

Atelier SFTG

Maîtrisez vos indicateurs de
qualité des soins !

A-M Magnier, I de Beco, H Falcoff

4e Congrès national de médecine générale

Nice, 25 juin 2010

Définitions (HAS)

- **Référence** : information validée dont la source peut être scientifique (recommandations, EBM...), réglementaire, éthique...
- **Critère (de qualité)** : énoncé d'un moyen ou d'un élément permettant de satisfaire une référence.
- **Indicateur (de qualité)** : mesure d'un état de santé, d'une pratique ou de la fréquence d'un événement qui permet d'estimer de manière valide et fiable la qualité des soins et ses variations dans le temps.
L'indicateur est la mesure du critère.

Autre définition d'«Indicateur» (Campbell 2002, Gro1 2007)

- Élément mesurable de la pratique (structure, procédures, résultats) qui, sur la base de preuves scientifiques (*evidence*) ou d'un consensus, peut être utilisé pour évaluer la qualité des soins et l'évolution dans le temps de cette qualité.

Exemple

- **Référence** (Inca) : le dépistage du cancer du col de l'utérus est recommandé chez toutes les femmes de 25 à 65 ans ; les deux premiers frottis sont réalisés à un an d'intervalle, puis tous les 3 ans, si ces deux premiers frottis sont normaux.
- **Critère** : le médecin généraliste doit proposer un frottis selon les délais recommandés à toutes ses patientes entre 25 et 65 ans, ou s'assurer que ce frottis est réalisé par un confrère (généraliste ou gynécologue).
- **Indicateur de qualité de la pratique** : proportion de femmes âgées de 25 à 65 ans pour lesquelles on trouve dans le dossier une information sur la réalisation d'un frottis datant de moins de 42 mois. Les femmes vierges, ayant une pathologie du col, ayant subi une ablation du col, et celles qui refusent le frottis, sont exclues de la mesure.

Quels éléments des soins mesurer ? 1/2

- **La structure** (l'infrastructure, l'organisation, les moyens).
- **Les procédures** (ce qu'on a fait) : c'est le niveau essentiel (celui qui dépend de nous).
- **Les résultats** (en termes de santé pour le patient) : c'est le but à atteindre, mais nombreux facteurs hors de notre contrôle. Si on veut comparer des résultats : nécessité d'ajuster la mesure sur les caractéristiques socioéconomiques des patientèles.

Quels éléments des soins mesurer ? 2/2

- Thèmes constituant des « gisements de qualité » :
 - variations inexplicables de pratique,
 - données externes montrant que les soins ne sont pas optimaux,
 - problèmes de sécurité (accidents, erreurs),
 - insatisfaction des patients ou des professionnels,
 - problème d'efficience.
- Développer des indicateurs = effort important
=> choisir des thèmes fortement **prévalents** dans la pratique.

Structure d'un indicateur

- Indicateur = **proportion**
- **Dénominateur** : nombre de personnes concernées par l'indicateur
- **Numérateur** : nombre de personnes pour qui l'indicateur est présent
- **Exceptions** : nombre de personnes à retirer du dénominateur

Méthode de développement des indicateurs 1/2

- Publications convergentes dans la littérature : méthode basée sur la **combinaison de preuves scientifiques et de consensus d'experts**.
- Approche systématique, méthodique, rigoureuse.
- Choix du thème (cf précéd).
- Littérature quelles recommandations, quels indicateurs déjà disponibles sur ce thème ?
- Proposition d'indicateurs extraits des recommandations, traduction et adaptation des indicateurs disponibles.

Méthode de développement des indicateurs 2/2

- Soumission des indicateurs aux experts pour validation et hiérarchisation (**experts = médecins généralistes experts**).
- Méthodes peuvent différer légèrement mais principe général **consensus formalisé d'experts** (HAS).
- Chaque expert cote de 1 à 9 la validité (l'indicateur est lié à la qualité), la clarté de l'énoncé, et la faisabilité de la mesure.
- Deux « rounds », parfois séparés par une réunion.
- La règle pour écarter ou retenir un indicateur peut varier légèrement (exemple : on retient les indicateurs dont la cotation moyenne est entre 7 et 9 et que personne n'a coté entre 1 et 3).

Intérêt du panel d'experts

- Les « preuves » sont souvent faibles ou discordantes, et nécessitent une interprétation.
- Pour la même procédure, il peut y avoir plusieurs indicateurs en concurrence et il faut choisir (un délai, un seuil d'intervention)
- Les preuves scientifiques sont fréquentes pour la prévention, fragmentaires pour les pathologies chroniques, presque absentes pour les problèmes aigus et les aspects relationnels ; l'utilisation de panels d'experts permet **d'élargir le champ couvert par les indicateurs** à tous les aspects des soins

Phase de test : incontournable 1/2

- Vérifier que les données sont
 - **valides** (elles décrivent bien ce qu'elles sont censées décrire),
 - **accessibles** (pour un effort de recueil acceptable),
 - **fiables** (dignes de foi),),
 - **cohérentes** (la même donnée correspond à la même réalité chez différents médecins et chez un médecin dans le temps).
- Vérifier que les mesures sont
 - **reproductibles** (si plusieurs personnes mesurent, reproductibilité inter cotateurs),
 - **comparables** (des médecins qui ont des pratiques proches ont des indicateurs proches).

Phase de test : incontournable 2/2

- Vérifier que les résultats sont **acceptables** par les professionnels.
- Identifier et valider les **exceptions**.
- Tester la **sensibilité au changement** : l'indicateur est-il capable de détecter des changements de qualité des soins ?
Ce qui demande de faire le test dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité.
- **Nécessité de recueillir des données chez un nombre suffisant de professionnels suffisamment différents.**

Conclusion

- De nombreux indicateurs de qualité pour la médecine générale ont été produits dans différents pays européens. Des travaux internationaux ont abouti à des indicateurs validés pour différents pays. Exemples : **organisation et gestion du cabinet** (European Practice Assessment), **gestion du risque cardiovasculaire** (EPA Cardio).
- Si nous voulons utiliser des indicateurs en médecine générale en France, nous devons mettre en route la « machine à produire les indicateurs », en appliquant une approche systématique rigoureuse.



ET

LE GROUPE DE COOPERATION

Liste des indicateurs de pratique clinique

Ensemble, améliorons la prise en charge de l'infarctus du myocarde

Avril 2009

Phase ambulatoire post-infarctus

(médecin généraliste et/ou cardiologue)

1^{ère} consultation

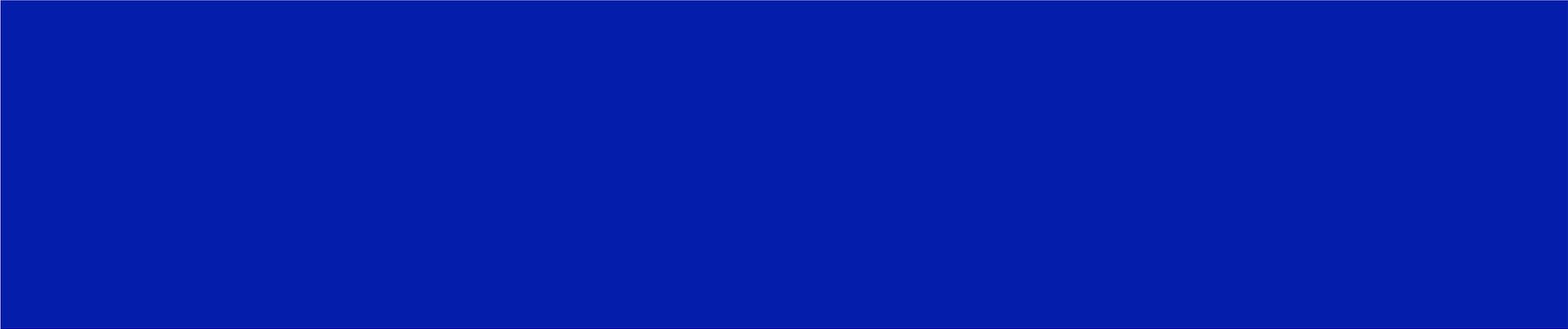
- 24. Taux de recherche de douleur thoracique et/ou de prise de nitrés
- 25. Taux d'information pour le recours au 15
- 26. Taux de mesure de la pression artérielle
- 27. Taux de tolérance et d'observance au traitement BASI
- 28. Taux de suivi de l'exposition au tabac
- 29. Taux d'information sur la nécessité d'une activité physique régulière

2^{ème} consultation

- 30. Taux de patients pratiquant une activité physique régulière
- 31. Taux de réalisation de réadaptation cardiaque
- 32. Taux de réalisation du bilan lipidique et glucidique

A 1 an post-infarctus

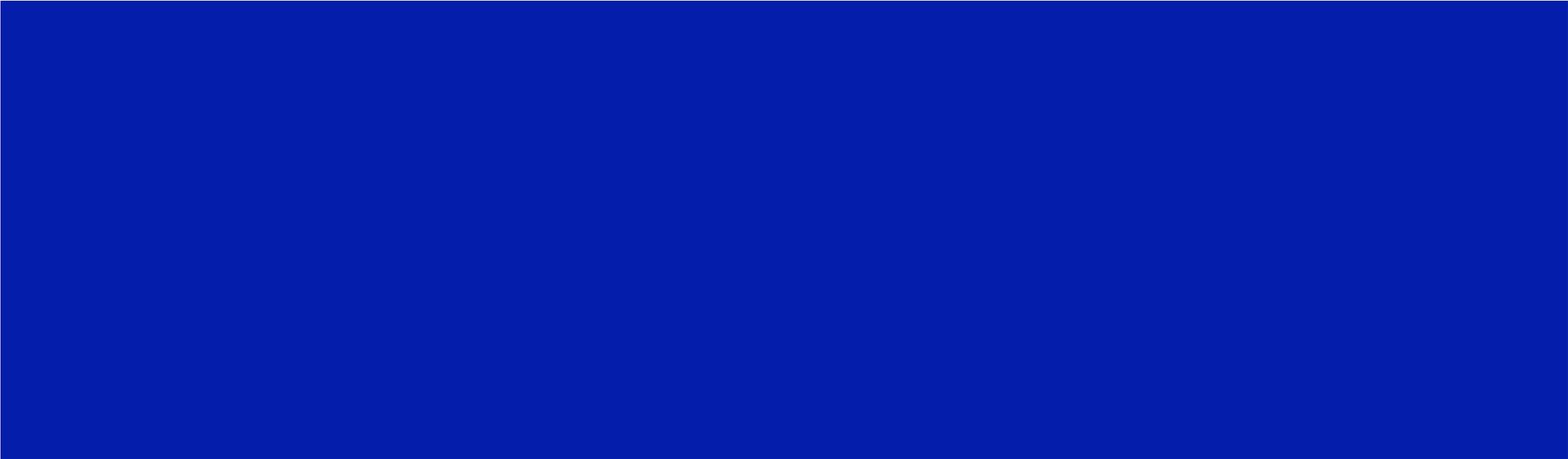
- 33. Taux de traitement approprié par β -bloquant à un an
- 34. Taux de traitement approprié par aspirine à un an
- 35. Taux de traitement approprié par clopidogrel à un an
- 36. Taux de traitement approprié par statine à un an
- 37. Taux de traitement approprié par inhibiteur de l'enzyme de conversion à un an
- 38. Taux d'évaluation du suivi d'une alimentation équilibrée
- 39. Taux de correspondance médecin traitant - cardiologue
- 40. *Taux de mortalité post-infarctus à 30 jours*



Original Scientific Paper

Quality indicators for the prevention and management of cardiovascular disease in primary care in nine European countries

Stephen M. Campbell^a, Sabine Ludt^b, Jan Van Lieshout^c, Nicole Boffin^d, Michel Wensing^c, Davorina Petek^e, Richard Grol^c and Martin O. Roland^a



Appendix 1: European Practice Assessment- cardiovascular indicators

Lifestyle

1. For patients with diabetes there is a record of smoking status in the past 15 months except for those who have never smoked whose smoking status should be recorded at least once.
2. For patients with CVD [coronary heart disease (CHD), stroke, transient ischaemic attack (TIA) or peripheral vascular disease (PVD)] there is a record of smoking status in the past 15 months except those who have never smoked whose smoking status should be recorded at least once.
3. For patients with CVD (CHD, stroke, TIA or PVD) there is a record of their physical activity/exercise capacity at least once in the last 15 months.
4. For patients with diabetes there is a record of their weight or body mass index at least once in the last 15 months.
16. All patients with hypertension should have their diastolic blood pressure controlled to < 90 .
17. All patients with CVD (CHD, stroke, TIA or PVD) should have their systolic blood pressure controlled to < 140 .
18. All patients with CVD (CHD, stroke, TIA or PVD) should have their diastolic blood pressure controlled to < 90 .
19. All patients with a record of persistent blood pressure elevation of $> 160/100$ mmHg are offered drug therapy to reduce their blood pressure.
20. All patients with CVD (CHD, stroke, TIA or PVD) are offered a statin.
21. For patients with CVD (CHD, stroke, TIA or PVD) or after a cerebrovascular ischaemic event, there is a record that anti-platelet therapy (aspirin, clopidogrel or equivalent) at least 75 mg daily has been offered unless contraindicated.
22. For patients who have heart failure there is a record that an angiotensin-converting enzyme-I has been offered.

(EPA Cardio, extrait, 44 indicateurs en tout)

**Deux exemples de
dispositifs de paiement à la
performance basés sur des
indicateurs**

Royaume Uni : le QOF

2003 - Paiement à la performance : “Quality and Outcomes Framework”(QOF)

**25% des revenus des médecins généralistes
liés à**

une batterie de 146 indicateurs de qualité

- Gestion des pathologies chroniques (10 pathologies)**
- Organisation du cabinet (cinq domaines différents)**
- Services supplémentaires (4 domaines)**
- Expérience du patient**

Domaines couverts et points

Domaine	Nbre d' indicateurs	Points (max)	% du total
<i>(Indicateurs "evidence based")</i>			
Clinique	76	550	52%
Organisation	56	184	17%
Expérience du patient	4	100	10%
Services supplémentair.	10	36	3%
 <i>(Points)</i>			
Prise en ch globale		100	10%
Bonus "accès rapide" (24/48 hr)		50	5%
Bonus "qualité" (hors clinique)		30	3%
TOTAL	146	1050	100%

Details du domaine clinique

	Nbre d' indicateurs	Points (max)	% du total
Maladie coronaire	15	121	22%
HTA	5	105	19%
Diabète	18	99	18%
Asthme	7	72	13%
BPCO	8	45	8%
Santé mentale	5	41	7%
AVC	10	31	6%
Epilepsie	4	16	3%
Cancer	2	12	2%
Hypothyroïdie	2	8	1%
Total	76	550	100%

Maladie coronaire 7. Le pourcentage de patients coronariens dont le dossier contient un résultat de cholestérol total dosé dans les 15 derniers mois.

Points : de 1 point (25% de la cible) à 7 points (90% de la cible)

Maladie coronaire 8. Le pourcentage de patients coronariens dont le dernier cholestérol total (mesuré dans les 15 derniers mois) est inférieur ou égal à 5 mmol/l.

Points : de 1 point (25% de la cible) à 16 points (60% de la cible)

Domaine organisationnel 1/2

Dossiers et informations sur les patients (max 85 points)

=> Exemple : le statut tabagique est enregistré pour au moins 75% des patients de 15 à 75 ans (5 points)

Communication avec les patients (max 8 points)

=> Exemple : les patients peuvent parler à un(e) réceptionniste en face à face ou par téléphone pendant au moins 45h par semaine du lundi au vendredi (1,5 point)

FMC et amélioration de la qualité (max 29 points)

=> Exemple : le groupe a mené au moins 12 analyses d'incidents critiques dans les 3 dernières années, incluant, le cas échéant : décès dans les locaux du groupe, diagnostic de cancer, phase terminale et décès à domicile, suicide, plainte d'un patient, hospitalisation sous contrainte pour problème psychiatrique (4 points)

Domaine organisationnel 2/2

Gestion des traitements (max 42 points)

=> Exemple : les ordonnances des patients qui bénéficient de renouvellements sans avoir besoin de consulter à chaque fois ont été réévaluées dans les 15 derniers mois pour au moins 80% des patients (8 points)

Gestion du groupe (max 20 points)

=> Exemple : il y a une procédure pour la sauvegarde des données informatiques, la vérification de la sauvegarde, le rangement et la conservation de la sauvegarde, le téléchargement de logiciels.

Expérience du patient

Enquête de satisfaction (max 70 points)

=> Les médecins ont le choix entre deux questionnaires

Durée de la consultation (max 30 points)

=> Prise des rendez-vous à intervalles ≥ 10 minutes => 30 points

Services supplémentaires (36 pts)

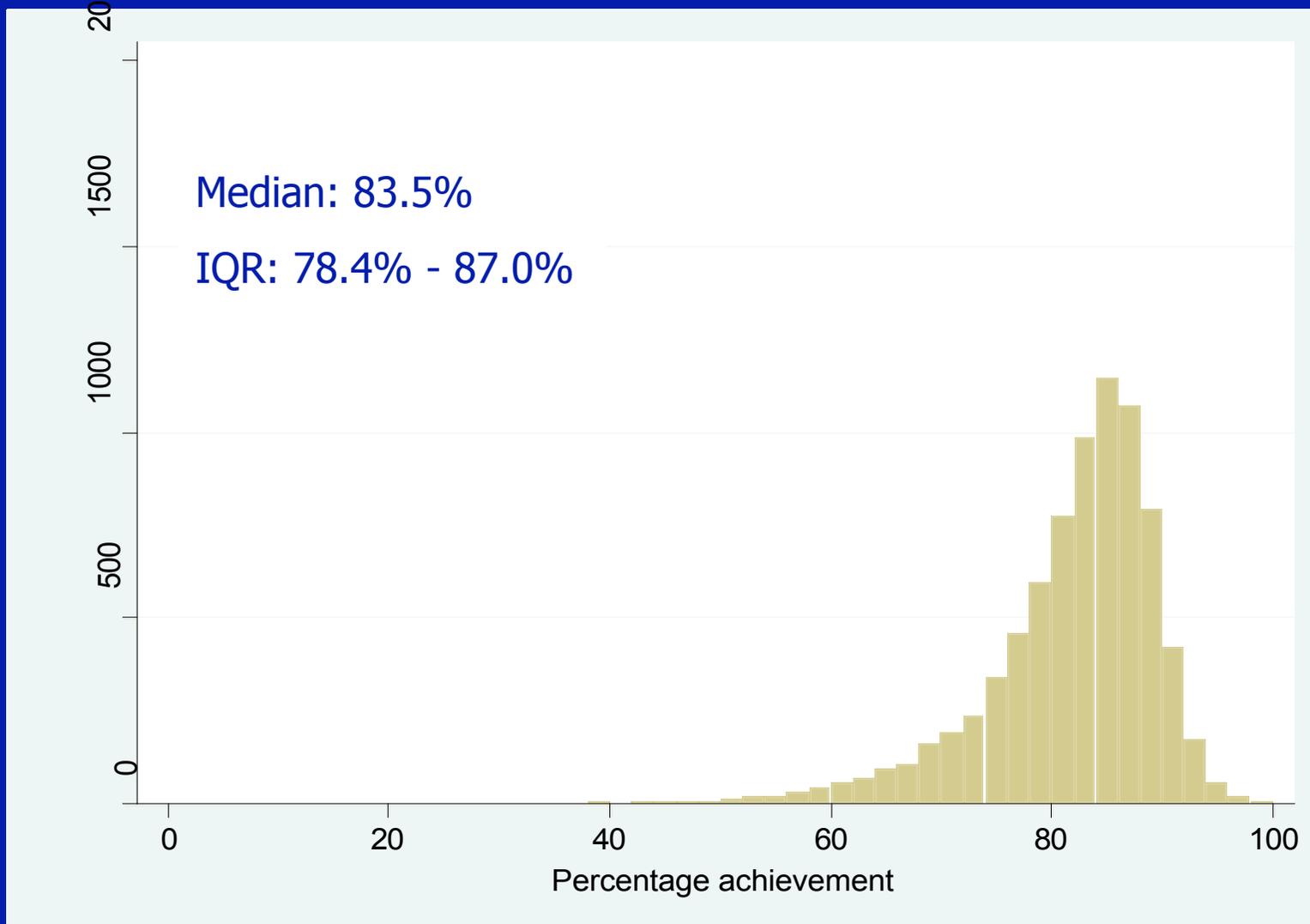
Frottis

Vaccinations des enfants

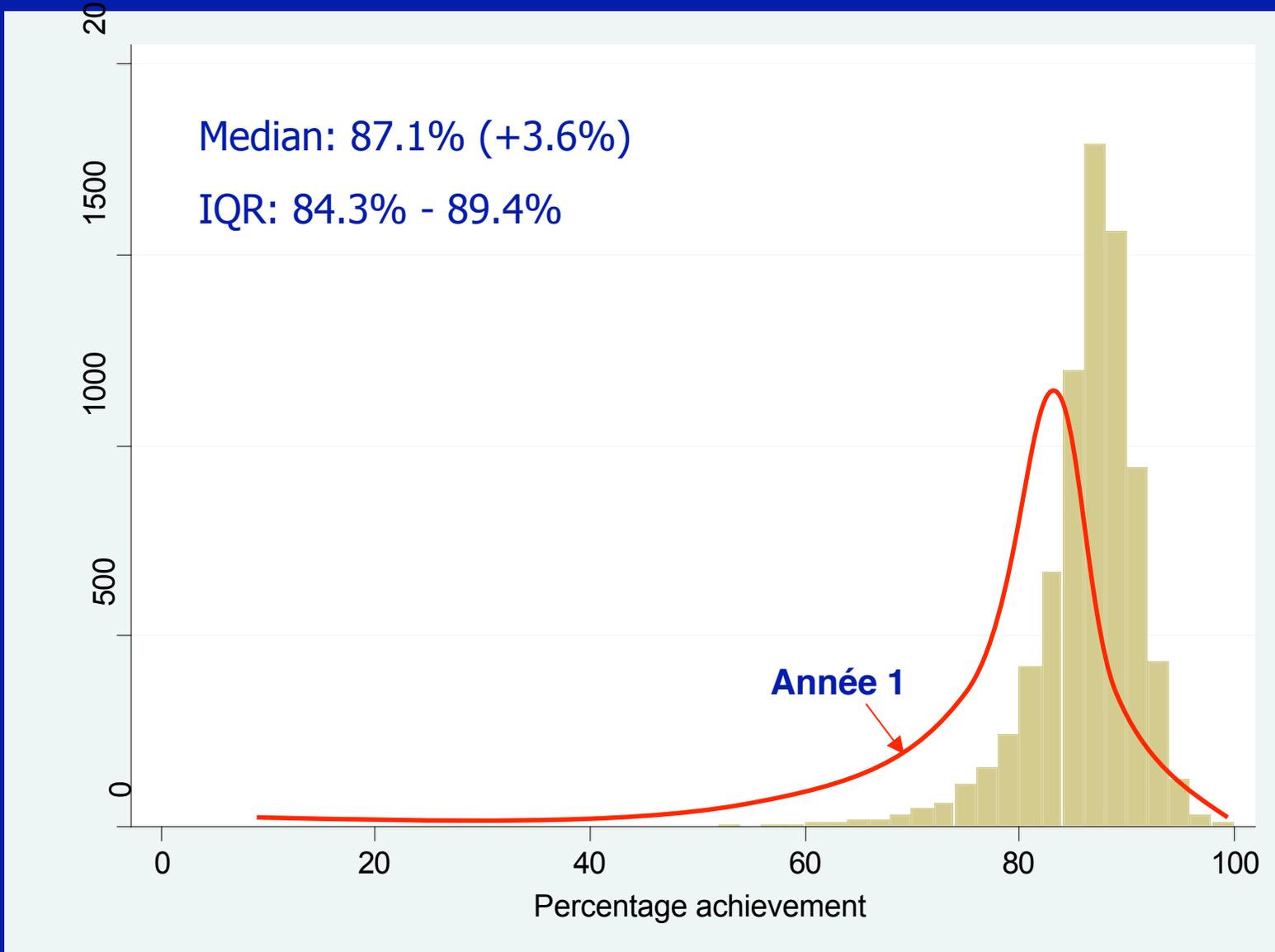
Suivi des grossesses

Contraception

Résultats 1ère année



Résultats 2ème année



2006 - Quelques modifications du dispositif

Plus de points pour les indicateurs cliniques, avec introduction de nouvelles pathologies (fibrillation auriculaire, dépression, insuffisance rénale chronique, démence, obésité, soins palliatifs, handicap entraînant des difficultés d'apprentissage).

1 point pour enregistrer l'origine ethnique.

Moins de points "bonus".

Evolution 1998 - 2007 pour 3 pathologies

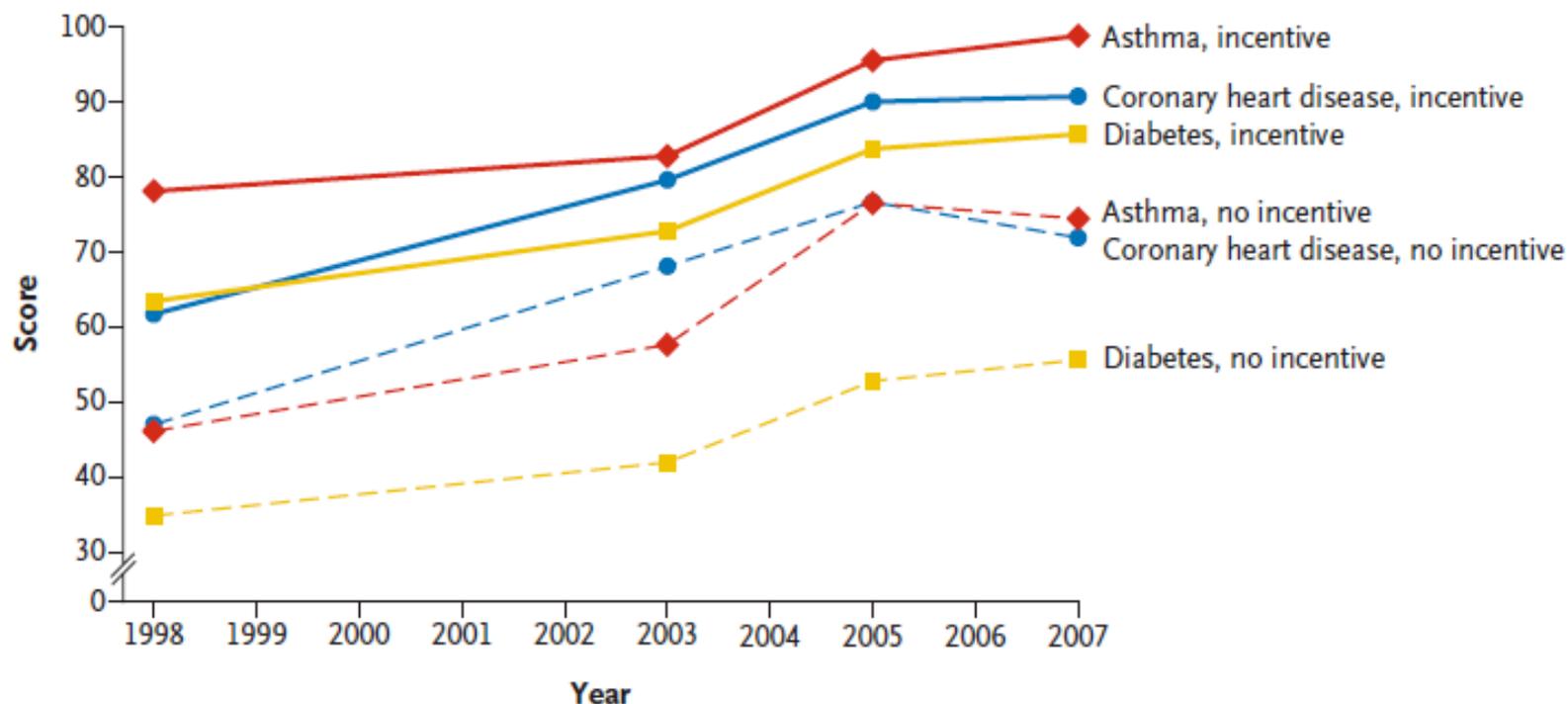


Figure 2. Mean Scores for Clinical Quality at the Practice Level for Aspects of Care for Coronary Heart Disease, Asthma, and Type 2 Diabetes That Were Linked with Incentives and Aspects of Care That Were Not Linked with Incentives, 1998–2007.

Quality scores range from 0% (no quality indicator was met for any patient) to 100% (all quality indicators were met for all patients).

Campbell, NEJM 2009

Impact du P4P sur les inégalités sociales de qualité des soins

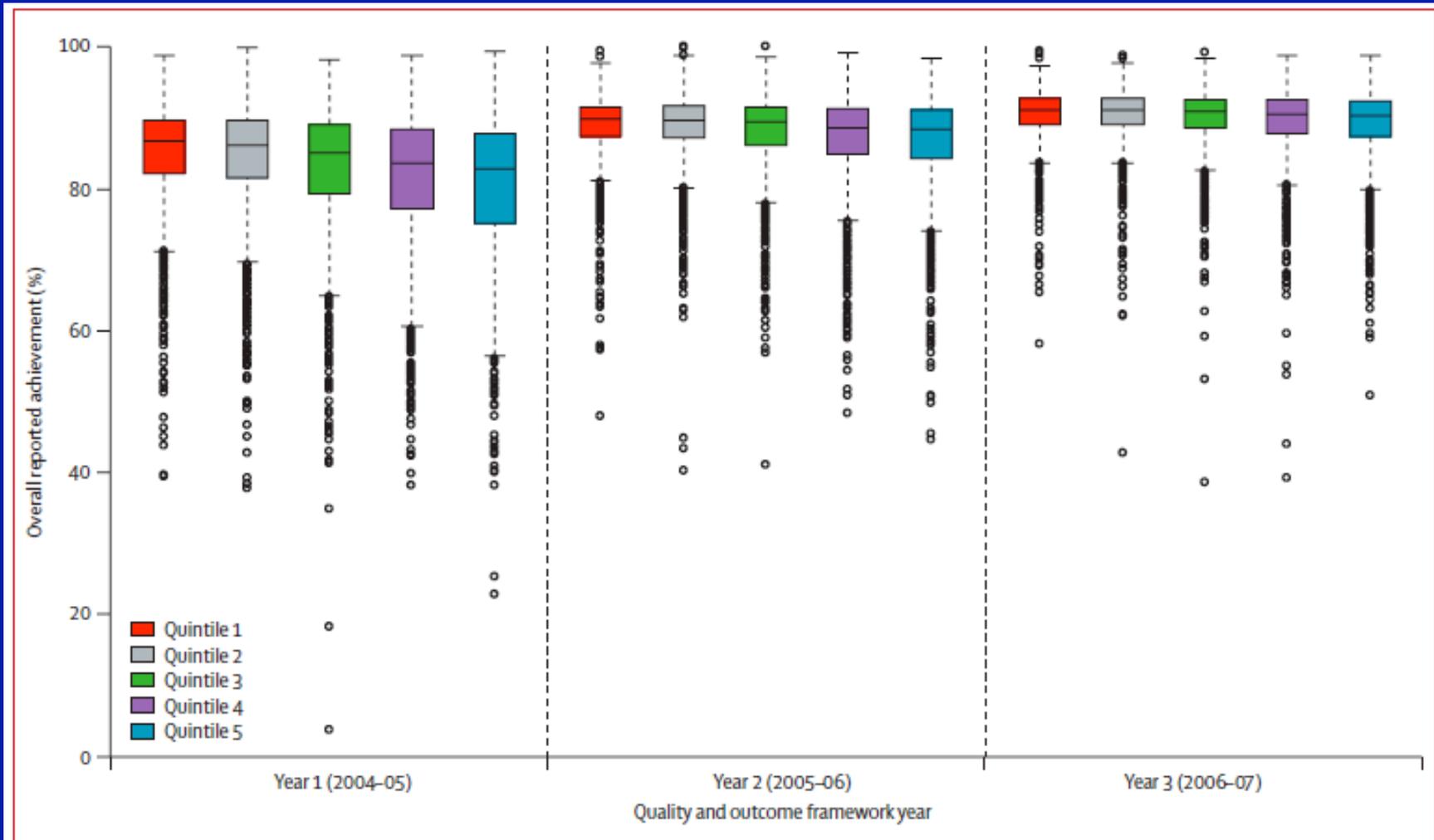


Figure 1: Distribution of scores for overall reported achievement by deprivation quintile for year 1 (2004-05) to year 3 (2006-07)
Central line shows median achievement and box shows interquartile range; whiskers represent range of achievement scores. Circles represent statistical outliers—ie, individual practices with achievement scores outside the range: first quartile- $(1.5 \times \text{IQR})$ to third quartile+ $(1.5 \times \text{IQR})$.

Autres éléments du bilan du dispositif 1/2

Pas de problème de sélection des patients ni de triche.

Fragmentation des soins, approche « par maladie ».

Moins de continuité, plus grande difficulté à voir toujours le même médecin.

La qualité recule pour les aspects des soins « non primés ».

Autres éléments du bilan du dispositif 2/2

Amélioration ++ des revenus des GPs.

Amélioration de la satisfaction des professionnels.

Investissement de 2 billions de £ sur 2004-2007, pour améliorer l'informatisation et le système global d'information.

Augmentation du nombre de médecins généralistes dans les cabinets, embauche de personnel administratif et d'infirmières.

France : le CAPI



Adhérer

au CAPI, c'est :

- ▶ une **démarche personnelle** libre
- ▶ un **engagement réversible** : il est possible de quitter le programme à tout moment
- ▶ une **gestion administrative minimale** : une adhésion par simple retour de courrier ou par remise au DAM ou au médecin conseil ; un suivi automatique et régulier sur votre compte ameli
- ▶ une **rémunération annuelle complémentaire** pour votre engagement, prenant en compte votre évolution sur les indicateurs du contrat
- ▶ une **offre de services pratiques** pour une meilleure vision d'ensemble de votre exercice médical

→ **Retrouvez tous les éléments**
du programme d'évolution des pratiques sur le site
de l'Assurance Maladie : ameli.fr / Espace médecins

C | Programme
A | d'évolution
P | des pratiques

I | Des repères individuels
pour une dynamique collective

La prévention

- **Vaccination antigrippale** chez les plus de 65 ans
- Dépistage du **cancer du sein** chez les femmes de 50 à 74 ans
- Lutte contre la **iatrogénie médicamenteuse** chez les plus de 65 ans par la réduction du recours aux :
 - Vasodilatateurs
 - Benzodiazépines à longue demi-vie

Le suivi des pathologies chroniques

- **Diabète**
 - Dosages de l'**HbA1c**
 - **Fond d'œil**
 - Prévention cardiovasculaire des patients à haut risque par une **statine**
 - Prévention cardiovasculaire des patients à haut risque par l'**aspirine à faible dose**
- **HTA**
 - Patients **hypertendus traités et normalisés**

L'optimisation des prescriptions

- Taux de **prescription dans le répertoire** pour les antibiotiques, IPP, statines, antihypertenseurs, antidépresseurs
- La préférence pour des **molécules moins onéreuses** et ayant démontré une **efficacité comparable** : IEC versus sartans en l'absence d'effet secondaires, aspirine à faible dose versus antiagrégants plaquettaires selon les indications validées par la HAS

Un mode de rémunération **novateur**

- Une rémunération **forfaitaire par patient** vous ayant déclaré comme médecin traitant
- Un montant prenant en compte
 - le **niveau** que vous avez déjà atteint
 - ou la **progression** que vous avez réalisée

Un impact de coûts équilibré

- Les **coûts** engendrés par un renforcement du suivi de vos patients sont **compensés** par l'optimisation de vos prescriptions.

Des repères individuels pour une dynamique collective

Les indicateurs du CAPI - 1

A. Vaccination antigrippale

Objectif cible 75 % des patients de plus de 65 ans

Moyenne actuelle 65 %

B. Cancer du sein

Objectif 80 % patientes de 50 à 74 ans dépistées

Moyenne actuelle 65 %

C. Vasodilatateurs

Objectif : < 7% des patients sous vasodilatateurs

Moyenne actuelle 14 %

D. BZD à demi vie longue

Objectif : 5% des patients de plus de 65 ans
sous BZD à demi vie longue

Moyenne actuelle 15,5 %

Les indicateurs du CAPI - 2

E. DIABETE

HBA1C 3 à 4 dosages / an

Objectif 65 % des patients . Moyenne actuelle 40 %

FO annuel

Objectif 65% des patients. Moyenne actuelle : 42 %

Tt par statine des diabétiques à haut risque CV*

Objectif 75 %. Moyenne actuelle : 45%

Tt par statine et aspirine à faible dose des diabétiques à haut risque CV*

Objectif 65 %. Moyenne actuelle : 28%

*le haut risque CV étant défini par l'association :

diabète + âge > 50 (homme) ou 60 (femme) + traitement antiHTA

Les indicateurs du CAPI - 3

F . HTA

Patients traités par anti HTA ayant normalisé leur PA

Objectif 50 %

Moyenne actuelle 30 %

Les indicateurs du CAPI - 4

G. Prescription dans le répertoire des génériques

Antibiotiques. Objectif 90%. Moyenne actuelle 65 %

IPP. Objectif 80%. Moyenne actuelle 46%

Antihypertenseurs. Objectif 65%. Moyenne 44%

Antidépresseurs. Objectif 80 %. Moyenne actuelle 62 %

IEC / IEC+SARTAN Objectif 65 %. Moyenne actuelle 58% de sartans

Aspirine / Antiagrégants plaquettaires. Objectif 85 %. Moyenne actuelle 80%

Indicateurs du CAPI : problèmes méthodologiques 1/2

Pas d'approche systématique à partir des recommandations, pas de niveau de preuve, approche à partir des données disponibles (SNIIRAM).

Pas de consensus formalisé d'experts (incluant des MG) pour valider les indicateurs.

Base scientifique de l'établissement des objectifs ?

Indicateurs du CAPI : problèmes méthodologiques 2/2

Pas de prise en compte des exceptions.

HTA : pas de définition de ce qu'est une PA « normalisée » : reproductibilité ?

Pas de test :

- données fiables ?
- acceptabilité des médecins ?
- sensibilité des indicateurs au changement ?

CAPI : problèmes « politiques »

Contrat individuel (absence de garantie collective, de représentation, d'arbitrage en cas de conflits).

Le médecin ne peut pas contrôler les données.

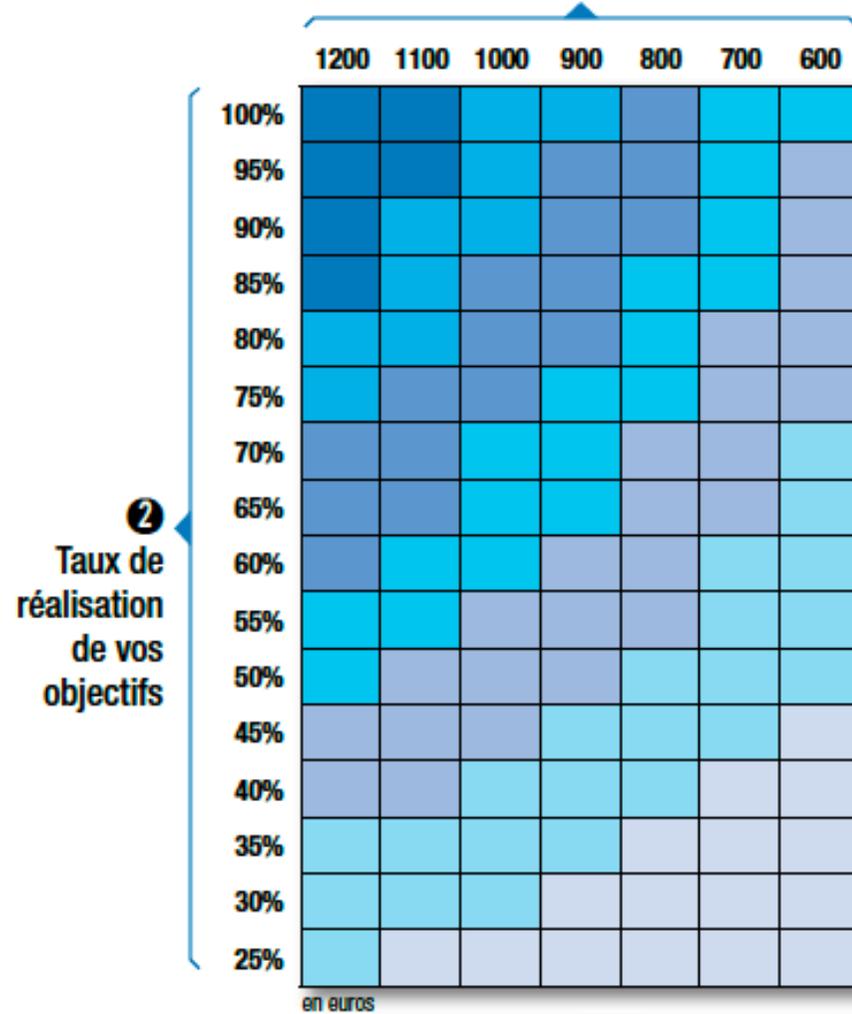
Pas d'insertion des indicateurs dans une démarche d'amélioration de la qualité.

Pas d'ajustement selon le profil des clientèles (chez les british non plus).

Modalités de calcul de la rémunération complexe.

Rémunération annuelle

1 Taille de votre patientèle (tous régimes confondus)



Ordre de grandeur de la rémunération



CONCLUSION

Le CAPI a du plomb dans l'aile (recours en Conseil d'état du LEEM, de la CSMF, du CNOM...) mais...

Nous n'en avons pas fini avec les indicateurs ils se développent +++ à l'hôpital, ils vont se développer dans les maisons de santé.

Ils constituent un outil puissant d'amélioration de la qualité des pratiques, sous plusieurs conditions :

- ils doivent être développés et testés rigoureusement, selon les méthodes validées au niveau international ;
- ils doivent s'insérer dans une démarche continue d'amélioration de la qualité ;
- ils doivent s'accompagner d'une amélioration considérable des logiciels de dossier médical et de l'informatisation des cabinets médicaux.