



LUNDI 7

Risques et progrès



Risques et progrès en médecine

Antoine Flahault

Toulouse, 7 juin 2010



EHESP
school of public health

Variations entre 6 pays de l'OCDE

Country	Life expect.	% GDP	obesity	Mortality Myocard. Infarction	Mortal. Stroke	Mortal. Cancer	Doctors	Nurses
Japan	82 yr	8.1	3 %	16	44	138	2.1	9.4
Canada	81	10.1	15	42	31	169	2.2	9.0
France	81	11.0	11	20	28	163	3.4	7.7
Spain	80	8.5	15	33	43	151	3.7	7.5
USA	78	16.0	34	38	33	158	2.4	10.6
Mexico	76	5.9	30	72	43	94	2.0	2.4



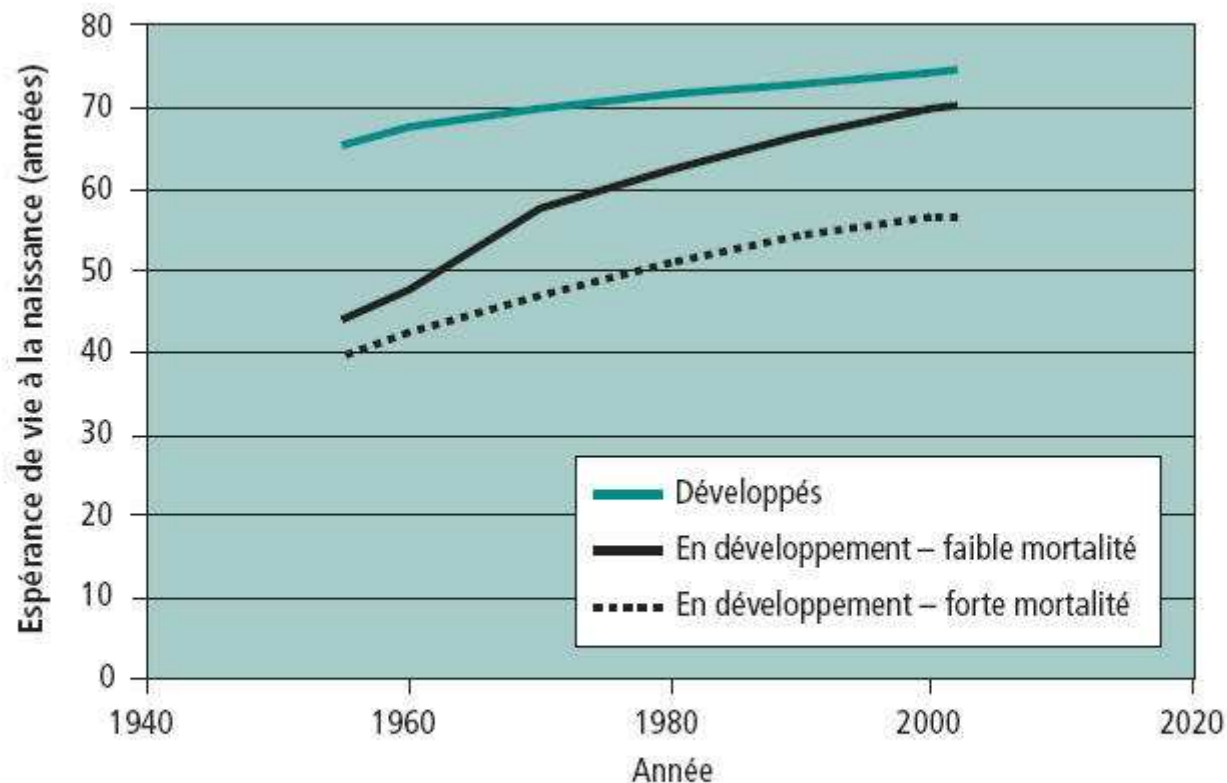
EHESP
school of public health

Espérance de vie en 2002 : des progrès non partagés

Europe, femmes > 78 ans

Afrique sub-saharienne, homme < 46 ans

Figure 1.1 Espérance de vie à la naissance : pays développés et en développement, 1955-2002



Note : Les pays développés sont l'Australie, le Canada, les Etats-Unis, le Japon, la Nouvelle-Zélande, les pays européens et les pays de l'ancienne Union soviétique. Les pays en développement à forte mortalité sont les pays de l'Afrique subsaharienne ainsi que les pays d'Asie, d'Amérique centrale, d'Amérique du Sud et de la Méditerranée orientale où la mortalité des enfants et des adultes est élevée. Les autres pays en développement constituent les pays en développement à faible mortalité.



EHESP
school of public health

Espérance de vie (2009)



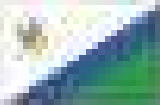
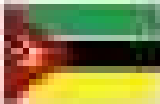

	Andorre	82,51
	Japon	82,12
	Singapour	81,98
	Australie	81,63
	Canada	81,23
	France	80,98
	Suède	80,86
	Suisse	80,85

6e



EHESP
school of public health

Plus faible espérance de vie en 2009

		V
	Angola	38,20 ans
	Zambie	38,63 ans
	Lesotho	40,38 ans
	Mozambique	41,18 ans
	Sierra Leone	41,24 ans



EHESP
school of public health


Dépenses de santé par hab. (2008)

	Luxembourg	8 690 \$
	Etats-Unis	7 878 \$
	Norvège	7 371 \$
	Islande	7 094 \$
	Suisse	6 773 \$
	Irlande	5 654 \$
	Danemark	5 559 \$
	Autriche	4 721 \$
	France	4 719 \$
	Canada	4 563 \$

9e

Espérance de vie à la naissance (2009)

	Etats-Unis	78,11
---	------------	-------

	Sri Lanka	70 \$
---	-----------	-------

	Sri Lanka	74,97
---	-----------	-------



EHESP
school of public health

Mortalité par infarctus du myocarde

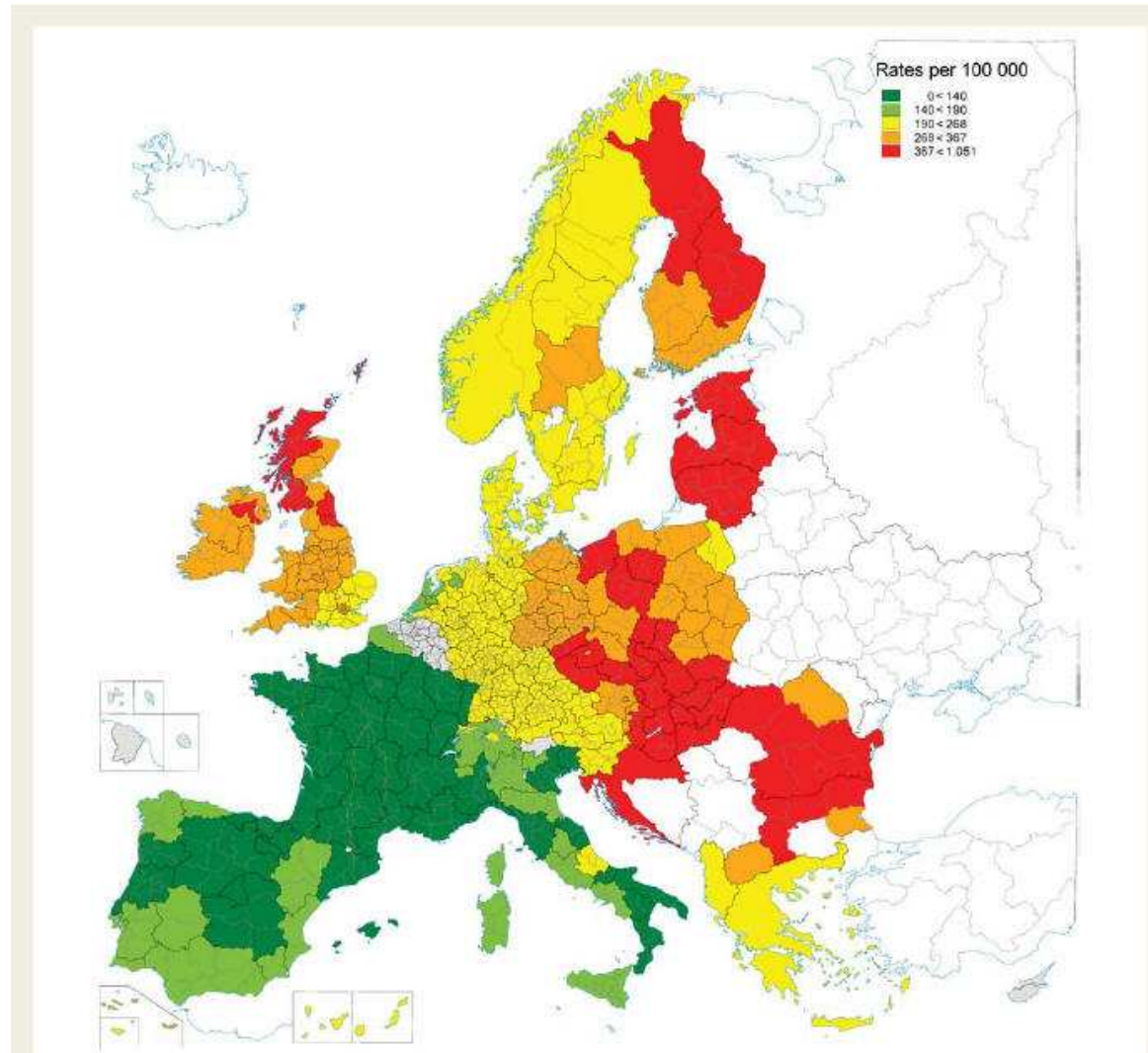


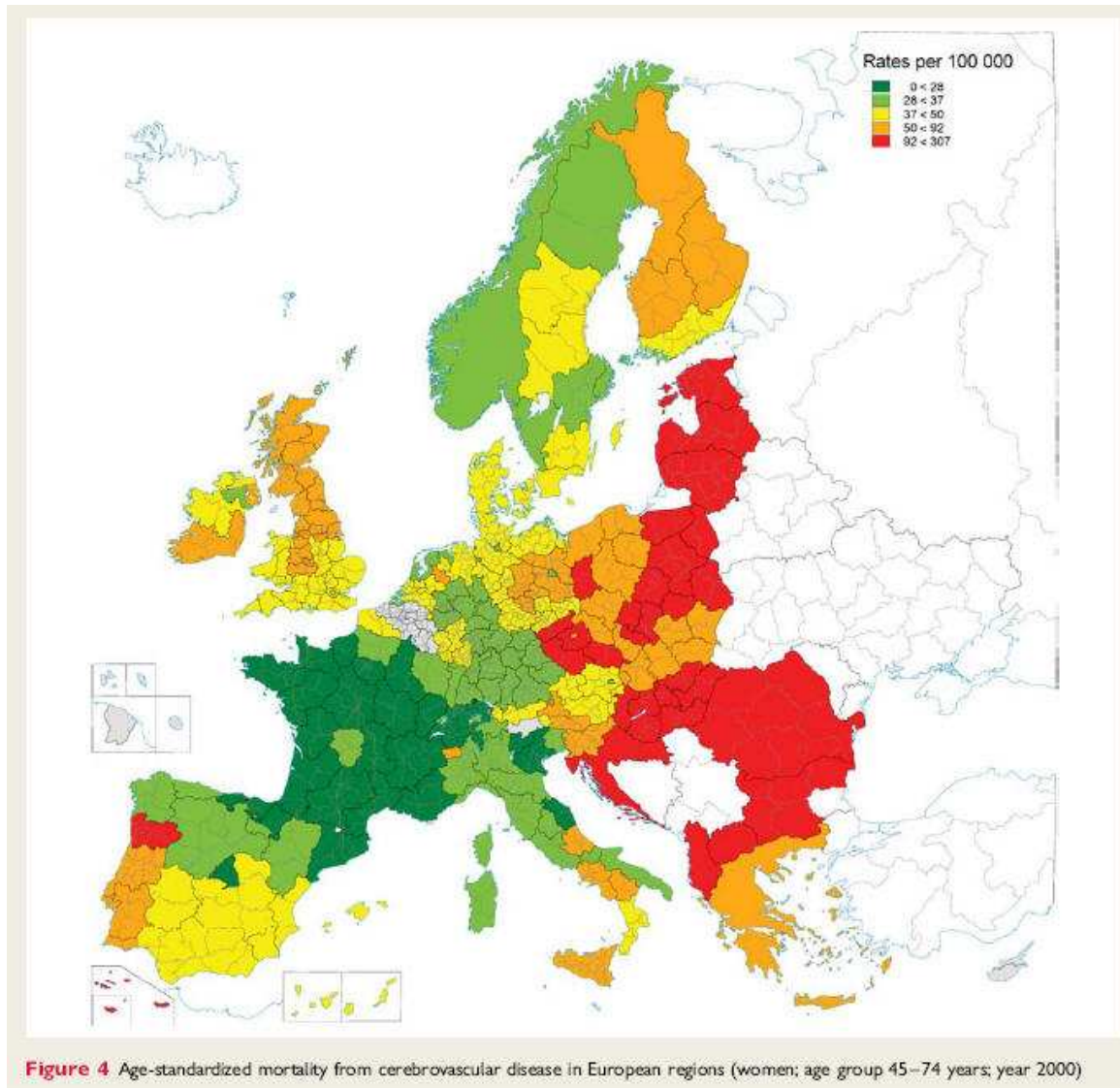
Figure 1 Age-standardized mortality from ischaemic heart disease in European regions (men; age group 45–74 years; year 2000)

Müller-Nordhorn, EurHeartJ, 2008



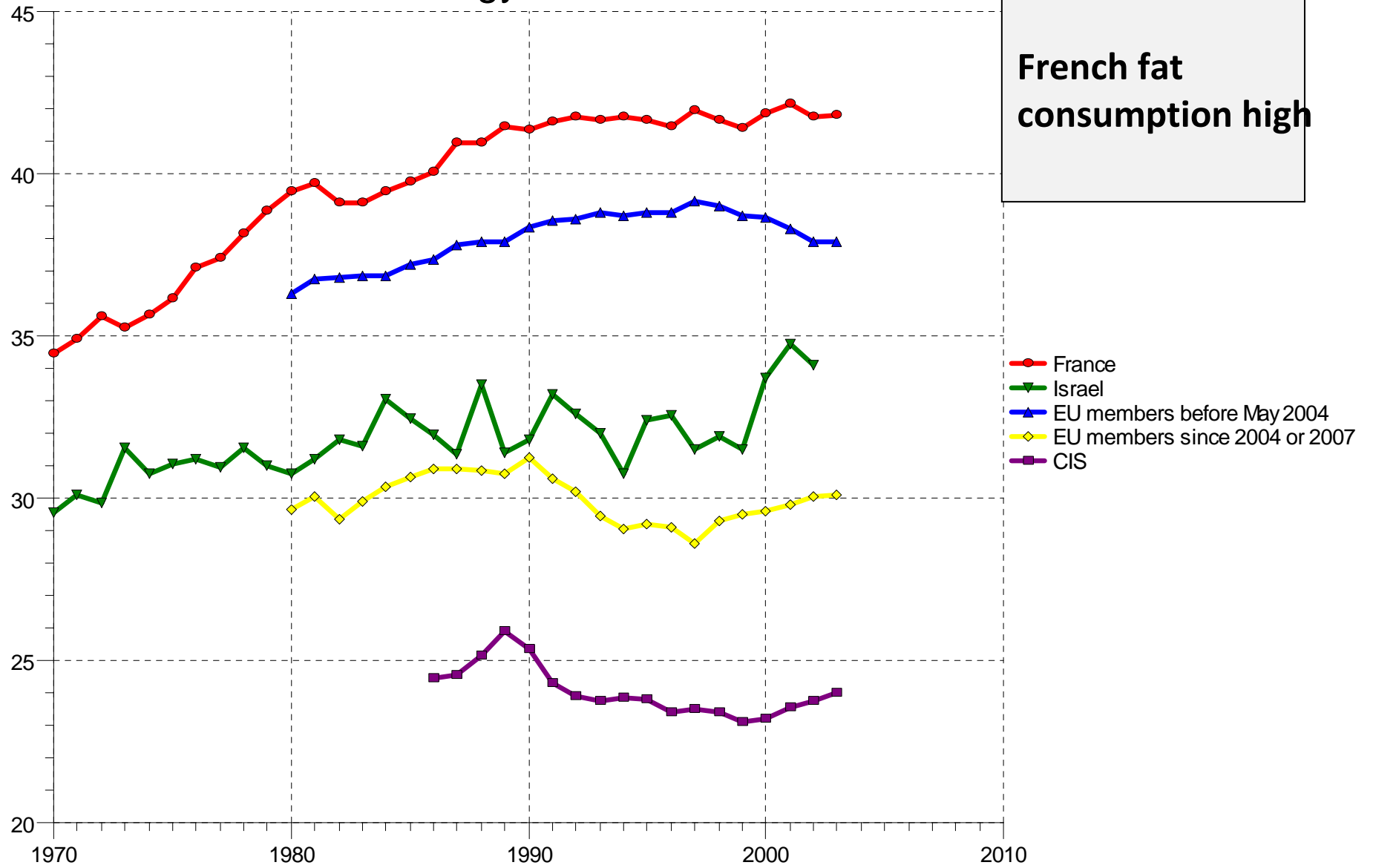
EHESP
school of public health

Mortalité par accident vasculaire cérébral

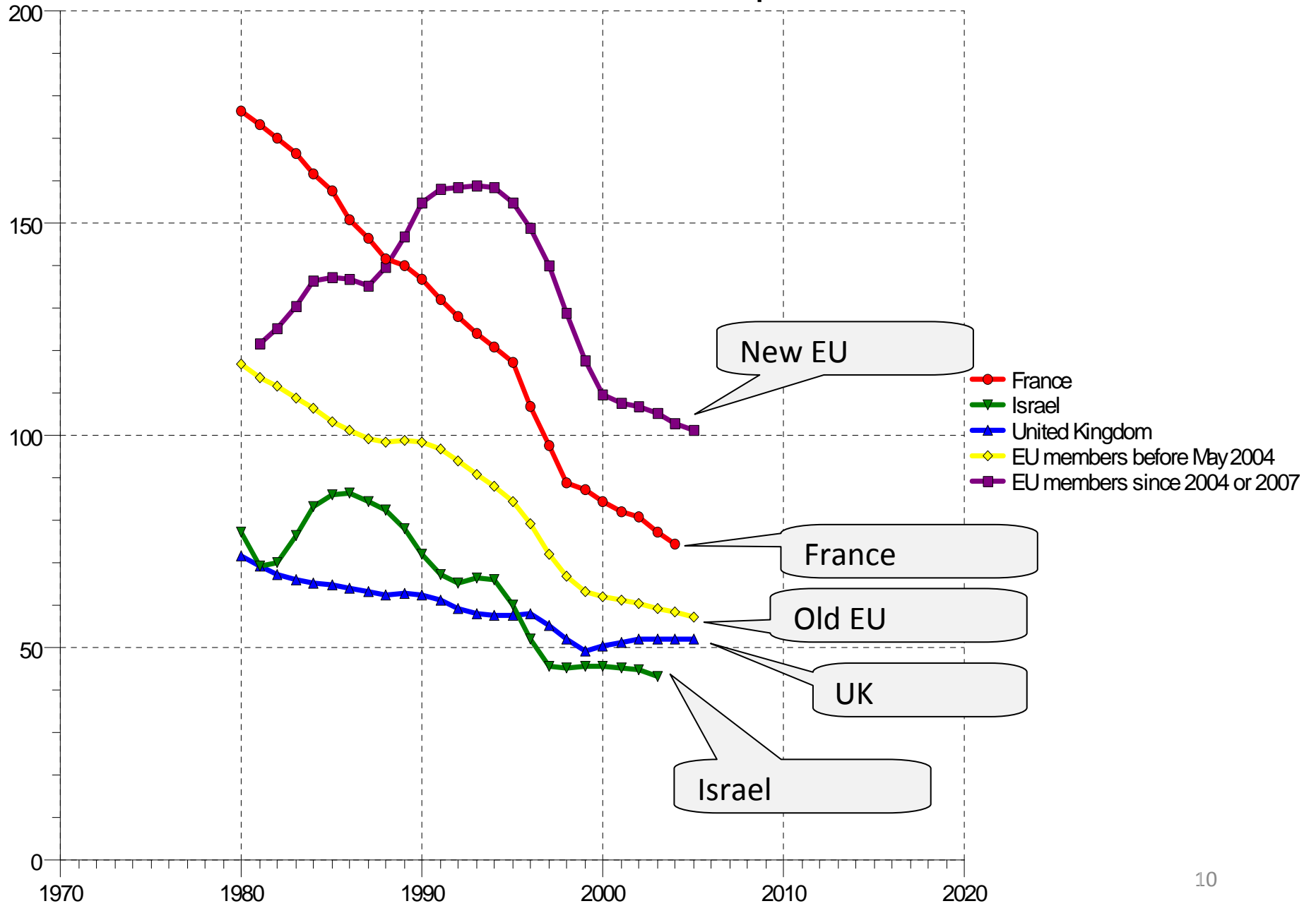


Müller-Nordhorn, EurHeartJ, 2008

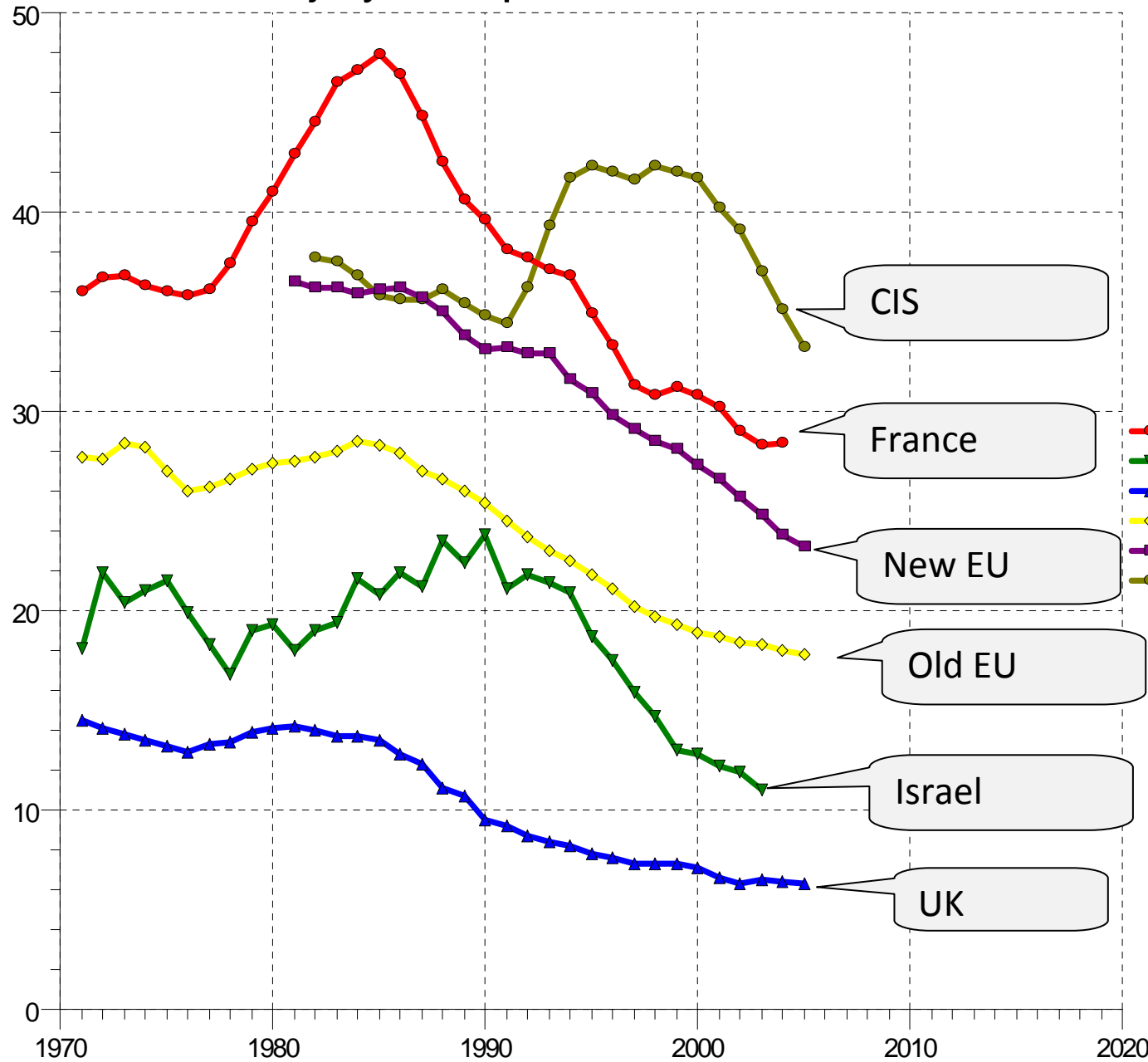
% of total energy available from fat



SDR, selected alcohol related causes, per 100000



SDR, suicide and self-inflicted injury, 65+ per 100000



French suicide rate over age 65 high, although declining

- France
- ▼ Israel
- ▲ United Kingdom
- ◆ EU members before May 2004
- EU members since 2004 or 2007
- CIS

Le risque majeur aujourd'hui : la survie du système social

- Accroissement des dépenses de santé plus rapide que la richesse nationale
 - Innovations coûteuses
 - Vieillissement de la population,
 - Chronicité des maladies
- Peut-on contenir l'accroissement des dépenses sans menacer la qualité des soins ?

Un système de santé peu centré sur le patient (et les résultats)

- Dans plus de 50% des cas, peu de preuves disponibles sur le rapport bénéfices-risques des stratégies diagnostiques ou thérapeutiques
- Le système de santé approuve les nouveaux traitements coûteux, sans méthode d'évaluation rigoureuse du service médical rendu
- Manque de recherches sur l'évaluation des stratégies post-AMM



EHESP
school of public health

L'AMM : peu d'utilité pour guider la prescription

- AMM répond à la question : « Est-ce que le produit est efficace ? »
- La question du clinicien : « Est-ce que l'innovation proposée est plus efficace que les autres options thérapeutiques ? »

Les médicaments représentent moins de 15% des dépenses de santé : le reste du système est peu ou n'est pas évalué



EHESP
school of public health

Ex. 1. Insuffisance coronarienne stable

- Essai randomisé : (Angioplastie avec stent + médicaments) vs médicaments seuls
 - Initialement, moins de symptômes coronariens dans le bras angioplastie+médic., et différences moindre avec le temps
 - *A 5 ans, aucune différence entre les deux groupes en termes de survenue d'infarctus du myocarde et de taux de survie*



EHESP
school of public health

Ex. 2. Prévention des infarctus du myocarde chez les > 55 ans

- Essai randomisé comparant les diurétiques (médicaments anciens et peu coûteux) aux plus récents inhibiteurs de l'enzyme de conversion et aux inhibiteurs calciques
 - *Diurétiques plus efficaces*

ALLHAT, JAMA, 2002



EHESP
school of public health

Ex. 3. Traitement de l'emphysème

- Essai randomisé : chirurgie (réduction du parenchyme pulmonaire) vs traitement médical standard
 - Pour la plupart des patients : augmentation du risque de décès après chirurgie, sans amélioration fonctionnelle
 - Pour certaines formes cliniques très invalidantes : pas d'augmentation de la survie, mais nette amélioration de la qualité de vie après chirurgie



EHESP
school of public health

Des Agences créées pour évaluer le service médical rendu des traitements

- HAS en France (mais pas de comparaisons entre stratégies thérapeutiques complexes, ex. chirurgie vs médicaments)
- NICE en UK
- Australie, Canada, Allemagne
- Pas ou peu de production de connaissances
- *Sauf la Cochrane Collaboration*
- *Sauf USA : Stimulus Package (Comp. Effect. Res.)*



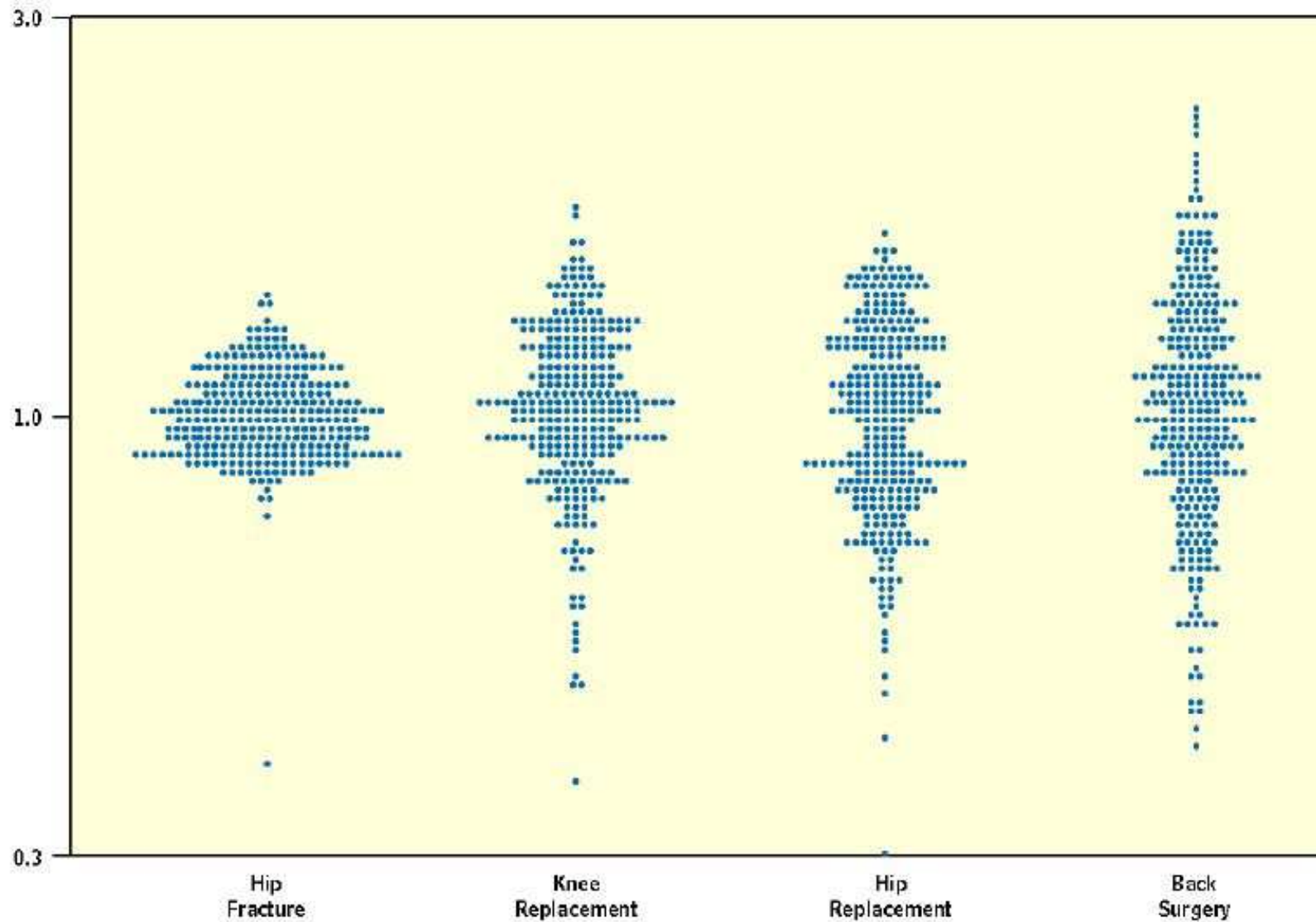
EHESP
school of public health

Augmentation des coûts de santé = progrès ?

- Aux USA (2003) : variations des dépenses Medicare de 4500 à 12 000 \$ selon les Etats
 - Les régions qui dépensent le plus n'ont pas des taux de mortalité standardisés plus faibles que ceux qui dépensent moins
 - Fortes hétérogénéités régionales, sans lien avec les résultats

Rates of Four Orthopedic Procedures Among Medicare Enrollees, 2002 and 2003

(Standardized discharge ratio, log scale)

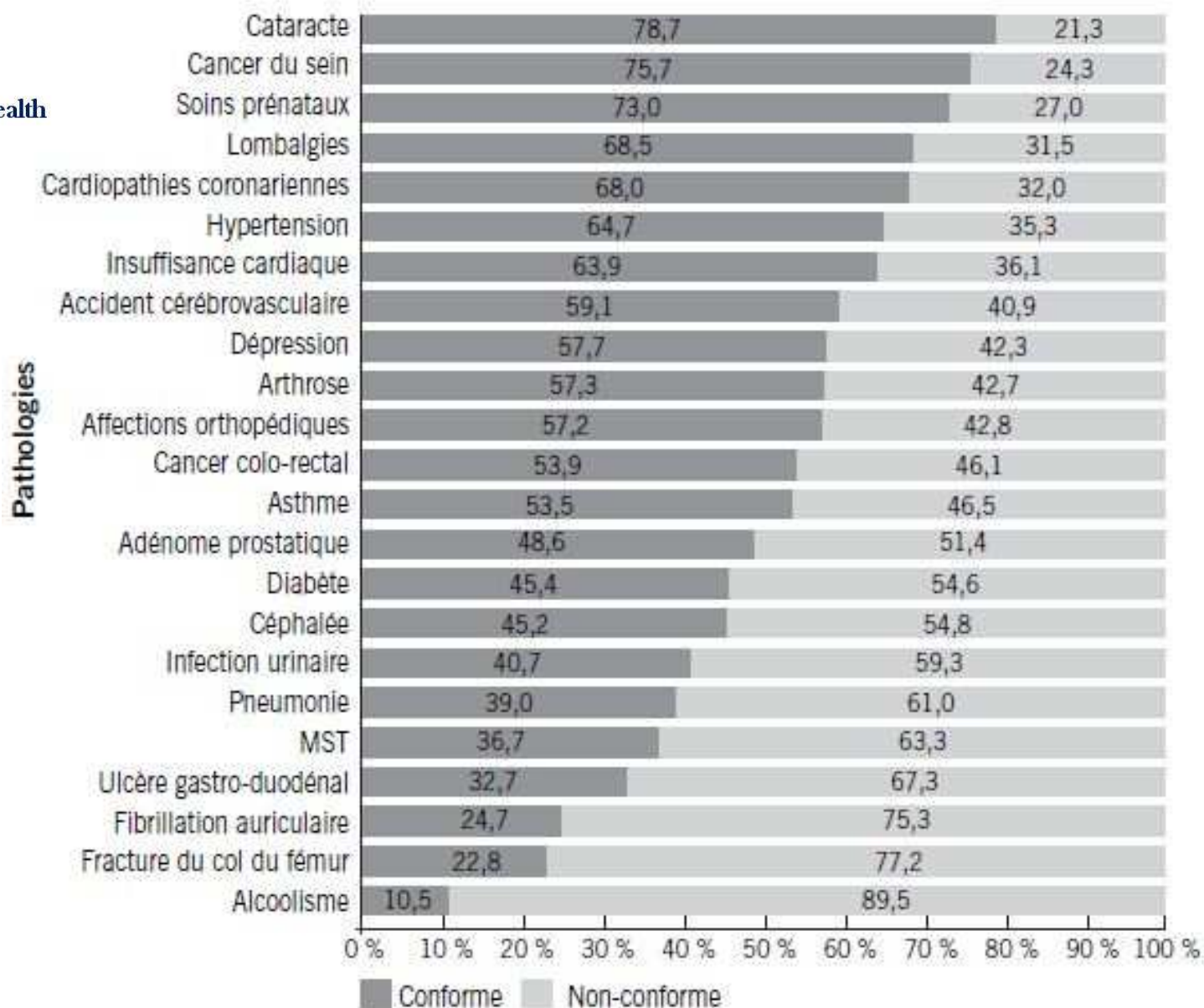


Source: Dartmouth Atlas Project, *The Dartmouth Atlas of Health Care*.



EHESP
school of public health

taux de conformité des soins par rapport aux indicateurs de qualité (% par pathologie)



McGlynn, NEJM, 2003



EHESP
school of public health

Les priorités de l'*Institute of Medicine (USA)*

1. Stratégies thérapeutique de la fibrillation auriculaire
2. Traitements de la perte de l'audition (enfant et adulte)
3. Méthodes de prévention primaire des chutes chez les personnes âgées
4. Endoscopie digestive pour explorer le reflux gastro-oesophagien

...



EHESP
school of public health

Conclusions

- Progrès constants de l'espérance de vie
 - Équité en question
- Coûts croissants du système de santé
 - Rationner les soins devient nécessaire
 - Oui, mais sans porter préjudice à la qualité
 - Quadrature du cercle ? Equation sans solution ?
- **Il est temps d'y voir un peu plus clair !**
 - **Priorités : interventions complexes**
 - **Recherche méthodologique et interdisciplinaire**
 - **Centrer l'approche sur le patient/l'utilisateur : la qualité, les résultats**
 - **Ce qui sera bon pour le patient, sera bon pour le porte-monnaie**