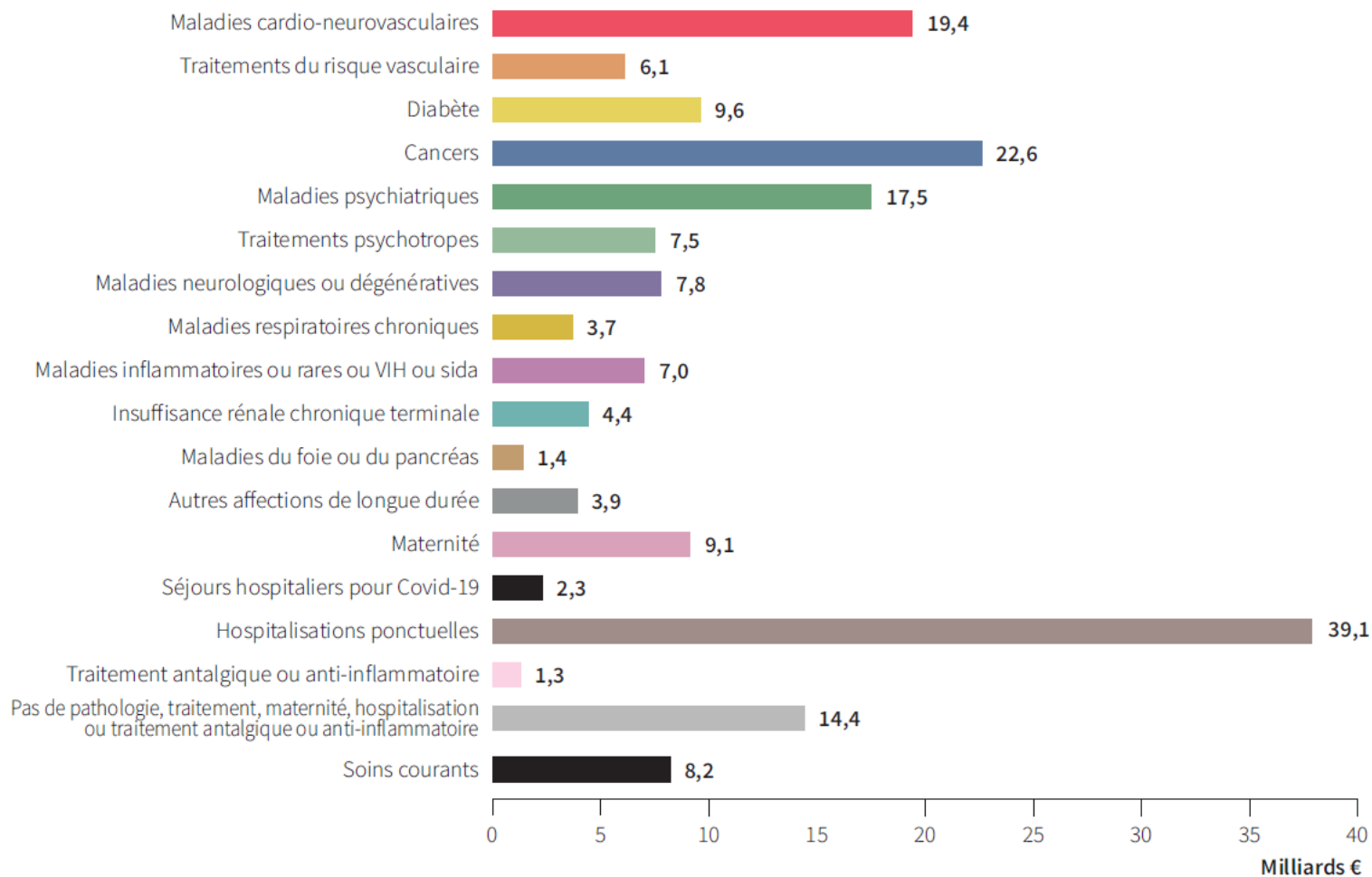


Éléments d'éclairage sur le parcours de soins des patients atteints de pathologies chroniques

DEPENSES TOTALES SELON LA PATHOLOGIE DU PATIENT (EN M€)



68,7
millions de
personnes prises
en charge

185
milliards d'euros
remboursés
+10,9 % par rapport
à 2020

35 %
de la population prise en
charge pour pathologie et/ou
traitement chronique
Pour une dépense moyenne
de **4 680 euros**

MALADIES CARDIO-NEUROVASCULAIRES

19,4 Mds €
[+ 8,6 % par rapport à 2020]

DIABÈTE

9,6 Mds €
[+ 7,0 %]

HOSPITALISATIONS POUR PRISE
EN CHARGE DU COVID-19

2,3 Mds €
[+ 45,3 %]

CANCERS

22,6 Mds €
[+ 11,5 %]

MALADIES PSYCHIATRIQUES

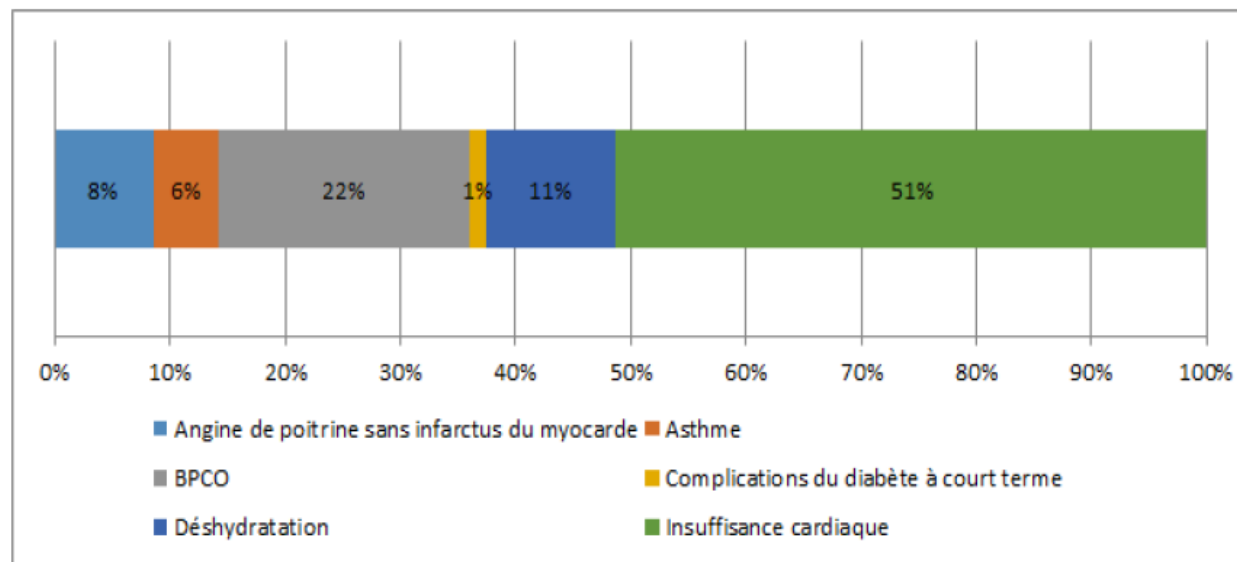
17,5 Mds €
[+ 7,5 %]

HOSPITALISATIONS PONCTUELLES

39,1 Mds €
[+ 14,3 %]

LES HOSPITALISATIONS POTENTIELLEMENT ÉVITABLES (HPE)

Figure 52. Part des séjours d'insuffisance cardiaque parmi l'ensemble des hospitalisations considérées évitables



Source : DREES, Études et Résultats n°1262, avril 2023

Hospitalisations évitables :

En 2017, 265 000 hospitalisations pour des pathologies chroniques auraient pu être évitées ; elles représentent un séjour hospitalier en médecine sur 40. Quatre personnes hospitalisées de manière évitable sur cinq ont 65 ans ou plus, et une sur trois 85 ans ou plus. Les HPE touchent fréquemment les mêmes patients.

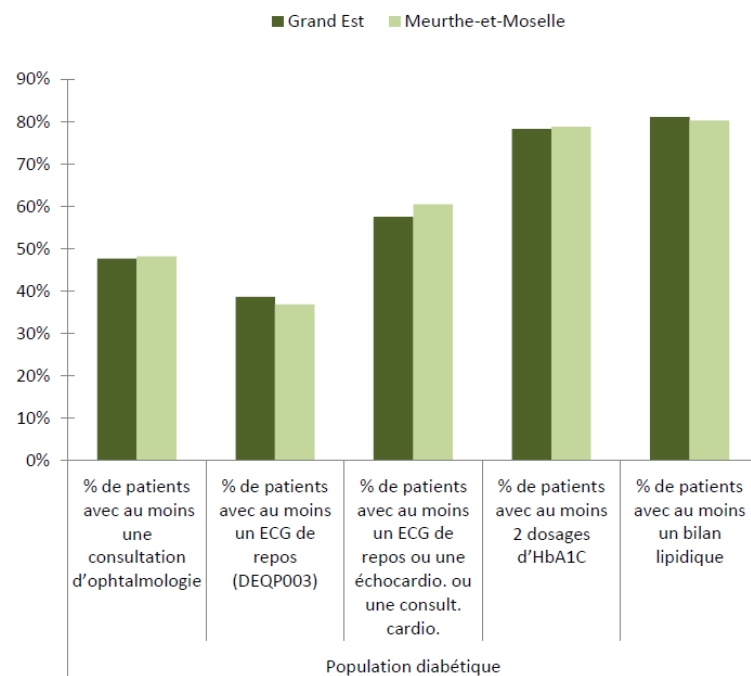
Le risque d'HPE augmente fortement pour les personnes n'ayant pas consulté leur médecin traitant au cours de l'année passée : ils ont un risque cinq fois et demie plus élevé de connaître une HPE que les personnes ayant consulté une ou deux fois leur médecin traitant. Il est également fortement accru parmi les personnes qui ont consulté à de nombreuses reprises (plus de neuf fois par an). En revanche, l'accessibilité aux médecins généralistes et le fait de résider dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV) n'ont pas d'effet significatif sur le risque d'HPE (Études et résultats N° 1262, avril 2023)

LE DIABÈTE (1/2) : LE DÉPISTAGE DES COMPLICATIONS ET L'ÉCART AUX SOINS

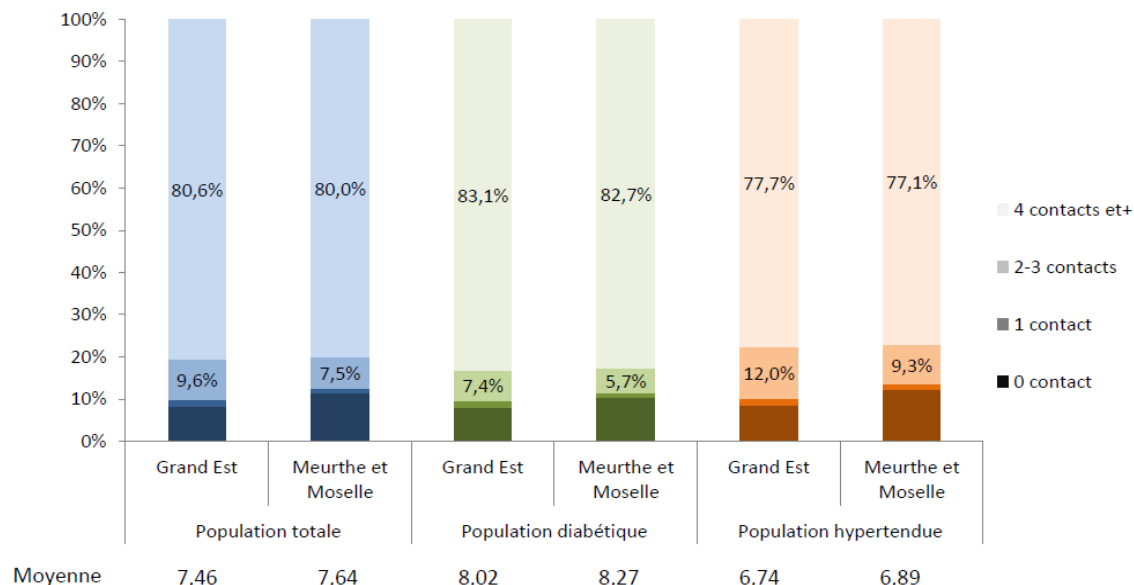
- Parmi les patients diabétiques :

- seuls 75% ont bien les 2 dosages d'hémoglobine glyquée par an *
- seuls 55% ont bien un ECG ou une consultation avec le cardiologue dans l'année *
- Environ 8% ne voient pas leur généraliste dans l'année

Examens recommandés réalisés en 2019 dans la population diabétique



Nombre de contacts auprès d'un médecin généraliste en 2019 (en ville ou en consultations externes hors actes techniques d'urgence - ATU)



Source : SNDS

4 * La cible de l'ensemble de ces indicateurs est de 100%

NB : Les données sont issues de travaux de la DRSM Grand-est, donc sur les assurés de cette région

LE DIABÈTE (2/2) : INDICATEURS DE LA QUALITE DU PARCOURS DE SOINS

Tableau 11. Caractéristiques des personnes diabétiques incidentes en 2021, selon le type et le niveau de sévérité du diabète

| Personnes nouvellement prises en charge pour diabète ^a en 2021 | N | % | Age moyen | Part d'hommes (%) | Part C2S ^b (%) | Dépense moyenne par individu (€) | | | |
|---|----------------|------------|-------------|-------------------|---------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|-----------------------|
| | | | | | | Dépenses ^c totales | Dépenses ^c hospitalières | Dépenses ^c de ville | Prestations en espèce |
| Ensemble des diabétiques incidents | 333 678 | | 60,5 | 55 | 21 | 6 639 | 3 251 | 2 622 | 766 |
| Diabétiques incidents classés en type 2, selon le niveau de sévérité ^d | | | | | | | | | |
| 4 | 1 897 | 1 | 61,7 | 67 | 25 | 48 698 | 33 606 | 13 593 | 1 499 |
| 3 | 89 720 | 28 | 65,2 | 68 | 18 | 11 049 | 6 122 | 3 994 | 933 |
| 2 | 13 044 | 4 | 58,3 | 51 | 24 | 11 680 | 5 516 | 5 175 | 989 |
| 1 | 214 676 | 67 | 60,8 | 52 | 20 | 3 842 | 1 535 | 1 719 | 588 |
| Total type 2 | 319 337 | 100 | 61,9 | 56 | 20 | 6 454 | 3 177 | 2 570 | 707 |

Source : Rapport Charges et produits pour 2024

28% des diabétiques de type 2 sont incidents en niveau 3 (c'est-à-dire qu'ils sont diagnostiqués au stade 3 de la maladie, sur 4 niveaux de sévérité, soit lors d'une complication donnant lieu à hospitalisation)

- D'un point de vue médico-économique : la dépense moyenne par patient incident en niveau 3 = 11 049 € (vs. 3842 € pour un patient au niveau 1)

Plus généralement, enjeux majeurs à dépister les patients le plus précocement possible pour améliorer leurs trajectoires de vie, et d'éviter la dégradation de leur état de santé

- D'un point de vue médico-économique : éviter 1% des transitions vers le niveau 4 = 6M€ annuels pour 13 500 patients ; évitant 1% les transitions vers le niveau 3 = 20M€ annuels pour 165 000 patients)

L'INSUFFISANCE CARDIAQUE (1/2) : LA RÉHOSPITALISATION ET L'HOSPITALISATION ÉVITABLE

Tableau 13. Sélection d'indicateurs produits pour l'Outil de Diagnostic Territorial

| | |
|---|-----------------|
| Patients pris en charge pour une insuffisance cardiaque (IC) en 2019 ^a | 656 500 |
| Nombre (%) de patients avec au moins un séjour pour IC en 2020 ou 2021 | 176 800 (26,9%) |
| <i>Indicateurs ci-dessous calculés pour les patients avec au moins un séjour</i> | |
| Durée moyenne du séjour index (jours) | 12,7 |
| Taux de patients admis en soins critiques ^b | 22,7% |
| Taux d'admission en établissement SMR ^c à 3 mois | 10,4% |
| Réhospitalisation pour IC (taux bruts) | |
| à 30 jours | 5,9% |
| à 3 mois | 13,9% |
| à 6 mois | 21,1% |
| Mortalité (taux bruts) | |
| intra-hospitalière | 11,0% |
| à 30 jours | 6,8% |
| à 3 mois | 22,6% |
| à 6 mois | 33,3% |

^aIl s'agit de la population de patients étudiée pour l'outil de diagnostic territorial : patients âgés de 18 ans ou plus, vivants au 1er janvier 2020 et non-résidents en EHPAD

^bPatients admis au cours du séjour index en réanimation ou en unités de soins intensifs ou surveillance continue

^c Soins médicaux de réadaptation polyvalents ou cardiologiques

Champ : tous régimes - France entière

Source : SNDS (Outil de Diagnostic Territorial de l'Insuffisance Cardiaque)

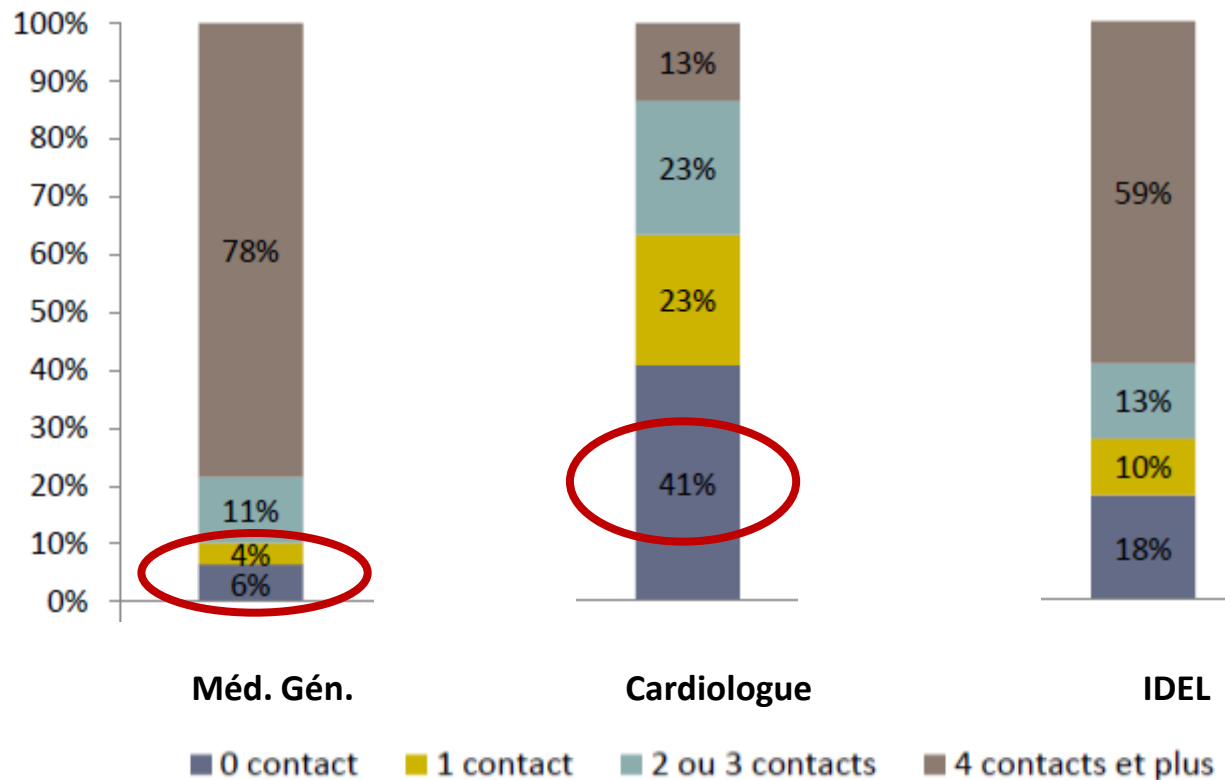
Parmi les patients atteints d'insuffisance cardiaque avec au moins un séjour hospitalier

- 22,7% sont admis en soins critiques
- 5,9% sont réhospitalisés à 30 jours pour IC
- 21,1% sont réhospitalisés à 6 mois pour IC

L'IC représente plus de 50% des hospitalisations évitables, au regard d'une mortalité intra-hospitalière qui s'élève à 11%

L'INSUFFISANCE CARDIAQUE (2/2) : INDICATEURS DU SUIVI AMBULATOIRE

Fréquence des contacts annuels des patients IC avec les professionnels de santé



Les recommandations de suivi ambulatoire annuel

« socle » (HAS) :

- 4 consultations / an auprès du MG
- 2 consultations / an auprès du cardiologue

Le suivi régulier et la coordination des acteurs de

soins : principal facteur de réduction du risque d'hospitalisations (notamment lorsqu'elles sont potentiellement évitables) et de maintien de la qualité de vie des patients

*Données issues de l'Outil de Diagnostic Territorial ODT de l'IC (développé par l'AM), France entière. Repérage des patients en 2019 puis suivi longitudinal du 01/01/2020 au 31/12/2021

LA MALADIE RÉNALE CHRONIQUE (MRC) : DÉPISTAGE ET TRAITEMENT

Parmi les patients à risque de MRC, la proportion des patients correctement dépistés par les dosages de la créatininémie + albuminurie/créatininurie sur échantillon urinaire est de :

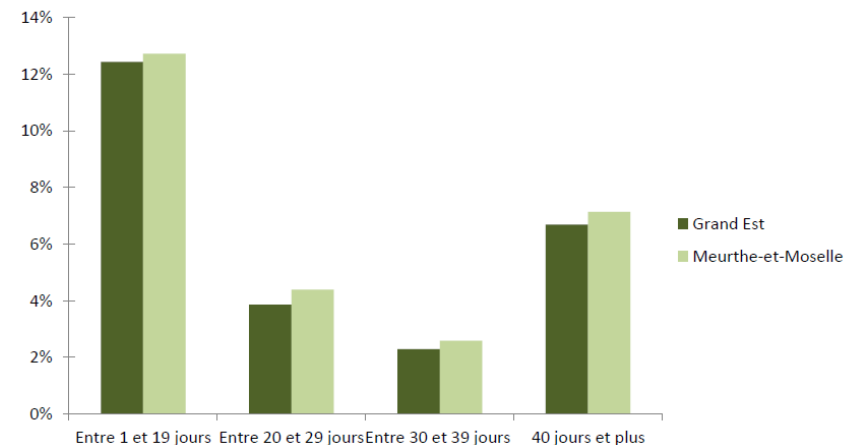
- 50% des patients diabétiques *
- 25% des patients hypertendus *

Parmi les patients à risque de MRC, la prescription de traitements néphrotoxiques est non négligeable (hors automédication) :

- 7% des patients ont une dose cumulée d'AINS supérieur à 40 jours

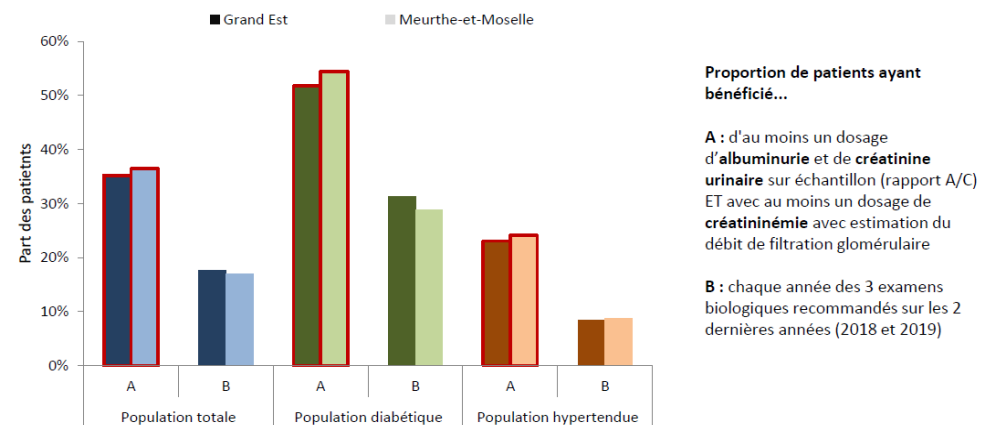
8 * La cible de l'ensemble de ces indicateurs est de 100%
 NB : Les données sont issues de travaux de la DRSM Grand-est, donc sur les assurés de cette région

Taux de patients, en 2019, sous (IEC ou ARA2) et diurétique avec une dose annuelle cumulées d'AINS de :



Source : SNDS

Taux de recours aux examens biologiques en 2019



Proportion de patients ayant bénéficié...

A : d'au moins un dosage d'albuminurie et de créatinine urinaire sur échantillon (rapport A/C) ET avec au moins un dosage de créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire

B : chaque année des 3 examens biologiques recommandés sur les 2 dernières années (2018 et 2019)

Source : SNDS

LA BPCO : LE SUIVI ANNUEL ET LA SORTIE D'HOSPITALISATION

Indicateurs liés à la prise en charge des patients à l'état stable

- Taux de réalisation d'une spirométrie ou d'une EFR chez les patients BPCO : **34,2%** des patients BPCO ont une spirométrie / EFR annuelle
- Taux de vaccination contre la Grippe : **52,7%** des patients BPCO sont vaccinés contre la grippe dont 33% chez les moins de 65 ans*
- Taux de vaccination contre le pneumocoque : **28,8%** des patients BPCO sont vaccinés contre le pneumocoque

Indicateurs de suivi à domicile après sortie d'hospitalisation pour exacerbation BPCO

- Taux de suivi médical dans les 7 jours après hospitalisation : **41,9%** sont suivis dans les 7j après hospitalisation
- Taux de suivi par le pneumologue dans les 2 mois après hospitalisation : **30,9%** sont suivis par un pneumologue dans les 60 j après hospitalisation
- Taux de délivrance du traitement par BDLA dans les 3 mois suivant l'hospitalisation : **74%** des patients ont un traitement par BDLA en sortie d'hospitalisation (58% des plus de 85 ans)
- Soins de rééducation dans les 90 jours après hospitalisation : **31,1%** des patients BPCO bénéficient de la rééducation respiratoire (en établissement ou en ambulatoire)

* La cible de l'ensemble de ces indicateurs est de 100%

NB : Les données sont issues de travaux de la DRSM Haut-de-France, donc sur les assurés de cette région

PREMIERES INTERROGATIONS SUR LA PERTINENCE ET QUALITÉ DES SOINS

- Comment améliorer la prise en charge des patients atteints de maladies cardio-vasculaires et associées ?
- Enjeux pré-identifiés :
 - Dépistage précoce
 - Prise en compte des modes de vie dans une perspective d'adoption de comportements favorables à la santé
 - Qualité du parcours ambulatoire et de la coopération entre les médecins et les professionnels intervenant auprès du patient,
 - Repérage et prise en charge des co-morbidités, sources de complications et d'aggravation (*ex. insuffisance cardiaque et maladie rénale chronique, syndrome coronarien chronique et insuffisance rénale,...*)
 - Qualité de la prise en charge hospitalière et du suivi global en sortie d'hospitalisation

Annexe

CONVENTION MÉDICALE FOCUS- PERTINENCE ET QUALITÉ DES SOINS

MALADIES CARDIOVASCULAIRES ET ASSOCIÉES : FACTEURS DE RISQUE COMMUNS À FORTE PRÉVALENCE ET INTERACTIONS ENTRE LES PATHOLOGIES

