

Indicateur n°2-5 : Taux de diabétiques bénéficiant des recommandations de bonnes pratiques cliniques

Finalité : la prévalence du diabète traité par antidiabétiques oraux et/ou insuline a été estimée par la CNAMTS, à 4,7% en 2011 parmi les bénéficiaires du régime général soit 2,8 millions de personnes⁶. La prévalence est plus élevée chez les hommes et augmente avec l'âge, atteignant un taux maximal chez les 80 ans et plus (20% chez les hommes et 15% chez les femmes). Sur les dix dernières années, les effectifs de patients traités ont augmenté selon un taux de croissance supérieur à 5% par an. Cette évolution soutenue des effectifs est essentiellement liée au vieillissement et à l'accroissement de la population française ainsi qu'à l'augmentation des facteurs de risque du diabète de type 2 (obésité notamment). Les complications potentielles du diabète étant nombreuses et pouvant être graves (infarctus du myocarde, cécité, insuffisance rénale chronique terminale, amputation d'un membre inférieur...), la loi de santé publique de 2004 a fixé un objectif d'amélioration de la surveillance médicale de l'ensemble des diabétiques traités par antidiabétiques oraux et/ou insuline, afin de réduire la fréquence des complications du diabète.

Le diabète constitue en effet le deuxième flux le plus important d'admission au titre d'une affection de longue durée, après le cancer (environ 209 000 personnes admises au titre d'une ALD en 2012 (cf. indicateur de cadrage n°14). Ainsi, 80% des diabétiques devaient bénéficier à l'horizon de 2008 des recommandations de bonnes pratiques cliniques émises par l'ALFEDIAM/SFD (association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques / Société francophone du diabète), l'AFSSAPS/ANSM (agence française de sécurité sanitaire des produits de santé devenue en 2012 l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) et la HAS (haute autorité de santé).

Le suivi du diabète inclut le dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) au moins trois fois dans l'année, l'HbA1c permettant de contrôler la glycémie sur les quatre derniers mois. Il prévoit également la réalisation annuelle d'un bilan lipidique à jeun, ainsi que le dépistage précoce des complications du diabète, en particulier cardiaques (par un électrocardiogramme de repos) et rénales (par un dosage de la créatininémie et la recherche d'albumine dans les urines). La recherche de complications ophtalmologiques (par un examen du fond d'œil) est recommandée tous les 2 ans.

Les indicateurs de suivi de cet objectif sont donc des indicateurs de bonne pratique, construits à partir de recommandations en vigueur au moment de leur construction et estimés les années précédentes à partir notamment des données de l'étude ENTRED. Toutefois, en l'absence à ce jour d'actualisation de l'étude ENTRED dont les données les plus récentes datent de 2007, le suivi du respect de cet objectif, la définition et méthodologie des indicateurs de suivis de cet objectif ont été modifiés et se limitent à trois examens retenus dans la convention d'objectifs et de moyens entre l'État et l'assurance maladie pour la période 2010-2013 : le dosage d'HbA1c, le fond d'œil et la cholestérolémie.

Résultats : la proportion de personnes diabétiques traitées, ayant bénéficié dans l'année des différents examens complémentaires recommandés, évolue comme suit :

Part des patients diabétiques ayant effectué (en %) :	2009	2010	2011	2012	Objectif
au moins un dosage d'HbA1c par semestre	58,5	60,4	63	65,0	Augmentation
au moins un fond de l'œil	40,4	41,4	46	46,2	
au moins une cholestérolémie	71,3	72,7	73,3	72,1	
les trois examens	22,4	23,9	27,2	28,4	

Source : CNAMTS, DCIR, dates de soins. Champ : régime général, France entière.

Note de lecture : en 2012, 28,4 % des personnes diabétiques ont eu à la fois un dosage de l'HbA1c par semestre, un fond d'œil dans l'année et une cholestérolémie

Ces résultats montrent qu'entre 2009-2012 le suivi des personnes diabétiques pour les trois examens de surveillance considérés (cholestérolémie, fond d'œil et au moins un dosage de l'HbA1c par semestre), s'est amélioré mais de façon hétérogène pour les différents indicateurs pris

⁶ Rapport sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie au titre de 2014.

individuellement. La progression a surtout été marquée pour le dosage de l'HbA1c (au moins un dosage par semestre) et la réalisation de fond de l'œil. En effet, la part des diabétiques ayant eu au moins un dosage de l'HbA1c par semestre est passée de 59% en 2009 à 65% en 2012. Pour le fond de l'œil, cette part est passée respectivement de 40% à 46%, mais la recommandation a toutefois évolué vers un fond d'œil tous les 2 ans. De même, sur la période, le pourcentage de personnes ayant eu à la fois un dosage de l'HbA1c par semestre, un fond d'œil dans l'année et une cholestérolémie dans l'année a augmenté régulièrement. Cet indicateur est ainsi passé de 22,4% en 2009 à 28,4% en 2012.

Toutefois, plus d'un patient diabétique sur dix n'a effectué aucun de ces examens en 2012, une proportion en léger reflux par rapport à 2009.

Les données internationales disponibles, malgré les difficultés habituelles de comparaison, semblent montrer que le suivi médical du diabète est globalement moins fréquemment réalisé en France que dans d'autres pays. Ainsi une enquête du Commonwealth Fund réalisée en 2008 dans huit pays, auprès d'un échantillon de patients chroniques plaçait la France en dernière position pour la proportion de patients diabétiques ayant eu quatre examens de suivi (HbA1c dosée dans les 6 derniers mois, examen des yeux, des pieds et dosage du cholestérol dans les 12 derniers mois). Toutefois, les différentes études réalisées sont anciennes et, comme le montrent les données présentées ci-dessus, les indicateurs de suivi se sont améliorés en lien avec les différents dispositifs mis en place, visant à améliorer le suivi des patients diabétiques parmi lesquels :

- le renforcement du rôle du médecin traitant dans le cadre du CAPI puis de la rémunération à la performance introduite dans convention médicale depuis 2012. Celle-ci fixe 11 objectifs sur le suivi du diabète (dont un objectif de 65% des patients diabétiques bénéficiant de 3 à 4 dosages de HbA1c, cf. indicateur n°3-5) ;
- le programme Sophia, géré par l'assurance maladie qui propose à travers un réseau d'infirmiers et en lien avec le médecin traitant, un suivi personnalisé des patients diabétiques. Sa généralisation à l'ensemble la France entière est effective depuis novembre 2012. Le programme comptait en août 2013 plus de 400 000 adhérents.

Précisions méthodologiques : les données sont calculées sur le champ du régime général sur le champ France entière à partir des données de consommation inter-régimes (DCIR).

Les diabétiques ont été définis par la délivrance à au moins trois dates différentes d'antidiabétiques oraux ou d'insuline (classe ATC A10) dans l'année pour les conditionnements normaux. Pour les personnes ayant eu au moins un grand conditionnement dans l'année, le nombre de délivrance est ramené à 2. Les différents examens sont enregistrés de la manière suivante :

- dosage HbA1c : au moins un dosage de l'HbA1c au premier semestre et au moins un dosage de l'HbA1c au second semestre (code biologie 1577) ;
- fond d'œil : au moins un acte CCAM codé BGQP002 ou BGQP007 ou bien une consultation d'ophtalmologie dans l'année ;
- cholestérolémie : au moins un acte dans l'année (codes biologie 580, 996 ou 2001).

Indicateur n°3-1 : Proportion de courriers de fin d'hospitalisation envoyés au médecin traitant en moins de huit jours

Finalité : le courrier de fin d'hospitalisation résume les conclusions de l'hospitalisation et établit des préconisations de prise en charge après la sortie afin d'assurer une bonne coordination « hôpital - ville » ou « hôpital - structure de transfert ». Signé par le médecin de l'établissement, il est adressé au médecin de ville, à la structure de transfert, ou est remis au patient le jour de sa sortie. Réglementairement, ce courrier doit être envoyé dans un délai de 8 jours suivant la sortie du patient.

Le délai d'envoi du courrier (DEC) permet d'apprécier le lien entre la médecine hospitalière et ambulatoire (ou la structure de transfert), garantissant la continuité de la prise en charge du patient. Les éléments qualitatifs recherchés rendent compte notamment du suivi médical réalisé pendant le séjour, et du traitement de sortie (*cf. construction de l'indicateur*). L'objectif de performance, fixé à 80%, correspond à une exigence de qualité : il est attendu que 80% des courriers de fin d'hospitalisation respectent les critères de qualité de l'indicateur DEC (*cf. construction de l'indicateur*).

Cet indicateur est intégré dans le manuel de certification des établissements V2010, au niveau du critère 14a : « gestion du dossier du patient ». Il fait partie du recueil des indicateurs portant sur la qualité du dossier patient dans le secteur MCO, généralisé par la HAS depuis 2008 à l'ensemble des établissements de santé.

Résultats : la proportion de courriers, avec l'ensemble des informations requises et envoyées dans un délai inférieur ou égal à 8 jours est retracée dans le tableau suivant :

	2008	2009	2010	2011	Objectif
Nb d'établissements de santé	1116	1141	1 195	1 192	
Nb de dossiers	89 218	90 780	94 536	93 967	
Proportion de courriers envoyés en moins de 8 jours	26%	34%	40%	48%	80%

Source : HAS

En 2011, en moyenne au niveau national, 48% des courriers de fin d'hospitalisation ont été envoyés en moins de 8 jours. Cette proportion est en progression de 8 points par rapport à 2010, après une augmentation de 6 points par rapport à la campagne 2009.

Ces taux varient fortement selon les régions, de 33% en Réunion à 57% dans le Nord Pas de Calais. En 2011, seulement 20% des établissements de santé ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80%. Ceci est retrouvé au niveau de la variation du pourcentage d'établissements de santé en région ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance, allant de 0% (Guyane) à 34% (Midi Pyrénées).

Des analyses complémentaires montrent qu'entre 2008 et 2011, la proportion de courriers répondant aux critères de l'indicateur a significativement augmenté en médecine (+ 20 points : passage de 34% à 54%), a doublé en obstétrique (+ 21 points : passage de 20% à 41%), et a presque triplé en chirurgie (+ 25 points : passage de 16% à 41%).

D'autre part, la proportion de courriers répondant aux critères augmente avec la durée de séjour. En 2011, elle est passée de 37% (séjour de 1 jour) à 57% (séjour de plus de 7 jours) en 2011.

Construction de l'indicateur : l'indicateur de délai d'envoi du courrier, présenté sous forme de taux, évalue la proportion de séjours pour lesquels le courrier de fin d'hospitalisation (ou compte-rendu d'hospitalisation) est envoyé dans un délai inférieur ou égal à huit jours, et dont le contenu comprend les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins.

Les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins à retrouver sont les suivants :

- l'identité du médecin destinataire (nom et adresse) ou du service en cas de mutation ou de transfert ;
- une référence aux dates du séjour (date d'entrée et date de sortie) ;
- une synthèse du séjour (contenu médical de la prise en charge du patient) ;

- et une trace écrite d'un traitement de sortie (au minimum, dénomination des médicaments).

Précisions méthodologiques : l'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 séjours, commun à l'ensemble des indicateurs du thème « Dossier Patient » en MCO. Seuls les séjours hors séances d'au moins un jour stratifiés selon l'activité MCO sont inclus dans le calcul de l'indicateur.

Les séjours suivants sont exclus du calcul de l'indicateur : séances sélectionnées à partir des groupes homogènes de malades (GHM) relevant de la catégorie majeure de diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ; séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ; séjours des nouveau-nés dits « non hospitalisés » ; séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissement, que ce soit en établissement « demandeur » ou en établissement « prestataire » ; séjours avec un GHM erreur ; séjours avec un GHM 23K02Z (explorations nocturnes et apparentées) ; séjours en UHCD non suivis d'un séjour en MCO ; séjours de patients décédés ; séjours de patients mutés.

Suite à la décision en 2012 de passer à un recueil biennal des indicateurs relatifs au dossier patient, l'indicateur relatif au nombre de courriers de fin d'hospitalisation envoyés en moins de 8 jours ne peut être mis à jour pour cette édition.

Pour plus de détails, se reporter au rapport de la HAS, « Indicateurs de qualité généralisés en MCO, campagne 2011 », juin 2012.