

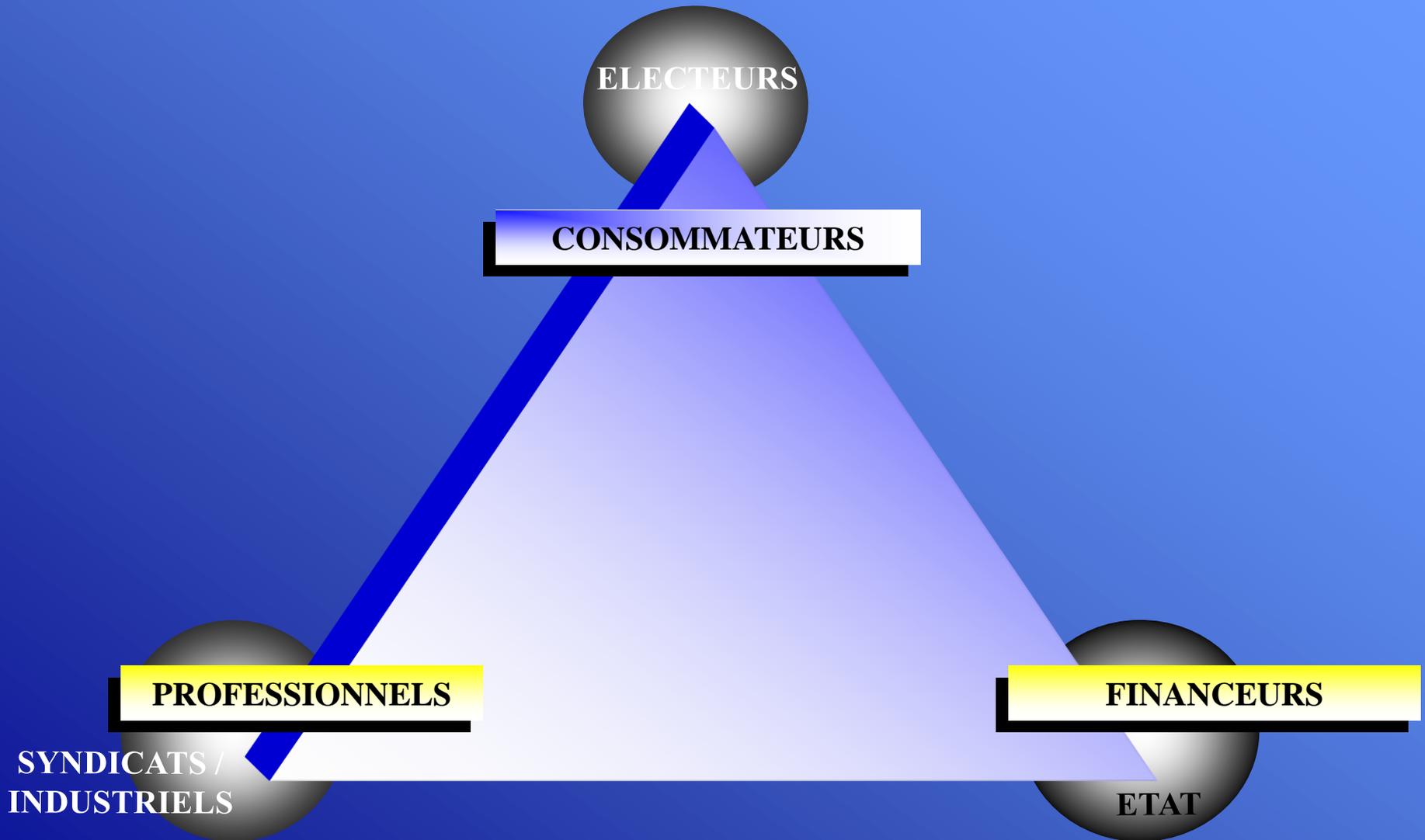
Université de Technologie de Compiègne
6 AVRIL 2017

LE FORFAIT A LA PATHOLOGIE

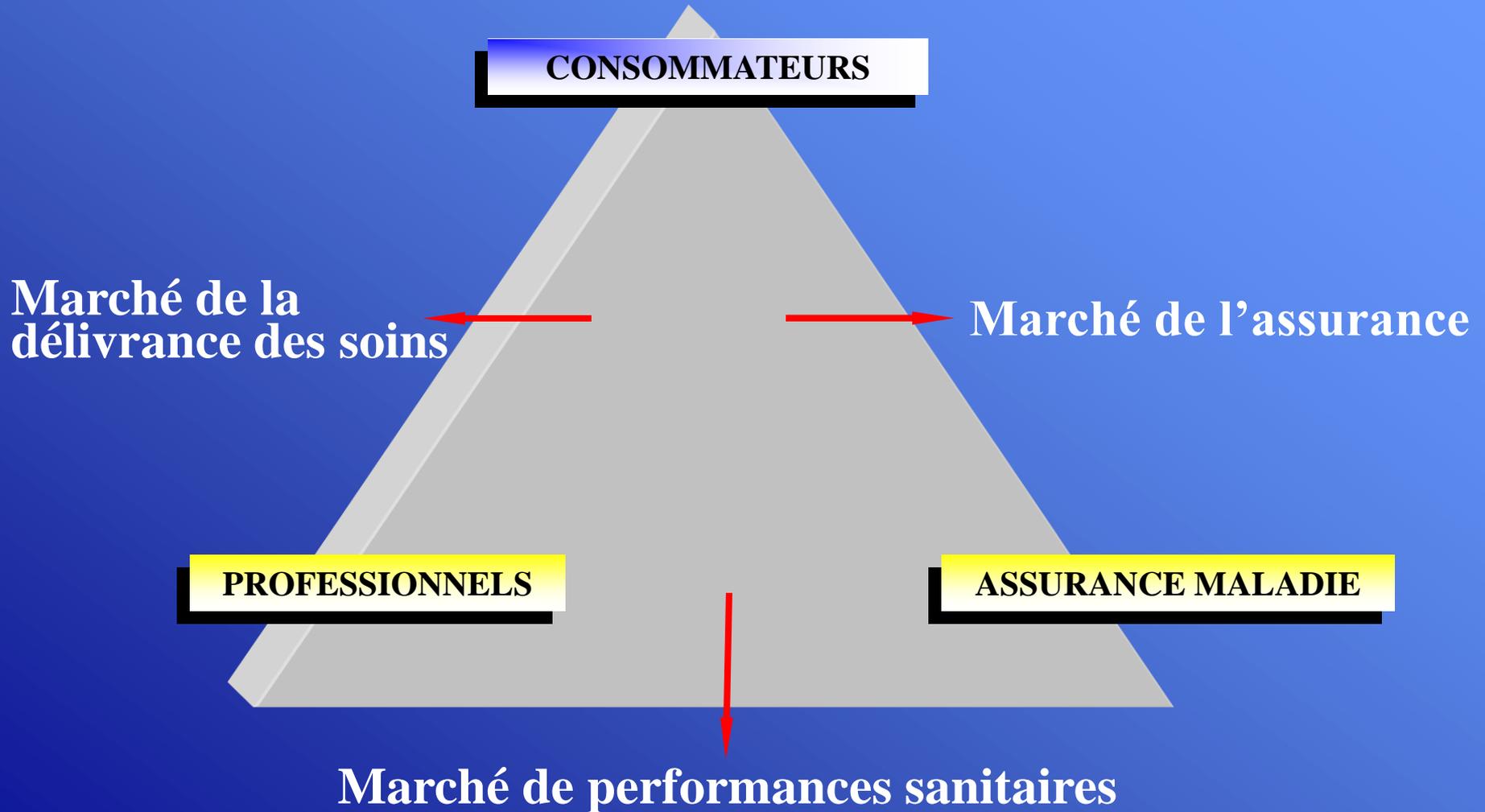
Professeur Robert LAUNOIS

REES Réseau d'*E*valuation en *E*conomie de la *S*anté
28, rue d'Assas - 75006 PARIS
<http://www.rees-France.com>

La Santé : Un Théâtre d'Ombres

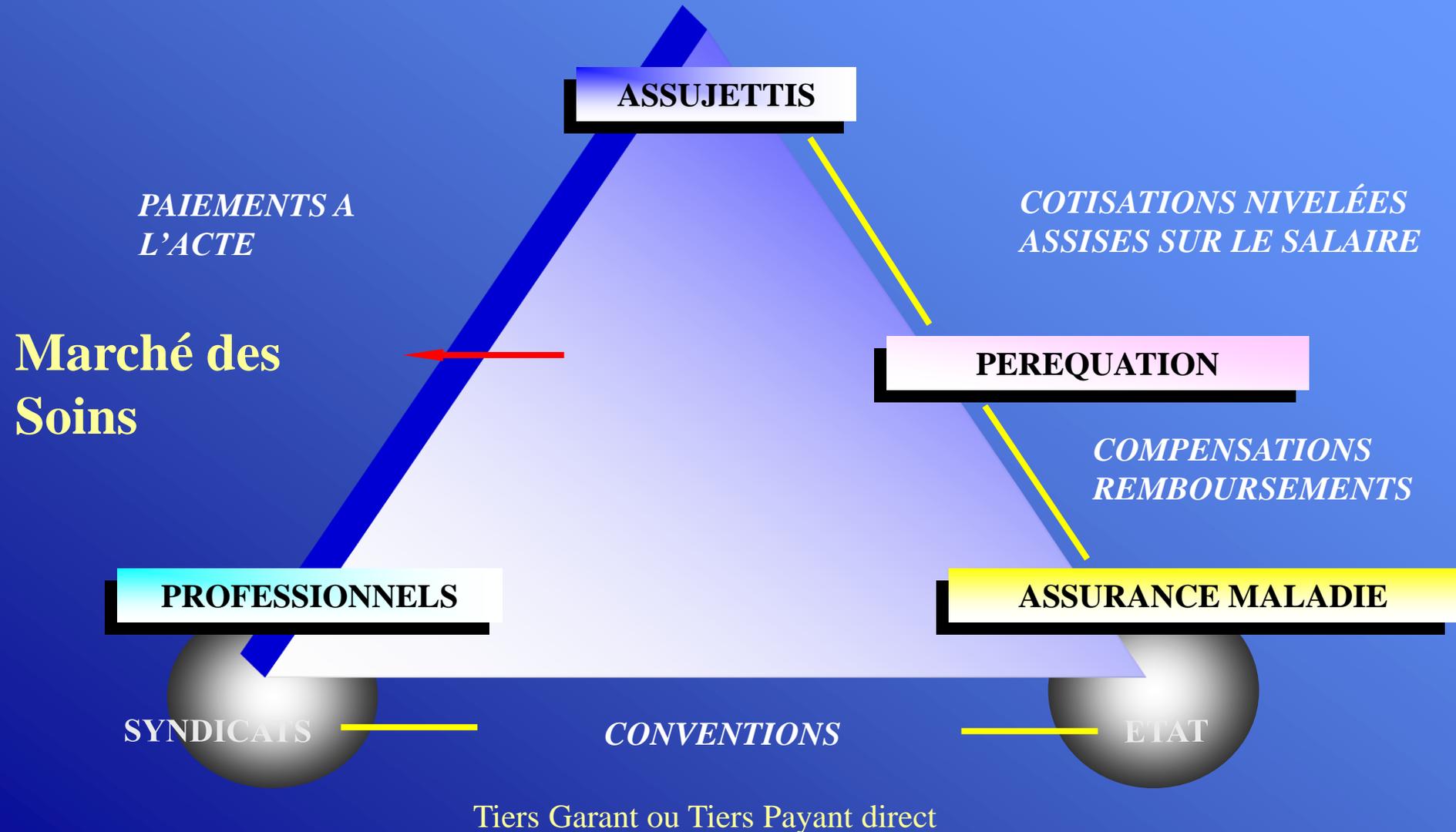


Le Forfait à la Pathologie (FAP) Quelle institution porteuse?



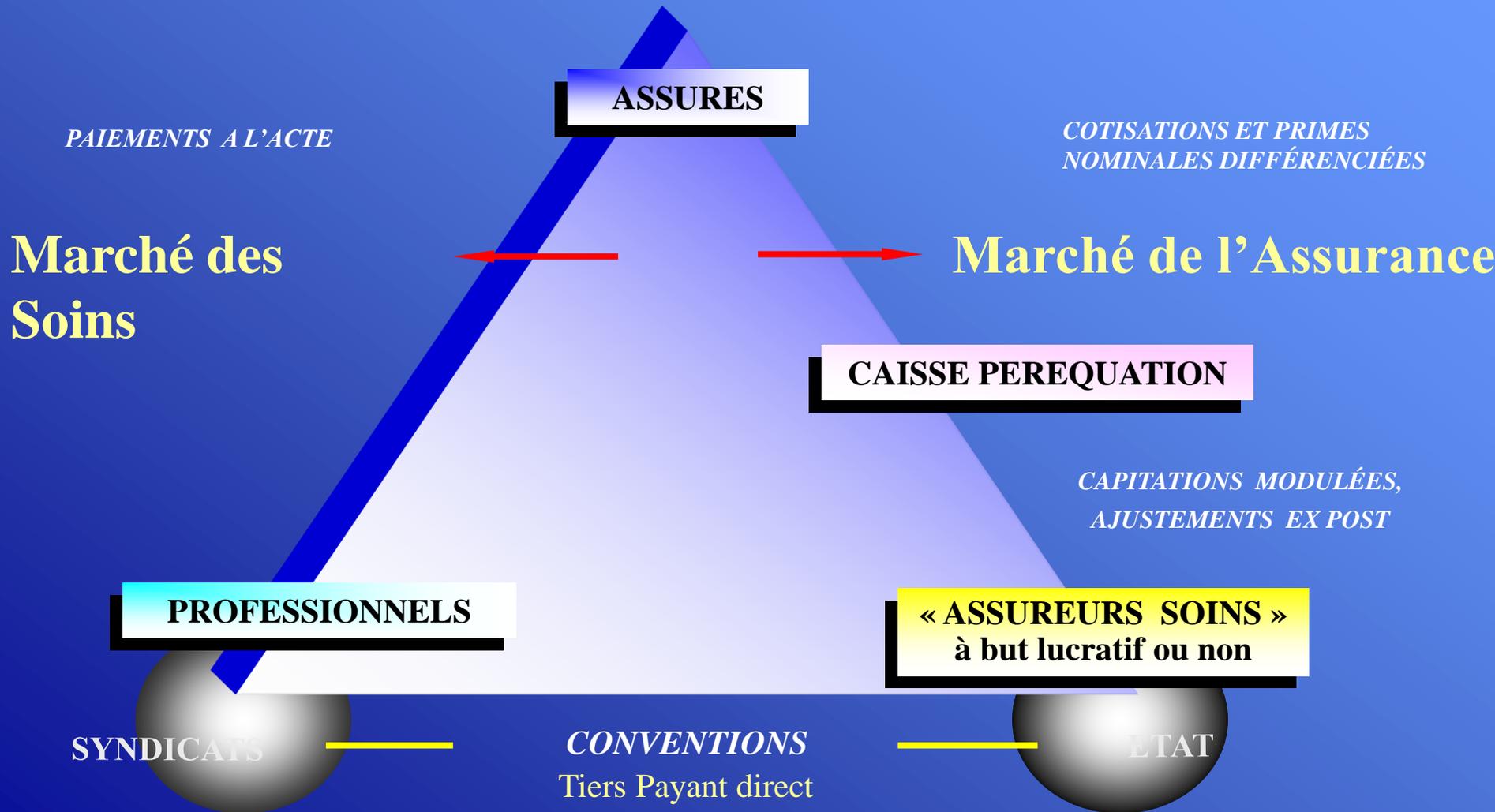
Assurance Maladie Obligatoire Sans Libre Choix de l'Organisme Assureur

Estonie, France, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Slovénie



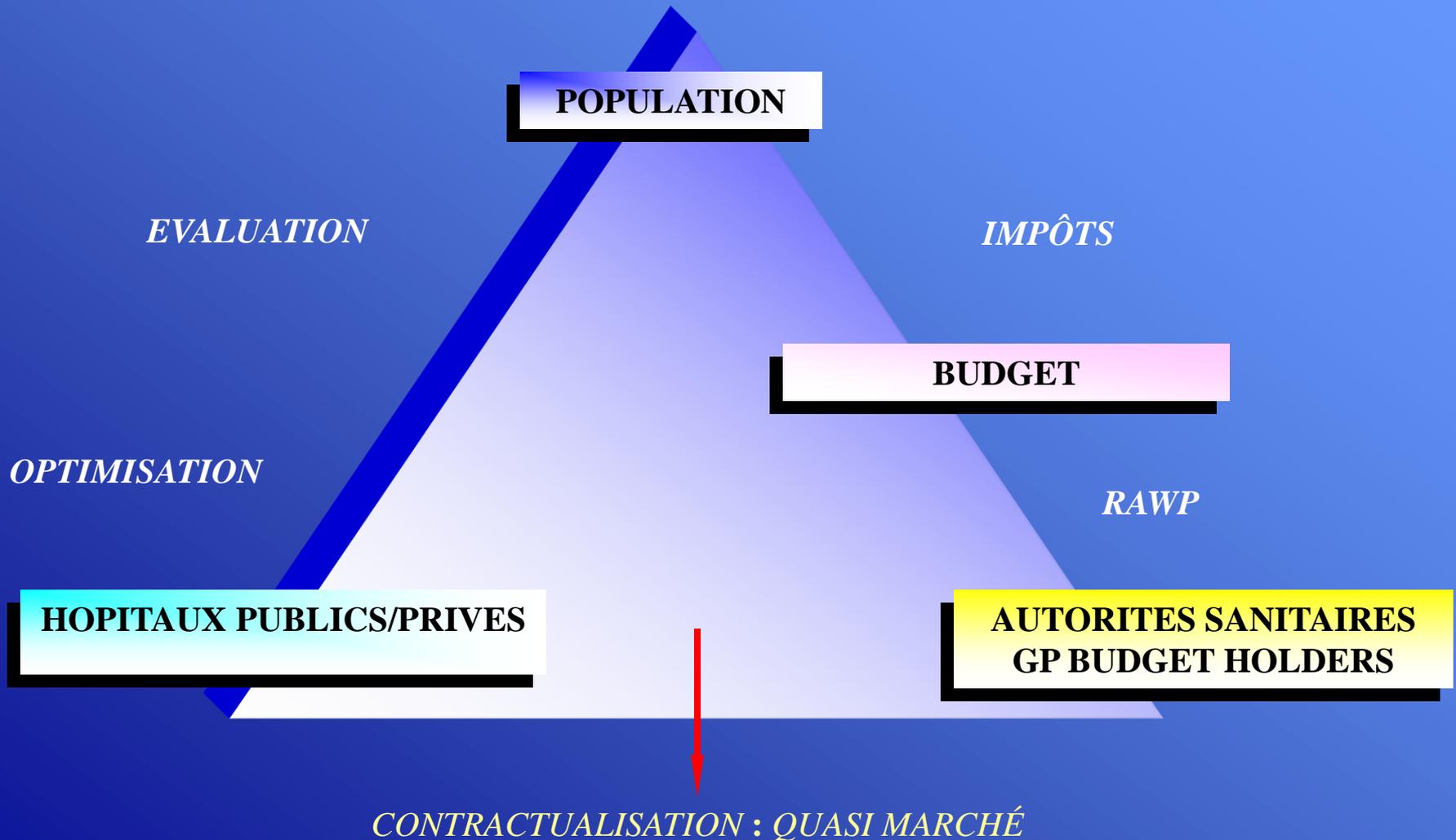
Assurance Maladie Obligatoire Avec Libre Choix de l'Organisme Assureur

Allemagne (1996) , Pays-Bas(2003) ,

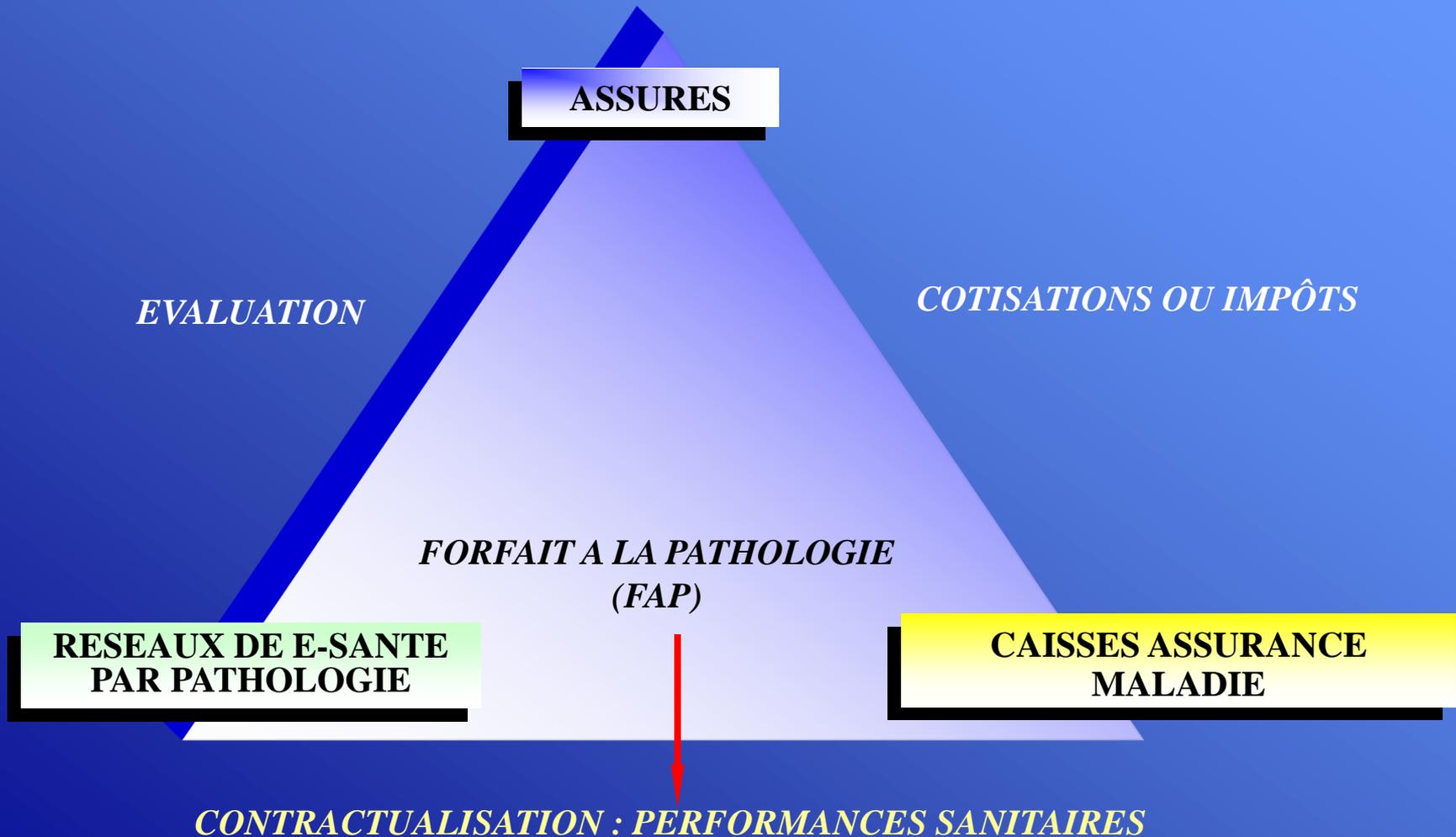


Systeme National de Santé et Concurrence entre les Producteurs

* Angleterre 1991, Pays Scandinaves



Couverture Universelle et Mise en Place de Réseaux Esanté par Pathologie



Le FAP Quel Périmètre ?



Le FAP Pour Quoi Faire ?

- Eduquer
- Former
- Partager
- Standardiser
- Evaluer
- Rémunérer
- Gérer

Le FAP Pour Travailler Avec Qui ?

Le FAP recouvre **un espace** au sein duquel les professionnels de santé d'horizons différents **se sont mis d'accord** sur des **objectifs** et un **cadre d'analyse** de leur performance collective.

Pour que cet espace se constitue en organisation, il faut qu'il y ait un **partage négocié des pouvoirs, des gains et des notoriétés.**"

Naiditch

Le FAP Pour Quoi Faire ?

- Eduquer
- Former
- Partager
- Standardiser
- Evaluer
- Rémunérer
- Gérer

La Démarche Qualité : Au Cœur de la Prise en Charge Globalisé

CONTRAT DE SANTE INTEGRE

Cellule Fédérative d'Amélioration de la Qualité

Missions :

- Eduquer les patients,
- Former les praticiens,
- Partager l'information,
- Évaluer les pratiques,
- Restituer l'information,
- Gérer le risque.

Organisation :

- Présence d'un **leader médical** ,
- **Cercles de qualité** dans les domaines qui posent problèmes rassemblant praticiens et soignants sous l'autorité d'un chef de file

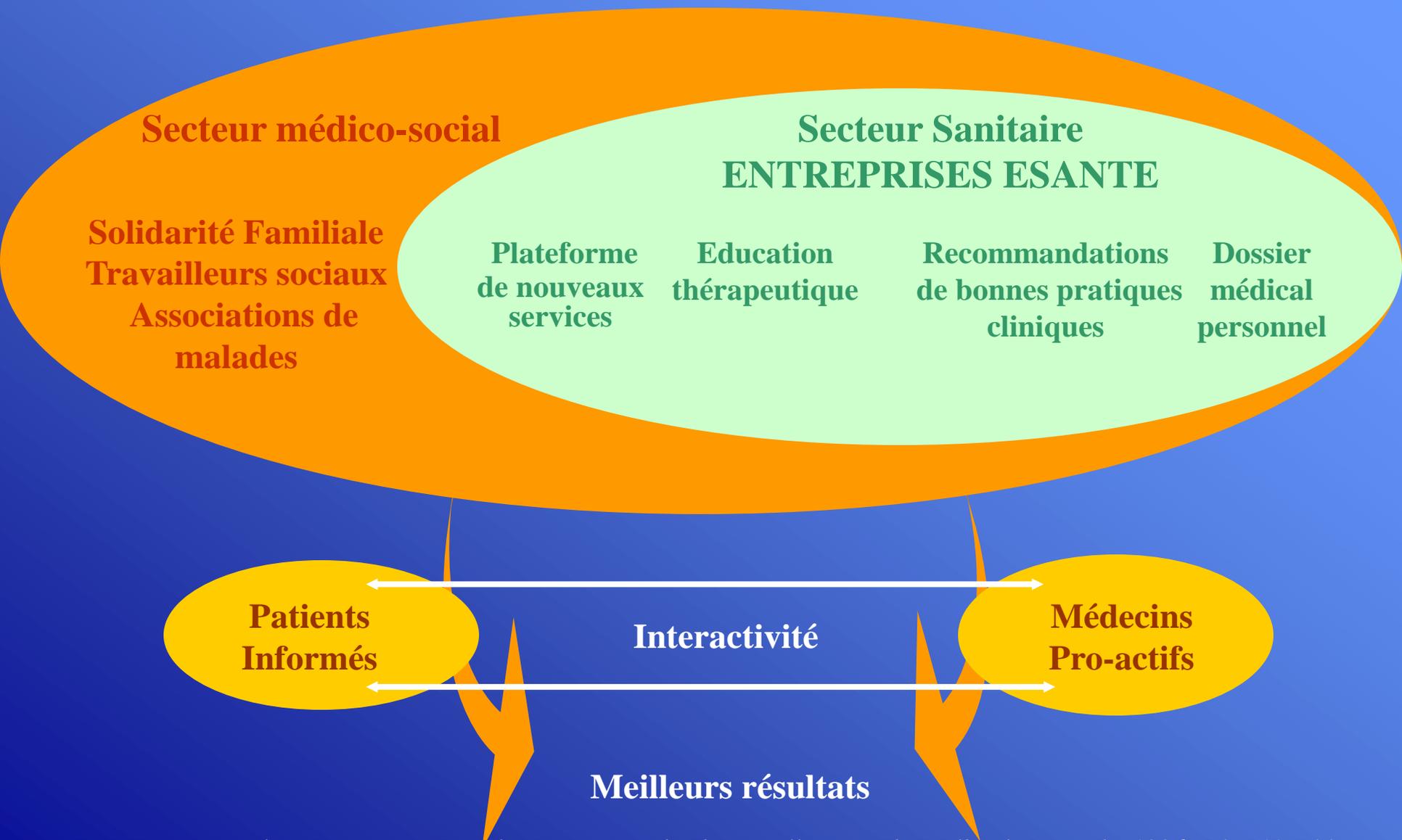
**Nouvelles
Plateformes de
Services**

Téléconsultation, téléassistance

Régulation des urgences

Hospitalisation, Soins à domicile

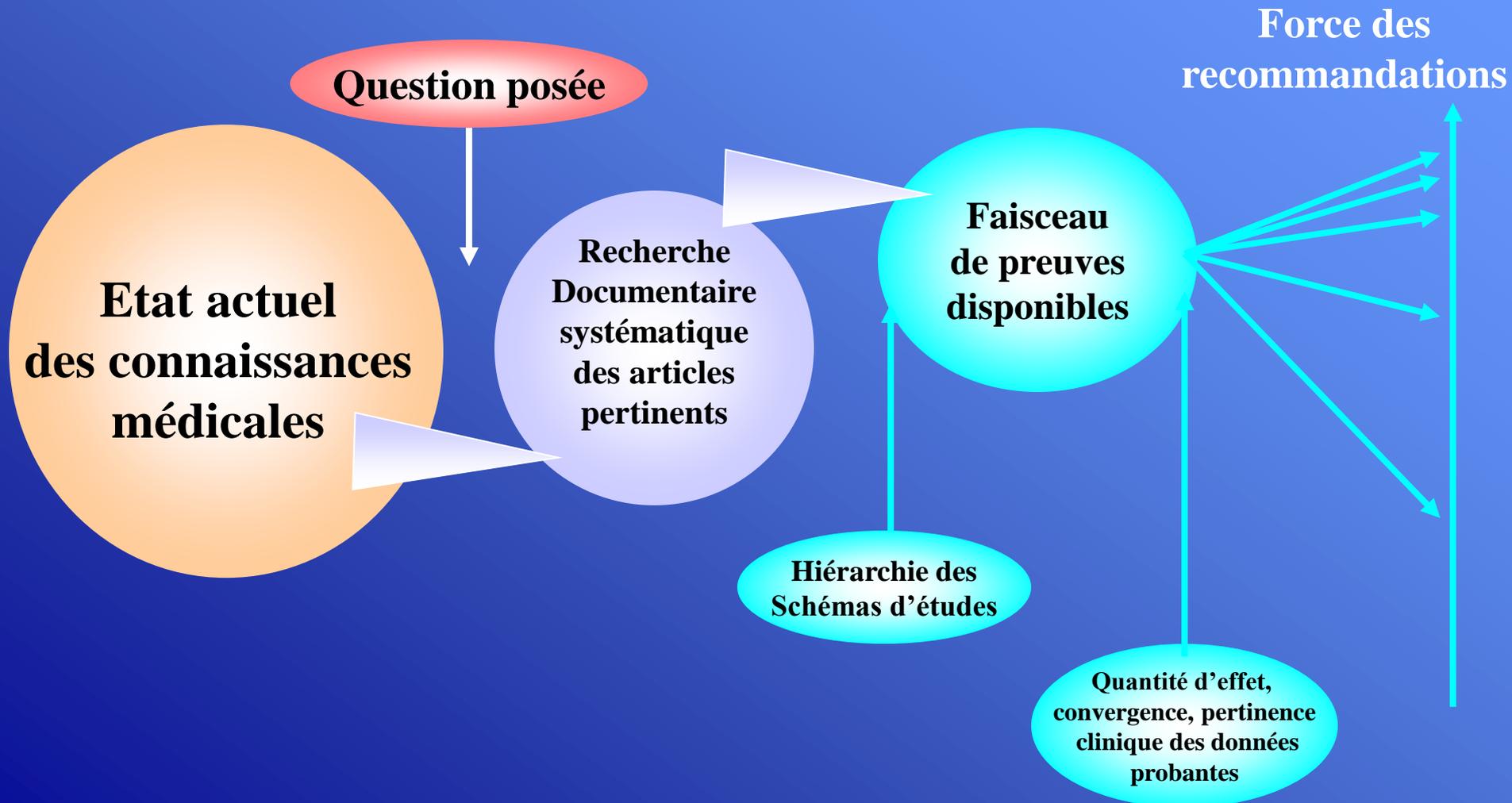
Les Réseaux ESanté : Une Autre Idée du Soin



E.H. Wagner et al. « Organizing Care for Patients with Chronic Illness » The Milbank Quarterly. 1996; 74: 511-544

**COMMENT PASSER DES
MODELES EXPERIMENTAUX
A LA VRAIE VIE ?**

LES LOIS DE LA PREUVE MÉDICALE



Typologie des Revues Bibliographiques

- **Revue critique (narrative) :**
 - Sans protocole d'interrogation prédéfini
 - Sélection subjective des données
 - Un expert choisi les études « les plus importantes », les commente et donne un avis souvent « politique »
- **Revue méthodique exhaustive à la manière « cochrane »**
 - Avec protocole d'interrogation prédéfini
 - Exhaustivité dans la recherche les données :2 bases au moins
 - Sélection sur critères d'inclusion/ d'exclusion / de qualité
- **Revue méthodique ciblée (overview, rapid review method):**
 - Avec protocole d'interrogation prédéfini,
 - Absence d'exhaustivité dans les données, 1 base utilisée
 - Sélection partiellement argumentée des données
- **Revue méthodique mixte pour la modélisation économique**
- **Revue méthodique quantitative ou méta analyse**
 - Regroupement en un seul indice des quantités d'effet

Revue Méthodique Exhaustive : les Étapes

Revue méthodique qualitative (7 étapes)

1. **Formulation d'une question principale unique** en s'aidant des critères PICOS : Population-cible, intervention, comparateur, outcome, schéma d'étude
2. **définition ex ante des critères d'éligibilité** et de **non éligibilité** des études
3. **Identification des descripteurs** correspondants (CISMef, EMTREE, MESH ou autres) et Ecriture de l'équation de recherche
4. **Interrogation des bases** documentaires (*deux* au moins) sur la *période 2000-2010*
5. **Sélection sous END Notes**, des articles qui répondent aux critères d'éligibilité, fusion, sélection et présentation du diagramme de flux
6. **Evaluation de la qualité** des études (validité interne-externe)
7. **Tableau Résumé des Données Colligées (TRDC ou SOF SUMMARY OF FINDINGS en anglais: items à définir a priori, 3 / 4 jours de travail) + Résumé en langage simplifié PLAIN LANGUAGE; Finalité Présentation claire des sources**

Revue méthodique quantitative (4 étapes)

1. Synthèse données probantes : MA, MCT
2. Estimation de l'hétérogénéité
3. Neutralisation des Biais : méta Régression
4. Vérification de la cohérence sur les boucles (MTC)

L'Etude Idéale

- **Randomisation** → *Populations comparables*
 - Distribution identique des facteurs de risques
 - Pas nécessairement toujours vrai (nouveaux médicaments & nouveaux utilisateurs)
- **Placebo** → *Effets comparables*
 - Neutralisation des facteurs de confusion susceptibles d'affecter les résultats
 - Pas d'effet structure, pas d'effet patient, pas d'effet blouse blanche
- **Double aveugle** → *Même information*
 - Elimine les jugements a priori sur l'efficacité
 - A tous les niveaux : patient, médecin, évaluateur, analyste, etc ...
- **Mais de puissants biais de sélection !**

Les Limites des Essais Randomisés

- Comparaison impossible de toutes les options thérapeutiques
- Vision tronquée du génie évolutif de la maladie
- Négation des réalités épidémiologiques et institutionnelles locales
- Scotomisation d'éléments décisifs pour la prise de décision politique (*Evénements indésirables, QdV, trajectoires et contacts, diversité des modes de prises en charge , toutes informations autres que celles se rapportant à la taille des effets*)

Les Résultats des Essais Cliniques sont Difficilement Transposables

Par rapport à la pratique quotidienne les essais sont trop :

- **R** restrictifs dans leurs critères d'inclusion
- **É** triqués dans leurs critères de jugement
- **T** emporellement limités dans la durée de leur suivi
- **R** igoristes dans leurs conditions de surveillance
- **hO** mogènes dans leur population

Les Enquêtes d'Observation Descriptives n'ont Pas de Comparateur

- Une enquête est dite observationnelle lorsque tout se serait passé *de la même façon si il n'y avait pas eu d'étude*
- Les études observationnelles descriptives partent des *réalités de terrain* pour les décrire de la manière la plus fidèle possible
- L'absence de plan expérimental multiplie les *risques de biais* et rend impossible l'analyse de causalité

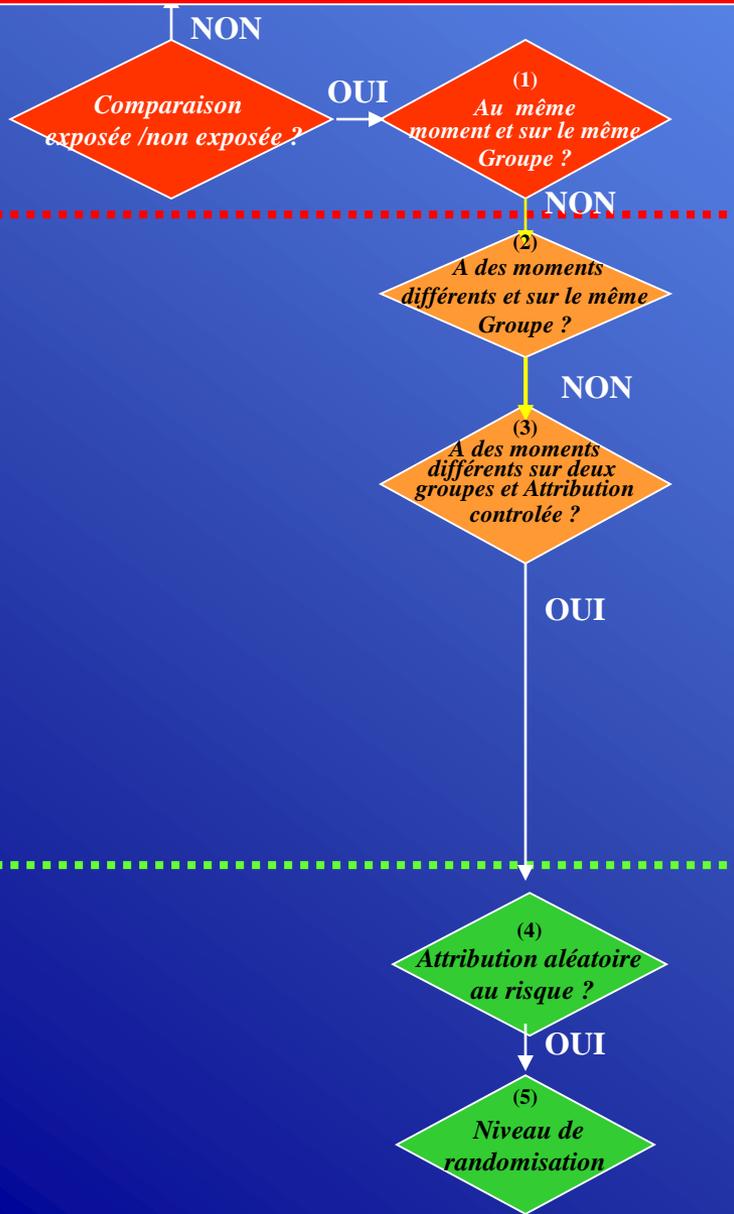


**UNE MÉDECINE FONDÉE
SUR LES PREUVES..... MAIS
DE QUELLES PREUVES
S'AGIT-IL ?**

Vers une Hiérarchie des Protocoles d'Etudes Moins Dogmatique ?

Étude descriptive–Étude normative

Absence de preuve



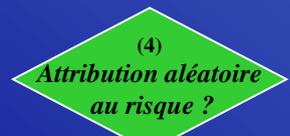
Vers une Hiérarchie des Protocoles d'Études Moins Dogmatique ?

Étude descriptive–Étude normative

Absence de preuve



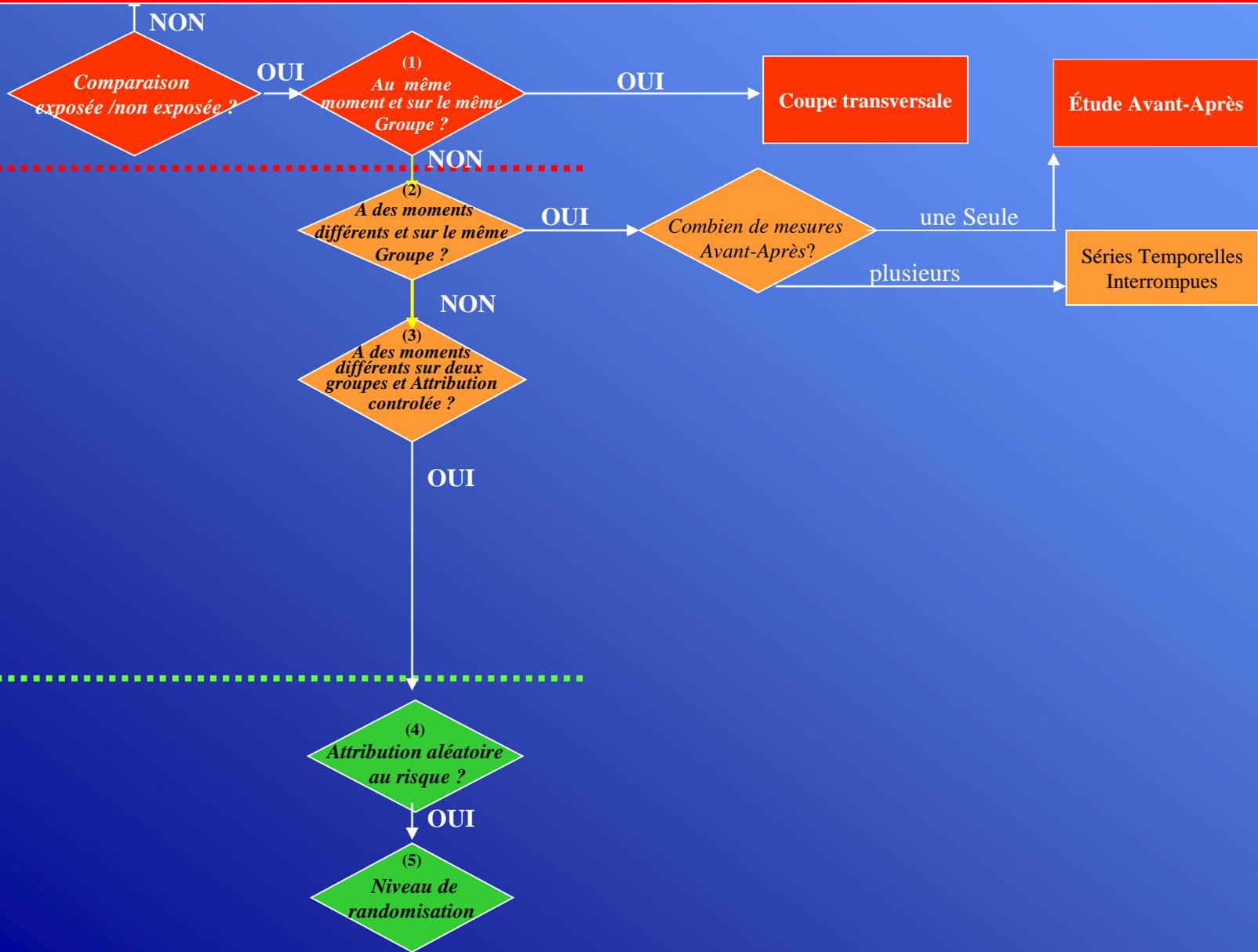
Adéquation Faible de la preuve



Vers une Hiérarchie des Protocoles d'Etudes Moins Dogmatique ?

Étude descriptive-Étude normative

Absence de preuve

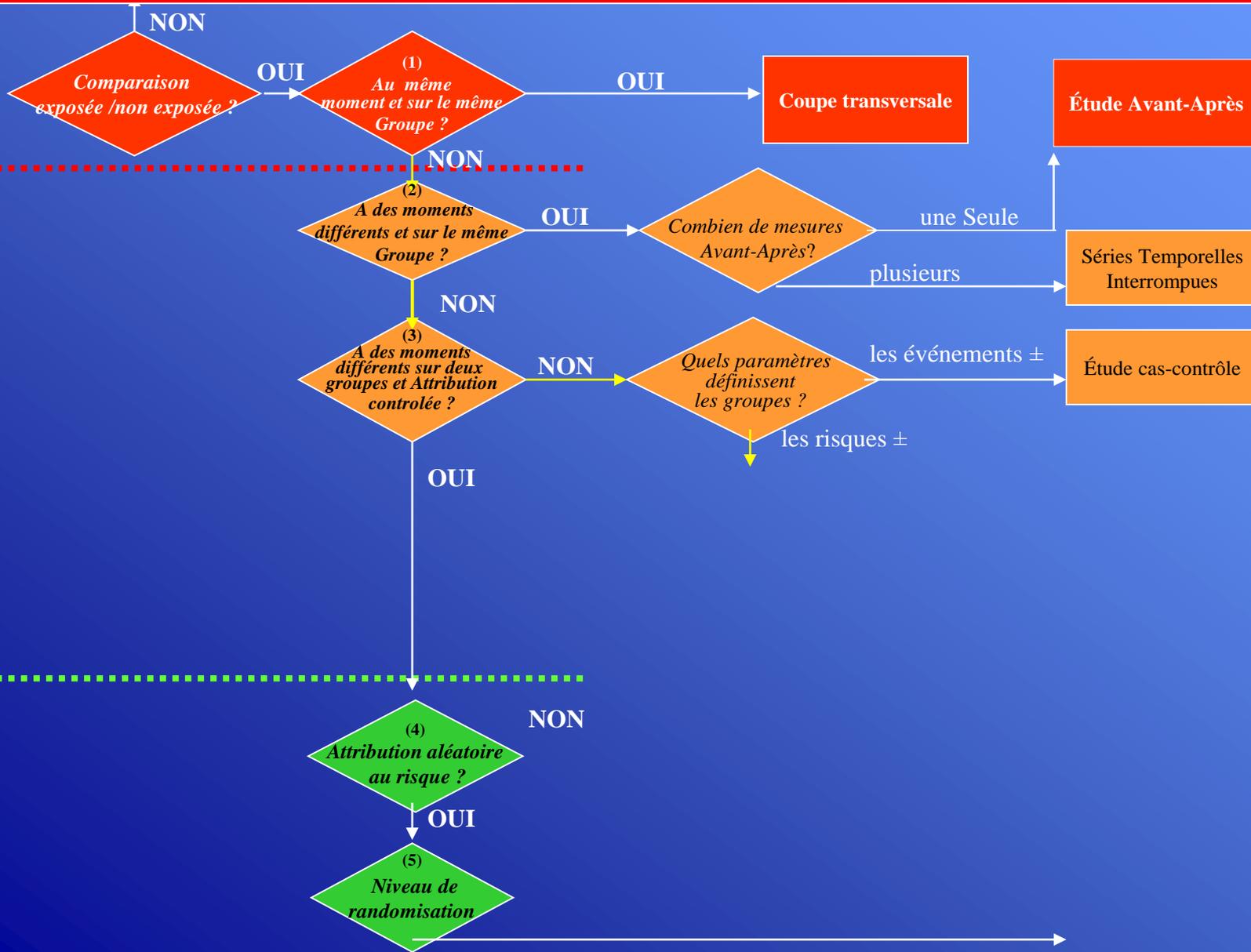


Adéquation Faible de la preuve

Vers une Hiérarchie des Protocoles d'Études Moins Dogmatique ?

Étude descriptive-Étude normative

Absence de preuve

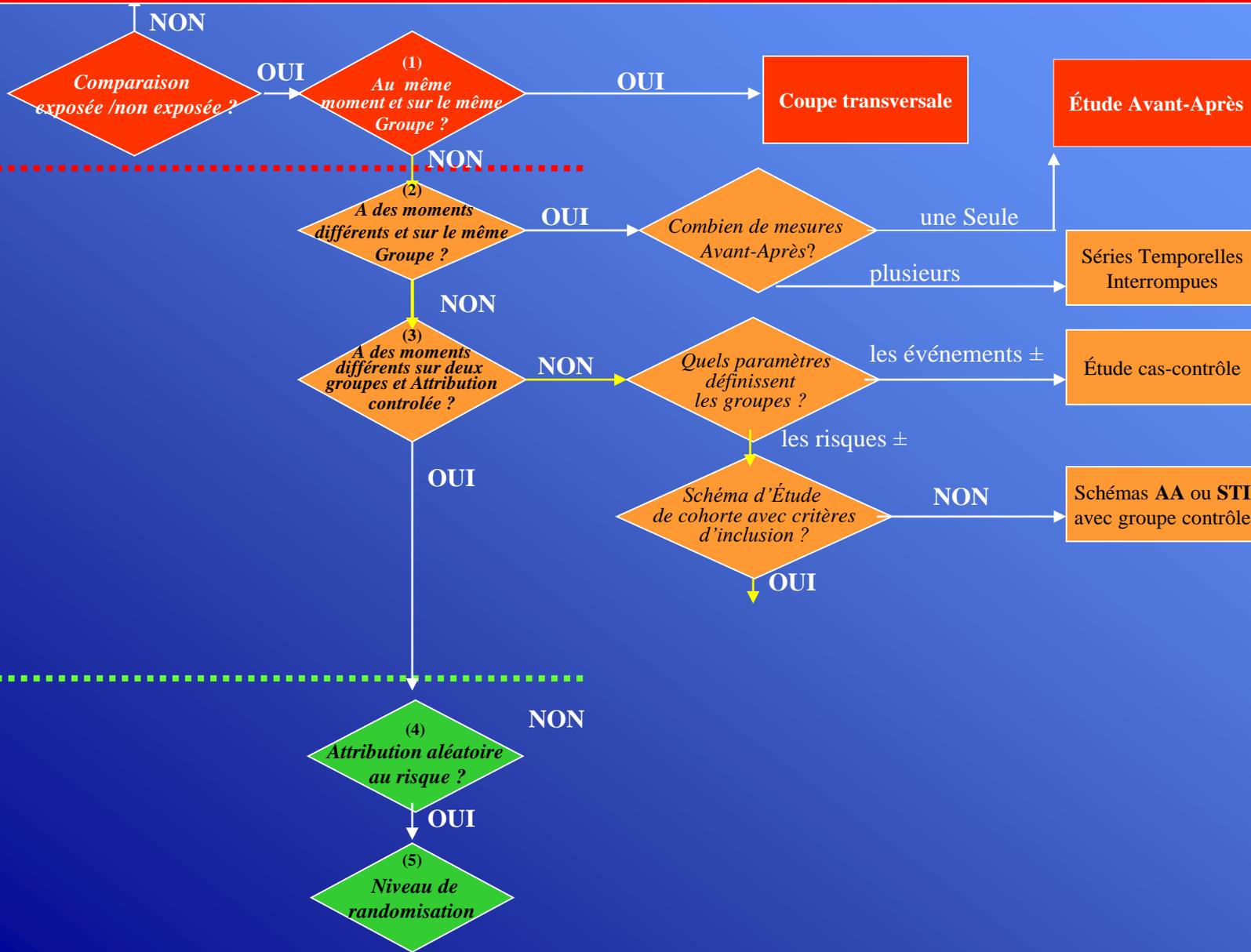


Adéquation Faible de la preuve

Vers une Hiérarchie des Protocoles d'Études Moins Dogmatique ?

Étude descriptive-Étude normative

Absence de preuve

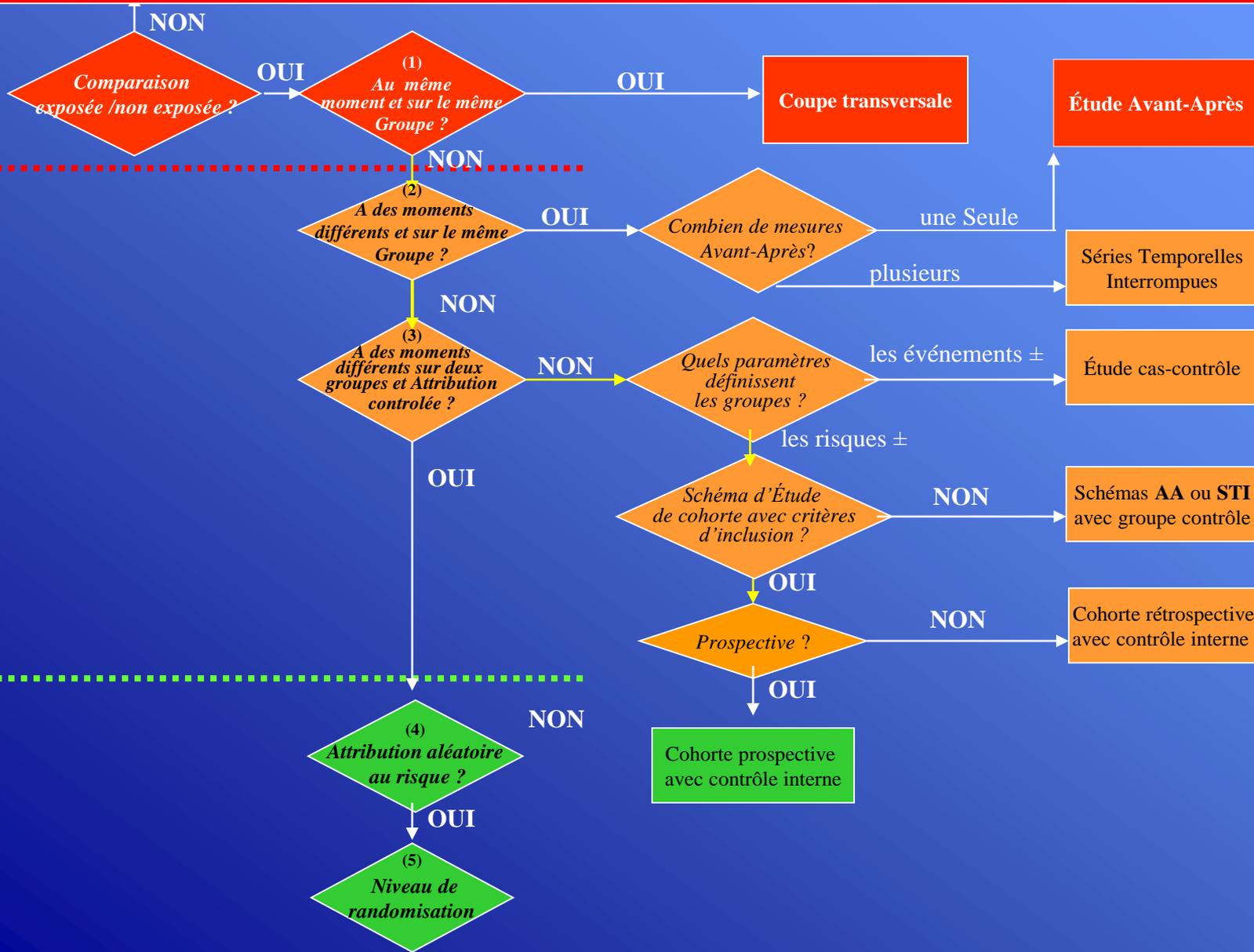


Adéquation Faible de la preuve

Vers une Hiérarchie des Protocoles d'Études Moins Dogmatique ?

Étude descriptive-Étude normative

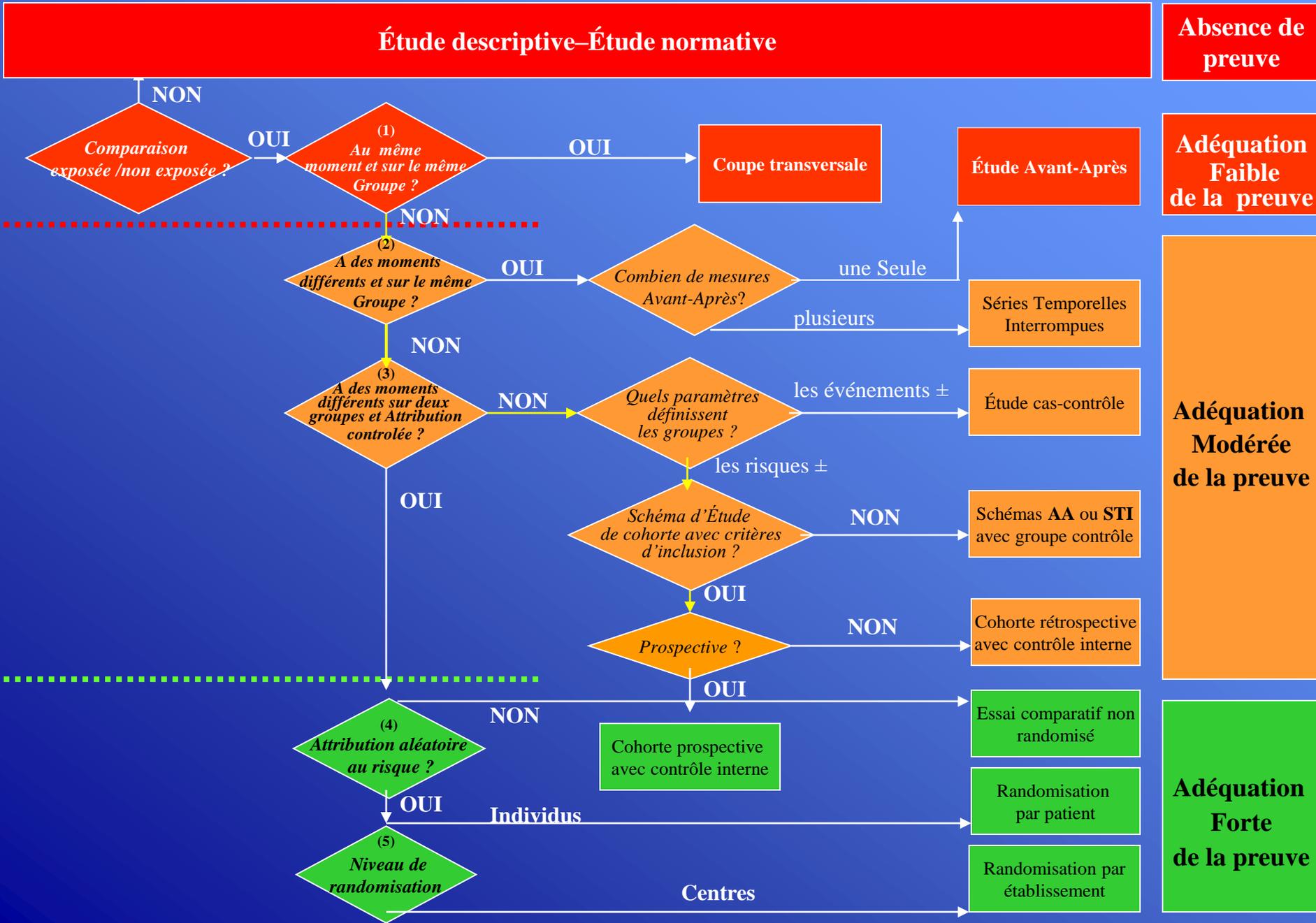
Absence de preuve



Adéquation Faible de la preuve

Adéquation Modérée de la preuve

Vers une Hiérarchie des Protocoles d'Études Moins Dogmatique ?



La Force des Recommandations

(ANAES 2000)

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature	Grades des recommandations
Niveau 1 <ul style="list-style-type: none">- Essais comparatifs randomisés de forte puissance- Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés- Analyse de décision basée sur des études bien menées	A Preuve scientifique établie
Niveau 2 <ul style="list-style-type: none">- Essais comparatifs randomisés de faible puissance- Etudes comparatives non randomisées bien menées- Etudes de cohorte	B Présomption scientifique
Niveau 3 <ul style="list-style-type: none">- Etudes cas-contrôle Niveau 4 <ul style="list-style-type: none">- Etudes comparatives comportant des biais importants- Etudes épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale)- Etudes rétrospectives- Séries d'observations	C Faible niveau de preuve scientifique

La Grande Diversité des Plans d'Expérience

- **Etude Télésage** : objectif montrer les bénéfices de l'application Diabéo (gestion du diabète par le patient lui-même) trois groupes de patients utilisant ou non la télémédecine, au niveau national. Etude prospective, interventionnelle, comparative.
- **Projets Vigisanté**, hypertension artérielle, compararaison du groupe intervention à un groupe témoin issu de la base de données de consommation de soins de la CNAMTS DICS.
- **Projet e-chronic/e-nephro** : étude clinique inter-régionale observationnelle pour une région et **randomisée** pour une autre de la prise en charge des insuffisants rénaux chroniques
- **Respir@dom** objectif diminuer les risques lié à l'apnée du sommeil est en cours auprès de 200 patients suivis en télémédecine par rapport à la pratique traditionnelle dans le cadre d'un **essai contrôlé randomisé**.
- **Projet Domoplaie** prise en charge et suivi de plaies chroniques via la télémédecine au sein des réseaux Telap et Cicat-Lr. **Essai contrôlé randomisé**

L'Essentiel : le Bénéfice Apporté au Malade en Contrepartie des Sommes Investies

- **Bénéfice Clinique :**

- ✓ Contrôle et non-contrôle de la maladie
- ✓ Effets de l'éducation du patient
- ✓ Impacts de la formation des soignants

- **Bénéfice Humain :**

- ✓ Réduction du handicap social
- ✓ Amélioration de la qualité de vie des patients
- ✓ Accroissement de la satisfaction des bénéficiaires

- **Bénéfice Financier : Réduction du fardeau de la maladie et des coûts pour les familles**

Exemple Préfigurateur: Le Réseau RESALIS

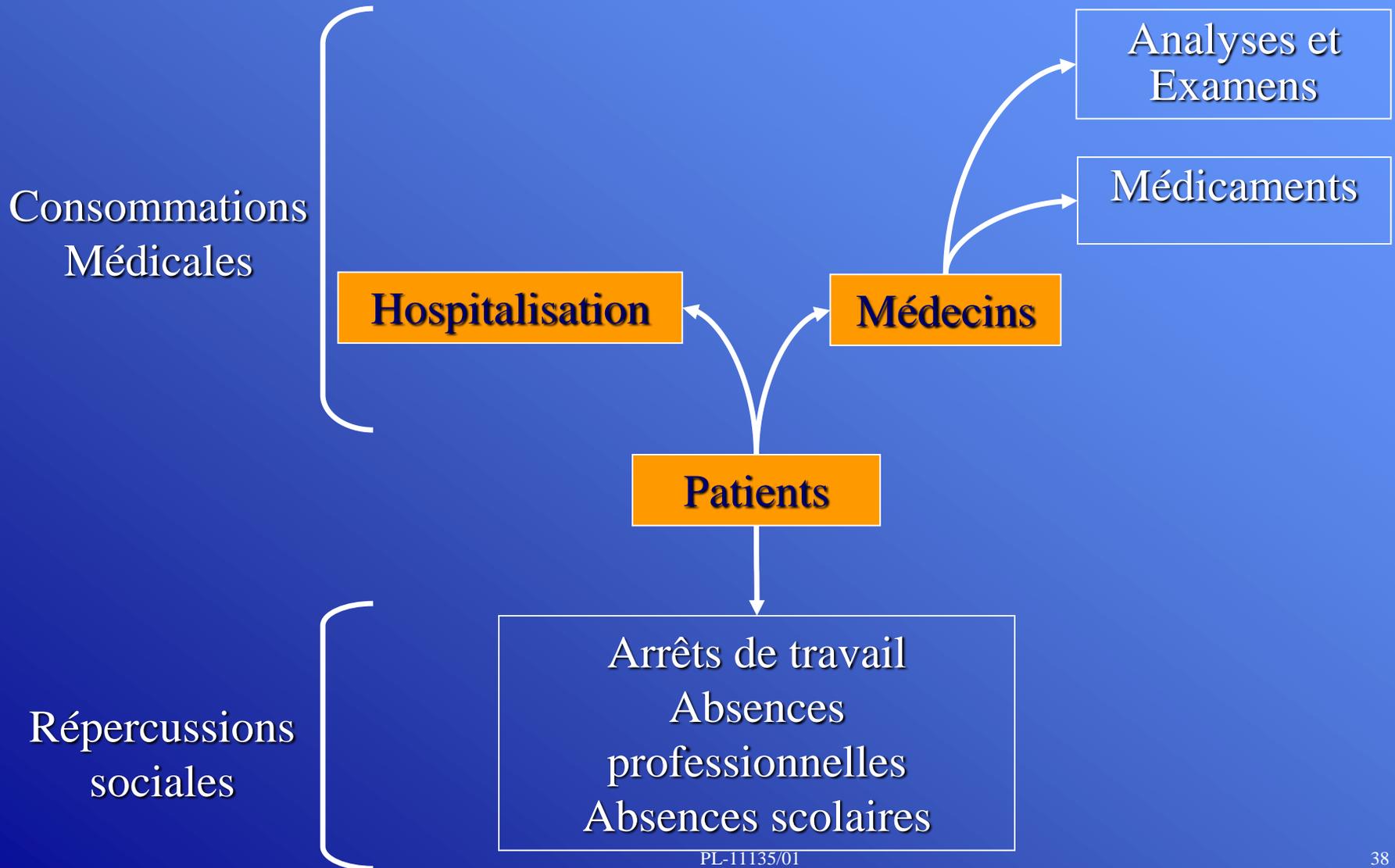
Les Moyens Mis en Œuvre par RESALIS

- **Le Groupe de professionnels de santé**
- **Un référentiel raisonné de pratique médicale : OMS, ANAES**
- **Un programme de FMC adapté**
 - **Prise en Charge de l'asthme**
 - **Utilisation des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication**
- **Un programme d'éducation des patients**
- **Un système d'information sécurisé**
 - **Dossier électronique + messagerie sécurisée**
- **Un programme d'évaluation**
 - **Recueil des pratiques en continue, sur une base de données spécifique**

Mise en Place de Systèmes de Collecte de l'Information

- Informations requises
- Façades de saisie
- Liste de variables

Informations Minimales Requises



Façade de Saisie

RESALIS [Fichier] [Edition] [Insertion] [Enregistrements] [Fenêtre] [?]

TITI CAMARA (Né(e) le 22/11/69) Dr. Florian LANCON

Questionnaire suivi

Consultation/visite initiale

Recours Médical/Prescriptions Prescriptions/Issue Prescription médicaments

MEDICAL

Réalisation d'une mesure du DEP <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui	Meilleure des trois mesures du DEP (l/mn) <input type="text" value="0"/>	Réalisation d'une désensibilisation <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui	Asthme allergique <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Ne sait pas
--	---	--	--

PRESCRIPTION

Prescription de séance(s) de kinésithérapie respiratoire <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui Nombre de séances <input type="text" value="0"/>	Prescription d'examens paracliniques hors biologie <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui Radiographie thoracique Radiologie des sinus (Autre)	Prescription d'examens biologiques <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui NFS VS IONO Plaquettes Gaz du sang Théophyllinémie (Autre)
---	--	--

Fermer Continuer > 

Avez-vous prescrit au patient des examens biologiques ? MAJ NUM

Structure de la Base

15 fichiers - 515 variables

Analyse Détaillée des Consultations Ambulatoires

DATSUIVI	Date du recours (AAAAMMJJ)
TYPERIC	Type de recours (visite, consultation, consultation externe, HDJ)
MAJOHONO	Majoration d'honoraires (OUI/NON)
MAJOURG	Majoration urgence (OUI/NON)
MAJONUIT	Majoration nuits (OUI/NON)
MAJODIM	Majoration dimanche (OUI/NON)
PREXABIO	Prescription d'examens biologiques (OUI/NON)
PREDUC	Prescription séance d'éducation (OUI/NON)
PRCURETH	Cure thermale (OUI/NON)
CURHOSP	Avec hospitalisation (OUI/NON)
PRSEJCLI	Séjour climatique (OUI/NON)
AT	Arrêt de travail (OUI/NON)
ATTYPE	Type d'arrêt
ATDUREE	Durée de l'arrêt (en jours)
ABPROFDU	Durée absentéisme professionnel (en jours)

Evaluation de la Performance :

Au niveau de l'organisation

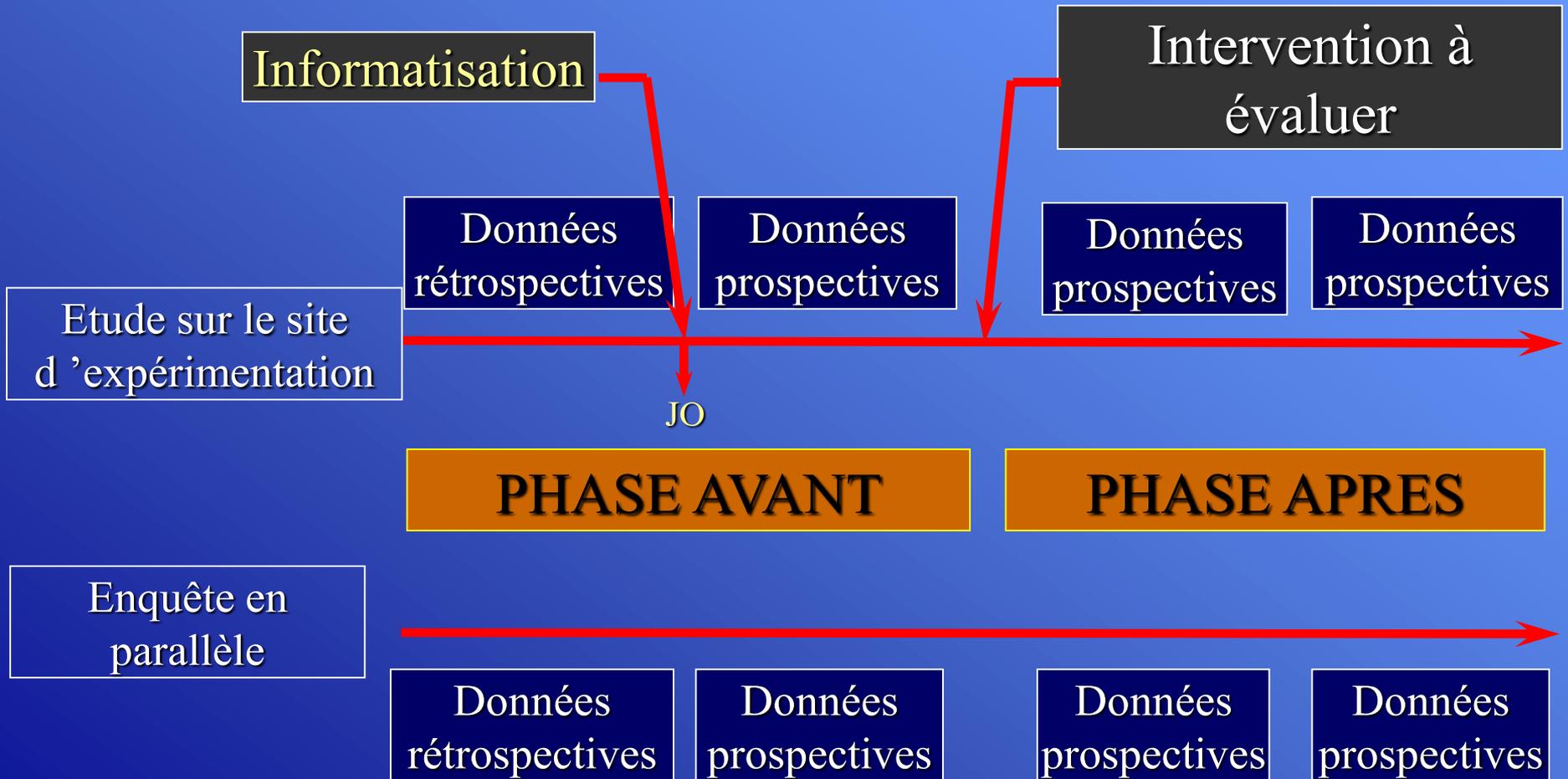
- Fréquence des contacts
- **Respect des références médicales**
- Qualité de l'observance
- Importance des dépenses reconnues et remboursées par l'organisme assureur
- Amélioration de l'état de santé de la population

Evaluation de la Performance :

Au niveau du malade

- Mesure des taux de réponses
- Fréquence et intensité des toxicités
- Etat fonctionnel
- **Qualité de vie**
- Satisfaction du patient
- Coût médical direct pour le malade
- Coût non médical direct pour les familles

Schéma d'Etude : Avant - Après



Dénombrement des Consommations

Hospitalisation :

Groupes Homogènes de Malades (GHM)

GHM 136 : bronchite, asthme, âge > 69 ans et/ou avec comorbidités associée (CMA)

GHM 137 : bronchite, asthme, âge de 18 à 69 ans et/ou sans

GHM 138 : bronchite, asthme, âge < 18

Ambulatoire :

Consultation médicale

Actes paramédicaux

Actes de radiologie

Actes de biologie

Conditionnement
du médicament

Nomenclature Générale des
Actes Professionnels

Nomenclature des Actes
de Biologie Médicale

Vidal

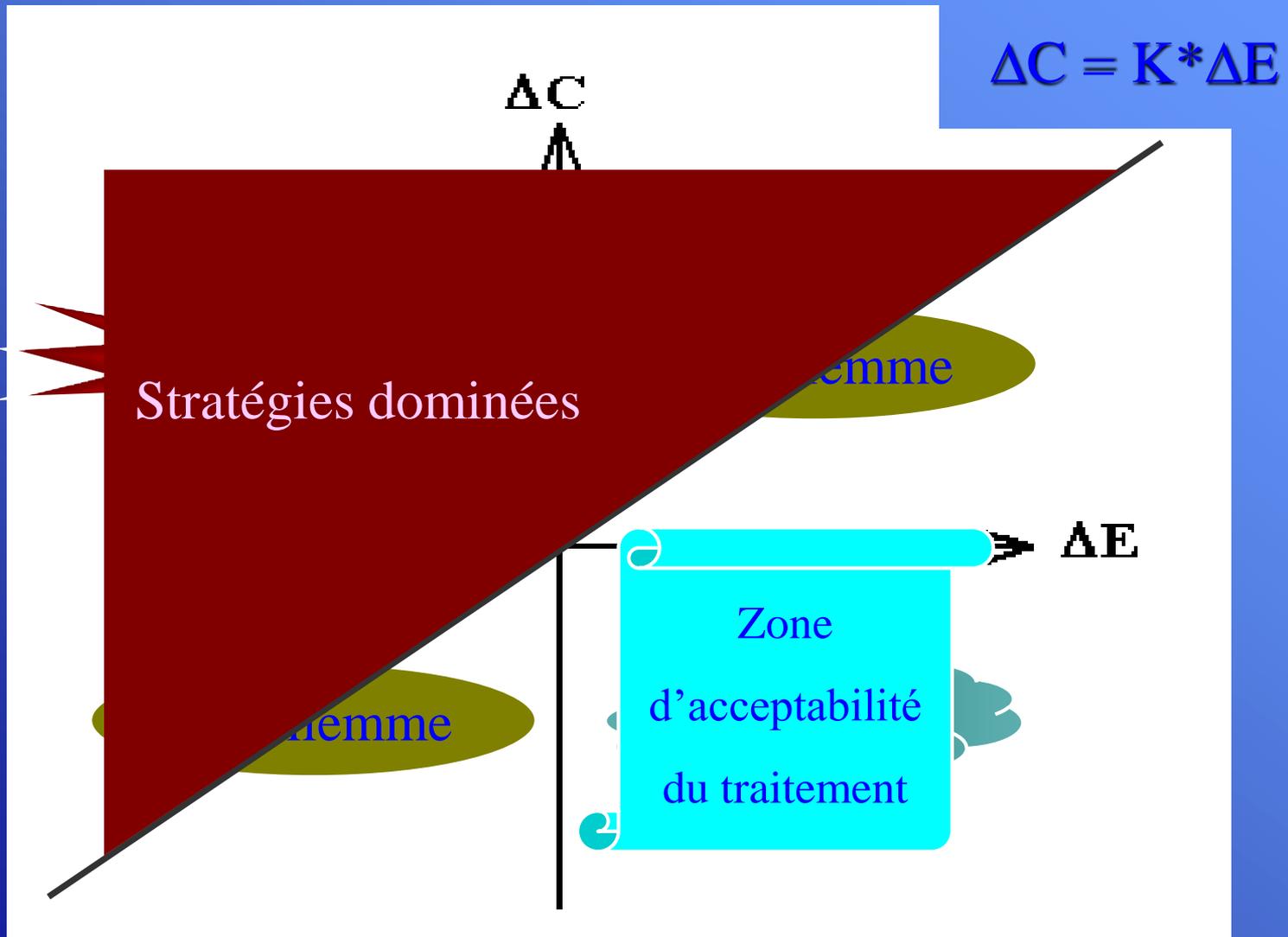
Critère de Jugement Economique

Classement des modes de prise en charge conventionnelles ou en réseau E-santé selon l'efficience du suivi

$$\frac{\Delta C}{\Delta E} = \frac{C_{AI} - C_{SI}}{E_{AI} - E_{SI}}$$

- C_{AI} : Coût de la prise en charge après intervention
- C_{SI} : Coût de la prise en charge sans intervention
- E : Nombre de suivis trimestriel avec contrôle
- Δ : Différentiel de coût ou d'efficacité

Le Quadrant Coût-Efficacité



Analyse Statistique

Critères évalués	Indicateurs	Tests statistiques
<i>Efficacité</i>	1/ Taux moyen de contrôle par patient et par trimestre 2/ Temps médian avant non contrôle	1/ Test apparié de Wilcoxon 2/ Test du logrank et modèle de Cox (groupes indépendants)
<i>Coût</i>	Coût moyen par patient et par trimestre de suivi (selon l'état clinique au cours du trimestre)	Tests appariés de Wilcoxon
<i>Qualité de vie</i>	Scores moyens par dimension et par patient	Tests appariés de Wilcoxon

Conclusions

LES AVANCEES DE L'ECONOMIE MEDICALE AU COURS DES CINQ DERNIERES ANNEES, BOULEVERSENT LES MÉTHODES D'ÉVALUATION

- De *nouveaux critères* de jugement sont introduits :
 - Evaluation de la *qualité de vie*
 - Estimation du *surcroît d'investissement requis* pour obtenir le service attendu ou rendu
- Une nouvelle conception de nos *devoirs* se forge:
« *DONNER LE MEILLEUR* » PAR MILLIERS D'EUROS
INVESTIS