

Apport d'un système d'exceptions dans la mesure des indicateurs de la ROSP :  
Exemple des indicateurs concernant le diabète, l'hypertension artérielle, les benzodiazépines et les statines

3<sup>e</sup> journée recherche de la SFTG  
8 février 2014

G. Blanc-Garin, E. Dania-Jambu, M. Plantureux, A-L Parant,  
A. Simavonian, R. Sourzac, H. Falcoff



# Plan

- **Introduction**
- Méthode
- Résultats
- Discussion
- Conclusion

## Contexte

- En France : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP)
  - Nouvelle convention en juillet 2011
  - ROSP en vigueur depuis janvier 2012
- Au Royaume-Uni : *Quality and Outcomes Framework* (QOF)
  - En place depuis 2004
  - *Exception reporting*
- Indicateurs : outils clés du paiement à la performance

# ROSP

- 29 indicateurs de qualité
- Thèmes
  - Gestion du cabinet : 5 indicateurs (400 pts)
  - Pathologies chroniques : 9 indicateurs (250 pts)
  - Prévention et santé publique : 8 indicateurs (250 pts)
  - Efficience : 7 indicateurs (400 pts)
- Patientèle « médecin traitant »
- Mesure
  - Externe : SNIIRAM
  - Interne : « déclaratif »

## *Exception reporting*

- Définition : exclusion des patients pour lesquels l'indicateur n'est pas pertinent
- Avantages
  - Protéger les patients contre des prises en charge inappropriées
  - Augmenter l'acceptabilité
  - Diminuer le risque de refus de soin
- Risque
  - *Gaming*
- *Exception reporting* et *gaming* faibles

## Exceptions du QOF pour les indicateurs cliniques

- A. Refus du suivi
- B. Indicateur inapproprié
- C. Durée de suivi insuffisante
- D. Traitement à la dose maximale tolérée
- E. Prescription inappropriée
- F. Intolérance au traitement
- G. Refus des explorations ou traitements
- H. Pathologie intercurrente rendant inapproprié le traitement de la pathologie
- I. Offre médicale indisponible

# Objectifs de notre travail

- Objectif principal
  - L'introduction des exceptions modifie-t-elle significativement le niveau des indicateurs conventionnels ?
- Objectifs secondaires
  - Quelles sont les exceptions pertinentes dans le système de soins français ?
  - Les exceptions incitent-elles à redéfinir l'indicateur ?
  - La prise en compte des exceptions dans la mesure des indicateurs est-elle faisable ?

# Plan

- Contexte
- **Méthode**
- Résultats
- Discussion
- Conclusion

## Groupe de travail

- 3 médecins généralistes, directeurs de thèse
- 4 thésards médecins généralistes
  - Prescription de statines dans le répertoire des génériques
  - Encadrement de la prescription des benzodiazépines
  - Diabète
  - HTA

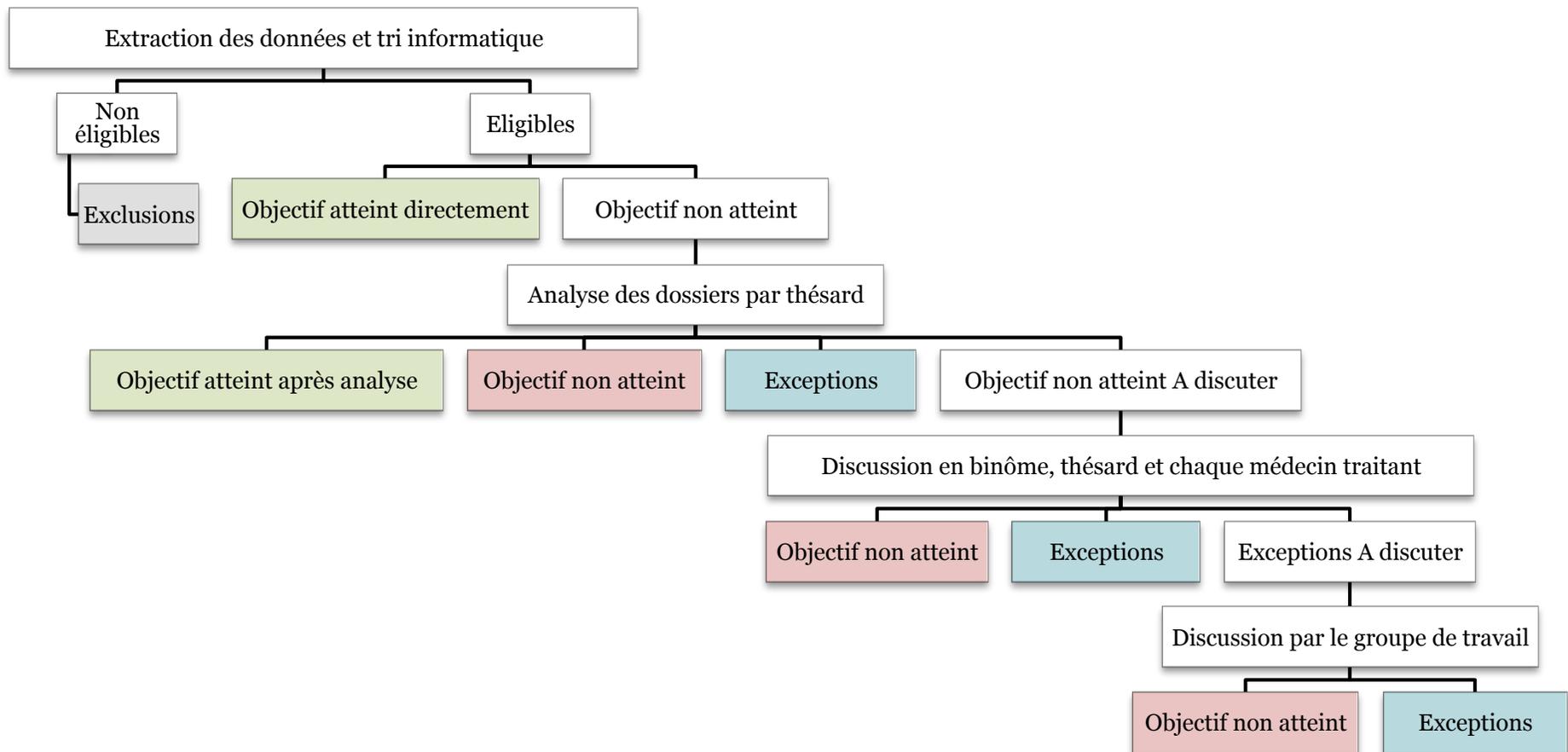
## Indicateurs étudiés

Thème	Indicateurs	Objectifs
<b>Diabète</b>	Nombre de patients diabétiques de type 2 dont les résultats d'HbA1c sont < 8,5%	≥ 90%
	Nombre de patients diabétiques de type 2 dont les résultats d'HbA1c sont < 7,5%	≥ 80%
	Nombre de patients traités par antidiabétiques bénéficiant de 3 à 4 dosages d'HbA1c dans l'année	≥ 65%
<b>Hypertension artérielle</b>	Nombre de patients traités par antihypertenseurs dont la pression artérielle est ≤ 140/90mmHg	≥ 60%
<b>Benzodiazépines</b>	Nombre de patients de plus de 65 ans traités, rapporté au nombre de patients de plus de 65 ans	≤ 5%
	Nombre de patients ayant débuté un traitement par BZD à partir de 01/01/2012 et d'une durée > 12 semaines, rapporté au nombre de patients ayant débuté un traitement par BZD	≤ 12%
<b>Statines</b>	Prescription des statines dans le répertoire des génériques <u>2011</u> rapportée à l'ensemble des statines prescrites	≥ 70%

# Population étudiée

- Patientèle médecin traitant des 3 médecins généralistes
  - 2 installés à Paris dans le 13<sup>e</sup> arrondissement
  - 1 installé à Paris dans le 14<sup>e</sup> arrondissement
  - Maîtres de stage
- Logiciels
  - éO médecin
  - Médiclick
- Patients
  - patients diabétiques
  - patients hypertendus
  - patients > 65 ans
  - patients ayant primoprescription de BZD
  - patients ayant une prescription de statines

# Qualification des patients



# Calcul des indicateurs et du taux d'exception

- Indicateur de base

$$I_0 = \frac{\text{nombre de patients à l'objectif}}{\text{nombre total de patients concernés}}$$

- Indicateur avec prise en compte des exceptions

$$I_1 = \frac{\text{nombre de patients à l'objectif}}{(\text{nombre total de patients concernés}) - (\text{nombre de patients en exception})}$$

- Taux d'exception

$$T_e = \frac{\text{nombre de patients en exception}}{\text{nombre total de patients concernés}}$$



# Plan

- Contexte
- Méthode
- **Résultats**
- Discussion
- Conclusion

## Population étudiée

- 130 patients diabétiques
- 349 patients hypertendus
- 571 patients > 65 ans
- 69 patients ayant primoprescription de BZD
- 269 patients ayant une prescription de statines

## Catégories d'exceptions retrouvées

Diabète

HTA

Durée de suivi insuffisante	4	17
Indicateur inapproprié pour le patient / Pathologie ou événement intercurrent	2	7
Traitement maximal toléré	1	6
Patients voyageurs	9	2
Patients suivis par un spécialiste	15	8
Mauvais reflet de l'équilibre de la PA par la mesure		7

## Catégories d'exceptions retrouvées (BZD longues)

Echec d'arrêt du traitement dans les 5 dernières années	2
Prescription effectuée par d'autres médecins (psychiatres ou non)	10
Troubles psychiatriques sévères et démence	9
Nouveaux patients (suivis < 2 ans)	2
Suivi aléatoire	5

## Catégories d'exceptions retrouvées (BZD >12 semaines)

Benzodiazépine initiée par un psychiatre ou autre médecin	6
Benzodiazépine renouvelée par psychiatre ou autre médecin	4
Contexte environnemental fortement anxiogène	5

## Catégories d'exceptions retrouvées (statines)

Déséquilibre du LDLc avec statines génériques	8
Déséquilibre des TG avec statines génériques	4
Intolérance au traitement : Effets indésirables avec les statines génériques	9
Patients suivis par un spécialiste	58
Primo-prescription par le médecin antérieur	15

# Niveau des indicateurs du diabète et taux d'exceptions

		Dr F	Dr S	Dr R	Total
Indicateur HbA1c < 8,5%	Sans exception	93,0	90,5	64,9	82,8
	Avec exceptions	97,6	92,7	82,8	91,0
	Taux d'exceptions	4,7	2,4	21,6	9,0

		Dr F	Dr S	Dr R	Total
Indicateur HbA1c < 7,5%	Sans exception	76,7	85,7	59,5	74,0
	Avec exceptions	84,6	90,0	75,9	83,5
	Taux d'exceptions	9,3	4,8	21,6	11,5

		Dr F	Dr S	Dr R	Total
indicateur 3-4 HbA1c dans l'année	Sans exception	52,4	52,6	35,5	46,8
	Avec exceptions	66,7	69,0	52,4	62,7
	Taux d'exceptions	21,4	23,7	32,2	25,2

## Niveau de l'indicateur du contrôle de l'HTA et taux d'exceptions

	<b>Dr S</b>	<b>Dr F</b>	<b>Dr R</b>	<b>Total</b>
<b>Indicateur de base (%)</b>	55,6	42,8	65,1	53,7
<b>Indicateur avec AMT (%)</b>	59,4	63,9	72,5	65,2
<b>Indicateur avec AMT et exceptions (%)</b>	75,0	72,0	79,8	75,4
<b>Taux d'exception (%)</b>	20,7	11,3	9,2	13,5

## Niveau des indicateurs des BZD et taux d'exceptions

		Dr F	Dr S	Dr R	Total
Indicateur : BZD ½ vie longue > 65 ans	Sans exception (%)	8,78	6,83	8,29	8,1
	Avec exceptions (%)	5,08	4,46	3,59	4,4
	Taux d'exceptions (%)	44,4	36,4	58,8	47,8

		Dr F	Dr S	Dr R	Total
Indicateur : Primoprescription BZD > 12 semaines	Sans exception (%)	29,4	23,5	20,0	23,2
	Avec exceptions (%)	7,7	7,1	9,7	8,6
	Taux d'exceptions (%)	80,0	75	57,1	68,8

## Niveau de l'indicateur des statines et taux d'exceptions

	<b>Patientèle Dr S</b>	<b>Patientèle Dr F</b>	<b>Patientèle Dr R</b>	<b>Total</b>
<b>Indicateur sans exception (%)</b>	38,0	50,0	73,1	49,44
<b>Indicateur avec exception (%)</b>	69,4	70,3	88,4	70,74
<b>Taux d'exception (%)</b>	45	29	17	30

# Plan

- Contexte
- Méthode
- Résultats
- **Discussion**
- Conclusion

# Apport des exceptions

- Intérêts pour les médecins
  - Amélioration du niveau des indicateurs
  - Reflet fidèle de la pratique
  - Acceptabilité
  - Pas de pénalisation du médecin
  - Démarche d'amélioration de la qualité
- Intérêts pour les patients
  - Protection contre les thérapeutiques inadaptées
  - Diminution du risque de sélection
  - Amélioration de la prise en charge

## Forces et faiblesses de l'étude

- Biais de l'étude
  - Lié au matériel de l'étude
    - 3 médecins au profil similaire
  - Lié à la méthode
    - Classement des patients par le binôme MT-thésard
    - Classement par le groupe de travail
- Points forts
  - Étude menée finement patient par patient
  - Auto-évaluation sous le contrôle du thésard
  - Atmosphère de respect et de confiance

# Critique des indicateurs du diabète

- Critères d'inclusions/exclusions
  - Multiples critères
  - Différents entre les indicateurs
  - Procédé d'analyse des patients complexes
- Valeurs de l'HbA1c
  - Pas d'adaptation à la situation clinique
  - Risque d'effet délétère
- Fréquence des HbA1c

# Critique de l'indicateur du contrôle de l'HTA

- Indicateur inadapté aux patients de plus de 80 ans
  - Risque de iatrogénie
  - Recommandations : PA  $\leq$  150/90 mmHg
- Indicateur sur mesure unique
  - Mauvais reflet de la pratique et de l'équilibre tensionnel
  - Indicateur fondé sur l'AMT ou sur une moyenne de mesures
- Objectif unique pour tous les hypertendus ?
  - Manque de cohérence entre les recommandations
  - Indicateur à limiter aux hypertendus non diabétiques, non insuffisants rénaux



## Critique de l'indicateur concernant les BZD

- Prise en compte des prescriptions effectuées par d'autres médecins
- BZD à durée de vie longue peuvent s'avérer utiles lors des tentatives de sevrages

# Critique de l'indicateur concernant les statines

- Indicateur dit « d'efficience » → Objectif médico-économique
  - Ne permet pas de distinguer le type de prévention et les populations de patients à qui s'adressent les différentes statines.
  - Le fait de favoriser la prescription des statines dans le répertoire des génériques reflète-t-il correctement les données issues des études publiées ?
  - Atorvastatine réputée plus hypolipémiante que les statines génériques (Ex : Etude IDEAL) dans le post-infarctus avec la supériorité de l'Atorvastatine 80 mg versus Simvastatine 20 mg

# Critiques communes

- Responsabilité de la prescription
- Objectifs cibles
  - Opacité de la méthode pour les fixer
  - Quel objectif idéal ?
    - Objectif optimal
    - Objectif fixé selon la distribution actuelle de l'indicateur
    - *Benchmarking*

# Faisabilité d'un système d'exceptions

- Chronophage
- Codage pathologies / Données structurées
  - Logiciels médecins adaptés
  - Valorisation du codage
- Codage des exceptions
- Discussion en groupe d'échange de pratique
  - Analyse des patients non à l'objectif
  - Élaboration collective de pistes d'amélioration

## Perspectives

- Etude sur un échantillon représentatif de médecins
  - Validation des exceptions retrouvées
  - Identification éventuelle de nouvelles exceptions
- Etude d'autres indicateurs
- Etude de la faisabilité du codage des exceptions

# Plan

- Contexte
- Méthode
- Résultats
- Discussion
- **Conclusion**

## Conclusion

- Modification du niveau des indicateurs par la prise en compte des exceptions
- Levier puissant pour l'amélioration des pratiques
- Chronophage, non faisable pour tous les indicateurs
- Valorisation par des incitations ou par le Développement Professionnel Continu



**Merci pour votre attention.**