



Un suivi plus intensif des patients atteints d'insuffisance cardiaque permet-il de réaliser des économies sur les dépenses de soins de santé ?

Référence

Scuffman PA, Ball J, Horowitz JD, et al; WHICH? II Trial Investigators. Standard vs. intensified management of heart failure to reduce healthcare costs: results of a multicentre, randomized controlled trial. *Eur Heart J* 2017;38:2340-8. DOI: 10.1093/eurheartj/ehx259

Analyse de

Barbara Claus, Facultéit
Farmaceutische Wetenschappen,
UGent; Ziekenhuisapotheek, UZ
Gent

Dans le cadre de la rationalisation des dépenses de soins de santé, il est fondamental que les structures de soins et les interventions de soins soient efficaces au regard du coût. L'objectif final est l'**efficience**, c'est-à-dire que l'investissement soit plus profitable à la santé. Dans le scénario idéal, l'investissement est récupéré sur le plan de la santé (c'est-à-dire, depuis l'atteinte du seuil de rentabilité jusqu'à la réduction des coûts). Ainsi apparaît un avantage économique chaque fois qu'une intervention permet d'éviter une hospitalisation dans notre contexte de soins. Déjà en 2006, des modèles de soins intégrés (chez les personnes âgées atteintes de multimorbidités) ont été mentionnés en raison de leur potentiel pour éviter les hospitalisations sans investissement substantiellement augmenté (1). Un commentaire publié récemment dans *Minerva* a discuté de l'approche de soins intégrés pour la fibrillation auriculaire, définie comme « l'offre de soins multidisciplinaires dans divers contextes au cours de différents stades du processus de soins ». On a observé une diminution de la mortalité globale et du nombre d'hospitalisations pour affection cardiovasculaire (2,3).

Une récente étude randomisée contrôlée (4) a examiné si un suivi intensif individualisé des patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique (n = 396) conduisait à une réduction des dépenses de soins de santé, par comparaison avec un groupe bénéficiant d'une prise en charge standard (n = 391). Les critères d'inclusion étaient l'insuffisance cardiaque chronique diagnostiquée à l'échographie et des symptômes de classe NYHA II à IV et au moins une admission pour insuffisance cardiaque aiguë décompensée. La population de l'étude était composée de personnes ayant en moyenne 74 ans, dont 59% étaient de sexe masculin, et, dans plus de la moitié des cas, il y avait présence de multimorbidités sur le plan des facultés cognitives (légères), d'une fibrillation auriculaire, d'une insuffisance rénale, d'une anémie et/ou d'une dépression (**score de comorbidité de Charlson** $6,9 \pm 2,4$). En Australie, l'assurance maladie prévoit déjà un suivi multidisciplinaire après le départ de l'hôpital (visite d'un membre du personnel infirmier dans les 14 jours et orientation vers d'autres spécialistes). Le programme intensifié étudié ici (le bras intervention de l'étude) a encore réparti les patients en différents profils de risque de soins avec chaque fois une approche plus ou moins intensive. Le suivi s'est déroulé en ambulatoire durant une période de 12 mois après le départ de l'un des quatre hôpitaux tertiaires participants en Australie.

Entre le bras de suivi intensif et le bras témoin, il n'y avait pas de différences quant aux coûts hospitaliers ou ambulatoires (critère de jugement primaire). Malgré tous les efforts pour la diversification et la personnalisation des soins, on n'a pas non plus trouvé de différence significative entre les bras d'étude quant aux critères de jugement secondaires, tels que le nombre d'hospitalisations, les admissions pour maladie cardiovasculaire, la survie sans événement hors de l'hôpital et la qualité de vie. Face à ces résultats plutôt décevants, quelques observations sont toutefois nécessaires. Tout d'abord, l'absence de progrès au niveau de la santé peut être liée au fait qu'en Australie, il existe déjà un suivi encadré et financé après le départ de l'hôpital. Il se peut donc que l'effet soit plafonné. Ensuite, cette étude suggère que la recherche doit se poursuivre pour trouver la forme la plus efficace d'approche intégrée en

première ligne. D'autres études ont montré qu'une approche intégrée dans l'insuffisance cardiaque chronique apporte peut-être une plus-value par rapport à une approche par une seule personne (5,6), mais qu'il est nécessaire de poursuivre l'étude et la mise au point du mode de mise en œuvre. Il est intéressant de mentionner à ce propos qu'une planification des soins personnalisés en première ligne sur le long terme au niveau des critères de jugement physico-psychiques s'est avérée utile dans le cadre d'affections chroniques telles que le diabète sucré (7,8). Le patient doit évidemment aussi être activement impliqué dans le plan de soins sélectionné (7).

Conclusion

Cette étude randomisée contrôlée menée en deuxième ligne montre qu'une approche intensive de soins individualisés chez des patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique n'apporte pas d'avantage supplémentaire sur le plan des coûts des soins de santé et d'autres paramètres en matière de santé. Les résultats de cette étude d'efficacité au regard du coût ne peuvent toutefois pas être extrapolés à notre contexte de soins car le groupe témoin a aussi bénéficié d'un suivi multidisciplinaire après l'hospitalisation.

Pour la pratique

Il est rare qu'un guide de bonne pratique traite d'une approche de soins coordonnés, multidisciplinaires et intégrés après la sortie de l'hôpital. L'étude randomisée contrôlée menée en deuxième ligne dont il a été question plus haut n'a pas pu montrer l'efficacité de cette approche chez des patients atteints d'insuffisance cardiaque. Il est cependant nécessaire de poursuivre la recherche en impliquant aussi la première ligne plus étroitement.

Références

1. Béland F, Bergman H, Lebel P et al. A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006;61:367-73. DOI: 10.1093/gerona/61.4.367
2. De Cort P. Fibrillation auriculaire : nécessité d'une approche de soins intégrés pour cette maladie complexe ? *MinervaF* 2018;17(2):28-31.
3. Gallagher C, Elliott AD, Wong CX, et al. Integrated care in atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis. *Heart* 2017;103:1947-53. DOI: 10.1136/heartjnl-2016-310952
4. Scuffman PA, Ball J, Horowitz JD, et al; WHICH? II Trial Investigators. Standard vs. intensified management of heart failure to reduce healthcare costs: results of a multicentre, randomized controlled trial. *Eur Heart J* 2017;38:2340-8. DOI: 10.1093/eurheartj/ehx259
5. Van Spall HG, Rahman T, Mytton O, et al. Comparative effectiveness of transitional care services in patients discharged from the hospital with heart failure: a systematic review and network meta-analysis. *Eur J Heart Fail* 2017;19:1427-43. DOI: 10.1002/ehfj.765
6. Stewart S, Carrington MJ, Marwick TH, et al. Impact of home versus clinic-based management of chronic heart failure: the WHICH? (Which Heart Failure Intervention Is Most Cost-Effective & Consumer Friendly in Reducing Hospital Care) multicenter, randomized trial. *J Am Coll Cardiol* 2012;60:1239-48. DOI: 10.1016/j.jacc.2012.06.025
7. Boeckxstaens P. Planification de soins personnalisés en cas de maladie chronique ? *MinervaF* 2015;14(10):124-5.
8. Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, et al. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 2015, Issue 3. DOI: 10.1002/14651858.CD010523.pub2