

# Les indicateurs de performance de l'HTA Applicabilité au système français

D Roussel-Lapeyre, D Duhot, G Hebbrecht, P Szidon, P Boissault, O Saint-Lary  
Travail réalisé dans le cadre de l'étude PROSPERE

Les auteurs de cette étude déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt

Société Française de Médecine Générale

# Contexte

- Paiement for Performance (P4P)
- Amélioration de la qualité des soins
- Diversification des modes de rémunération
  
- HTA :
  - ✓ Morbidité importante
  - ✓ représente 13 % des patients \*  
15 % des actes \* } de MG
  - ✓ Part importante de l'HTA dans les dépenses de santé

\* : OMG 2007

# Objectifs

Évaluer l'applicabilité en routine des 16 indicateurs relatifs à l'HTA et aux soins primaires, élaborés au cours d'un précédent travail

# Matériel et méthodes

- **16 indicateurs relatifs à l'HTA et aux SP (travail précédent)**
  - ✓ Revue de la littérature : 61 indicateurs
  - ✓ Classement en 16 thèmes
  - ✓ Élaboration de 16 indicateurs
    - Pertinents
    - et adaptés au contexte français

## Matériel et méthodes (2)

### ➤ Évaluation de l'applicabilité de ces 16 indicateurs

- ✓ Conformité avec les recommandations françaises ?
- ✓ Faisabilité ?
  - de l'indicateur
  - et de son recueil
- ✓ Moyens nécessaires en termes de SI ?

# Résultats (1)

% de patients qui ont une PAS  $\geq$  140 mmHg et/ou une PAD  $\geq$  90 mmHg lors de 3 consultations successives au moins, sur une période de 6 mois, et dont le diagnostic d'hypertension apparaît dans le dossier.

- ✓ conforme aux recommandations HAS
- ✓ Faisabilité : nécessite de bien noter dans le dossier toutes les PA (pour différencier les PA normales des PA non prises)
- ✓ En termes de SI :
  - Identification d'une séance datée
  - Saisie de la PAS et PAD dans une zone de saisie structurée
  - Utilisation d'une nomenclature validée pour les diagnostics
  - Identification structurée des patients (nom, prénom, sexe, date de naissance, médecin traitant)
- ✓ Votre logiciel le permet-il ?

# Résultats (2)

% de patients pour qui les examens complémentaires du bilan initial ont été réalisés dans les 3 mois suivant la découverte de l'hypertension, incluant :

- créatininémie (et estimation du DFG par la formule de Cockcroft et Gault)
- bandelette urinaire (protéinurie et hématurie) et quantification si positivité
- Kaliémie (sans garrot)
- prélèvement à jeun : G, HDL-chol, CT et TG pour le calcul du LDL-chol
- ECG de repos

- ✓ Conformité des examens à prescrire mais pas de notion de délai dans les reco
- ✓ Faisabilité : ECG (tx d'équipement : 74,5%\* ) / BU (97%\*\*)
- ✓ En termes de SI :
  - Saisie des éléments biologiques dans une zone structurée, identifiée sur le plan de l'unité et datée + saisie des normes du laboratoire
  - Saisie structurée de la réalisation et des résultats des gestes techniques réalisés au cabinet (sous forme de liste de choix définie)
  - Identification du début de l'épisode
  - Utilisation d'une nomenclature validée pour les diagnostics
  - Identification structurée des patients (nom, prénom, sexe, date de naissance, médecin traitant)
- ✓ Votre logiciel le permet-il ?

\*: ADESA 2007

\*\* : étude de 2003 sur  
l'équipement des MG de  
l'Ain

# Résultats (3)

Parmi les patients ayant eu un diagnostic récent d'hypertension, pourcentage de ceux pour lesquels le médecin a évalué en face à face avec eux, leur risque cardio-vasculaire global, dans les 3 mois suivant le diagnostic, en utilisant un outil validé (de calcul de risque CV)

- ✓ pas de recommandation systématique (sommation)
- ✓ Faisabilité : le fait de le noter dans le dossier n'est pas dans les habitudes des médecins
- ✓ SI :
  - Identification d'une séance datée et dont l'acteur est identifié
  - Utilisation d'une nomenclature validée pour les diagnostics
  - Identification structurée des patients (nom, prénom, sexe, date de naissance, médecin traitant)
  - Utilisation d'algorithmes de calcul des facteurs de risque à partir d'informations saisies dans le dossier
  - Saisie des informations fournies aux patients de manière structurée
- ✓ Votre logiciel le permet-il ?

# (Résultats (4))

% de patients hypertendus chez qui le traitement médicamenteux n'a été débuté que lorsque la PA persistait au-delà de 160/95 mmHg (en l'absence de diabète ou de complications cardiovasculaires)

- ✓ Validité : pas conforme aux reco HAS
- ✓ Faisabilité : modifications des habitudes des MG
- ✓ SI :
  - Identification d'une séance datée et dont l'acteur est identifié
  - Utilisation d'une nomenclature validée pour les diagnostics
  - Saisie de la PAS et PAD dans une zone de saisie structurée
  - Structuration de la prescription (médicament identifié par code CIP)
  - Lien informatique entre les décisions et problème pris en charge
  - Identification structurée des patients (nom, prénom, sexe, date de naissance, médecin traitant)
- ✓ Votre logiciel le permet-il ?

# Discussion (1)

- Les indicateurs de la revue de littérature ne sont pas tous utilisés en routine
- Seuls sept indicateurs sont utilisés pour le P4P
- Viennent tous des pays anglo-saxons
  
- Congruence variable avec les reco françaises
  
- Etude SFMG-OMG Paris 2007 : 84 % des hypertendus ont au moins une prise de PA dans l'année

## Discussion (2)

- Point noir en France : le dossier médical informatisé
  - ✓ Codification des éléments de questionnaires (recueil structuré de ces éléments)
  - ✓ Différenciation entre absence de réponse et réponse négative
  - ✓ Implémentation de fonction de scorage
  - ✓ Différence entre calcul du risque fait et résultat donné au patient
  - ✓ Possibilité de saisie de décisions non médicamenteuses (MHD) ?

# Conclusion

- Les questions restent ouvertes dans le contexte français sur :
  - ✓ La pertinence
  - ✓ L'acceptabilité
  - ✓ La faisabilité
- Et la possibilité d'évolution du parc logiciel

Merci de votre attention

d.rousseau.lapeyre@gmail.com



SFMG

<http://www.sfmfg.org>

OMG

<http://omg.sfmfg.org>