

## Soins intégrés

Lorsque les patients atteints de maladie chronique doivent être soignés par plusieurs prestataires dans différents établissements médicaux, le morcellement des soins peut produire des résultats médiocres sur le plan de la santé, des besoins non satisfaits ainsi qu'une utilisation et un coût excessifs des services. Les pays, conscients de la nécessité d'intégrer les services, élaborent de nouveaux modèles de soins visant à améliorer la santé de la population et le vécu des patients, à réduire les coûts des services de santé, à favoriser le bien-être des professionnels de santé et à promouvoir l'équité en matière de santé (OCDE, 2023<sup>[1]</sup>).

L'intégration optimale des différents niveaux de soins en ce qui concerne les patients atteints d'AVC et d'insuffisance cardiaque congestive (ICC) limite les réadmissions inutiles à l'hôpital et réduit la mortalité tout en optimisant les prescriptions médicales adaptées (Barrenho et al., 2022<sup>[2]</sup>). S'agissant des patients victimes d'AVC ou d'ICC qui sortent de l'hôpital, des résultats tels que les réadmissions, la mortalité et le respect des directives en matière de prescription permettent de déterminer dans quelle mesure les systèmes de santé parviennent à proposer des soins intégrés.

Le Graphique 6.33 illustre la proportion de patients ayant présenté des résultats médiocres dans l'année ayant suivi leur sortie de l'hôpital pour AVC ischémique ou ICC en 2021. En moyenne, 16 % des patients sortis de l'hôpital après un AVC sont décédés, tandis que 22 % ont été réadmis. L'Islande (30 %) et les Pays-Bas (32 %) enregistrent le moins de résultats médiocres – à la fois la mortalité et les réadmissions – ainsi que le nombre le plus bas pour chaque résultat médiocre. La République tchèque enregistre le plus grand nombre de résultats médiocres (53 %). En ce qui concerne l'ICC, la Lituanie affiche le taux le plus bas de résultats médiocres globaux (46 %), ce qui peut s'expliquer par l'accent mis récemment par les pouvoirs publics sur la santé numérique, qui facilite les échanges de dossiers médicaux et la coordination des soins et la prévention au stade des soins primaires (OCDE, 2018<sup>[3]</sup>) bien que l'intégration des soins reste perfectible. Dans le même temps, en Israël, 70 % des patients atteints d'ICC ont été victimes d'un événement indésirable, avec des taux également supérieurs à la moyenne de l'OCDE concernant la mortalité comme les réadmissions.

Le Graphique 6.34 montre que dans tous les pays disposant de données, la proportion de patients victimes d'un AVC ou d'une ICC décédés ou réadmis dans l'année ayant suivi leur sortie a diminué ces dernières années. Entre 2013 et 2021, le taux moyen a baissé de 7 % pour l'AVC et de 4 % environ pour l'ICC dans les pays de l'OCDE. Les baisses les plus importantes au cours de cette période ont été observées en Lituanie (18 %) pour l'AVC et au Japon (20 %) pour l'ICC. Dans la plupart des pays, la proportion de patients présentant des résultats médiocres est restée stable pendant la pandémie.

Les patients ayant été victimes d'un AVC ischémique devraient se voir prescrire des antihypertenseurs et des antithrombotiques pour la prévention secondaire après leur sortie d'hôpital. La prescription d'au moins un de ces médicaments dans les 18 mois qui suivent la sortie d'hôpital donne un aperçu de la qualité de l'intégration entre les soins hospitaliers et les soins extrahospitaliers (Barrenho et al., 2022<sup>[2]</sup>). Le Graphique 6.35 montre que le taux de prescription d'antihypertenseurs varie de 63 % en Autriche à 82 % en Suède, tandis que le taux de prescription d'antithrombotiques varie de 33 % en Lettonie à 94 % en Suède. Les excellentes performances de la Suède peuvent s'expliquer par des transferts d'informations adéquats entre les niveaux de soins et l'enregistrement des diagnostics (Dahlgren et al., 2017<sup>[4]</sup>).

### Définition et comparabilité

Les indicateurs se rapportent aux personnes âgées de 45 ans ou plus le jour de leur admission, présentant un épisode de soins intensifs non électifs (urgents) pour un premier événement vasculaire de type AVC ou ICC. Un premier événement a été défini chez les patients qui n'avaient pas été admis à l'hôpital en raison d'un AVC ischémique ou d'une ICC au cours des cinq années précédentes. Tous les pays ont appliqué cette période d'« élimination », à l'exception du Japon, qui a utilisé une période d'un an. L'année des indicateurs correspond à l'année de l'épisode de soins de référence, et les données couvrent les 365 jours suivants en ce qui concerne la mortalité et les réadmissions et les 548 jours suivants en ce qui concerne les prescriptions. Pour tous les pays, les données sont représentatives à l'échelle nationale, à l'exception du Japon, qui représente 30 % du réseau hospitalier national. Ces indicateurs nécessitent le couplage des données hospitalières, des registres de décès et des données relatives aux demandes de prescription/remboursement avec un identifiant unique pour chaque patient.

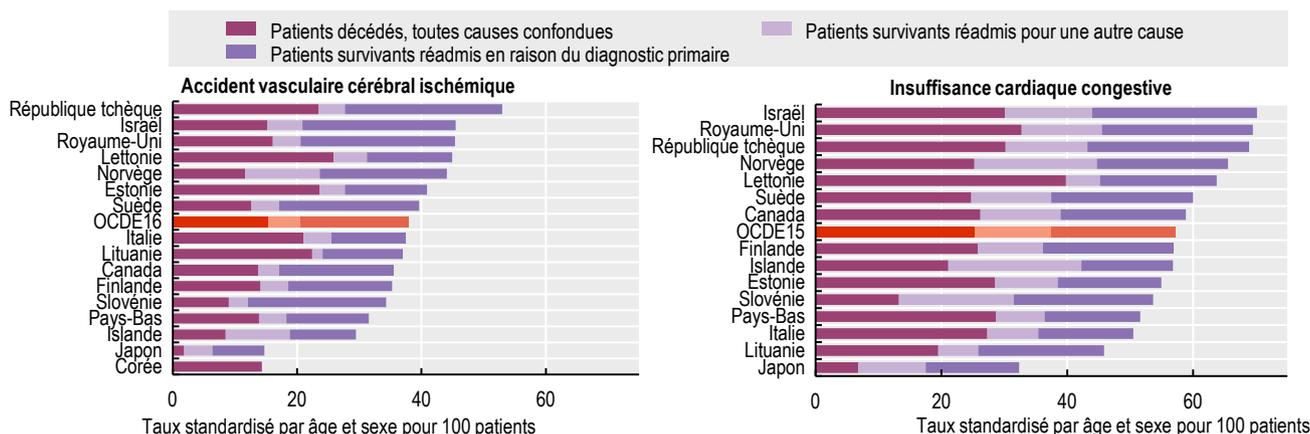
Dans le Graphique 6.33 et le Graphique 6.34, les données de la dernière année se rapportent à un épisode de référence en matière de soins qui remonte à 2021. Les données pour le Canada et la Finlande se rapportent aux patients dont l'épisode de référence remonte à 2019. Pour la Corée, les Pays-Bas, la Slovénie, l'Italie, l'Estonie, la Lettonie et la Norvège, les données se rapportent aux patients dont l'épisode de référence remonte à 2020.

Les définitions des soins intensifs d'urgence varient d'un pays à l'autre. La plupart des pays ont défini les soins intensifs d'urgence comme une hospitalisation via des soins d'urgence/non planifiés ou des soins curatifs immédiatement nécessaires.

### Références

- Barrenho, E. et al. (2022), "International comparisons of the quality and outcomes of integrated care : Findings of the OECD pilot on stroke and chronic heart failure", *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, No. 142, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/480cf8a0-en>. [2]
- Dahlgren, C. et al. (2017), "Recording a diagnosis of stroke, transient ischaemic attack or myocardial infarction in primary healthcare and the association with dispensation of secondary preventive medication: a registry-based prospective cohort study", *BMJ Open*, Vol. 7/9, p. e015723, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015723>. [4]
- OCDE (2023), *Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases: Best Practices in Public Health*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/9acc1b1d-en>. [1]
- OCDE (2018), *OECD Reviews of Health Systems: Lithuania 2018*, OECD Reviews of Health Systems, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264300873-en>. [3]

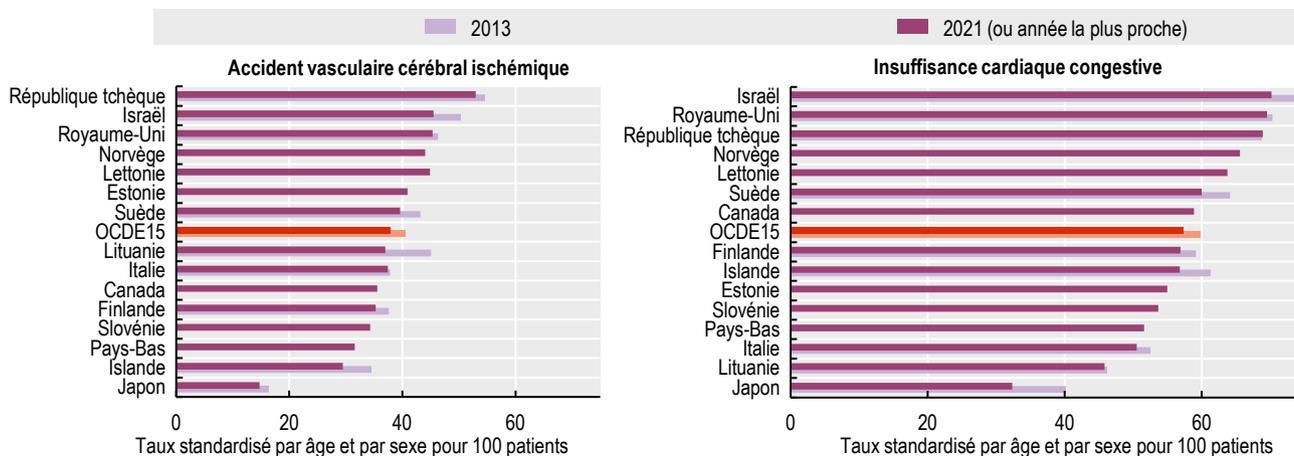
**Graphique 6.33. Patients victimes d'AVC ischémique ou d'ICC avec des résultats médiocres dans l'année ayant suivi leur sortie d'hôpital, 2021 (ou année la plus proche)**



Source : Collecte de données 2022-23 effectuée par l'OCDE sur la qualité et les résultats des soins de santé (HCQO), notamment des soins intégrés.

StatLink <https://stat.link/jtpynk>

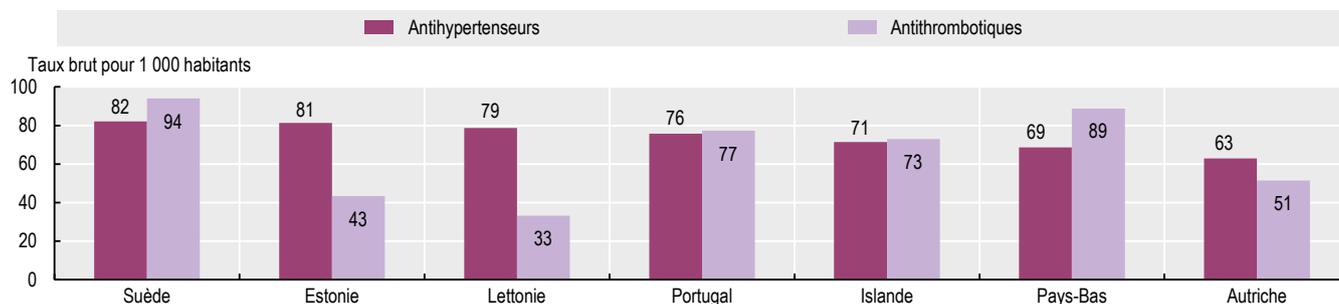
**Graphique 6.34. Patients décédés ou réadmis dans l'année ayant suivi leur sortie d'hôpital après un AVC ischémique ou une ICC, 2013 et 2021 (ou année la plus proche)**



Source : Collecte de données 2022-23 effectuée par l'OCDE sur la qualité et les résultats des soins de santé (HCQO), notamment des soins intégrés.

StatLink <https://stat.link/ali100>

**Graphique 6.35. Patients qui se sont vu prescrire au moins une fois des antihypertenseurs et des antithrombotiques dans les 18 mois ayant suivi leur sortie d'hôpital après un AVC ischémique, 2020 (ou année la plus proche)**



Source : Collecte de données 2022-23 effectuée par l'OCDE sur la qualité et les résultats des soins de santé (HCQO), notamment des soins intégrés.

StatLink <https://stat.link/pmvrqcr>



Extrait de :  
**Health at a Glance 2023**  
OECD Indicators

Accéder à cette publication :  
<https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>

**Merci de citer ce chapitre comme suit :**

OCDE (2023), « Soins intégrés », dans *Health at a Glance 2023 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/480d8858-fr>

Ce document, ainsi que les données et cartes qu'il peut comprendre, sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région. Des extraits de publications sont susceptibles de faire l'objet d'avertissements supplémentaires, qui sont inclus dans la version complète de la publication, disponible sous le lien fourni à cet effet.

L'utilisation de ce contenu, qu'il soit numérique ou imprimé, est régie par les conditions d'utilisation suivantes :  
<http://www.oecd.org/fr/conditionsdutilisation>.