groupe d'intervention et de contrôle, notamment par rapport au taux d'hospitalisation (Götze et al., 2025). De même, le degré de cohérence entre les préférences initiales des résidents et les soins effectivement reçus (p.ex. le lieu de décès, les traitements de fin de vie) ne différaient pas entre le groupe avec et sans ACP. Les auteurs soulignent toutefois que le contexte de la pandémie COVID-19 a probablement eu une influence importante sur les résultats de l'étude (Götze et al., 2025).

Aux **Pays-Bas**, l'implémentation de l'ACP est similaire à celle du Royaume-Uni, pour lesquels la consultation ambulatoire est le lieu privilégié pour mettre en place l'ACP. En EMS, les médecins spécialisés en soins aux personnes âgées (« elderly care physicians »), qui assurent les soins médicaux dans ces institutions, proposent l'ACP dès les premières semaines suivant l'admission des patients (Van der Steen et al., 2023). De manière plus générale, les soins palliatifs sont profondément ancrés dans les pratiques médicales néerlandaises. Le système des « elderly care physicians » en EMS joue un rôle clé en tant que « gatekeepers », contribuant à éviter les hospitalisations inutiles et, par conséquent, les traitements futiles ou trop lourds (Sternberg et al., 2021).

Deux types de critères sont utilisés par le corps médical pour identifier les personnes pour lesquels un ACP devrait être initié en priorité (Van der Steen et al., 2023). Un groupe cible sont les personnes confrontées à une détérioration de leur état de santé, avec une hospitalisation éventuelle. Un autre critère repose sur l'utilisation de la « question surprise » (« *Serais-je surpris si ce patient venait à décéder dans les six prochains mois ?* ») pour identifier les bénéficiaires d'un ACP. Toutefois, cette question seule s'est révélée trop large, englobant des patients âgés et fragiles ainsi que ceux atteints de maladies graves avec des pronostics variés. Pour affiner le ciblage, une seconde question a été ajoutée (« *Serais-je surpris si ce patient était encore en vie dans 12 mois ?* »), afin d'identifier plus précisément les patients ayant une espérance de vie inférieure à 12 mois (Van der Steen et al., 2023; Veldhoven et al., 2019).

Néanmoins, l'implémentation de l'ACP au Pays-Bas reste ponctuelle plutôt que proactive. Les difficultés perçues par les médecins traitants à se sentir aptes à mener les discussions sur les thématiques de fin de vie restent un obstacle important (Van der Steen et al., 2023).

3.4.2 Cadre légal liée à l'ACP

Dans l'ensemble des pays étudiés, la mise en place de l'ACP s'appuie sur un cadre législatif encadrant depuis plusieurs décennies les choix thérapeutiques et les décisions de soins de fin de vie.

Aux **Etats-Unis**, la première loi relative aux décisions de soins de fin de vie date de 1990, avec le « Patient Self Determination Act ». Cette dernière impose que les établissements de soins informent les patients sur leurs droits en matière de décisions thérapeutiques. Elle demande également que les établissements documentent la présence ou non de DA dans le dossier médical, respectent les lois étatiques en la matière, et assurent la formation du personnel et la population sur les enjeux liés aux directives anticipées. Cependant, l'application de cette loi présente quelques limites, notamment en restant relativement large concernant le respect des décisions thérapeutiques. Les variations législatives entre États peuvent rendre certaines directives anticipées inapplicables lorsqu'elles sont transférées d'un État à un autre (Fromme et al., 2023). Selon une revue de littérature publiée en 2017, la part des adultes disposant de DA est estimée entre 30% et 40% (Yadav et al., 2017).

Au **Royaume-Uni**, la principale loi encadrant les décisions de fin de vie date de 2005, avec la loi « Mental Capacity Act ». Cette dernière a pour but de protéger et autonomiser les personnes en cas d'incapacité de discernement. Elle offre ainsi un cadre légal aux discussions ACP, notamment par rapport à l'identification du représentant thérapeutique, les directives anticipées et également sur la prise de décision au nom du patient (National Health Service, 2024).

De façon similaire en **Allemagne**, en 2003, une décision de la cour fédérale a légiféré sur la prise de décisions médicales en cas de perte de discernement, et confirmé que l'expression antérieure de préférences médicales devait être prise en compte dans cette situation. En 2009, les directives anticipées ont été reconnues dans le code civil allemand et sont légalement contraignantes. En 2013, la loi sur les droits du patient a permis d'appuyer encore plus le cadre législatif autour de l'ACP. Depuis 2005, il existe également la possibilité d'enregistrer l'existence d'une directive anticipée dans un registre central, mandaté par la Chambre fédérale des notaires. Ce registre ne contient cependant pas le contenu des directives. Les médecins peuvent, depuis 2023, demander à consulter ce registre pour les patients incapables d'exprimer leur volonté. Néanmoins, le processus reste complexe et peu intégré dans la pratique médicale quotidienne, limitant ainsi le rôle du registre dans la prise de décision clinique courante (Götze et al., 2023).

Pour les **Pays-Bas**, les DA ont un statut légal depuis 1997. Par ailleurs, l'ACP aux Pays-Bas s'ancre dans un contexte relativement ouvert à la fin de vie, où l'euthanasie est notamment légalement autorisée depuis 2002 (Van der Steen et al., 2023).

3.4.3 Système de rémunération ou financement de l'ACP

Trois des quatre pays étudiés ont mis en place un système de rémunération ou de financement pour promouvoir l'ACP. Il s'agit des Etats-Unis, du Royaume-Uni et de l'Allemagne.

Aux **Etats-Unis**, en 2016, le système d'assurances publiques Medicare et Medicaid a instauré des codes de facturation spécifiques pour les consultations ACP, permettant aux cliniciens de facturer ces discussions dès 15 minutes d'entretien. Ces codes couvrent l'identification d'un représentant thérapeutique, la remise de documents liés à l'ACP, la réalisation de POLST ou de « Do-Not-Resuscitate order (DNR) » pour les patients atteints de maladies graves. Il n'existe néanmoins aucune obligation d'intégrer les DA dans le dossier médical du patient (papier ou électronique). L'objectif est de permettre au praticien d'allouer du temps au patient pour discuter des préférences en matière de traitements, d'hospitalisation future et de soins palliatifs (Dingfield et al., 2017). Les résultats d'une

étude réalisée entre 2016 et 2019 soulignent une augmentation significative de l'utilisation des codes de facturation liés à l'ACP dans les soins ambulatoires (Palmer et al., 2021). Toutefois, la prévalence globale des ACP facturés reste relativement faible, avec seulement 7,5% des patients du sous-groupe analysé ayant bénéficié d'une telle démarche. L'étude montre néanmoins une réduction des disparités sociales et économiques parmi les patients ayant reçu un ACP facturé, suggérant que la possibilité de facturer ces services via Medicare constitue un levier important pour améliorer l'accessibilité à l'ACP. En 2022, un élargissement de ces codes de facturation a été proposé par le projet d'une nouvelle loi « Improving access to ACP act » permettant d'élargir la couverture Medicare des services ACP. Cette dernière permettrait notamment aux travailleurs sociaux de facturer ces services, mais également envisager de supprimer la quote-part facturée au patient, qui est actuellement considérée comme un frein à son utilisation (Fromme et al., 2023).

Le **Royaume-Uni**, via le NHS a été pionnier en intégrant en 2006 l'ACP dans le système de rémunération des médecins à travers le Quality Outcomes Framework, lequel offre une rémunération à la performance en fonction de la qualité de suivi et des pratiques cliniques établies par le NHS. Dans ce cadre, les praticiens étaient incités à identifier les patients en fin de vie, à les inscrire dans le registre national de soins palliatifs (Palliative Care/Gold Standards Framework), et à organiser des soins personnalisés, notamment par le biais de discussions ACP. Cette initiative a montré son efficacité dans l'identification précoce des patients en fin de vie, une meilleure personnalisation des soins (via l'offre de discussions ACP), une réduction des hospitalisations et une meilleure adéquation des soins avec le souhait des patients (notamment quant au lieu de fin de vie), et est largement implémentée (98% de médecins ayant adopté cette approche en 2009) (Thomas et al., 2023).

En **Allemagne**, depuis 2017, un accord établi entre les caisses maladies et les organisations fédérales de prestataires de soins de longue durée permet aux EMS et foyers pour personnes en situation de handicap de financer un facilitateur ACP à hauteur d'un poste à 25% pour 100 résidents (Götze et al., 2023). Les deux parties ont établi ainsi un plan détaillé concernant l'objectif de ce financement, le contenu, la structure et la qualité et les conditions de remboursement. Dans ce cadre-là, elles ont également développé une formation standardisée de deux jours pour les facilitateurs ACP. En 2019, 941 des 15'380 EMS et 464 foyers ont bénéficié de ce financement (Götze et al., 2023). Une part importante des ACP y sont par ailleurs réalisés « par proxy », en d'autres termes, par l'intermédiaire d'une discussion avec les proches, en raison du grand nombre de bénéficiaires sans capacité de discernement au sein de ces établissements.

3.4.4 Conclusion sur les approches internationales de l'ACP

En conclusion, l'implémentation de l'ACP dans les pays étudiés présente des défis similaires à ceux rencontrés en Suisse, notamment une grande diversité des documents et l'absence de pratiques standardisées. Le développement de l'ACP repose donc largement sur des initiatives et projets portés par des organisations ou institutions de soins. Le cadre législatif constitue également un levier important pour structurer et soutenir l'implémentation, comme observé au début des années 2000. Néanmoins, il ne suffit pas à garantir une adoption uniforme. En Suisse, comme dans les autres pays étudiés, la législation n'a pas permis une diffusion significative de l'ACP (Clavien et al., 2023). La délégation des discussions ACP peut également varier selon l'organisation des systèmes de soins : en Allemagne, comme en Suisse, elle s'appuie sur des facilitateurs spécifiquement formés, tandis qu'au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, elle est davantage assurée par les médecins traitants, le recours à des facilitateurs externes y étant plus rare. Le contexte culturel et les pratiques médicales jouent également un rôle dans la réceptivité de l'ACP. Par ailleurs, comme en Allemagne, un financement ciblé peut être un levier pour les institutions à engager des discussions ACP, en facilitant l'accès à certaines populations cibles, tels que les résidents d'EMS.

4 Objectif 3 : Estimer la taille de la population cible

Cette section porte sur l'estimation de la taille des groupes de population visés prioritairement dans le cadre du déploiement cantonal du ProSA, sélectionnés car particulièrement exposés à des événements de santé susceptibles d'altérer leur capacité de discernement, et chez lesquels des limitations de traitements sont probables. Ces personnes présentent ainsi un risque accru d'être confrontées à des interventions médicales peu appropriées sur le plan du bénéfice ou non souhaitées selon leurs valeurs. Ces deux groupes sont : les personnes fragiles, à haut risque de devenir dépendantes, en raison de maladies chroniques (profil 3) et le groupe des personnes dépendantes, hébergées en EMS ou à haut risque d'admission en EMS (profil 4).

Pour ces populations, l'approche ProSA réalisée avec l'appui d'un facilitateur s'inscrit pleinement dans les recommandations suisses de mise en œuvre. La complexité de leurs situations de santé rend en effet nécessaire un accompagnement structuré afin d'aboutir à des décisions concrètes et réalisables concernant les options de soins souhaitées – ou non – en fin de vie.

Le recours à plusieurs bases de données a permis d'estimer les effectifs cantonaux de ces deux groupes, en se concentrant sur les personnes âgées d'au moins 65 ans. Dans la perspective du déploiement du ProSA et de l'option éventuelle de prioriser certains sous-groupes, et/ou de tenir compte de caractéristiques qui pourraient influencer la durée nécessaire à la réalisation du ProSA, la proportion des personnes qui disposeraient déjà de DA/RT, ou qui recevraient de l'aide et des soins professionnels à domicile, est rapportée lorsque disponible.

4.1 Méthodologie

4.1.1 Personnes fragiles, à haut risque de devenir dépendantes, en raison de maladies chroniques (profil 3)

Lors d'échanges avec le mandant, des critères ont été définis pour identifier les personnes correspondant au profil 3 dans la population vivant à domicile. La présence de maladies chroniques (2 maladies ou plus) a été retenue, de même qu'une incapacité légère, vis-à-vis des activités de la vie quotidienne (AVQ) dites instrumentales, indiquant un haut risque de devenir dépendant pour les AVQ de base.^{24,25} Ces informations sont généralement relevées chez les personnes ayant recours au système de santé (hospitalisations, Document Médico-Social de Transmission, aide ou soins à domicile) et pourraient aussi être collectées lors d'entretien ou par téléphone au moyen de deux questions. En revanche, les critères définissant la fragilité ont été exclus, en raison de leur opérationnalisation compliquée.

Ces critères, appliqués aux données de la cohorte lausannoise Lc65+ (cohorte représentative de la population vaudoise du même âge), ont permis d'estimer la proportion des participants correspondant au profil 3, par classe d'âge quinquennale à partir de 70 ans.

²⁴ Opérationnalisation dans Lc65+ : limitation pour 2+ AVQ instrumentales, aucune limitation pour les AVQ de base.

²⁵ Ces critères correspondent aux profils de dépendance 1 à 4 dans le cadre de la mise à jour de la planification médico-sociale du canton de Vaud effectuée entre 2011 et 2017 (Meylan, L., & Santos-Eggimann, B. *Étude des besoins en prestations médico-sociales pour le canton de Vaud : Mise à jour des éléments à la base du modèle New BoC (rapport non public)*).

Afin d'estimer l'effectif correspondant au profil 3 dans la population vaudoise, les proportions observées au sein de la cohorte Lc65+ ont été appliquées aux effectifs de la population 2024 du canton pour les mêmes classes d'âge (Office fédéral de la statistique (OFS), 2024).

4.1.2 Personnes dépendantes, hébergées en EMS ou à haut risque d'admission en EMS (profil 4)

Le profil 4 inclut les personnes déjà hébergées en EMS, et celles qui sont à haut risque d'y être admises. Le nombre de résidents en long séjour en EMS est une information connue grâce aux données de routine des EMS vaudois. Quant au nombre de personnes à haut risque d'admission en EMS, il est estimé à partir de deux autres sources de données :

- Le nombre de demandes d'hébergement en EMS long séjour traitées par les Bureaux Régionaux d'Information et d'Orientation (BRIOS).
- Le nombre de personnes suivies dans le cadre du dispositif d'accompagnement communautaire (DAC). Le DAC vise la prolongation du maintien à domicile. Il propose un suivi de type case management à des personnes dont la situation est particulièrement complexe (présence d'une multitude de facteurs médicaux, psycho-sociaux, environnementaux et économiques susceptibles de perturber la santé de la personne), pour prolonger le maintien à domicile²⁶. Ce dispositif s'est déployé au cours des dernières années sur l'ensemble du canton.

4.2 Résultats

4.2.1 Profil 3

Le Tableau 9 présente, par classe d'âge, la proportion de participants de la cohorte Lc65+ répondant aux critères retenus ainsi que les effectifs correspondants dans la population vaudoise.

Tableau 9-Estimation du profil 3 par classe d'âge et extrapolation à la population vaudoise

Classe d'âge (ans)	72-75	76-80	81-85	86-90
Nombre de participants à la cohorte (N)	1'111	946	653	386
Proportions de la cohorte correspondant aux critères (%)	2.4	4.3	7.2	10.6
Population vaudoise totale (N)	25'014	29'490	20'379	11'767
Population vaudoise correspondant aux critères (N)	600	1268	1467	1247

Note : La définition des classes d'âges de 76 à 90 ans correspond à celles observées au sein de la cohorte Lc65+. Les proportions de la cohorte correspondant aux critères retenus reposent sur les données collectées en 2024 pour les classes d'âge 76 à 90 ans, et en 2020 pour les 72-75 ans. La population vaudoise correspond à l'effectif de la population au 31 décembre 2024.

La proportion de personnes correspondant au profil 3 augmente avec l'âge, l'augmentation de l'effectif est moins marquée au vu du plus petit nombre de résidents du canton dans les classes d'âge avancé. Au total, **l'effectif correspondant au profil 3 dans la population vaudoise âgée entre 72 et 90 ans serait de 4'583 personnes en 2024.**

²⁶ Plus d'information sur : Réseau Santé Région Lausanne (RSRL). *Dispositif d'Accompagnement et de Coordination des parcours complexes-DAC*. <https://www.reseau-sante-region-lausanne.ch/services/dispositif-daccompagnement-et-de-coordination-des-parcours-complexes-dac/>

4.2.2 Profil 4

Le recours aux différentes sources de données a permis d'estimer le nombre des trois sous-groupes de personnes incluses dans le profil 4, à savoir les personnes en EMS, celles pour qui une demande d'hébergement, et celles accompagnés par le dispositif DAC (cf. figure 2).

Concernant le nombre de personnes âgées hébergées en long séjour dans les EMS vaudois, il est dénombré au 31 décembre de chaque année et s'élève à environ 6'000 personnes (5'999 en 2023, données SOMED²⁷ pour le canton de Vaud). Cette population connaît un renouvellement important : l'état de santé déjà précaire des résidents d'EMS tend à se détériorer assez rapidement, et un plus du quart des résidents d'EMS décèdent dans l'année. En conséquence, les places libérées permettent d'accueillir de nouveaux arrivants. Par exemple, en 2023, 1'860 personnes ont été admises en EMS.

A l'échelle cantonale, le nombre de demandes d'hébergement avoisine les 5'300 en 2024, sans grand changement sur les trois dernières années (Données transmises par le SI-CORES).²⁸ Selon les informations du RSRL, environ deux-tiers des demandes (soit près de 3'500) correspondent à un niveau de priorité élevé, représentant un groupe cible probablement pertinent pour le déploiement du ProSA.

Quant au dispositif DAC, il a suivi 227 personnes en 2024 et 149 durant le premier semestre 2025, les chiffres pour le deuxième semestre n'étant pas encore disponibles (Données transmises par le SI-CORES).

La Figure 2 indique les effectifs correspondant au profil 4 dans une vision de déploiement, partant de l'hypothèse que personne ne dispose de ProSA et tenant compte d'un horizon temporel de 12 mois. Hors EMS, il s'agirait de déployer le ProSA auprès des personnes suivies par le DAC et des personnes pour qui une demande d'hébergement en long-séjour a été effectuée. Au sein des EMS, il s'agirait de déployer le ProSA auprès des résidents pour qui la démarche n'aurait pas déjà eu lieu durant le processus de demande d'hébergement. Ainsi, dans la figure, le nombre de résidents admis durant l'année est déduit afin de ne pas compter à double les personnes pour qui la demande d'hébergement a abouti.

Figure 2-Estimation du profil 4 dans une vision de déploiement (hypothèse sans ProSA, horizon 12 mois) selon les 3 sous-groupes

Personnes suivies par le DAC N ≈ 250	Demande d'hébergement en EMS long-séjour N ≈ 5'300	Résidents en EMS long-séjour <i>(Excepté ceux admis durant l'année en cours)</i> N ≈ 4'100
--	--	---

Au total, les personnes correspondant au profil 4 représentent près de 10'000 personnes lorsque le déploiement est initié. Lorsque le processus est complètement déployé et fonctionne de manière routinière, l'effectif cible serait constitué des personnes ayant effectué une demande d'hébergement et des personnes suivies par le DAC, soit environ **5'500** personnes. Il faudrait éventuellement y ajouter

²⁷ Statistique fédérale des institutions médico-sociales (SOMED) est une statistique annuelle, décrivant l'infrastructure et les activités des institutions accueillant des personnes âgées et handicapées en Suisse.

²⁸ SI CORES : Système d'information de la Coordination des Réseaux de Santé Vaudois

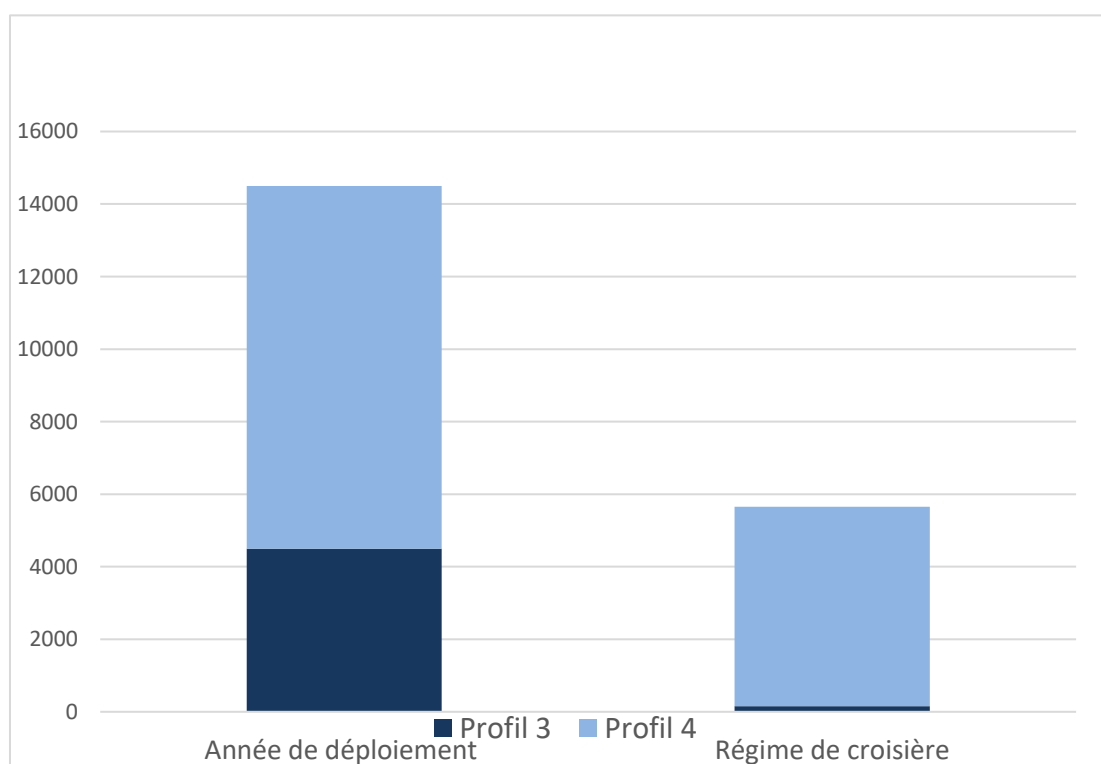
les résidents d'EMS pour lesquels une éventuelle mise à jour du ProSA serait à effectuer. Il est difficile d'évaluer le nombre de ces mises à jour, dès lors que l'espérance de vie des résidents d'EMS est limitée, avec une durée de séjour moyenne d'environ 2 ans.

Finalement, toujours dans l'optique de l'opérationnalisation du déploiement, il est pertinent de préciser qu'environ deux-tiers des personnes pour qui un hébergement long-séjour en EMS est demandé (soit environ 3'000 personnes) reçoivent de l'aide et des soins professionnels à domicile, et pourraient être approchés par cet organisme pour élaborer le ProSA de manière un peu plus précoce²⁹.

4.2.3 Conclusion sur les effectifs estimés des profils 3 et 4

En conclusion, **lors de l'initiation du déploiement**, il faudrait prévoir sur un effectif d'environ **15'000 personnes** (incluant environ 4'500 personnes pour le profil 3 et près de 10'000 personnes pour le au profil 4). Au regard du nombre actuel de facilitateurs formés et du temps nécessaire pour accompagner les ProSA, ces volumes ne pourraient être couverts en une seule année. Ils impliqueraient des ressources plus importantes en personnel formé, qui devraient par ailleurs dédier une partie conséquente de leur activité au ProSA, ce qui n'est pas le cas actuellement. Par la suite, en régime de croisière, on peut estimer l'effectif annuel à environ **5'600 personnes** (dont **150**³⁰ entrant dans le profil 3, et **5'500** personnes pour le profil 4) (cf. Figure 3).

Figure 3-Effectifs estimés par phase de déploiement et profil, pour le canton de Vaud



²⁹ Ces chiffres semblent cohérents avec les informations des rapports annuels de l'AVASAD qui indiquent qu'environ 10% des clients (dont le total avoisine les 40'000 en 2024) ont des besoins très élevés de prestations et consomment 50% des heures de prestations délivrées, leur maintien à domicile devenant difficile AVASAD. (2022). *Rapport annuel 2022*. <https://2022.rapport-avasad.ch/>, AVASAD. (2024). *Rapport Annuel 2024*. https://www.cms-vaud.ch/app/uploads/CMS_Rapport_annuel_2024.pdf.

³⁰ Selon notre estimation, environ 600 personnes âgées de 72-75 ans correspondent aux critères du profil 3 dans le canton. Ainsi, pour les personnes âgées de 72 ans, il s'agit d'environ 150 individus. La prévalence des personnes fragiles avant l'âge de 80 ans étant faible, l'effet du vieillissement démographique (arrivée des baby-boomers à la retraite) peut être considéré comme négligeable.

5 Objectif 4 : Estimation des économies et bénéfices potentiels de mettre en place le ProSA dans le canton de Vaud

Cette section est structurée en deux sous-sections. Une première présente les économies potentielles de la mise en place du ProSA dans le canton de Vaud, estimées sur la base des données relatives à la dernière hospitalisation (cf. Section 5.1). La seconde utilise les résultats de la revue de littérature afin d'évaluer les bénéfices potentiels du ProSA en termes de qualité de vie (cf. Section 5.2).

5.1 Economies potentielles de la mise en place du ProSA dans le canton de Vaud

5.1.1 Contexte

Cette section vise à estimer les économies potentielles liées à la mise en œuvre du ProSA dans le cadre de la dernière hospitalisation. Pour ce faire, elle s'appuie sur les résultats de la revue de littérature (cf. Section 3) ainsi que des données suisses sur les séjours hospitaliers.

La revue de littérature a montré que la mise en place de l'ACP est associée à une réduction de l'utilisation des soins visant à prolonger la vie tout en soutenant le respect de l'autonomie. Plusieurs études se concentrent sur l'utilisation des soins ambulatoires et hospitaliers durant les 30 derniers jours de vie mais également sur la dernière hospitalisation. Ces résultats suggèrent ainsi qu'une intervention telle que le ProSA pourrait contribuer à diminuer les recours à des traitements intensifs en fin de vie.

L'objectif est d'estimer les économies potentielles associées à la mise en place du ProSA, résultant d'une réduction des soins visant à prolonger la vie réalisée lors de la dernière hospitalisation. En Suisse, et dans le canton de Vaud, l'absence de données de routine relatives au recours aux soins ambulatoires ne permet pas, à ce stade, une analyse plus exhaustive. L'analyse principale porte sur l'ensemble des patients vaudois décédés à l'hôpital. Une analyse secondaire étend ces résultats à tous les vaudois décédés, indépendamment du lieu de décès.

5.1.2 Modèle

Cette analyse utilise un modèle décisionnel pour comparer deux scénarios de prise en charge des patients lors d'une l'hospitalisation menant au décès et en évaluer leurs conséquences en termes de coûts. Le modèle compare un premier scénario reflétant la situation actuelle dans laquelle le ProSA n'est que peu utilisé et un second scénario dans lequel le ProSA aurait été mis en place pour les vaudois de plus de 80 ans décédés à l'hôpital (cf. Figure 4) :

Scénario 1, reflétant la situation actuelle - Absence de ProSA au sein de la population vaudoise de plus de 80 ans décédée à l'hôpital. Dans ce scénario les patients n'ont pas transmis leur souhait de fin de vie.

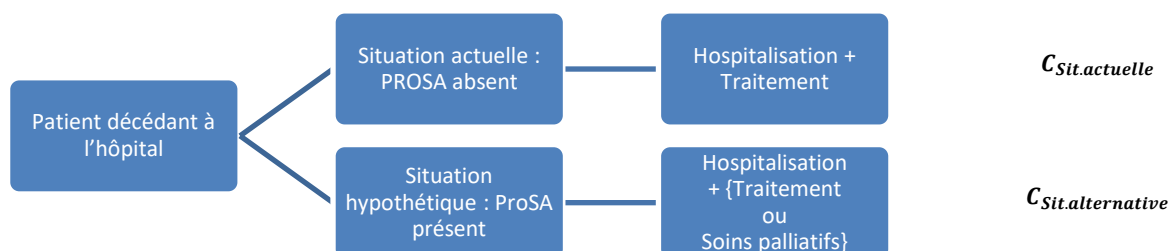
Scénario 2 : situation hypothétique alternative – le ProSA est disponible au sein de la population vaudoise de plus de 80 ans décédée à l'hôpital. Les souhaits de fin de vie des patients sont connus et seront respectés.

L'analyse consiste à calculer et comparer le coût moyen par patient entre la situation actuelle ($C_{Sit.actuelle}$) et la situation hypothétique alternative ($C_{Sit.alternative}$) (cf. Figure 4).

Les économies générées par la mise en place du ProSA résultent de la différence entre le coût de situation actuelle et celui de la situation alternative

$$\text{Economies générées par le ProSA} = C_{\text{Sit.actuelle}} - C_{\text{Sit.alternative}}$$

Figure 4-Modèle décisionnel comparant la situation actuelle et celle alternative



Les options thérapeutiques pour les deux situations

Situation actuelle (Scénario 1)

La répartition des hospitalisations selon les SwissDRGs³¹, observée en 2023 chez les patients de plus de 80 ans et décédés à l'hôpital au niveau national, est utilisée pour identifier la nature des soins reçus lors de la dernière hospitalisation. Ces soins peuvent être regroupés en 3 catégories :

- 1) Soins visant à prolonger la vie (3%)
- 2) Soins palliatifs (7%)
- 3) Autres types de soins (90%)

La répartition des hospitalisations selon les DRGs provient de l'OFS. Nous faisons l'hypothèse que la distribution des DRGs dans le canton de Vaud est similaire à celle observée au niveau national.

Situation hypothétique (Scénario 2)

Dans l'hypothèse de la présence d'un ProSA, le type de soins reçus peut être influencé par les préférences des patients. Dans certains cas, les patients ont exprimé leur souhait de limiter certains soins ou de ne pas prolonger artificiellement leur vie. Le modèle considère que le ProSA a trois effets sur les soins délivrés aux patients, à savoir :

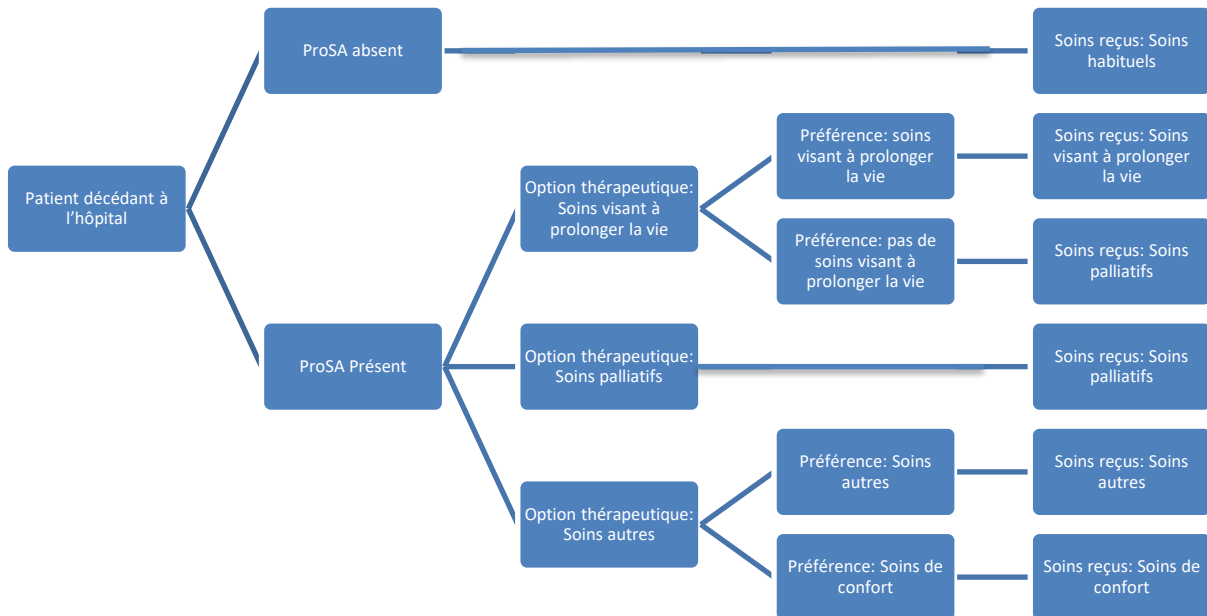
- Les séjours liés aux soins visant à prolonger la vie sont remplacés par des séjours de soins palliatifs (si le ProSA le précise).
- Les séjours liés aux soins palliatifs sont inchangés, le ProSA n'affecte pas ce type de soins.
- Pour des raisons de simplification, les hospitalisations liées aux DRGs ne figurant ni dans la liste des soins visant à prolonger la vie, ni dans celle des soins palliatifs ont été regroupées sous la dénomination « soins autres ». Les coûts liés à ces soins peuvent être réduits si le patient a

³¹ Swiss Diagnosis related Group : système suisse de classification des cas hospitaliers servant à la facturation des prestations.

exprimé une préférence pour des soins de confort plutôt que pour les soins habituels (exemple : renoncement à une intervention chirurgicale).

La Figure 5 montre le modèle décisionnel, détaillant les différentes options thérapeutiques, ainsi que l'influence du ProSA sur le choix entre ces dernières.

Figure 5-Modèle décisionnel détaillé montrant les alternatives thérapeutiques en présence d'un ProSA



Remplacement des soins visant à prolonger la vie par des soins palliatifs

Dans le cas où le patient dispose d'un ProSA exprimant une volonté de renoncer aux soins visant à prolonger la vie, le DRG du séjour est remplacé par un DRG correspondant à des soins palliatifs. Le DRG de remplacement est choisi de sorte à minimiser la différence de durée moyenne de séjour entre les DRG de soins palliatifs et les DRG de soins visant à prolonger la vie et ainsi limiter les différences de coûts entre les deux types de DRGs. Cette approche volontairement prudente vise à réduire au maximum l'impact financier estimé du passage des soins aigus aux soins palliatifs.

Le Tableau 10 présente les SwissDRGs de soins aigus visant à prolonger la vie et ceux de soins palliatifs de remplacement³².

³² SwissDRG. (2023). *Catalogue des forfaits par cas, SwissDRG-Version 12.0, version de tarification 2023/2023*. https://www.swissdrg.org/application/files/5016/7152/9703/SwissDRG_Version_12.0_Fallpauschalenkatalog_AV_2023_2023_f.pdf

Tableau 10-Codes SwissDRG de soins visant à prolonger la vie, et codes correspondant aux soins palliatifs de remplacement

Soins visant à prolonger la vie			Soins palliatifs correspondant	
	DRG	Durée moyenne de séjour	DRG	Durée moyenne de séjour
Insuffisance cardiaque et choc avec CC extrêmement sévères et dialyse ou réanimation ou procédure particulière ou diagnostic de complication, ou agents infectieux multirésistants	F62A	15.5	A97G	11.5
Maladies et troubles des organes respiratoires avec traitement complexe de soins intensifs > 980/1104 points et ventilation artificielle > 95 heures	E36A	24	A97E	18.5
Maladies et troubles des organes respiratoires avec traitement complexe de soins intensifs > 392/552 points	E36B	17.6	A97F	13.3
Maladies et troubles des organes respiratoires avec traitement complexe de soins intensifs > 196/184 points avec procédure opératoire complexe ou CC les plus sévères	E36C	14.4	A97F	13.3
Maladies et troubles des organes respiratoires avec traitement complexe de soins intensifs > 196/184 points	E36D	12.3	A97G	11.5
Ventilation artificielle > 1499 heures ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 5880/5520 points ou réadaptation neurologique précoce à partir de 70 jours de traitement ou implantation d'une pompe cardiaque, transplantation de foie, poumon, cœur, transfusion de cellules souches ou séparation de jumeaux siamois, et situations très coûteuses or âge < 16 ans	A06A	122	A97A	37.7
Ventilation artificielle > 1499 heures ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 5880/5520 points ou réadaptation neurologique précoce à partir de 70 jours de traitement ou implantation d'une pompe cardiaque, transplantation de foie, poumon, cœur, transfusion de cellules souches ou séparation de jumeaux siamois, âge > 15 ans	A06B	72.7	A97A	37.7
Ventilation artificielle > 999 heures ou > 499 heures avec intervention très coûteuses et âge < 16 ans ou situations complexes particulières ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 4410/4600 points ou traitement complexe de soins intensifs particulier avec points de traitement complexe en unité de soins intermédiaires	A06C	54.1	A97A	37.7
Ventilation artificielle > 499 heures avec procédure opératoire complexe ou traumatisme multiple ou traitement sous vide complexe avec ventilation artificielle > 499 heures, avec intervention hautement complexe ou traitement complexe de soins intensifs > 2940/3680 points ou réadaptation neurologique précoce à partir de 7 jours de traitement	A07A	51.3	A97A	37.7
Ventilation artificielle > 499 heures avec procédure opératoire complexe ou traumatisme multiple ou traitement sous vide complexe, avec CC les plus sévères	A07B	44.5	A97A	37.7
Ventilation artificielle > 499 heures avec procédure opératoire complexe ou traumatisme multiple ou traitement sous vide complexe, ou âge < 16 ans ou traitement complexe de soins intensifs > 1764/2484 points avec CC les plus sévères	A07C	41.3	A97A	37.7
Ventilation artificielle > 499 heures ou autres situations coûteuses, âge > 15 ans	A07D	37.6	A97B	28.5

Ventilation artificielle > 249 h avec situations complexes, ou ventil. artif. > 95 h avec situations hautement complexes particulières, ou âge < 16 ans ou avec CC les plus sévères, ou situations très coûteuses, ou proc. opér. coûteuses avec âge < 16 ans	A11A	33.4	A97B	28.5
Ventilation artificielle > 249 h avec situations complexes, ou ventilation artificielle > 95 h avec situations complexes particulières ou brûlures les plus graves, âge > 15 ans ou avec CC sévères	A11B	26.8	A97D	25.7
Ventilation artificielle > 249 h avec procédures coûteuses, ou ventilation artificielle < 95 h avec situations particulières ou procédures de complication, ou âge < 6 ans, ou traitement complexe de soins intensifs > 1470/1656 points avec diagnostic aggravant	A11C	22.8	A97E	18.5
Ventilation artificielle > 249 heures ou ventilation artificielle > 95 h avec situations particulières, âge > 5 ans	A11D	20.4	A97E	18.5
Maladies et troubles des organes respiratoires avec traitement complexe en U-IMC > 392/552 points	E90A	19.4	A97E	18.5
Maladies et troubles des organes respiratoires avec traitement complexe en U-IMC > 196/184 points avec ventilation artificielle > 95 heures ou procédure opératoire complexe	E90B	11.4	A97G	11.5
Maladies et troubles des organes respiratoires avec traitement complexe en U-IMC > 196/184 points ou traitement complexe de soins intensifs particulier avec points de traitement complexe en unité de soins intermédiaires ou ventilation artificielle > 24 heures	E90C	10.7	A97G	11.5
Traumatisme multiple avec ventilation artificielle > 120 heures ou traitement sous vide complexe ou intervention microvasculaire ou traitement complexe de soins intensifs > 392/552 points avec ventilation artificielle > 72 heures ou craniotomie	W01A	22.4	A97E	18.5
Traumatisme multiple avec ventilation artificielle < 121 heures ou traitement complexe de soins intensifs > 392/552 points ou craniotomie	W01B	16.3	A97F	13.3
Chimiothérapie hautement complexe, deux séries de traitement avec isolement protecteur à partir de 14 jours de traitement ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/360 points et situation particulière ou âge < 18 ans	R50A	32	A97B	28.5
Chimiothérapie hautement complexe, deux séries de traitement ou chimiothérapie hautement complexe avec isolement protecteur à partir de 14 jours de traitement ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/360 points, et procédure opératoire particulière ou procédure opératoire complexe avec plus d'un jour d'hospitalisation, ou diagnostic particulier	R50B	29.3	A97B	28.5
Grandes interventions sur l'estomac, l'œsophage et le duodénum sauf pour néoformation maligne particulière	G03B	7.4	A97G	11.5
Trachéostomie ou irradiation et germes multirésistants, avec CC extrêmement sévères ou traitement complexe en U-IMC > 196/184 points et procédure opératoire complexe	D15A	16.4	A97F	13.3
Trachéostomie ou irradiation pour germes multirésistants ou traitement complexe en U-IMC > 196/184 points	D15B	13.8	A97F	13.3

Soins « autres »

Ces types de soins sont hétérogènes et relativement nombreux par rapport aux soins visant à prolonger la vie et aux soins palliatifs. Selon la littérature, les coûts hospitaliers moyens diminuent de 11 à 30%, en fonction des contextes, chez les patients ayant bénéficié d'un ACP. Sous forme de scénario, le modèle comprend une réduction des coûts de ces soins allant de 0 à 50% pour tenir compte de l'incertitude autour de la réduction de ces coûts chez un patient bénéficiant d'un ProSA.

Préférences des patients

Le paramètre clé du modèle concerne les préférences des patients pour les soins palliatifs et/ou de confort (versus les soins visant à prolonger la vie). Ces préférences sont exprimées par le pourcentage d'individus renonçant aux soins visant à prolonger la vie. Dans un premier temps, en l'absence de données sur les préférences des personnes de 80 ans et plus dans le canton de Vaud, le modèle fait varier les préférences des patients pour les soins palliatifs et/ou de confort de 0% à 100%, pour évaluer l'effet du ProSA sur les coûts de la dernière d'hospitalisation.

Estimation des coûts et perspective

L'analyse se fait selon la perspective du système de santé. Les coûts considérés sont ceux de la dernière hospitalisation des vaudois âgés de 80 ans et plus décédés à l'hôpital. Ces coûts sont estimés pour le canton de Vaud à partir des cost-weights associés à chaque code SwissDRG. La répartition cantonale est extrapolée à partir de la distribution des codes SwissDRG des patients âgés de 80 ans et plus décédés à l'hôpital en Suisse. Cette information est ensuite combinée avec le baserate du CHUV afin de calculer le coût moyen d'une hospitalisation menant au décès d'un patient de plus de 80 ans dans le canton de Vaud :

$$\text{Coût de l'hospitalisation} = \text{CostWeight} * \text{BaseRate}$$

Le cost-weight est défini pour chaque hospitalisation et le baserate vaut CHF 10'650 (Valeur du CHUV, 2023).

Horizon temporel

L'année 2023 a été choisie comme référence pour cette analyse en raison de la disponibilité des données. Le modèle suppose que tous les ProSA sont rédigés le 1^{er} janvier 2023, qu'ils restent valides jusqu'au 31 décembre 2023, et qu'un seul ProSA est réalisé par personne.

Ce choix est cohérent avec les pratiques internationales de mise en place de l'ACP. Par exemple, au Pays-Bas, l'identification des personnes à cibler prioritairement repose notamment sur l'usage d'une « question surprise »³³ renvoyant à la haute probabilité de décès du patient dans les 12 mois et servant de repère au médecin pour initier une discussion sur l'ACP avec le patient (Van der Steen et al., 2023).

Coût de la réalisation d'un ProSA

La réduction des coûts générée par le ProSA peut être comparée avec le coût de la mise en œuvre d'un ProSA afin de décrire les conséquences en termes de coûts au niveau cantonal. Sur la base de la facturation TARMED, le montant maximum facturable (observé aux HUG), est estimé à CHF 381 (cf. Tableau 4, Section 2.2.5). Retenir ce montant correspond à une hypothèse volontairement

³³ La question surprise fait référence à un outil clinique consistant en ce que le praticien se demande : « Serais-je surpris si ce patient venait à décéder dans les six prochains mois ? » et avec une seconde formulation recommandée « Serais-je surpris si ce patient était encore en vie dans 12 mois ? ».

conservatrice : en retenant le coût le plus élevé du ProSA, l'analyse minimise le potentiel d'économies du ProSA et évite ainsi toute surestimation de son impact financier.

5.1.3 Résultats

Les résultats du modèle sur les économies générées par la mise en place du ProSA lors de la dernière hospitalisation sont présentés selon deux analyses. L'analyse principale fournit les économies générées pour les patients décédés à l'hôpital. L'analyse secondaire étend ces résultats à l'échelle de la population (80 ans et plus) du canton de Vaud décédée la même année, indépendamment de leur lieu de décès.

5.1.3.1 Economies réalisées lors de la dernière hospitalisation grâce au ProSA pour les patients décédés à l'hôpital

Les résultats sont présentés en Tableau 11 en fonction de deux paramètres :

- Les préférences de la population pour les soins palliatifs et/ou de confort : ces préférences varient entre 0 et 100%. Par exemple, 10% signifie qu'une petite proportion de patients a une préférence pour les soins de confort et renonce aux soins visant à prolonger la vie.
- Le niveau moyen de réduction des coûts hospitaliers des « soins divers », dans le cas d'un renoncement aux « soins autres » en faveur de soins de confort. Ce niveau de réduction des coûts varie entre 0 à 50%.

Les résultats montrent que les économies par hospitalisation sont comprises entre CHF 0 et 8'266, selon les valeurs prises par ces deux paramètres.

Tableau 11-Economies moyennes par hospitalisation de fin de vie chez un bénéficiaire du ProSA selon les valeurs des deux paramètres

		Pourcentage d'individus préférant les soins palliatifs et les soins de confort										
		0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Réduction moyenne des coûts induits par les soins de confort	0%	0	172	344	515	687	859	1031	1203	1374	1546	1718
	5%	0	237	475	712	950	1187	1425	1662	1900	2137	2375
	10%	0	303	606	909	1213	1516	1819	2122	2425	2728	3032
	15%	0	369	738	1107	1475	1844	2213	2582	2951	3320	3688
	20%	0	435	869	1304	1738	2173	2607	3042	3476	3911	4345
	25%	0	500	1000	1501	2001	2501	3001	3501	4002	4502	5002
	30%	0	566	1132	1698	2264	2829	3395	3961	4527	5093	5659
	35%	0	632	1263	1895	2526	3158	3789	4421	5053	5684	6316
	40%	0	697	1395	2092	2789	3486	4184	4881	5578	6275	6973
	45%	0	763	1526	2289	3052	3815	4578	5341	6104	6867	7629
50%	0	829	1657	2486	3315	4143	4972	5800	6629	7458	8286	

Note : les économies dépassant le coût de mise en œuvre du ProSA, fixé à CHF 381, sont indiquées en vert.

Exemple de lecture du tableau : Dans l'hypothèse où 40% des individus préfèrent les soins palliatifs et de confort, et où ces soins permettent une réduction des coûts de 10%, les économies réalisées par ProSA seraient de CHF 1'213.

5.1.3.2 Economies réalisées (lors de la dernière hospitalisation) étendues aux bénéficiaires du ProSA décédés, indépendamment de leur lieu de décès

D'après l'OBSAN, seulement 37% des décès des personnes de 65 ans et plus ont lieu à l'hôpital (OBSAN, 2019). Il faut donc prendre en compte la probabilité de décès à l'hôpital du bénéficiaire du ProSA pour obtenir l'impact économique, soit le coût de la mise en place du ProSA chez les personnes décédées. Considérer ce type de bénéficiaire peut se justifier par le fait que, dans une vision de déploiement du dispositif, le ProSA cible notamment les personnes dont le décès est probable à relativement court terme, quel que soit le lieu du décès.

Le Tableau 12 fournit les économies attendues dans le cas d'une implémentation du ProSA chez les personnes décédant dans l'année.

Les économies réalisables dans ce cas varient entre CHF 0 et CHF 3'066 par ProSA, selon les deux mêmes paramètres à savoir les préférences des patients (variant de 0 à 100%) et le niveau moyen de réduction des coûts induits par le remplacement des « soins autres » par des soins de confort (variant de 0 à 50%). En effet, le gain financier sur les hospitalisations de fin de vie, associé à la mise en place du ProSA, se trouve distribué sur l'ensemble des décédés et plus uniquement sur ceux décédés à l'hôpital (ceux qui décèdent hors hôpital n'induisent pas d'économies dans notre modèle). Globalement, cela revient à diluer le gain trouvé précédemment.

Comparée à une approche limitée aux personnes décédées à l'hôpital, considérer un déploiement du ProSA aux patients décédant dans l'année et indépendamment du lieu de décès conduit à des économies attendues plus faibles. Cependant, ce cas de figure moins restrictif en termes de périmètre d'analyse semble plus réaliste à un déploiement du ProSA dans le canton de Vaud. Ce scénario ne tient pas compte des économies potentielles liées à l'évitement d'hospitalisations antérieures à la dernière.

Tableau 12-Economies moyenne de fin de vie chez un bénéficiaire ProSA décédé, quel que soit son lieu de décès, selon les valeurs des deux paramètres

		Pourcentage d'individus préférant les soins palliatifs et les soins de confort										
		0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Réduction moyenne des coûts induits par les soins de confort	0%	0	64	127	191	254	318	381	445	508	572	636
	5%	0	88	176	264	351	439	527	615	703	791	879
	10%	0	112	224	337	449	561	673	785	897	1010	1122
	15%	0	136	273	409	546	682	819	955	1092	1228	1365
	20%	0	161	322	482	643	804	965	1125	1286	1447	1608
	25%	0	185	370	555	740	925	1110	1296	1481	1666	1851
	30%	0	209	419	628	838	1047	1256	1466	1675	1884	2094
	35%	0	234	467	701	935	1168	1402	1636	1869	2103	2337
	40%	0	258	516	774	1032	1290	1548	1806	2064	2322	2580
	45%	0	282	565	847	1129	1411	1694	1976	2258	2541	2823
50%	0	307	613	920	1226	1533	1840	2146	2453	2759	3066	

Note : les économies dépassant le coût de mise en œuvre du ProSA, fixé à CHF 381, sont indiquées en vert.

Exemple de lecture du tableau : Dans l'hypothèse où 40% des individus préfèrent les soins palliatifs et de confort, et où ces soins permettent une réduction des coûts de 10%, les économies réalisées par ProSA seraient de CHF 449.

5.1.3.3 Adaptation des deux paramètres du modèle au plus proche des caractéristiques suisses

Cette section apporte des éléments sur les deux paramètres du modèle, à savoir, les préférences de la population en matière de soins visant à prolonger la vie et la réduction des coûts induits par le remplacement des « soins autres » par des soins de confort, dans le contexte suisse et vaudois.

Préférences de la population vaudoise en matière de remplacement de soins visant à prolonger la vie par des soins palliatifs et/ou de confort

Les préférences en matière de soins de fin de vie sont personnelles et complexes, variant largement selon le type de traitement concerné. Les études existantes se fondent généralement sur des scénarios hypothétiques présentés à des patients (ou à des personnes). Bien que les préférences n'aient pas fait l'objet de recherches spécifiques pour la population vaudoise, certaines études renseignent sur les préférences en Suisse dans la population générale ou parmi les patients de certains hôpitaux.

Deux études menées auprès d'échantillons représentatifs de la population suisse apportent quelques informations pouvant être extrapolées avec prudence à la population des 80 ans et plus. Selon une étude menée en 2023 par Gross et al. (2023), 47% des répondants âgés d'au moins 60 ans choisiraient de ne pas être réanimés après 10 minutes d'arrêt cardio-respiratoire hors de l'hôpital dans un scénario hypothétique où ils auraient 70 ans, seraient atteints de diabète et souffriraient d'hypertension artérielle. Toujours dans le même scénario, ce taux atteint 63% lorsque la question porte sur le recours à la ventilation mécanique en cas d'arrêt respiratoire. Dans une autre étude, menée par Vilpert et al. (2023), près de 60% des répondants âgés de plus de 58 ans refuseraient a priori d'être réanimés lors d'un arrêt cardiaque et/ou respiratoire. Ces proportions diffèrent globalement assez peu lorsque l'on interroge des patients souffrant d'une maladie sévère.

Dans une étude d'implantation test du ProSA à l'hôpital universitaire de Zürich, 44% des patients identifiés comme ayant une espérance de vie réduite au travers de la « question surprise »³⁴, ont indiqué ne pas souhaiter de réanimation quelle que soit la situation. Au sein du groupe de patients bénéficiant ensuite du ProSA, cette proportion augmentait à 72% (Krones et al., 2022).

Finalement, un peu moins de 10% des personnes interrogées dans les études de Gross et al. (2023) et Vilpert et al. (2023) considèrent que prolonger la vie est souhaitable dans tous les cas, même s'il entraîne des souffrances ou des séquelles mentales.

Concernant la situation actuelle dans le canton de Vaud, il faut souligner que certaines personnes âgées ont déjà établi des directives anticipées. Cette proportion est estimée à 30-40% des personnes âgées de 75 ans et plus, selon leur âge (cf. Section 4). Une proportion similaire est mentionnée parmi les patients de l'étude de Krones et al. (2022), avant l'intervention ProSA. Le fait que les préférences orientées vers des soins de confort puissent augmenter avec le déploiement du ProSA apparaît cohérent, malgré l'existence d'un dispositif de directives anticipées dans le canton. En effet le ProSA vise à mieux documenter et rendre accessibles les préférences de fin de vie, afin de faciliter leur traduction en décisions et actions de soins appropriés en cas d'incapacité de discernement. La généralisation du ProSA ainsi qu'une diffusion élargie d'informations sur le pronostic des réanimations et sur les options thérapeutiques de fin de vie, pourraient influencer les préférences et les choix de la population vis-à-vis des traitements de fin de vie.

³⁴ La question surprise fait référence à un outil clinique consistant au praticien à se demander « Serais-je surpris si ce patient venait à décéder dans les six prochains mois ? » et avec une seconde formulation recommandée « Serais-je surpris si ce patient était encore en vie dans 12 mois ? ».

Au vu de ces éléments, il est considéré que les préférences de la population vaudoise âgée de 80 ans et plus pour des soins palliatifs et de confort varient entre 50 et 90%. Les résultats se référant à cet intervalle sont présentés dans le Tableau 13, qui est une reprise du Tableau 12 mettant en évidence les résultats correspondant à cet intervalle.

Réduction des coûts induits par le remplacement des « soins autres » par des soins de confort

En Suisse, aucune étude n'a encore évalué la diminution des coûts associée au changement de soins induit par le ProSA, notamment lorsque les « soins autres » sont remplacés par des soins de confort lors de la dernière hospitalisation. Cette section s'appuie sur la littérature internationale pour estimer un intervalle plausible de réduction des coûts applicable au contexte suisse, en lien avec une orientation accrue vers les soins de confort dans le cadre du ProSA.

Dans le contexte américain, l'étude de Morrison et al. (2011) a documenté une réduction de 11% des coûts hospitaliers chez les patients décédés entre 2004 et 2007, lorsque les soins habituels ont été substitués par des soins palliatifs. Bose Brill et al. (2024) a également observé une diminution de 31% des coûts hospitaliers au cours des 30 derniers jours de vie pour les patients en insuffisance cardiaque ayant participé à un processus d'ACP (Advanced Care Planning).

Dans le contexte tchèque, Kremenova et al. (2022) ont observé une diminution de 24% des coûts hospitaliers pour les patients décédés à l'hôpital entre 2019 et 2022, et ayant reçu des soins palliatifs, notamment attribuable à une moindre utilisation des soins intensifs.

La réduction des coûts liée à la dernière hospitalisation, dans le cadre de l'implémentation du ProSA dans le canton de Vaud, reste difficile à anticiper. Elle dépend notamment du type de pathologie dont souffre le patient à son arrivée à l'hôpital. Toutefois, les données internationales suggèrent que cette diminution pourrait varier entre 10 et 30%. Les résultats basés sur cet intervalle sont présentés dans le Tableau 13, qui est une reprise du Tableau 12 mettant en évidence les résultats correspondant à cet intervalle.

Tableau 13- Économies moyennes de fin de vie par bénéficiaire ProSA décédé, tous lieux de décès confondus, selon les paramètres les plus proches du contexte suisse

		Pourcentage d'individus préférant les soins palliatifs et les soins de confort										
		0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Réduction moyenne des coûts induits par les soins de confort	0%	0	64	127	191	254	318	381	445	508	572	636
	5%	0	88	176	264	351	439	527	615	703	791	879
	10%	0	112	224	337	449	561	673	785	897	1010	1122
	15%	0	136	273	409	546	682	819	955	1092	1228	1365
	20%	0	161	322	482	643	804	965	1125	1286	1447	1608
	25%	0	185	370	555	740	925	1110	1296	1481	1666	1851
	30%	0	209	419	628	838	1047	1256	1466	1675	1884	2094
	35%	0	234	467	701	935	1168	1402	1636	1869	2103	2337
	40%	0	258	516	774	1032	1290	1548	1806	2064	2322	2580
	45%	0	282	565	847	1129	1411	1694	1976	2258	2541	2823
50%	0	307	613	920	1226	1533	1840	2146	2453	2759	3066	

Note : les économies dépassant un coût de mise en œuvre du ProSA, fixé à CHF 381, sont indiqués en vert.

Exemple de lecture du tableau : Dans l'hypothèse où 40% des individus préfèrent les soins palliatifs et de confort, et où ces soins permettent une réduction des coûts de 10%, les économies réalisées par ProSA seraient de CHF 449.

5.1.4 Forces et limites du modèle

Comme tout modèle décisionnel, cette analyse constitue une simplification de la réalité. Les résultats doivent donc être interprétés à la lumière de certaines limites inhérentes aux hypothèses retenues. L'analyse propose une estimation des économies potentielles qui varient considérablement selon les deux paramètres clés : les préférences de la population en matière de soins de fin de vie et l'ampleur de la réduction des coûts lors du passage des soins habituels aux soins de confort à l'hôpital.

Le modèle fournit une estimation conservatrice des économies réalisables avec le ProSA. En pratique, les économies sont probablement plus importantes pour plusieurs raisons :

- **Périmètre limité à la dernière hospitalisation.** Le modèle ne comptabilise que les réductions de coûts lors de la dernière hospitalisation, alors que le ProSA est susceptible de générer des économies également sur les hospitalisations antérieures.
- **Exclusion d'autres sources potentielles d'économies.** L'intégration des réductions de coûts potentiellement atteignables avec le ProSA dans d'autres types de soins, tels que les soins ambulatoires chroniques, le renoncement à certaines hospitalisations, notamment pour les résidents d'EMS, conduirait nécessairement à une estimation supérieure des réductions de coûts associées au ProSA. De plus, le fait que les préférences soient connues lors de l'admission à l'hôpital peut réduire le temps avant qu'une décision de prise en charge soit prise. Dans certaines situations, la durée du séjour et/ou l'utilisation de soins pourrait aussi être réduites.
- **Horizon temporel d'un an.** Cette hypothèse limite les économies potentielles à une seule année (2023), ce qui rend l'analyse conservatrice du point de vue des bénéfices économiques à plus long terme. En effet, une éventuelle mise à jour du ProSA serait probablement moins coûteuse que le processus initial, tout en générant des économies potentielles d'ampleur comparable.
- **Avantages non financiers.** Le modèle ne considère pas les avantages non financiers, comme les gains de qualité de vie ou la satisfaction vis-à-vis des soins. Une discussion sur ces aspects est présentée dans la section suivante (cf. Section 5.2).

5.2 Les bénéfices du ProSA pour les bénéficiaires, les proches et les professionnels de santé

Cette section présente les bénéfices potentiels du ProSA pour les bénéficiaires, leurs proches et les professionnels de santé qui pourraient s'appliquer au contexte vaudois.

La revue littéraire montre également que l'ACP, tout en permettant d'adapter les soins aux préférences des patients peut aussi améliorer la satisfaction vis-à-vis des soins et la qualité de vie des patients et de leurs proches. Toutefois, les résultats des six études évaluant ces dimensions sont relativement hétérogènes, souvent non conclusifs, notamment en raison de tailles d'échantillon limitées ou d'autres limites méthodologiques. Seule l'étude de Brazil et al. (2018), menée auprès de résidents d'EMS, a mis en évidence des effets significatifs de l'ACP chez les proches, en particulier une réduction du conflit décisionnel (mesurée par le « Decisional Conflict Scale ») et une amélioration de la perception des soins (évaluée à l'aide du « Family Perception Care Scale »).

D'autres articles constitués de revues de la littérature rapportent des résultats positifs de l'ACP sur les bénéficiaires et leurs proches. Deux revues (Malhotra et al., 2024; Malhotra et al., 2022) s'appuyant

uniquement sur des études randomisées, et des populations variées (personnes en bonne santé, patients chroniques, résidents d'EMS), montrent : une amélioration de la concordance des préférences de soins entre le patient et le proche, une meilleure qualité de la communication avec les soignants, et une réduction du conflit décisionnel. Un effet positif sur la qualité de vie ou sur la santé mentale est observé de manière inconsistante chez les patients et les proches. Cependant, l'ACP semble associé à des niveaux plus faibles d'anxiété et de dépression chez les proches en période de deuil (Malhotra et al., 2024).

Deux revues systématiques portant sur les personnes atteintes de démence mettent également en évidence une amélioration de la concordance entre souhaits et soins dispensés, une réduction du conflit décisionnel et une amélioration de l'état émotionnel (notamment la dépression) chez les patients comme chez leurs proches (Kelly et al., 2019; Wendrich-van Dael et al., 2020).

L'analyse des bénéfices peut également s'appuyer sur l'étude de Bauer et al. (2021), qui a évalué le rapport coût-efficacité de l'ACP. L'analyse repose sur la modélisation d'une implémentation systématique de l'ACP, comparée aux soins standards, auprès d'une cohorte hypothétique de personnes âgées en fin de vie, sur un horizon d'un an. Les données de l'étude randomisée menée par Detering et al. (2010) auprès de patients âgés hospitalisés, indiquant une réduction du risque de dépression et d'anxiété chez les bénéficiaires d'ACP, sont utilisées pour alimenter la modélisation. Bauer et al. (2021) ont traduit ces améliorations de santé en gain d'années de vie ajustées par la qualité (QALY). Ainsi sur une année, ils ont estimé une qualité de vie moyenne de 0.83 (SD 0.07, 95% CI 0.83-0.84) pour les individus ayant réalisé un ACP, contre 0.80 (SD 0.06, 95% CI 0.79-0.80) dans le groupe ayant reçu les soins standards. L'ACP permettrait ainsi un gain de 0.03 QALY (SD 0.02, 95% CI 0.03-0.04) par rapport à une approche sans ACP chez les proches.

Enfin, du point de vue des professionnels de santé, l'ACP peut également se révéler bénéfique, en favorisant une communication plus alignée entre les souhaits du patient et les décisions cliniques, ce qui peut contribuer à réduire la charge émotionnelle. Une revue systématique récente (Gomes Souza et al., 2024) souligne, malgré un nombre limité d'études, une association positive entre la pratique de l'ACP et le bien-être des professionnels : réduction du stress, meilleure satisfaction professionnelle et confiance accrue dans le rôle et les pratiques professionnelles. D'autres revues systématiques montrent des résultats similaires (Jimenez et al., 2018; McMahan et al., 2021; Pimsen et al., 2025). Notamment, la revue de McMahan et al. (2021) souligne une meilleure concordance entre les préférences du patient et décisions thérapeutiques, une amélioration de la qualité des conversations patient-clinicien et une diminution de la détresse ressentie par les professionnels.

5.3 Conclusion quant aux économies et bénéfices potentiels de l'implantation du ProSA

D'un point de vue économique, le modèle confirme que le processus ProSA présente un potentiel réel d'économies dans le cadre des hospitalisations de fin de vie. Toutefois, l'ampleur exacte de ces économies reste difficile à quantifier, car elle dépend de plusieurs facteurs clés, dont les préférences individuelles en matière de soins visant à prolonger la vie, la réduction de coût atteignable via un remplacement des soins habituels par des soins de confort lors de la dernière hospitalisation et l'état de santé de la population ciblée par la démarche ProSA.

Le modèle souligne que le ProSA permettrait de faire des économies notables lorsqu'il est réalisé chez des personnes dont le décès est probable dans l'année suivant sa mise en œuvre. Ainsi, dans le cas d'une

implémentation dans le canton de Vaud, il pourrait être recommandé de cibler en priorité une population présentant un état de santé fragilisé, pour laquelle la probabilité de décès à court terme est relativement élevée (notamment la population correspondant au profil 4). Cette approche est cohérente avec les recommandations dans d'autres pays³⁵ dans lesquelles la fragilité du patient constitue un critère important pour initier une discussion ACP. Toutefois, il convient de souligner que la littérature confirme aussi que la réalisation trop tardive du ProSA peut limiter son effet en termes d'utilisation des soins et d'économies potentielles. Les économies réalisables avec la mise en place du ProSA pour la population du profil 3 sont difficiles à estimer avec notre modèle économique, car ce dernier ne prend en compte que les économies réalisables lors de la dernière hospitalisation si elle a lieu dans l'année.

Plus largement, l'implémentation du ProSA dans le canton de Vaud génèrerait une valeur économique et sociale à trois niveaux. Elle permettrait d'abord une allocation plus pertinente des ressources en substituant des traitements non-désirés par des soins palliatifs alignés sur les préférences des patients. Elle produirait ensuite des économies directes pour le système de santé via une réduction des traitements coûteux. Enfin, elle génèrerait des bénéfices non monétaires : amélioration de la qualité de vie, réduction de l'anxiété et de la dépression, et gain en sérénité pour les patients comme pour leurs proches. Le ProSA améliorerait également la satisfaction professionnelle des soignants en clarifiant les objectifs de soins et en réduisant les dilemmes éthiques. Ces externalités positives, bien que difficiles à quantifier, représentent une valeur sociale substantielle renforçant la pertinence économique du ProSA.

³⁵ Ces recommandations sont notamment mises en œuvre en Angleterre à travers le « Gold Standard Framework », aux Etats-Unis par l' « American Heart Association- Guidance for Timely and Appropriate referral of Patient with Advance Heart Failure » et aux Pays-Bas via le « Dutch Quality Palliative Care Framework ». Pour en savoir plus: Angleterre: Thomas, K. (2010). The GSF Prognostic Indicator Guidance. *End of Life Care Journal*, 4(1). <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/bibliografia/prognostic-indicator-guidance-october-2011.pdf>

Etats-Unis : Morris, A. A., Khazanie, P., Drazner, M. H., Albert, N. M., Breathett, K., Cooper, L. B., Eisen, H. J., O'Gara, P., & Russell, S. D. (2021). Guidance for Timely and Appropriate Referral of Patients With Advanced Heart Failure: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 144(15), e238-e250. <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000001016>

Pays-Bas : Boddaert, M., Douma, J., Dijkhoorn, F., & Bijkerk, M. (2017). *Netherlands Quality Framework for Palliative Care*. IKNL/Palliactief. https://palliaweb.nl/getmedia/f553d851-c680-4782-aac2-2520632f2e8d/netherlands-quality-framework-for-palliative-care_2.pdf

6 Conclusion

Cette étude apporte une vision des avantages potentiels, des contraintes et des perspectives liées au déploiement du Projet de soins anticipé (ProSA) dans le canton de Vaud. Les résultats convergent pour montrer que, malgré une implantation encore limitée et hétérogène, le ProSA constitue un dispositif pertinent et utile pour les bénéficiaires, tout en présentant un intérêt démontrable pour le système de santé.

Les données recueillies dans les structures sanitaires et sociales montrent que la réalisation du ProSA est aujourd'hui une prestation occasionnelle. Les mécanismes actuels de financement ne couvrent qu'une partie du processus, avec des écarts importants selon les contextes. Ces éléments représentent un frein significatif à l'utilisation routinière du ProSA et devront être anticipés dans toute stratégie de déploiement.

La revue de littérature internationale apporte des éléments confirmant les bénéfices potentiels de l'ACP auprès des personnes âgées fragilisées par les maladies chroniques. Les études montrent de manière assez cohérente une réduction du recours aux soins aigus et intensifs, au profit de soins palliatifs et de trajectoires davantage alignées avec les préférences des personnes. De plus, il améliore la satisfaction vis-vis des soins chez les proches et les soignants, apportant également un soulagement de la détresse professionnelle. Les effets sur les coûts apparaissent plus hétérogènes dans la littérature, mais l'absence d'effets négatifs rapportés, tant pour les bénéficiaires que pour les proches, soutient la pertinence de la démarche.

L'estimation quantitative des groupes de population prioritaires dans le canton de Vaud met en évidence un effectif substantiel, d'environ 15'000 personnes au démarrage. Cet ordre de grandeur souligne l'importance d'un déploiement progressif.

La modélisation économique réalisée dans ce rapport indique que le ProSA, mis en regard de son coût, pourrait générer des économies lors des hospitalisations de fin de vie telles qu'observées dans le canton. Si l'ampleur des économies dépend notamment des préférences quant aux soins, les résultats suggèrent un potentiel réel, en cohérence avec les effets observés dans la littérature sur la trajectoire des soins.

Ainsi, le déploiement du ProSA dans le canton de Vaud apparaît comme une démarche pertinente, et susceptible de générer des bénéfices multiples, les aspects de financement devront cependant être pris en considération, s'agissant d'un obstacle majeur.

7 Références

- ACP Swiss. (2022). *Dokumentation ACP-NOPA-Tool*. <https://www.acp-swiss.ch/system/files/pg/textmitbild/dokument/acp-nopa-tool.pdf>
- ACP Swiss. (2023). *Rapport annuel ACP Swiss 2023*. https://www.acp-swiss.ch/system/files/pg/textmitbild/dokument/ACP-Swiss_rapport_annuel-2023%20_1.pdf
- Aebi-Müller, R. E. (2024). *Rechtsfragen der Ärztlichen Notfallanordnung (ÄNO)*. https://www.samw.ch/dam/jcr:b97ebb7d-5cf1-4f5c-9c6b-7c2c61c5581f/rechtsgutachten_aerztliche_notfallverordnung_2024_d.pdf
- Ashana, D. C., Chen, X., Agiro, A., Sridhar, G., Nguyen, A., Barron, J., Haynes, K., Fisch, M., Debono, D., Halpern, S. D., & Harhay, M. O. (2019). Advance Care Planning Claims and Health Care Utilization Among Seriously Ill Patients Near the End of Life. *JAMA network open*, 2(11), e1914471. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.14471>
- ASSM. (2023). *Roadmap pour la mise en oeuvre du projet de soins anticipé (ProSA) en Suisse*. Office fédéral de la santé publique (OFSP) et Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM). https://www.assm.ch/dam/jcr:a2fb2ccf-05cb-4d29-9f4b-d47f6c808bcf/roadmap_assm_ofsp_prosa_2023.pdf
- AVASAD. (2022). *Rapport annuel 2022*. <https://2022.rapport-avasad.ch/>
- AVASAD. (2024). *Rapport Annuel 2024*. https://www.cms-vaud.ch/app/uploads/CMS_Rapport_annuel_2024.pdf
- Bauer, A., Dixon, J., Knapp, M., & Wittenberg, R. (2021). Exploring the cost-effectiveness of advance care planning (by taking a family carer perspective): Findings of an economic modelling study. *Health Soc Care Community*, 29(4), 967-981. <https://doi.org/10.1111/hsc.13131>
- Binggeli, M., Devaux, L., Reber, R., Anhorn, P., & Chinnet, M. (2023). *Le projet de soins anticipé (ProSA), déploiement dans le canton de Vaud Rapport d'Evaluation 2020-2022* (Publication RSRL N13, Issue. https://reseau-sante-region-lausanne.ch/wp-content/uploads/sites/2/2024/02/rapport_evaluation_prosa_vf.pdf
- Blanc, S., Meier, C., Gamondi, C., Maurer, J., & Jox, R. J. (2025). Preparing for the end-of-life: public attitudes towards advance directives and assisted suicide in Switzerland. *BMC Palliat Care*, 24(1), 118. <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01758-7>
- Boddaert, M., Douma, J., Dijkhoorn, F., & Bijkerk, M. (2017). *Netherlands Quality Framework for Palliative Care*. IKNL/Palliactief. https://palliaweb.nl/getmedia/f553d851-c680-4782-aac2-2520632f2e8d/netherlands-quality-framework-for-palliative-care_2.pdf
- Bond, W. F., Kim, M., Franciskovich, C. M., Weinberg, J. E., Svendsen, J. D., Fehr, L. S., Funk, A., Sawicki, R., & Asche, C. V. (2018). Advance Care Planning in an Accountable Care Organization Is Associated with Increased Advanced Directive Documentation and Decreased Costs. *Journal of palliative medicine*, 21(4), 489-502. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0566>
- Bose Brill, S., Riley, S. R., Prater, L., Schnell, P. M., Schuster, A. L. R., Smith, S. A., Foreman, B., Xu, W. Y., Gustin, J., Li, Y., Zhao, C., Barrett, T., & Hyer, J. M. (2024). Advance Care Planning (ACP) in Medicare Beneficiaries with Heart Failure. *Journal of general internal medicine*, 39(13), 2487-2495. <https://doi.org/10.1007/s11606-024-08604-1>

- Brazil, K., Carter, G., Cardwell, C., Clarke, M., Hudson, P., Froggatt, K., McLaughlin, D., Passmore, P., & Kernohan, W. G. (2018). Effectiveness of advance care planning with family carers in dementia nursing homes: A paired cluster randomized controlled trial. *Palliat Med*, 32(3), 603-612. <https://doi.org/10.1177/0269216317722413>
- Brown, G., Jesus, S., Leboffe, E., Esch, A., & Newport, K. (2025). Advance Care Planning Billing Codes Associated With Decreased Healthcare Utilization in Neurological Disease. *Journal of healthcare management / American College of Healthcare Executives*, 70(1), 58-73. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-23-00234>
- Cattagni Kleiner, A., Santos-Eggimann, B., & Seematter-Bagnoud, L. (2016). *Directives anticipées, représentant thérapeutique et mandat pour cause d'inaptitude : connaissance, utilisation et perception chez les personnes âgées* (Raison de Santé 263). Institut universitaire de médecine sociale et préventive. <http://dx.doi.org/10.16908/issn.1660-7104/263>
- Chambers, D., Cantrell, A., Preston, L., Marincowitz, C., Wright, L., Conroy, S., & Lee Gordon, A. (2023). Reducing unplanned hospital admissions from care homes: a systematic review. *Health and social care delivery research*, 11(18), 1-130. <https://doi.org/10.3310/KLPW6338>
- Chatham, A. H., Balch, J. A., Hong, P., Baskaran, N., Manganiello, L., Abbott, K. L., Brown, M., Bihorac, A., Efron, P. A., Shickel, B., Moseley, R., & Loftus, T. J. (2025). Honoring Advance Directives: A Scoping Review of Adherence and Impact on Value of Care. *Journal of palliative medicine*. <https://doi.org/10.1089/jpm.2024.0328>
- Clavien, C., Ehlers, U., J. Jox, R., Karzig, I., Kronen, T., Loupatzatzis, B., Monteverde, S., & Theile, G. (2023). Advance Care Planning in Switzerland: Chances and challenges of delivering high-quality ACP in a small high-income, multilingual, federally organized country. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 180, 115-120. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.zefq.2023.04.008>
- Commission paritaire professionnelle du secteur sanitaire parapublic vaudois (CPPSAN). (2025a). *Convention collective de travail dans le secteur sanitaire parapublic vaudois-Etat au 1er juillet 2025*. <https://www.cctsan-vaud.ch/wp-content/uploads/2025/06/CCT-au-01.07.2025-01.07.2025-ID-126666.pdf>
- Commission paritaire professionnelle du secteur sanitaire parapublic vaudois (CPPSAN). (2025b). *Répertoire des interprétations de la CCT du secteur sanitaire parapublic Vaudois Etat au 01.07.2025 – Interprétation n°3*. <https://www.cctsan-vaud.ch/wp-content/uploads/2025/06/Repertoire-interpretations-01.07.2025-01.07.2025-ID-126396.pdf>
- Commission paritaire professionnelle du secteur social parapublic vaudois (CPP Social). (2025). *Convention collective de travail dans le secteur social parapublic vaudois-Etat au 1er janvier 2025*. <https://cctsocial-vaud.ch/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/2025/02/CCT-01.01.2025-01.01.2025-ID-116014-1-1.pdf>
- Crooks, J., Rizk, N., Simpson-Greene, C., Hopwood, G., Smith, O., Seddon, K., & Hudson, B. (2025). Evaluating outcomes of advance care planning interventions for adults living with advanced illness and people close to them: A systematic meta-review. *Palliat Med*, 39(8), 833-848. <https://doi.org/10.1177/02692163251344428>
- Denvir, M. A., Cudmore, S., Hight, G., Robertson, S., Donald, L., Stephen, J., Haga, K., Hogg, K., Weir, C. J., Murray, S. A., & Boyd, K. (2016). Phase 2 Randomised Controlled Trial and Feasibility Study of Future Care Planning in Patients with Advanced Heart Disease. *Sci Rep*, 6, 24619. <https://doi.org/10.1038/srep24619>

- Detering, K. M., Hancock, A. D., Reade, M. C., & Silvester, W. (2010). The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *Bmj*, *340*, c1345. <https://doi.org/10.1136/bmj.c1345>
- Dingfield, L. E., & Kayser, J. B. (2017). Integrating Advance Care Planning Into Practice. *Chest*, *151*(6), 1387-1393. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chest.2017.02.024>
- Fonds national suisse. (2019). *Fin de vie-Programme national de recherche PNR 67*. <https://www.nfp67.ch/fr>
- Fromme, E. K., Montgomery, C., & Hickman, S. (2023). Advance Care Planning in the United States: A 2023 review. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, *180*, 59-63. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.zefq.2023.05.006>
- Golzne, V. (n.d). Dernière étape de vie : perceptions, décisions et opinions de plus de 75 ans. . *Les Essentiels-Unisanté*.
- Gomes Souza, L., Bouba, D. A., Corôa, R. C., Dofara, S. G., Robitaille, V., Blanchette, V., Kastner, K., Bergeron, F., Guay-Bélanger, S., Izumi, S. S., Totten, A. M., Archambault, P., & Légaré, F. (2024). The Impact of Advance Care Planning on Healthcare Professionals' Well-being: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage*, *67*(2), 173-187. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.09.026>
- Gotanda, H., Walling, A. M., Reuben, D. B., Lauzon, M., & Tsugawa, Y. (2022). Trends in advance care planning and end-of-life care among persons living with dementia requiring surrogate decision-making. *Journal of the American Geriatrics Society*, *70*(5), 1394-1404. <https://doi.org/10.1111/jgs.17680>
- Götze, K., Bausewein, C., Chernyak, N., Feddersen, B., Fuchs, A., Hummers, E., Icks, A., Kirchner, Ä., Klosterhalfen, S., Kranefeld, N., Laag, S., Lezius, S., Meyer, G., Montalbo, J., Nauck, F., Pepić, A., Przybylla, S., Rosu, I., Schildmann, J., . . . in der Schmitt, J. (2025). Care Consistency With Care Preferences in Nursing Homes: A Cluster-Randomized Study of the Effects of an Advance Care Planning Program (BEVOR). *Dtsch Arztebl Int*, *122*(14), 379-386. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2025.0077>
- Götze, K., Bausewein, C., Feddersen, B., Fuchs, A., Hot, A., Hummers, E., Icks, A., Kirchner, Ä., Kleinert, E., Klosterhalfen, S., Kolbe, H., Laag, S., Langner, H., Lezius, S., Meyer, G., Montalbo, J., Nauck, F., Reisinger, C., Rieder, N., . . . In der Schmitt, J. (2022). Effectiveness of a complex regional advance care planning intervention to improve care consistency with care preferences: study protocol for a multi-center, cluster-randomized controlled trial focusing on nursing home residents (BEVOR trial). *Trials*, *23*(1), 770. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06576-3>
- Götze, K., Feddersen, B., In der Schmitt, J., & Marckmann, G. (2023). Advance Care Planning in Germany. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*, *180*, 127-132. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2023.05.005>
- Gross, S., Amacher, S. A., Rochowski, A., Reiser, S., Becker, C., Beck, K., Blatter, R., Emsden, C., Nkoulou, C., Sutter, R., Tisljar, K., Pargger, H., Marsch, S., & Hunziker, S. (2023). "Do-not-resuscitate" preferences of the general Swiss population: Results from a national survey. *Resusc Plus*, *14*, 100383. <https://doi.org/10.1016/j.resplu.2023.100383>
- Gupta, A., Jin, G., Reich, A., Prigerson, H. G., Ladin, K., Kim, D., Ashana, D. C., Cooper, Z., Halpern, S. D., & Weissman, J. S. (2020). Association of Billed Advance Care Planning with End-of-Life Care Intensity for 2017 Medicare Decedents. *Journal of the American Geriatrics Society*, *68*(9), 1947-1953. <https://doi.org/10.1111/jgs.16683>

- Hanson, L. C., Zimmerman, S., Song, M. K., Lin, F. C., Rosemond, C., Carey, T. S., & Mitchell, S. L. (2017). Effect of the Goals of Care Intervention for Advanced Dementia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA internal medicine*, 177(1), 24-31. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.7031>
- Hecht, K., Kronen, T., Otto, T., Karzig-Roduner, I., & Loupatatzis, B. (2018). [Advance Care Planning in Swiss Nursing Homes: Results of a Focus Group Study]. *Praxis (Bern 1994)*, 107(20), 1085-1092. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a003101> (Advance Care Planning in schweizerischen Alters- und Pflegeheimen: Ergebnisse einer Fokusgruppenstudie.)
- Hickman, S. E., Unroe, K. T., Ersek, M., Stump, T. E., Tu, W., Ott, M., & Sachs, G. A. (2019). Systematic Advance Care Planning and Potentially Avoidable Hospitalizations of Nursing Facility Residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(8), 1649-1655. <https://doi.org/10.1111/jgs.15927>
- Jennings, L. A., Zingmond, D., Louie, R., Tseng, C. H., Thomas, J., O'Malley, K., & Wenger, N. S. (2016). Use of the Physician Orders for Life-Sustaining Treatment among California Nursing Home Residents. *J Gen Intern Med*, 31(10), 1119-1126. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3728-9>
- Jimenez, G., Tan, W. S., Virk, A. K., Low, C. K., Car, J., & Ho, A. H. Y. (2018). Overview of Systematic Reviews of Advance Care Planning: Summary of Evidence and Global Lessons. *J Pain Symptom Manage*, 56(3), 436-459.e425. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.05.016>
- Kelly, A. J., Lockett, T., Clayton, J. M., Gabb, L., Kochovska, S., & Agar, M. (2019). Advance care planning in different settings for people with dementia: A systematic review and narrative synthesis. *Palliative & supportive care*, 17(6), 707-719. <https://doi.org/10.1017/S1478951519000257>
- Klingler, C., in der Schmitt, J., & Marckmann, G. (2016). Does facilitated Advance Care Planning reduce the costs of care near the end of life? Systematic review and ethical considerations. *Palliat Med*, 30(5), 423-433. <https://doi.org/10.1177/0269216315601346>
- Kremenova, Z., Svancara, J., Kralova, P., Moravec, M., Hanouskova, K., & Knizek-Bonatto, M. (2022). Does a Hospital Palliative Care Team Have the Potential to Reduce the Cost of a Terminal Hospitalization? A Retrospective Case-Control Study in a Czech Tertiary University Hospital. *J Palliat Med*, 25(7), 1088-1094. <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0529>
- Kronen, T., Budilivski, A., Karzig, I., Otto, T., Valeri, F., Biller-Andorno, N., Mitchell, C., & Loupatatzis, B. (2022). Advance care planning for the severely ill in the hospital: a randomized trial. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 12(e3), e411-e423. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2017-001489>
- Lakin, J. R., Neal, B. J., Maloney, F. L., Paladino, J., Vogeli, C., Tumblin, J., Vienneau, M., Fromme, E., Cunningham, R., Block, S. D., & Bernacki, R. E. (2020). A systematic intervention to improve serious illness communication in primary care: Effect on expenses at the end of life. *Healthcare (Amsterdam, Netherlands)*, 8(2), 100431. <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2020.100431>
- Levy, C., Esmaeili, A., Smith, D., Hogikyan, R., Periyakoil, V., Carpenter, J. G., Sales, A., & Ersek, M. (2021). Family members' experience improves with care preference documentation in home based primary care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(12), 3576-3583. <https://doi.org/10.1111/jgs.17410>
- Litzelman, D. K., Inui, T. S., Griffin, W. J., Perkins, A., Cottingham, A. H., Schmitt-Wendholt, K. M., & Ivy, S. S. (2017). Impact of Community Health Workers on Elderly Patients' Advance Care Planning and Health Care Utilization: Moving the Dial. *Medical care*, 55(4), 319-326. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000675>

- Malhotra, C., Huynh, V. A., Shafiq, M., & Batcagan-Abueg, A. P. M. (2024). Advance care planning and caregiver outcomes: intervention efficacy - systematic review. *BMJ supportive & palliative care*, 13(e3), e537-e546. <https://doi.org/10.1136/spcare-2021-003488>
- Malhotra, C., Shafiq, M., & Batcagan-Abueg, A. P. M. (2022). What is the evidence for efficacy of advance care planning in improving patient outcomes? A systematic review of randomised controlled trials. *BMJ open*, 12(7), e060201. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060201>
- Mauleon, J., & Staffileno, B. A. (2019). Integration of an Advance Care Planning Model in Home Health: Favorable Outcomes in End-of-Life Discussions, POLST Rates, and 60-day Hospital Readmissions. *Home healthcare now*, 37(6), 337-344. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000797>
- McMahan, R. D., Tellez, I., & Sudore, R. L. (2021). Deconstructing the Complexities of Advance Care Planning Outcomes: What Do We Know and Where Do We Go? A Scoping Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(1), 234-244. <https://doi.org/10.1111/jgs.16801>
- Meylan, L., & Santos-Eggimann, B. *Étude des besoins en prestations médico-sociales pour le canton de Vaud : Mise à jour des éléments à la base du modèle New BoC (rapport non public)*.
- Morris, A. A., Khazanie, P., Drazner, M. H., Albert, N. M., Breathett, K., Cooper, L. B., Eisen, H. J., O'Gara, P., & Russell, S. D. (2021). Guidance for Timely and Appropriate Referral of Patients With Advanced Heart Failure: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 144(15), e238-e250. <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000001016>
- Morrison, R. S., Dietrich, J., Ladwig, S., Quill, T., Sacco, J., Tangeman, J., & Meier, D. E. (2011). Palliative care consultation teams cut hospital costs for Medicaid beneficiaries. *Health Aff (Millwood)*, 30(3), 454-463. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0929>
- National Health Service. (2024). *Making decisions for someone else-Mental Capacity Act* <https://www.nhs.uk/social-care-and-support/making-decisions-for-someone-else/mental-capacity-act/>
- National POLST Coalition. *History of POLST*. <https://polst.org/history-of-polst/>
- O'Halloran, P., Noble, H., Norwood, K., Maxwell, P., Murtagh, F., Shields, J., Mullan, R., Matthews, M., Cardwell, C., Clarke, M., Morton, R., Shah, K., Forbes, T., & Brazil, K. (2020). Nurse-led advance care planning with older people who have end-stage kidney disease: feasibility of a deferred entry randomised controlled trial incorporating an economic evaluation and mixed methods process evaluation (ACReDIT). *BMC nephrology*, 21(1), 478. <https://doi.org/10.1186/s12882-020-02129-5>
- O'Sullivan, R., Murphy, A., O'Caomh, R., Cornally, N., Svendrovski, A., Daly, B., Fitzgerald, C., Twomey, C., McGlade, C., & Molloy, D. W. (2016). Economic (gross cost) analysis of systematically implementing a programme of advance care planning in three Irish nursing homes. *BMC research notes*, 9, 237. <https://doi.org/10.1186/s13104-016-2048-9>
- OBSAN. (2019). *Les trajectoires de fin de vie des personnes âgées*. *Bulletin* 2/2019. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan_bulletin_2019-02_f.pdf
- Office fédéral de la santé publique (OFSP). *Projet de soins anticipé (ProSA)*. <https://www.bag.admin.ch/fr/projet-de-soins-anticipe-prosa>
- Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2020). *Améliorer la prise en charge et le traitement des personnes en fin de vie-Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat 18..3384 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-CE) du 26 avril 2018*. <https://www.bag.admin.ch/dam/fr/sd-web/sDtIR5DxKBpS/postulatsbericht-lebensende.pdf>

- Office fédéral de la santé publique (OFSP), & palliative ch. (2018). *La planification anticipée concernant la santé, en particulier en cas d'incapacité de discernement (« Advance Care Planning »)-Cadre général pour la Suisse*. <https://www.bag.admin.ch/dam/fr/sd-web/BlhHOjZrtN90/rahmenkonzept-gvp.pdf>
- Office fédéral de la statistique (OFS). (2024). *Bilan démographique selon l'âge et le canton-STATPOP*. https://www.pxweb.bfs.admin.ch/pxweb/fr/px-x-0102020000_104/-/px-x-0102020000_104.px/
- Oo, N. M., Scott, I. A., Maggacis, R., & Rajakaruna, N. (2019). Assessing concordance between patient preferences in advance care plans and in-hospital care. *Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association*, 43(4), 425-431. <https://doi.org/10.1071/AH18011>
- Overbeek, A., Korfage, I. J., Hammes, B. J., Van der Heide, A., & Rietjens, J. A. C. (2019a). Experiences with and outcomes of Advance Care Planning in bereaved relatives of frail older patients: a mixed methods study. *Age and ageing*, 48(2), 299-306. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy184>
- Overbeek, A., Korfage, I. J., Jabbarian, L. J., Billekens, P., Hammes, B. J., Polinder, S., Severijnen, J., Swart, S. J., Witkamp, F. E., van der Heide, A., & Rietjens, J. A. C. (2018). Advance Care Planning in Frail Older Adults: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(6), 1089-1095. <https://doi.org/10.1111/jgs.15333>
- Overbeek, A., Polinder, S., Haagsma, J., Billekens, P., de Nooijer, K., Hammes, B. J., Muliaditan, D., van der Heide, A., Rietjens, J. A., & Korfage, I. J. (2019b). Advance Care Planning for frail older adults: Findings on costs in a cluster randomised controlled trial. *Palliative medicine*, 33(3), 291-300. <https://doi.org/10.1177/0269216318801751>
- Palmer, M. K., Jacobson, M., & Enguidanos, S. (2021). Advance Care Planning For Medicare Beneficiaries Increased Substantially, But Prevalence Remained Low. *Health Aff (Millwood)*, 40(4), 613-621. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.01895>
- Pimsen, A., Kao, C. Y., Hsu, S. T., & Shu, B. C. (2022). The Effect of Advance Care Planning Intervention on Hospitalization Among Nursing Home Residents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(9), 1448-1460.e1441. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2022.07.017>
- Pimsen, A., Sumpuntharat, S., Rodney, T., Wirojratana, V., & Shu, B. C. (2025). Navigating the Life-Limiting Illness Journey: A Mixed-Method Systematic Review of Advance Care Planning Experiences Among Healthcare Providers, Patients and Family. *J Clin Nurs*, 34(2), 382-407. <https://doi.org/10.1111/jocn.17611>
- Réseau Santé Région Lausanne (RSRL). *Dispositif d'Accompagnement et de Coordination des parcours complexes-DAC*. <https://www.reseau-sante-region-lausanne.ch/services/dispositif-daccompagnement-et-de-coordination-des-parcours-complexes-dac/>
- Respecting Choices. *History of Respecting Choices*®. <https://respectingchoices.org/about-us/history-of-respecting-choices/>
- Rietjens, J. A. C., Sudore, R. L., Connolly, M., van Delden, J. J., Drickamer, M. A., Droger, M., van der Heide, A., Heyland, D. K., Houttekier, D., Janssen, D. J. A., Orsi, L., Payne, S., Seymour, J., Jox, R. J., & Korfage, I. J. (2017). Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol*, 18(9), e543-e551. [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(17\)30582-x](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(17)30582-x)
- Rocque, G. B., Dionne-Odom, J. N., Sylvia Huang, C. H., Niranjana, S. J., Williams, C. P., Jackson, B. E., Halilova, K. I., Kenzik, K. M., Bevis, K. S., Wallace, A. S., Lisovicz, N., Taylor, R. A., Pisu, M., Partridge, E. E., Butler, T. W., Briggs, L. A., & Kvale, E. A. (2017). Implementation and Impact of Patient Lay

- Navigator-Led Advance Care Planning Conversations. *J Pain Symptom Manage*, 53(4), 682-692. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.11.012>
- Schöpfer, C., Bollondi, C., Moussa, M. A., Sommer, J., & Clavien, C. (2023). Effect of an app for promoting advance care planning and motivating patients to write their advance directives. *BMC Health Services Research*, 23(1), 566. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09593-3>
- Skolarus, L. E., Lin, C. C., Bi, R., & Burke, J. F. (2024). Billed advance care planning visits may be occurring among older adults with high risk of mortality. *Archives of gerontology and geriatrics*, 126, 105526. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2024.105526>
- Sternberg, S. A., Shinan-Altman, S., Volicer, L., Casarett, D. J., & van der Steen, J. T. (2021). Palliative Care in Advanced Dementia: Comparison of Strategies in Three Countries. *Geriatrics*, 6(2), 44. <https://www.mdpi.com/2308-3417/6/2/44>
- Stettler, P., Bischof, S., Bannwart, L., & Schempp, D. (2017). *Enquête auprès de la population sur les soins palliatifs 2017*. Bureau BASS-Mandat de l'Office Fédéral de la Santé Publique. https://www.buerobass.ch/fileadmin/Files/2018/BAG_2018_PalliativeCare_MgmtSummary_F.pdf
- SwissDRG. (2023). *Catalogue des forfaits par cas, SwissDRG-Version 12.0, version de tarification 2023/2023*. https://www.swissdrg.org/application/files/5016/7152/9703/SwissDRG_Version_12.0_Fallpauschalenkatalog_AV_2023_2023_f.pdf
- Thomas, K. (2010). The GSF Prognostic Indicator Guidance. *End of Life Care Journal*, 4(1). <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/bibliografia/prognostic-indicator-guidance-october-2011.pdf>
- Thomas, K., & Russell, S. (2023). Advance Care Planning in the United Kingdom - A snapshot from the four UK nations. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*, 180, 150-162. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2023.05.023>
- Tilburgs, B., Koopmans, R., Vernooij-Dassen, M., Adang, E., Schers, H., Teerenstra, S., van de Pol, M., Smits, C., Engels, Y., & Perry, M. (2020). Educating Dutch General Practitioners in Dementia Advance Care Planning: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(6), 837-842.e834. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.09.010>
- Turcotte, L., Scott, M. M., Petrich, W., Tanuseputro, P., & Kobewka, D. (2024). Quality of Advance Care Planning in Long-Term Care and Transfers to Hospital at the End Of Life. *Journal of the American Medical Directors Association*, 25(11), 105259. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.105259>
- Van der Steen, J. T., Engels, Y., Touwen, D. P., Kars, M. C., Reyners, A. K. L., van der Linden, Y. M., & Korfage, I. J. (2023). Advance Care Planning in the Netherlands. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 180, 133-138. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.zefq.2023.06.003>
- Veldhoven, C. M. M., Nutma, N., De Graaf, W., Schers, H., Verhagen, C. A. H. H. V. M., Vissers, K. C. P., & Engels, Y. (2019). Screening with the double surprise question to predict deterioration and death: an explorative study. *BMC Palliative Care*, 18(1), 118. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0503-9>
- Verhoeff, K., Glen, P., Taheri, A., Min, B., Tsang, B., Fawcett, V., & Widder, S. (2018). Implementation and adoption of advanced care planning in the elderly trauma patient. *World journal of emergency surgery : WJES*, 13, 40. <https://doi.org/10.1186/s13017-018-0201-6>
- Vilpert, S., Meier, C., Berche, J., Borasio, G. D., Jox, R. J., & Maurer, J. (2023). Older adults' medical preferences for the end of life: a cross-sectional population-based survey in Switzerland. *BMJ open*, 13(7), e071444. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071444>

- Weissman, J. S., Reich, A. J., Prigerson, H. G., Gazarian, P., Tjia, J., Kim, D., Rodgers, P., & Manful, A. (2021). Association of Advance Care Planning Visits With Intensity of Health Care for Medicare Beneficiaries With Serious Illness at the End of Life. *JAMA health forum*, 2(7), e211829. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2021.1829>
- Wendrich-van Dael, A., Bunn, F., Lynch, J., Pivodic, L., Van den Block, L., & Goodman, C. (2020). Advance care planning for people living with dementia: An umbrella review of effectiveness and experiences. *International journal of nursing studies*, 107, 103576. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103576>
- Wolff, J. L., Scerpella, D., Giovannetti, E. R., Roth, D. L., Hanna, V., Hussain, N., Colburn, J. L., Saylor, M. A., Boyd, C. M., Cotter, V., McGuire, M., Rawlinson, C., Sloan, D. H., Richards, T. M., Walker, K., Smith, K. M., & Dy, S. M. (2025). Advance Care Planning, End-of-Life Preferences, and Burdensome Care: A Pragmatic Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA internal medicine*, 185(2), 162-170. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2024.6215>
- Yadav, K. N., Gabler, N. B., Cooney, E., Kent, S., Kim, J., Herbst, N., Mante, A., Halpern, S. D., & Courtright, K. R. (2017). Approximately One In Three US Adults Completes Any Type Of Advance Directive For End-Of-Life Care. *Health Aff (Millwood)*, 36(7), 1244-1251. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2017.0175>

8 Annexes

8.1 Grille d'entretien

Mise en œuvre de ProSA dans l'institution

- Durant les 12 derniers mois, combien de ProSA ont été élaborés par vous-même ou votre structure/équipe ?
- Vous semble-t-il que le ProSA a intégré la routine de votre structure/équipe ?
- Quelle proportion de ProSA accompagnez-vous depuis le début jusqu'à la fin ?

TABLEAU DU RSRL : ETAPES DU PROSA : Professionnel impliqué – Durée – Facturation

Ce tableau a été élaboré par l'équipe du ProSA du RSRL. Il recense les différentes étapes du ProSA sur la base d'informations à la disposition de l'équipe. Les étapes peuvent ainsi différer de votre propre pratique professionnelle. Nous vous remercions de bien vouloir le compléter en indiquant quel professionnel (facilitateur ProSA, personnel administratif, etc...) est en charge de chaque étape, la durée estimée des étapes, ainsi que la voie de facturation.

ACTIVITES	OBJECTIFS	QUI	DUREE ESTIMEE	VOIE DE FACTURATION
Repérage	Identifier les personnes			
Adhésion de la personne	Présentation de la démarche			
Planification	Organisation du rendez-vous			
1 ^{er} entretien	Entretien sur les valeurs et choix du RT			
Synthèse des discussions	Rédaction du formulaire			
2 ^{ème} entretien et validation du 1 ^{er} entretien	Objectifs thérapeutiques et DA			
Synthèse, rédaction du 2 ^{ème} entretien	Rédaction du formulaire			
Impression du formulaire	Impression			

Communication du formulaire pour signature	Transmission du formulaire à la personne et aux pro. concernés			
Stockage du document	Scan document et stockage dans le dossier (informatique)			
Mise à jour des souhaits et documents	Reprise si changement de situation ou passé 3ans			

Obstacles et solutions

- Quels sont les obstacles relatifs à la facturation de la démarche ProSA et quelles solutions éventuelles avez-vous trouvées ?
- Comment pourriez-vous améliorer ce financement ?

8.2 Informations sur le nombre d'entretiens réalisés

Nombre total d'entretiens réalisés : 18 (10 entretiens en présentiel ou visioconférence ; 8 envois de la grille d'entretien)

Institutions interrogées	Types de structure	Profils des personnes interrogées	Zone géo.	Modalité de l'entretien
CHUV Centre hospitalier universitaire vaudois	Centre de gériatrie ambulatoire et communautaire	Infirmier	Vaud	Présentiel
CHUV Centre hospitalier universitaire vaudois	Equipe mobile de soins palliatifs	Infirmière	Vaud	Par courriel
Association Le Foyer	Etablissement psychosocial médicalisé	Psychologue	Vaud	Présentiel
Plein Soleil Institution Lavigny	Etablissement médico-social	Infirmière Responsable facturation	Vaud	Présentiel
HUG Hôpitaux universitaires de Genève	Equipe mobile de soins palliatifs	Médecin	Genève	Visioconférence
RSNB Réseau Santé Nord Broye	Centre Mémoire et Gériatrie	Responsable facturation Infirmière	Vaud	Visioconférence
ASRIMM Association Suisse Romande Intervenant contre les maladies neuroMusculaires	Association	Assistante sociale	Vaud	Visioconférence
AVASAD Association vaudoise d'aide et de soins à domicile	Aide et soins à domicile	Infirmière Responsable facturation	Vaud	Présentiel
Foyer Saint-Ursanne	Etablissement médico-social	Infirmière	Jura	Visioconférence

RSHL Réseau Santé Haut-Léman	Equipe mobile de soins palliatifs	Adjointe de direction ³⁶	Vaud	Visioconférence
/	Indépendante	Infirmière	Vaud	Par courriel
/	Indépendante	Infirmière	Vaud	Par courriel
RSRL Réseau Santé Région Lausanne	Réseau de soins	Assistante sociale	Vaud	Présentiel
Centres de santé pour personnes âgées Ville de Zurich	Etablissement médico-social	Membre de la direction ³⁶	Zurich	Par courriel
Centres de santé pour personnes âgées Ville de Zurich	Soins à domicile	Infirmière	Zurich	Par courriel
/	Indépendante	Infirmière	Zurich	Par courriel
Centres de santé pour personnes âgées Ville de Zurich	Etablissement médico-social + Appartements protégés	Membre de la direction ³⁶	Zurich	Par courriel
Fondation Hospice Ticino	Equipe mobile de soins palliatifs	Infirmière	Tessin	Par courriel

³⁶ Ces personnes interrogées correspondent soit à un profil infirmier, soit à un profil médical (médecin) et ont répondu à la grille d'entretien en tant que membres de la direction ou cadres.

8.3 Sources des salaires bruts des facilitateurs ProSA

Le tableau présente les salaires mensuels et les salaires horaires bruts des profils de facilitateurs identifiés dans la réalisation du ProSA, selon la définition de la catégorie professionnelle et les différentes sources de données. Le salaire horaire brut a été calculé à partir du salaire mensuel brut, sur la base de 41.5 heures de travail hebdomadaire (46 heures pour les médecins et chefs de clinique (adjoint)) réparties sur 52.14 semaines par an et en tenant compte de la compensation pour vacances et jours fériés (15.5%) et 13^{ème} salaire (8.33%). Le salaire horaire correspond ainsi à une équivalence de rémunération entre le personnel employé sous contrat horaire et celui rémunéré mensuellement, pour un même nombre d'heures travaillées (Commission paritaire professionnelle du secteur sanitaire parapublic vaudois (CPPSAN), 2025b).

Calcul du salaire horaire brut :

$$\text{Salaire horaire} = \left(\frac{\text{Salaire mensuel} * 12 \text{ mois}}{52.14 * 41.5^1} \right) * (1 + 0.155) * (1 + 0.0833)$$

¹ 46h pour catégorie médecin et chef de clinique (adjoint)

Catégorie professionnelle	Description	Salaire mensuel brut (CHF) min-max	Salaire horaire brut (CHF) min-max	Source
Infirmier	<p>Intervalle de salaire englobant min et max des classes 17 à 22 de la grille salariale de la CCT-SAN, incluant trois niveaux de la catégorie Soignant diplômé BSc ou ES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Classe 17–19 (niveau A) : Soignant diplômé BSc ou ES, ou équivalent, ou soignant diplômé avec responsabilités particulières reconnues - Classe 19–21 (niveau B) : Soignant diplômé BSc ou ES, ou équivalent, exerçant des responsabilités supérieures à celles du niveau A, conformément au cahier des charges - Classe 20–22 (niveau C) : Soignant diplômé BSc ou ES, ou équivalent, ayant suivi un perfectionnement certifié utile à la fonction. 	5'252-8'674	36-60	Convention collective de travail de la commission paritaire professionnelle du secteur sanitaire parapublic vaudois (CCT-CPPSAN)
Infirmier spécialisé	<p>Intervalle de salaire englobant min et max des classes 22 à 28 de la grille salariale de la CCT-SAN, incluant deux niveaux de la catégorie Soignant diplômé MSc :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Classe 22–25 (niveau A) : Soignant diplômé MSc ou équivalent - Classe 24–28 (niveau B) : Soignant diplômé MSc + MAS ou titre jugé équivalent, i.e. soignant avec 	6'086-10'900	42-76	Convention collective de travail de la commission paritaire professionnelle du secteur sanitaire parapublic vaudois (CCT-CPPSAN)

	titre universitaire A et un perfectionnement certifié utile à la fonction.			
Assistant social	<p>Intervalle de salaire englobant min et max des classes 17 à 21 de la grille salariale de la CCT-SAN, incluant deux niveaux de la catégorie Travailleur social BSc ou ES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Classe 17–19 (niveau A) : Travailleur social BSc ou diplôme ES ou équivalent - Classe 19–21 (niveau B) : Travailleur social BSc ou diplôme ES ou équivalent + responsabilités supérieures à « 17-19 » issues du cahier des charges. 	5'252-8'346	36-58	Convention collective de travail de la commission paritaire professionnelle du secteur sanitaire parapublic vaudois (CCT-CPPSAN)
Assistant social spécialisé	<p>Intervalle de salaire englobant min et max des classes 20 à 22 de la grille salariale de la CCT-SAN correspondant à la catégorie Travailleur social BSc avec spécialisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Classe 20-22 : Travailleur social BSc ou diplôme ES ou équivalent + perfectionnement certifié utile à la fonction + responsabilités. 	5'752-8'674	40-60	Convention collective de travail de la commission paritaire professionnelle du secteur sanitaire parapublic vaudois (CCT-CPPSAN)
Psychologue assistant	<p>Intervalle de salaire englobant min et max des classes 22 à 25 de la grille salariale de la CCT-social correspondant à la catégorie Psychologue assistant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Classe 22-25 : Psychologue assistant avec licence ou master en psychologie. 	6'086-9'723	42-67	Convention collective de travail de la commission paritaire professionnelle secteur social parapublic vaudois (CCT-CPP social)
Psychologue associé	<p>Intervalle de salaire englobant min et max des classes 24 à 27 de la grille salariale de la CCT-social correspondant à la catégorie Psychologue associé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Classe 24-27 : Psychologue associé avec licence et diplôme post-licence ou Master en psychologie, pratique professionnelle de 4 ans minimum. 	6'433-10'493	45-73	Convention collective de travail de la commission paritaire professionnelle secteur social parapublic vaudois (CCT-CPP social)
Médecin assistant/Chef de clinique adjoint	<p>Intervalle de salaire englobant le poste d'assistant médecin 4ème année jusqu'à maximum de chef de clinique adjoint de la grille salariale des médecins assistants et chefs de clinique du CHUV, de la Convention collective de travail des médecins assistants (CCT_MédAss).</p>	7'452-11'601	47-73	Convention collective de travail CCT_MédAss- Association suisse des médecins assistant-e-s et chef-fe-s de clinique Section Vaud

Chef de clinique	Intervalle de salaire englobant le min et max du poste de chef de clinique de la grille salariale des médecins assistants et chefs de clinique du CHUV, de la Convention collective de travail des médecins assistants (CCT_MédAss).	10'441-13'191	65-83	Convention collective de travail CCT_MédAss- Association suisse des médecins assistant-e-s et chef-fe-s de clinique Section Vaud
-------------------------	--	---------------	-------	---

8.4 Modalités de facturation/financement par institution interrogée

Institutions interrogées	Modalités de facturation/financement
CHUV Centre de gériatrie ambulatoire et communautaire	Facturation partielle par tarification TARMED
CHUV Equipe mobile de soins palliatifs	Facturation partielle selon la nature du profil du facilitateur : <ul style="list-style-type: none"> • ProSA réalisé par un médecin : Facturation partielle par tarification TARMED • ProSA réalisé par un infirmier : Pas de facturation, intégré au cahier des charges
Association Le Foyer	Pas de facturation, intégré au cahier des charges
Plein Soleil Institution Lavigny	Pas de facturation, intégré au cahier des charges
HUG Equipe mobile de soins palliatifs	Facturation partielle par tarification TARMED
RSNB Centre de Mémoire et Gériatrie	Facturation partielle selon nature de la demande (interne vs externe) <ul style="list-style-type: none"> • Demande interne : facturation par tarification TARMED • Demande externe : pas de facturation, financement par des fonds internes
ASRIMM Association	Pas de facturation, intégré au cahier des charges
AVASAD Aide et soins à domicile	Pas de ProSA réalisé au sein de l'institution
Foyer Saint-Ursanne EMS	Pas de facturation, intégré au cahier des charges
RSHL Equipe mobile de soins palliatifs	Pas de facturation, intégré au cahier des charges
Indépendante	Facturation par un tarif forfaitaire : 175.-/ProSA (y compris déplacement)
Indépendante	Facturation par un tarif forfaitaire (envisagée, ProSA non encore réalisé en statut indépendant) : 170.-/ProSA.
RSRL Réseau de soins	Pas de facturation, intégré au cahier des charges.
Centres de santé pour personnes âgées-Zurich EMS	Facturation partielle par tarification TARMED (ProSA uniquement réalisé par un médecin dans l'institution interrogée)

Centres de santé pour personnes âgées- Zurich Soins à domicile	Pas de facturation, intégré au cahier des charges
Indépendante	Facturation par un tarif horaire : env. 148.-/heure.
Centres de santé pour personnes âgées EMS + Appartements protégés	Facturation partielle selon l'établissement et profil du facilitateur ProSA: <ul style="list-style-type: none"> • EMS : ProSA réalisé par un médecin-facturation par tarification Tarmed, ProSA réalisé par un infirmier-pas de facturation, intégré au cahier des charges • Appartements protégés : pas de facturation, intégré au cahier des charges
Fondation Hospice Ticino Equipe mobile de soins palliatifs	Pas de facturation avec différence de financement selon la nature de la demande : <ul style="list-style-type: none"> • Demande interne : pas de facturation, intégrée dans le cahier des charges • Demande externe : pas de facturation, financement par dons et bénéficiaire invité à en faire un si souhaité

8.5 Méthode d'estimation du montant et de la part facturée via TARMED

L'estimation du montant facturé et de la part facturée se base sur les données recueillies lors des entretiens avec les institutions facturant le ProSA via TARMED. Ces estimations ont été réalisées uniquement pour les institutions ayant explicitement indiqué les codes TARMED utilisés.

Les données utilisées incluent :

- Les codes TARMED utilisés pour chaque étape du ProSA par l'institution (cf. section 8.6 pour la liste des codes)
- La durée moyenne de chaque étape ProSA indiquée par l'institution

1. Estimation du montant facturé

Le montant facturé correspond à la somme des montants estimés pour chaque étape ProSA, chacune étant associée à un code TARMED et une durée spécifique. L'équation suivante présente la formule utilisée :

$$\text{Montant facturée}_i = \sum_{\text{étapes}} (\text{Quantité} * \text{Points totaux} * \text{Valeur du point Tarmed}) \quad \forall i \in \{\text{Institution}_1, \text{Institution}_2, \text{etc}\}$$

- **Quantité** : correspond à la durée nécessaire à la réalisation de l'étape (p.ex. : 20 min), divisée par l'unité de temps de facturation du code TARMED (p.ex. par 5 min). Les durées sont arrondies vers le haut (p. ex : 23 min → 25 min).
- **Points totaux** : correspond à la somme des points médicaux et techniques associés au code TARMED
- **Valeur du point TARMED** : fixée à 0.93 CHF, correspondant au point moyen utilisé dans le canton de Vaud.

Principes appliqués

Étapes incluses

Le montant facturé correspond uniquement à l'ensemble des étapes facturées ou facturables (limitation TARMED). Lorsque l'institution avait indiqué un code TARMED, mais pas clairement la durée nécessaire à la réalisation, aucun montant n'a été estimé. Le code indiqué est toutefois reporté en section 8.6.

Quantité facturée

Les limitations propres à chaque position TARMED sont prises en compte et ont été interprétées de la manière suivante :

- Limitation par séance : chaque entretien ProSA est considéré comme réparti sur deux séances distinctes. Par conséquent, si la limite est atteinte lors du premier entretien, elle est remise à zéro pour le second.
- Limitation par période (ex : 3 mois) : L'entièreté du ProSA étant réalisée dans un horizon temporel assez restreint (p.ex. : < 3 mois), lorsque la limitation est atteinte, le reste des étapes (i.e. durées) associées avec ce même code ne fait alors pas partie du montant facturé.

Cas particuliers

Pour les codes dont l'unité n'est pas temporelle (p.ex : 00.2285 et 00.2295) mais exprimés en nombre de lignes, une inférence a été faite. Dans ce cas, les deux codes ayant été mentionnés, il a été supposé que le ProSA rédigé contient entre 35 et 70 pages.

Valeur du point TARMED

La valeur du point TARMED n'a pas été appliquée selon l'institution, mais elle a été fixée sur la valeur moyenne vaudoise, permettant ainsi la comparabilité des estimations.

Multiplés codes indiqués pour la facturation des étapes « entretiens »

Dans le cadre de la facturation du premier et deuxième entretien (et parfois étape de « synthèse »), les mêmes codes TARMED peuvent être indiqués, avec plusieurs codes possibles. Dans ce cas, chaque code est traité séparément : une estimation du montant facturé est réalisée pour chacun des codes indiqués, en appliquant le même code à l'ensemble des entretiens.

Par exemple, si trois codes (A, B, C) sont indiqués pour les entretiens, trois estimations distinctes du montant facturé sont réalisées, chacune appliquant un seul code à l'ensemble des entretiens. Cela implique que si la limite de temps est atteinte lors du premier entretien dans une estimation donnée, aucun montant n'est estimé pour le deuxième entretien dans cette même estimation.

Ce principe s'assure que chaque estimation repose sur une logique cohérente et vise à éviter l'examen exhaustif de toutes les combinaisons possibles.

2. Estimation de la part facturée

La part facturée pour chaque institution a été calculée selon l'équation suivante :

$$Part\ facturée\ i(\%) = \frac{Durée\ facturée_i}{Durée\ ProSA_i} * 100 \forall i \in \{Institution_1, Institution_2, etc \dots\}$$

- **Durée facturée** : correspond à la somme du temps facturé estimée pour l'ensemble des étapes du ProSA, en tenant compte des limitations de temps facturable des différentes positions TARMED.
- **Durée ProSA** : correspond à la durée moyenne spécifique à chaque institution pour la réalisation du ProSA.

L'intervalle de la part facturée correspond à la valeur minimale et maximale estimée selon les différentes estimations du montant facturé, pour laquelle la durée facturée varie selon les possible codes TARMED indiquées.

3-Estimations du montant et de la part facturée sous TARDOC

L'estimation du montant et de la part facturée sous TARDOC suit les mêmes principes méthodologiques que ceux décrits précédemment, en utilisant les positions TARDOC correspondantes à celles de TARMED (cf. annexe 8.7).

Cas particuliers

Lorsque l'unité de facturation diffère entre TARMED et TARDOC (facturation au temps vs à l'acte, ou lignes vs minutes), une interprétation spécifique de la quantité et de la durée facturées de la position a été nécessaire selon la nature du changement :

A) Passage d'une facturation au temps à l'acte (ex : TARMED 02.0350-> TARDOC EA.05.0080) :

- Le montant facturé sous TARDOC est estimé sur la quantité facturable autorisée par la nouvelle position.
- La durée n'étant plus facturable, la totalité du temps auparavant facturable reste entièrement couverte par la nouvelle position sous TARDOC.

B) Passage d'une facturation en nombre de lignes à la minute (ex : TARMED 00.2285/00.2295-> TARDOC AA.25.0020) :

- Sous TARMED, le nombre de lignes facturées correspondait à une hypothèse formulée, introduisant une part d'incertitude. Pour éviter d'ajouter une nouvelle hypothèse liée au changement d'unité et garantir une comparaison homogène, le montant sous TARDOC a été ajusté de manière à reproduire un niveau de facturation proche de celui obtenu sous TARMED.
- La part facturée est estimée en supposant, comme sous TARMED, que l'ensemble du temps consacré à la synthèse est couvert par la position.

8.6 Liste des codes TARMED

Les codes TARMED listés ci-dessous correspondent à l'ensemble de code indiqué par l'HUG, le CHUV, le Centre de Gériatrie et Mémoire du réseau de santé Nord-Broye, et par les Centres de santé pour personnes âgées de la ville de Zurich. La valeur du point TARMED utilisée dans l'estimation du montant facturé est de 0.93 cts, correspondant au point moyen utilisée dans le canton de Vaud.

Code TARMED	Appellation de la prestation
00.0010/00.0020/00.0025 /00.0030	Consultation, première période de 5 min (consultation de base) / + Consultation par période de 5 min en plus pour 6-75 ans / par période de 5 min en plus pour < 6 ans ou ≥75 ans / + Consultation, 5 dernière minute
00.0050/00.0055	Entretien d'information du spécialiste avec le patient ou ses proches avant une intervention diagnostique ou thérapeutique, par période de 5 min pour 6–75 ans / par période de 5 min pour <6 ans ou ≥75 ans
00.0060/00.0070/00.0075/00.0080	Visite, première période de 5 min (visite de base) / + Visite par période de 5 min en plus pour 6-75 ans/ par période de 5 min en plus pour < 6 ans ou ≥75 ans / + Visite, dernière période de 5 min
00.0131/00.0141	Etude de dossier, en l'absence du patient, pour les personnes, par période de 1 min pour 6-75 ans/ par période de 1 min pour < 6 ans ou ≥75 ans
00.0132/00.0142	Obtention d'informations auprès de tiers, en l'absence du patient, par période de 1 min pour 6-75 ans/ par période de 1 min pour < 6 ans ou ≥75 ans
00.0133/00.0143	Renseignements donnés aux proches ou à d'autres personnes de référence du patient, en l'absence du patient, par période de 1 min pour 6-75 ans/ par période de 1 min pour < 6 ans ou ≥75 ans
00.0510/00.0515	Consultation spécifique par le spécialiste de premier recours, par période de 1 min pour 6-75 ans/ par période de 1 min pour < 6 ans ou ≥75 ans
00.0520	Consultation psychothérapique ou psychosociale par le spécialiste de premier recours, par période de 5 min
00.2285/ 00.2295	Rapport rédigé sans formulaire, 11 à 35 lignes de texte/ + Rapport rédigé sans formulaire, par 35 lignes de texte supplémentaires
02.0310	Traitement ambulatoire non médical en psychiatrie, séance individuelle, par période de 5 min
02.0360	Prestations en l'absence du patient par du personnel traitant non médical en psychiatrie, par période de 5 min
02.0350	Consultation téléphonique par du personnel soignant non médical en psychiatrie, par période de 5 min

8.7 Tableau de correspondance des codes TARMED et TARDOC indiqués par les institutions

Code TARMED	Appellation de la prestation	Limitation de quantité TARMED	Valeur du PT	Code TARDOC correspondant	Appellation de la prestation	Limitation de quantité TARDOC	Valeur du PT	Equivalent du PT sur échelle unitaire TARMED (p.ex.5min)
00.0010/ 00.0025/ 00.0030	Consultation, première période de 5 min (consultation de base) / + Consultation [...> 75 ans], par période de 5 min en plus/ + Consultation, 5 dernière minute	30 min/séance	18,61 18,61 9,31	AA.00.0010 AA.00.0020	Consultation médicale, 5 premières min + Consultation médicale, pour chaque min supplémentaire	20 min/séance pour ce bloc	19,2 3,84	19,2 19,2
00.0010/ 00.0020/ 00.0030	[...]/ + Consultation [...< 75 ans], par période de 5 min en plus/ [...]	20 min/séance	18,61 18,61 9,31	AA.00.0010 AA.00.0020	Consultation médicale, 5 premières min + Consultation médicale, pour chaque min supplémentaire	20 min/séance pour ce bloc	19,2 3,84	19,2 19,2
00.0055	Entretien d'information du spécialiste avec le patient ou ses proches avant une intervention diagnostique ou thérapeutique [...≥75 ans], par période de 5 min	60 min/cas	18,61	AA.00.0060	Temps de discussion avec le patient dans la phase de diagnostic/traitement pour la préparation, puis le suivi d'une intervention, par période de 1 min	60 min/90jrs	3,84	19,2
00.0050	Entretien d'information [...<75 ans], par période de 5 min	30 min/cas	18,61	AA.00.0060	Temps de discussion avec le patient dans la phase de diagnostic [...], par période de 1 min	60 min/90jrs	3,84	19,2
00.0060/ 00.0075/ 00.0080	Visite, première période de 5 min (visite de base) / + Visite [...≥75 ans], par période de 5 min en plus/ Visite, dernière période de 5 min	40 min/séance	35,28 18,61 9,31	AA.00.0030 AA.00.0040	Visite, première période de 5 min (visite de base) + Visite, pour chaque min supplémentaire	20 min/séance pour ce bloc	19,2 3,84	19,2 19,2

Code TARMED	Appellation de la prestation	Limitation de quantité TARMED	Valeur du PT	Code TARDOC correspondant	Appellation de la prestation	Limitation de quantité TARDOC	Valeur du PT	Equivalent du PT sur échelle unitaire TARMED (p.ex.5min)
00.0060/ 00.0070/ 00.0080	[...]/ + Visite [...<75 ans], par période de 5 min en plus/ [...]	25 min/séance	35,28	AA.00.0030	Visite, première période de 5 min (visite de base)	20 min/séance pour ce bloc	19,2	19,2
			18,61	AA.00.0040	+ Visite, pour chaque min supplémentaire		3,84	19,2
			9,31					
00.0131	Etude de dossier, en l'absence du patient, [...≥75 ans], par période de 1 min	60 min/3 mois pour GP10	3,72	AA.15.0010	Etude de dossiers provenant de tiers, en l'absence du patient, par période de 1 min	30 min/90 jrs pour GP- 002	3,84	19,2
00.0132	Obtention d'informations auprès de tiers, en l'absence du patient, [...≥75 ans], par période de 1 min		3,72	AA.15.0020	Renseignements en provenance de tiers ou à des tiers et prise de renseignements auprès de tiers en l'absence du patient, par période de 1 min	75 min/90jrs pour GP- 003	3,84	19,2
00.0133	Renseignements donnés aux proches ou à d'autres personnes de référence du patient, en l'absence du patient, [...≥75 ans], par période de 1 min		3,72	AA.15.0030	Renseignements en provenance de proches ou à des proches ou autres personnes de référence du patient en l'absence du patient, par période de 1 min			
00.0141	Etude de dossier, [...<75 ans], par période de 1 min	30 min/3 mois pour GP04	3,72	AA.15.0010	Etude de dossiers [...], par période de 1 min	30 min/90 jrs pour GP- 002	3,84	19,2
00.0142	Obtention d'informations [...<75 ans], par période de 1 min		3,72	AA.15.0020	Renseignements [...], par période de 1 min	75 min/90jrs pour GP- 003	3,84	19,2
00.0143	Renseignements donnés [...<75 ans], par période de 1 min		3,72	AA.15.0030	Renseignements [...], par période de 1 min			

Code TARMED	Appellation de la prestation	Limitation de quantité TARMED	Valeur du PT	Code TARDOC correspondant	Appellation de la prestation	Limitation de quantité TARDOC	Valeur du PT	Equivalent du PT sur échelle unitaire TARMED (p.ex.5min)
00.0510	Consultation spécifique par le spécialiste de premier recours, [...< 75 ans], par période de 5 min	30min/3 mois	18,61	CA.00.0030	Conseil par le médecin de famille, par période de 1 min	240 min/180jrs	3,84	19,2
00.0515	Consultation spécifique par le spécialiste de premier recours, [...> 75 ans], par période de 5 min	60min/3 mois	18,61	CA.00.0030	Conseil par le médecin de famille, par période de 1 min	240 min/180jrs	3,84	19,2
00.0520	Consultation psychothérapique ou psychosociale par le spécialiste de premier recours, par période de 5 min	60 min/séance	18,61	JZ.00.0020	Consultation de nature psychosociale, par période de 1 min	60min/séance	3,84	19,2
00.2285	Rapport rédigé sans formulaire, 11 à 35 lignes de texte	x1/séance	40,93	AA.25.002/ AA.25.0010	Rédaction d'un rapport médical à l'attention du patient ou d'un de ses proches, par période de 1 min/	20 min/séance	3,84	19,2
00.2295	+ [...], par 35 lignes de texte supplémentaires	-	33,49		Rédaction d'un rapport médical à l'attention d'un autre médecin, thérapeute ou de personnel infirmier, par période de 1 min	20 min/séance	3,84	19,2

Code TARMED	Appellation de la prestation	Limitation de quantité TARMED	Valeur du PT	Code TARDOC correspondant	Appellation de la prestation	Limitation de quantité TARDOC	Valeur du PT	Equivalent du PT sur échelle unitaire TARMED (p.ex.5min)
02.0310	Traitement ambulatoire non médical en psychiatrie, séance individuelle, par période de 5 min		8,94	EA.05.0010	Traitement ambulatoire par le personnel paramédical en psychiatrie, séance individuelle, par période de 1 min		1,99	9,95
02.0360	Prestations en l'absence du patient par du personnel traitant non médical en psychiatrie, par période de 5 min	240 min/semaine pour GP31	8,94	EA.05.0100/EA.05.010/EA.05.0120/EA.05.0130/EA.05.140	Etude de dossiers provenant de tiers par le personnel paramédical en psychiatrie, en l'absence du patient, par période de 1 min/[...]/Planification et évaluation écrite de la thérapie par le personnel paramédical en psychiatrie, en l'absence du patient, par période de 1 min	240min/séance pour GP152 (sauf EA.05.0080 : x1/jrs & 4/30jrs)	1,99	9,95
02.0350	Consultation téléphonique par du personnel soignant non médical en psychiatrie, par période de 5 min		8,94	EA.05.0070/EA.05.0080	Thérapie par télémedecine simultanée par le personnel paramédical en psychiatrie, par période de 1 min/Thérapie par télémedecine différée par le personnel paramédical en psychiatrie		1,99	9,95

Note : Pour permettre une comparaison cohérente entre TARMED et TARDOC, toutes les limites de quantité ont été converties et exprimées en minutes. La lecture de la colonne « Limitation de quantité TARDOC » correspond à une limite cumulée lorsqu'il est explicitement indiqué qu'elle se réfère à un groupe de prestations (GP) ou bloc de prestation. Par ailleurs, lorsqu'une limitation est définie au niveau d'un GP, elle peut couvrir d'autres prestations que celles figurant dans ce tableau.

8.8 Exemples de l'impact du passage au TARDOC sur la facturation du ProSA pour des positions spécifiques

Cette annexe présente ci-dessous plusieurs exemples illustrant de manière détaillée comment le passage TARDOC modifie les plafonds, durées facturables de certaines positions.

Exemple 1-Blocs de positions TARMED « 00.0010/00.0025/00.0030-Consultation [...] » et « 00.0060/00.0075/00.0080-Visites [...] » :

Sous TARMED, ces blocs permettaient de facturer jusqu'à 30 à 40 minutes, notamment pour les étapes de discussion. Sous TARDOC, les prestations équivalentes sont limitées à 20 minutes (cf. annexe 8.7), réduisant ainsi la part de la durée facturée. Par exemple, dans le cadre de l'estimation du Centres de santé pour personnes âgées de la ville de Zurich, l'utilisation de ces positions TARMED, dans la combinaison de codes de facturation du ProSA, permettait de facturer entre 62% à 70%³⁷ de la durée du ProSA, contre seulement 44%¹ sous TARDOC.

Exemple 2-Position TARMED « 00.00510-Consultation spécifique par le spécialiste de premier recours »

A l'inverse du cas précédent, le remplacement de cette position par la prestation TARDOC « CA.00.0030-Conseil par le médecin de famille, par période de 1min » permet de facturer davantage de minutes qu'auparavant. Dans le cas des centres de santé pour personnes âgées de la ville de Zurich, cette évolution fait passer la part de la durée facturée de 35% à 73%¹, entraînant mécaniquement une augmentation du montant facturé.

Exemple 3-Positions TARMED « 02.0310/02.0350/02.0360 », utilisées pour la facturation des prestations paramédicales en psychiatrie

Sous TARDOC, ces positions sont regroupées au sein du chapitre « EA.05-Prestations ambulatoires paramédicales en psychiatrie et gardent un plafond de facturation identique, soit quatre heures par semaine pour l'ensemble des positions du chapitre. Dans le cas de l'exemple du RSNB, l'effet du TARDOC sur la part de durée facturée est ainsi neutre. Cette limite reste contraignante dans le cadre du ProSA, où la durée de réalisation peut largement dépasser le plafond autorisé, d'autant plus que ces positions sont également utilisées pour facturer d'autres activités de soins au sein de l'institution.

Exemple 4-Effets de la suppression des distinctions d'âge sous TARDOC :

Il est important de noter que, dans le système TARDOC, les distinctions de prestations selon l'âge ont été supprimées (cf. annexe 8.7). Cela implique que les prestations TARMED qui bénéficiaient d'un niveau de facturation plus élevé pour les patients de plus de 75 ans conduisent, sous TARDOC, à une facturation plus basse. Pour les bénéficiaires de moins de 75 ans, l'effet de TARDOC sur les plafonds reste similaire ou légèrement inférieur (-5 de minutes). Par exemple, dans les estimations des HUG, l'utilisation du bloc de prestations « 00.0060/00.0070/00.0075/00.0080 - Visite » dans la facturation du ProSA conduisait à une durée de 80%¹ facturée pour les >75 ans et 73% pour les <75 ans. Sous TARDOC, cette proportion descend à 58%¹, peu importe l'âge du bénéficiaire.

³⁷ Ces pourcentages reflètent la part du temps total du ProSA facturée, en additionnant la part facturée via les positions analysées pour les étapes concernées et celle provenant des autres positions utilisées pour les étapes restantes.

8.9 Equation de recherche de la revue littéraire (PUBMED)

("Aged"[MeSH Terms] OR "Caregivers"[MeSH Terms] OR "elderly"[Title/Abstract] OR "Aged"[Title/Abstract] OR "caregiver*"[Title/Abstract] OR "carer*"[Title/Abstract] OR "surrogate*"[Title/Abstract] OR "frail"[Title/Abstract] OR "nursing home resident*"[Title/Abstract] OR "older adult*"[Title/Abstract]) AND

("Advance Care Planning"[MeSH Terms] OR "Advance Directives"[MeSH Terms] OR "advance directive*"[Title/Abstract] OR "advanced directive*"[Title/Abstract] OR "advance care plan*"[Title/Abstract] OR "advanced care plan*"[Title/Abstract]) AND

("Health Resources"[MeSH Terms] OR "Cost Savings"[MeSH Terms] OR "Costs and Cost Analysis"[MeSH Terms] OR "Health Expenditures"[MeSH Terms] OR "economics, medical"[MeSH Terms] OR "economics, hospital"[MeSH Terms] OR "Hospital Costs"[MeSH Terms] OR "cost*"[Title/Abstract] OR "price*"[Title/Abstract] OR "economic*"[Title/Abstract] OR "efficien*"[Title/Abstract] OR "spend"[Title/Abstract] OR "spending"[Title/Abstract] OR "expenditure"[Title/Abstract] OR "savings"[Title/Abstract] OR "out of pocket expen*"[Title/Abstract] OR "cost-effectiveness analysis"[Title/Abstract] OR "economic evaluation"[Title/Abstract] OR

"Quality of Life"[MeSH Terms] OR "Quality-Adjusted Life Years"[MeSH Terms] OR "Quality of Life"[Title/Abstract] OR "QOL"[Title/Abstract] OR "Health-Related Quality Of Life"[Title/Abstract] OR "quality of life*"[Title/Abstract] OR "qaly*"[Title/Abstract] OR "Health-Related Quality Of Life"[Title/Abstract] OR "well-being"[Title/Abstract] OR "Patient Preference"[MeSH Terms] OR "Patient Satisfaction"[MeSH Terms] OR "satisfaction"[Title/Abstract] OR "satisfaction with care"[Title/Abstract] OR "decision conflict"[Title/Abstract] OR

"Health Services for the Aged"[MeSH Terms] OR "Patient Care"[MeSH Terms] OR "end-of-life care"[Title/Abstract] OR "EOL care"[Title/Abstract] OR "end of life treatment*"[Title/Abstract] OR "palliative care*"[Title/Abstract] OR "terminal care*"[Title/Abstract] OR "life sustaining treatment*"[Title/Abstract] OR "life sustaining care*"[Title/Abstract] OR "life sustaining procedures*"[Title/Abstract] OR "life-prolonging treatment"[Title/Abstract] OR "long term care utilization"[Title/Abstract] OR "hospitalization"[Title/Abstract] OR "hospital admission"[Title/Abstract] OR "hospice care"[Title/Abstract] OR "hospice use"[Title/Abstract] OR "treatment outcome"[Title/Abstract] OR "homes for the aged"[Title/Abstract] OR "life support care"[Title/Abstract] OR "Health Care Utilization"[Title/Abstract] OR "health care use"[Title/Abstract] OR "Emergency Medical Services"[MeSH Terms] OR "emergency department visit*"[Title/Abstract] OR

"efficien*"[Title/Abstract] OR "effect*"[Title/Abstract] OR "impact"[Title/Abstract] OR "outcomes"[Title/Abstract] OR "benefit*"[Title/Abstract]) NOT

("Africa"[MeSH Terms] OR "Asia"[MeSH Terms] OR "South America"[MeSH Terms] OR "advance care planning/history"[MeSH Terms] OR "terminal care/history"[MeSH Terms] OR "patient preference/ethnology"[MeSH Terms] OR "patient satisfaction/ethnology"[MeSH Terms] OR "palliative care/history"[MeSH Terms] OR "hospice care/history"[MeSH Terms] OR "long term care/history"[MeSH Terms] OR "attitude to death/ethnology"[MeSH Major Topic] OR "Religion"[MeSH Major Topic] OR "health personnel/education"[MeSH Major Topic] OR "Attitude of Health Personnel"[MeSH Major Topic] OR "students, medical"[MeSH Terms] OR "Curriculum"[MeSH Terms] OR "Legal"[Title/Abstract])

8.10 Références des publications retenues dans la revue littéraire

- 1) Ashana, D. C., Chen, X., Agiro, A., Sridhar, G., Nguyen, A., Barron, J., Haynes, K., Fisch, M., Debono, D., Halpern, S. D., & Harhay, M. O. (2019). Advance Care Planning Claims and Health Care Utilization Among Seriously Ill Patients Near the End of Life. *JAMA network open*, 2(11), e1914471. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.14471>
- 2) Bond, W. F., Kim, M., Franciskovich, C. M., Weinberg, J. E., Svendsen, J. D., Fehr, L. S., Funk, A., Sawicki, R., & Asche, C. V. (2018). Advance Care Planning in an Accountable Care Organization Is Associated with Increased Advanced Directive Documentation and Decreased Costs. *Journal of palliative medicine*, 21(4), 489-502. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0566>
- 3) Bose Brill, S., Riley, S. R., Prater, L., Schnell, P. M., Schuster, A. L. R., Smith, S. A., Foreman, B., Xu, W. Y., Gustin, J., Li, Y., Zhao, C., Barrett, T., & Hyer, J. M. (2024). Advance Care Planning (ACP) in Medicare Beneficiaries with Heart Failure. *Journal of general internal medicine*, 39(13), 2487-2495. <https://doi.org/10.1007/s11606-024-08604-1>
- 4) Brazil, K., Carter, G., Cardwell, C., Clarke, M., Hudson, P., Froggatt, K., McLaughlin, D., Passmore, P., & Kernohan, W. G. (2018). Effectiveness of advance care planning with family carers in dementia nursing homes: A paired cluster randomized controlled trial. *Palliat Med*, 32(3), 603-612. <https://doi.org/10.1177/0269216317722413>
- 5) Brown, G., Jesus, S., Leboffe, E., Esch, A., & Newport, K. (2025). Advance Care Planning Billing Codes Associated With Decreased Healthcare Utilization in Neurological Disease. *Journal of healthcare management / American College of Healthcare Executives*, 70(1), 58-73. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-23-00234>
- 6) Denvir, M. A., Cudmore, S., Highet, G., Robertson, S., Donald, L., Stephen, J., Haga, K., Hogg, K., Weir, C. J., Murray, S. A., & Boyd, K. (2016). Phase 2 Randomised Controlled Trial and Feasibility Study of Future Care Planning in Patients with Advanced Heart Disease. *Sci Rep*, 6, 24619. <https://doi.org/10.1038/srep24619>
- 7) Gotanda, H., Walling, A. M., Reuben, D. B., Lauzon, M., & Tsugawa, Y. (2022). Trends in advance care planning and end-of-life care among persons living with dementia requiring surrogate decision-making. *Journal of the American Geriatrics Society*, 70(5), 1394-1404. <https://doi.org/10.1111/jgs.17680>
- 8) Gupta, A., Jin, G., Reich, A., Prigerson, H. G., Ladin, K., Kim, D., Ashana, D. C., Cooper, Z., Halpern, S. D., & Weissman, J. S. (2020). Association of Billed Advance Care Planning with End-of-Life Care Intensity for 2017 Medicare Decedents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(9), 1947-1953. <https://doi.org/10.1111/jgs.16683>
- 9) Hanson, L. C., Zimmerman, S., Song, M. K., Lin, F. C., Rosemond, C., Carey, T. S., & Mitchell, S. L. (2017). Effect of the Goals of Care Intervention for Advanced Dementia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA internal medicine*, 177(1), 24-31. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.7031>

- 10) Hickman, S. E., Unroe, K. T., Ersek, M., Stump, T. E., Tu, W., Ott, M., & Sachs, G. A. (2019). Systematic Advance Care Planning and Potentially Avoidable Hospitalizations of Nursing Facility Residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(8), 1649-1655. <https://doi.org/10.1111/jgs.15927>
- 11) Lakin, J. R., Neal, B. J., Maloney, F. L., Paladino, J., Vogeli, C., Tumblin, J., Vienneau, M., Fromme, E., Cunningham, R., Block, S. D., & Bernacki, R. E. (2020). A systematic intervention to improve serious illness communication in primary care: Effect on expenses at the end of life. *Healthcare (Amsterdam, Netherlands)*, 8(2), 100431. <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2020.100431>
- 12) Levy, C., Esmaeili, A., Smith, D., Hogikyan, R., Periyakoil, V., Carpenter, J. G., Sales, A., & Ersek, M. (2021). Family members' experience improves with care preference documentation in home based primary care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(12), 3576-3583. <https://doi.org/10.1111/jgs.17410>
- 13) Litzelman, D. K., Inui, T. S., Griffin, W. J., Perkins, A., Cottingham, A. H., Schmitt-Wendholt, K. M., & Ivy, S. S. (2017). Impact of Community Health Workers on Elderly Patients' Advance Care Planning and Health Care Utilization: Moving the Dial. *Medical care*, 55(4), 319-326. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000675>
- 14) Mauleon, J., & Staffileno, B. A. (2019). Integration of an Advance Care Planning Model in Home Health: Favorable Outcomes in End-of-Life Discussions, POLST Rates, and 60-day Hospital Readmissions. *Home healthcare now*, 37(6), 337-344. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000797>
- 15) O'Halloran, P., Noble, H., Norwood, K., Maxwell, P., Murtagh, F., Shields, J., Mullan, R., Matthews, M., Cardwell, C., Clarke, M., Morton, R., Shah, K., Forbes, T., & Brazil, K. (2020). Nurse-led advance care planning with older people who have end-stage kidney disease: feasibility of a deferred entry randomised controlled trial incorporating an economic evaluation and mixed methods process evaluation (ACReDiT). *BMC nephrology*, 21(1), 478. <https://doi.org/10.1186/s12882-020-02129-5>
- 16) O'Sullivan, R., Murphy, A., O'Caomh, R., Cornally, N., Svendrovski, A., Daly, B., Fitzgerald, C., Twomey, C., McGlade, C., & Molloy, D. W. (2016). Economic (gross cost) analysis of systematically implementing a programme of advance care planning in three Irish nursing homes. *BMC research notes*, 9, 237. <https://doi.org/10.1186/s13104-016-2048-9>
- 17) Oo, N. M., Scott, I. A., Maggacis, R., & Rajakaruna, N. (2019). Assessing concordance between patient preferences in advance care plans and in-hospital care. *Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association*, 43(4), 425-431. <https://doi.org/10.1071/AH18011>
- 18) Overbeek, A., Korfage, I. J., Hammes, B. J., Van der Heide, A., & Rietjens, J. A. C. (2019a). Experiences with and outcomes of Advance Care Planning in bereaved relatives of frail older patients: a mixed methods study. *Age and ageing*, 48(2), 299-306. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy184>
- 19) Overbeek, A., Korfage, I. J., Jabbarian, L. J., Billekens, P., Hammes, B. J., Polinder, S., Severijnen, J., Swart, S. J., Witkamp, F. E., van der Heide, A., & Rietjens, J. A. C. (2018). Advance Care Planning in Frail Older Adults: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(6), 1089-1095. <https://doi.org/10.1111/jgs.15333>

- 20) Overbeek, A., Polinder, S., Haagsma, J., Billekens, P., de Nooijer, K., Hammes, B. J., Muliaditan, D., van der Heide, A., Rietjens, J. A., & Korfage, I. J. (2019b). Advance Care Planning for frail older adults: Findings on costs in a cluster randomised controlled trial. *Palliative medicine*, 33(3), 291-300. <https://doi.org/10.1177/0269216318801751>
- 21) Rocque, G. B., Dionne-Odom, J. N., Sylvia Huang, C. H., Niranjana, S. J., Williams, C. P., Jackson, B. E., Halilova, K. I., Kenzik, K. M., Bevis, K. S., Wallace, A. S., Lisovicz, N., Taylor, R. A., Pisu, M., Partridge, E. E., Butler, T. W., Briggs, L. A., & Kvale, E. A. (2017). Implementation and Impact of Patient Lay Navigator-Led Advance Care Planning Conversations. *J Pain Symptom Manage*, 53(4), 682-692. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.11.012>
- 22) Skolarus, L. E., Lin, C. C., Bi, R., & Burke, J. F. (2024). Billed advance care planning visits may be occurring among older adults with high risk of mortality. *Archives of gerontology and geriatrics*, 126, 105526. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2024.105526>
- 23) Tilburgs, B., Koopmans, R., Vernooij-Dassen, M., Adang, E., Schers, H., Teerenstra, S., van de Pol, M., Smits, C., Engels, Y., & Perry, M. (2020). Educating Dutch General Practitioners in Dementia Advance Care Planning: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(6), 837-842.e834. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.09.010>
- 24) Turcotte, L., Scott, M. M., Petrich, W., Tanuseputro, P., & Kobewka, D. (2024). Quality of Advance Care Planning in Long-Term Care and Transfers to Hospital at the End Of Life. *Journal of the American Medical Directors Association*, 25(11), 105259. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.105259>
- 25) Verhoeff, K., Glen, P., Taheri, A., Min, B., Tsang, B., Fawcett, V., & Widder, S. (2018). Implementation and adoption of advanced care planning in the elderly trauma patient. *World journal of emergency surgery : WJES*, 13, 40. <https://doi.org/10.1186/s13017-018-0201-6>
- 26) Weissman, J. S., Reich, A. J., Prigerson, H. G., Gazarian, P., Tjia, J., Kim, D., Rodgers, P., & Manful, A. (2021). Association of Advance Care Planning Visits With Intensity of Health Care for Medicare Beneficiaries With Serious Illness at the End of Life. *JAMA health forum*, 2(7), e211829. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2021.1829>
- 27) Wolff, J. L., Scerpella, D., Giovannetti, E. R., Roth, D. L., Hanna, V., Hussain, N., Colburn, J. L., Saylor, M. A., Boyd, C. M., Cotter, V., McGuire, M., Rawlinson, C., Sloan, D. H., Richards, T. M., Walker, K., Smith, K. M., & Dy, S. M. (2025). Advance Care Planning, End-of-Life Preferences, and Burdensome Care: A Pragmatic Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA internal medicine*, 185(2), 162-170. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2024.6215>