

Des data pour monitorer le système de santé

Trop ou trop peu de médecins? Pour trop de médecine?

Prof Arnaud Chiolero, Observatoire valaisan de la santé (OVS) et Laboratoire de santé des populations, Université de Fribourg

Prof Nicolas Rodondi, Institut universitaire de médecine de famille de Berne (BIHAM), Université de Berne

5^{ème} journée de l'OVS, le 14.11.2019

Des data pour monitorer le système de santé

Trop ou trop peu de médecins?

Pour trop de médecine?

Prof Arnaud Chiolero, Observatoire valaisan de la santé (OVS) et Laboratoire de santé des populations, Université de Fribourg

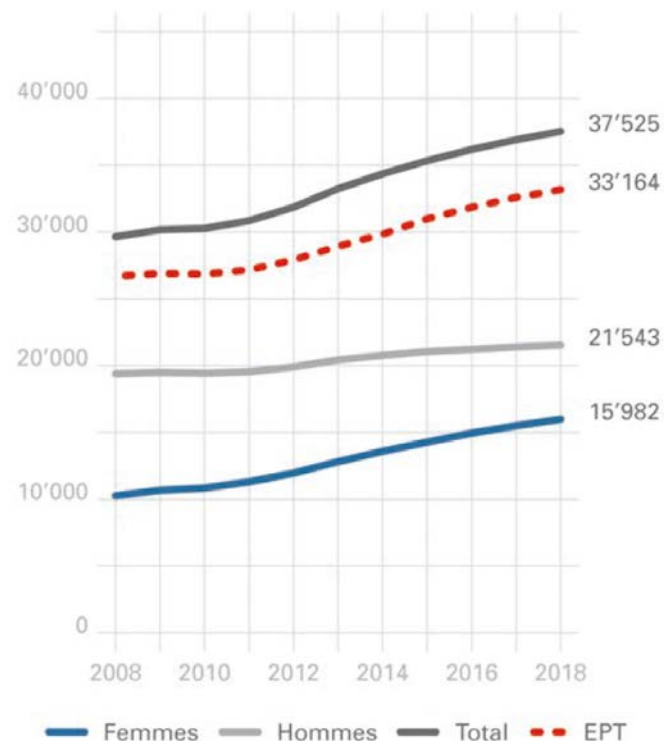
Prof Nicolas Rodondi, Institut universitaire de médecine de famille de Berne (BIHAM), Université de Berne

5^{ème} journée de l'OVS, le 14.11.2019

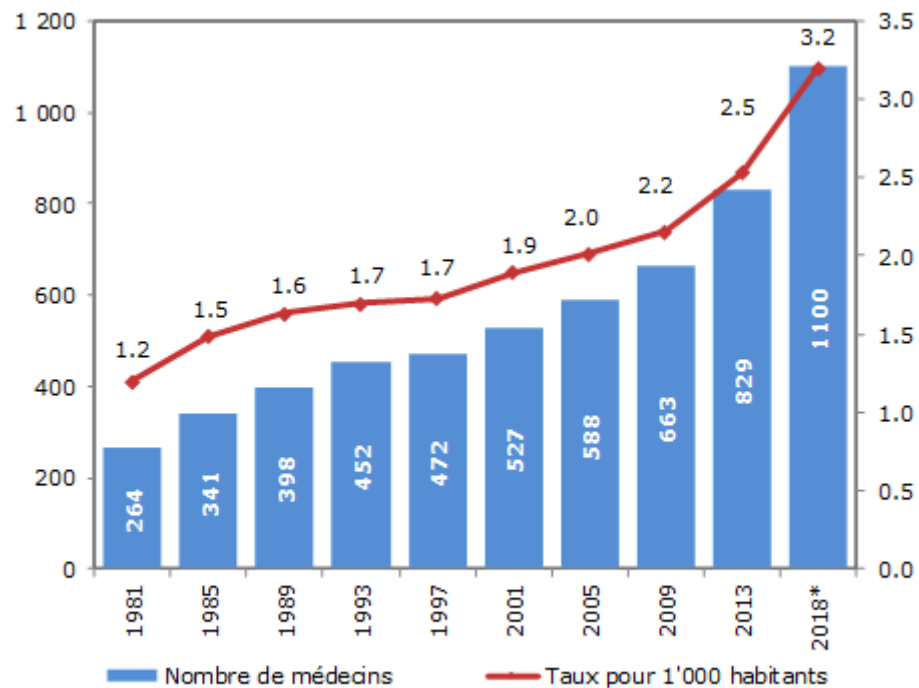
- **Contexte**
- **Trop ou trop peu de médecins de premiers recours ou de spécialistes?**
- **Quel place pour les autres professionnels de la santé?**
- **Répondre aux besoins ou gérer la demande et l'offre?**
- **Perspectives**

■ De plus en plus de médecins, de plus en plus de femmes

Nombre de médecins
d'après l'année et le genre 2008-2018



Suisse (source: FMH)

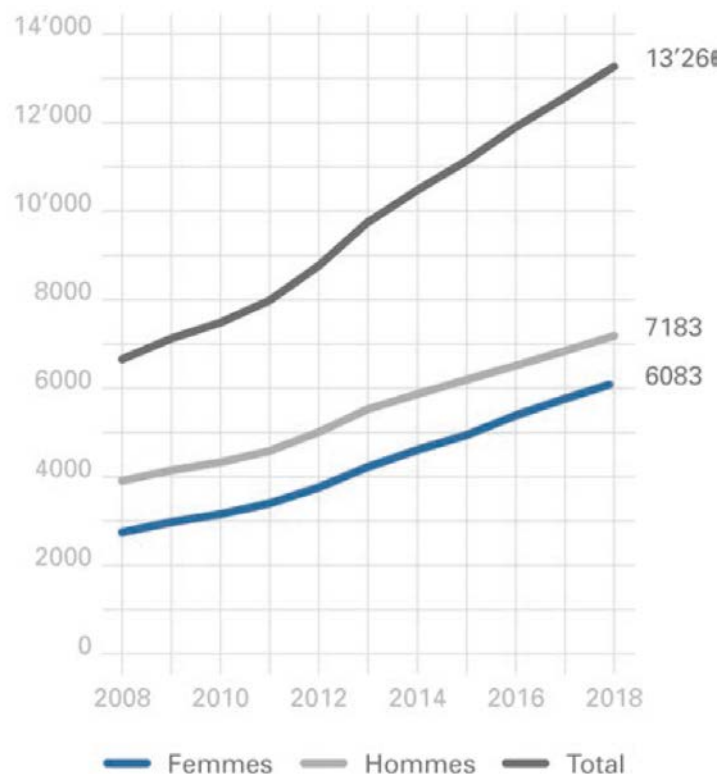


* La population 2018 est estimée sur la base des données 2017

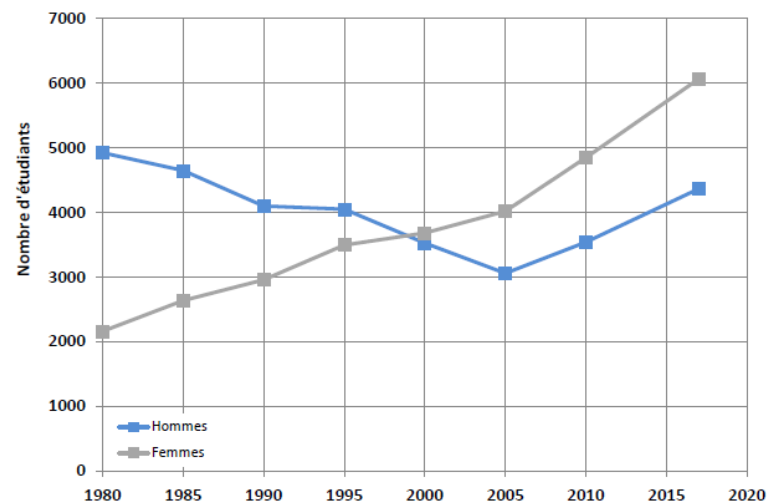
Valais (source: OVS)

■ Plus d'étrangers, plus de médecins en formation

Évolution du nombre de médecins au bénéfice d'un diplôme de médecin étranger qui exercent en Suisse 2008-2018



Nombre d'étudiants en médecine humaine 1980-2017

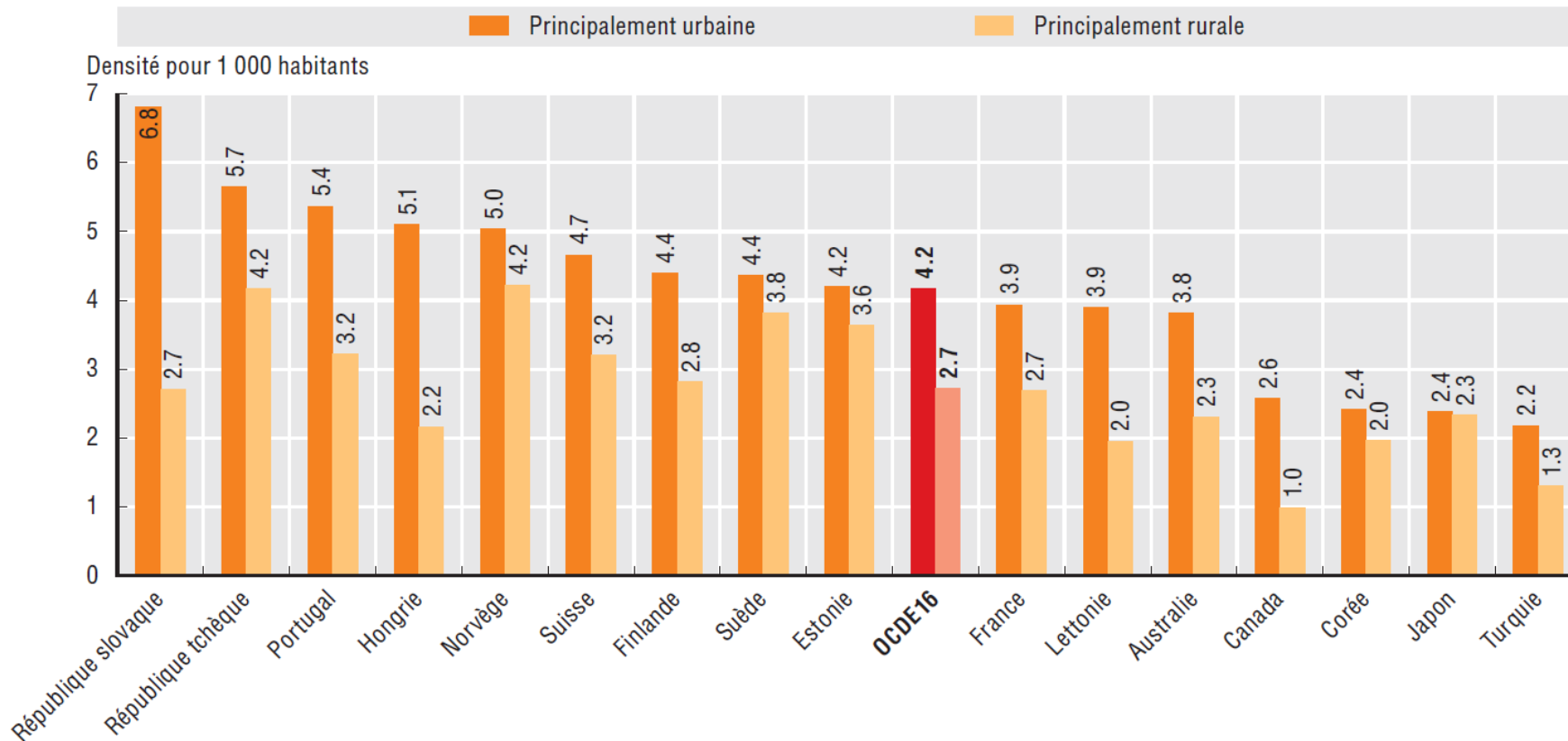


2010: 8'382
2017: 10'421

Source: FMH

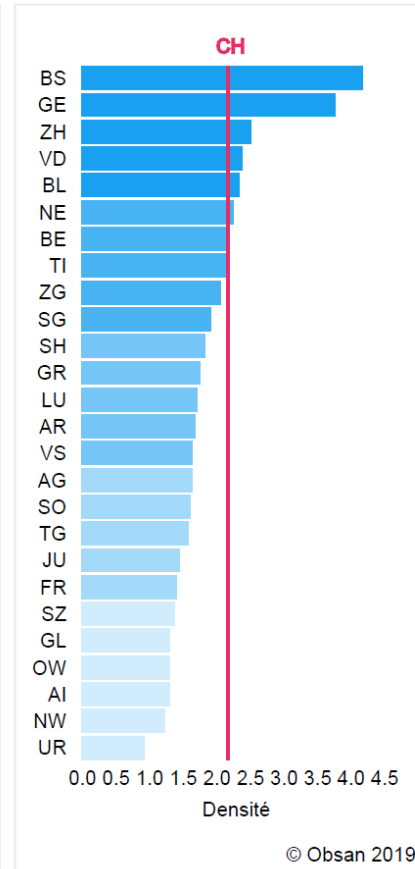
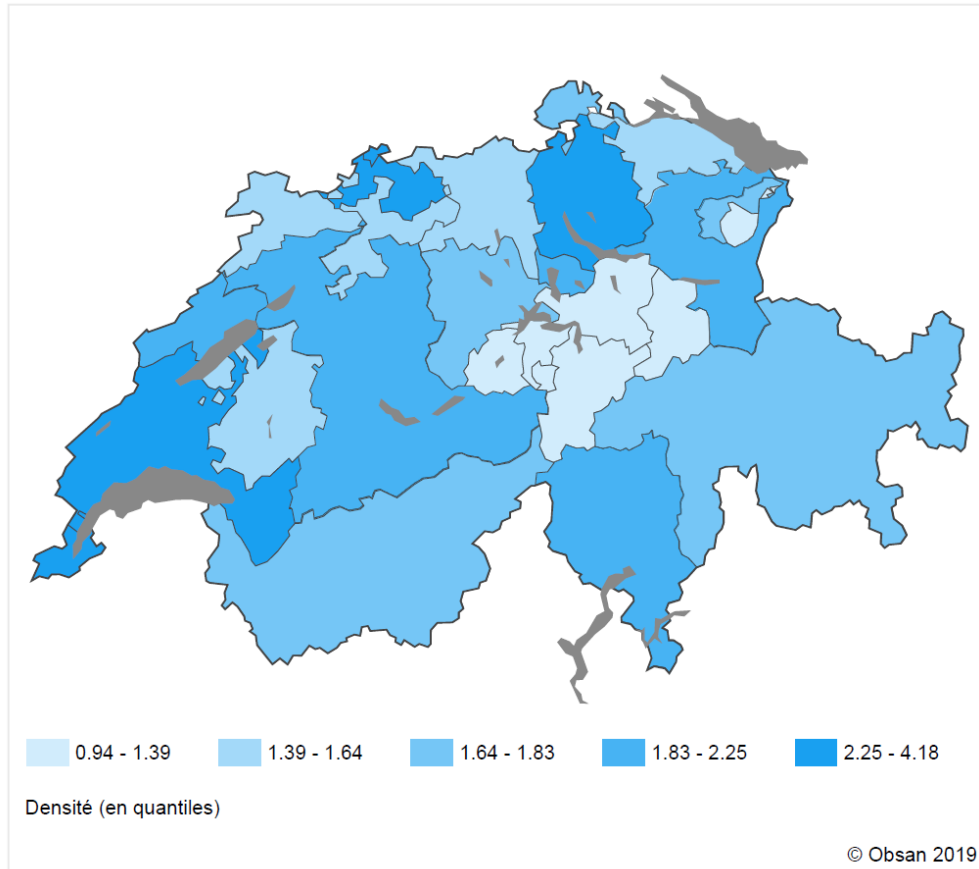
■ Des contrastes nationaux et régionaux

Graphique 5.10. Densité de médecins dans les zones urbaines et rurales, 2015 (ou année la plus proche)



Source: OCDE

■ Des contrastes nationaux et régionaux

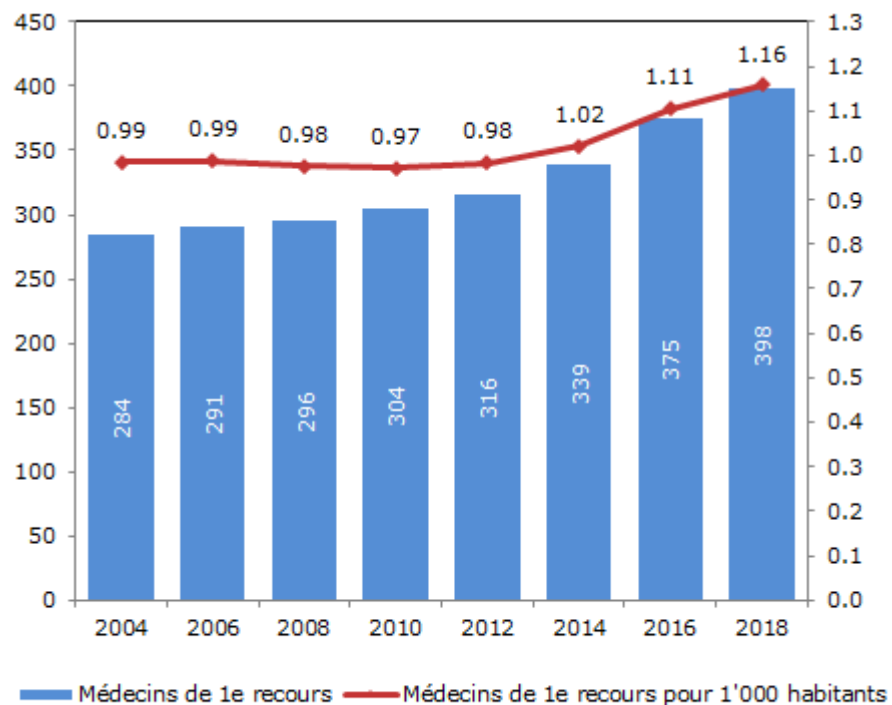


Densité de médecins en cabinet pour 1'000 habitants (2017)

Source: OBSAN, FMH

Médecins de premier recours vs spécialistes

■ Quelle proportion est idéale?



* La population 2018 est estimée sur la base des données 2017

Valais (source: OVS)

Médecin de famille / Spécialistes en exercice en secteur ambulatoire 2011-2018

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Médecine interne générale	5800	5869	5929	5945	5950	5921	5918	5911
Pédiatrie	877	909	962	985	1003	1060	1090	1141
Médecin praticien	648	743	835	902	979	1028	1074	1123
Médecin de famille	7325	7521	7726	7832	7932	8009	8082	8175
Spécialistes	8690	9172	9627	9772	10014	10285	10586	10965

Source: FMH-Statistique médicale

Médecins de premier recours vs spécialistes

■ Des contrastes nationaux et régionaux

Tableau 3: Densités médicales des médecins de soins primaires et de médecins spécialistes par catégories de communes en 2017.*

	Secteur ambulatoire	
	soins primaires	spécialistes
≥100 000 habitants	1,48	3,49
50 000–99 999 habitants	1,48	2,57
20 000–49 999 habitants	1,18	1,91
10 000–19 999 habitants	1,04	1,54
5 000–9 999 habitants	0,91	0,61
2 000–4 999 habitants	0,72	0,26
1 000–1 999 habitants	0,50	0,17
<1 000 habitants	0,23	0,11
Total	0,95	1,26

Source: FMH


* Chiffres de l'OFS; ceux de 2018 ne sont pas encore disponibles.

Quelle place pour les autres professionnels de la santé?

- **Pharmaciens de plus en plus impliqués dans les soins**
- **Prévention, dépistages, vaccinations**
- **Prise en charge en équipe des maladies chroniques**
 - **Collaboration avec pharmaciens, infirmiers, ...**
 - **Centré sur les besoins des patients**

Team-based care for improving hypertension management among outpatients (TBC-HTA): study protocol for a pragmatic randomized controlled trial



Valérie Santschi^{1,2*} , Grégoire Wuerzner², Arnaud Chiolero³, Bernard Burnand³, Philippe Schaller⁴, Lyne Cloutier⁵, Gilles Paradis⁶ and Michel Burnier²

Pénurie de médecins en Suisse: mythe ou réalité?

Prs LAURENT BERNHEIM et JEAN-FRANÇOIS BALAVOINE

Rev Med Suisse 2016; 12: 280-1

Répondre aux besoins ou gérer la demande et l'offre?

- **Pénurie: manque de ce qui est nécessaire; insuffisance (Larousse)**
- **Pénurie: en science économique, désigne la situation dans laquelle le prix est inférieur au prix d'équilibre. Quand le prix est inférieur au prix d'équilibre, il y a une augmentation de la quantité demandée et une diminution de la quantité offerte; la quantité demandée est alors supérieure à la quantité offerte (Wikipedia).**
- **Besoin > offre?**

Répondre aux besoins ou gérer la demande et l'offre?

- **Pas de définition claire des besoins**
 - **Car pas de distinction claire entre la maladie et la santé**
 - **Patient/citoyen qui décide**
 - **Acteur qui vendent des soins + technologie ouvre de nouveau possibilité = crée de l'offre et de la demande**
- **Seule possibilité: gérer l'offre et la demande, dans les limites de ce que le système peut financer**
- **Unique recours: médecine fondée sur les preuves pour faire une médecine de haute valeur et de haute qualité**

- **Il faut plus de données**
 - Sur le **taux d'activité** afin de déterminer la véritable **offre médicale**
 - Sur le **type d'activité**, en particulier l'activité de **médecine de premier recours**
 - Sur l'**activité des autres professionnels de santé**
 - Faire des analyses par régions (urbain vs rural)
- **Nécessité de réaliser des enquêtes**

Comment évaluer l'offre médicale?

Valérie Gloor^a, Christian Ambord^b, Monique Lehky Hagen^c, Luc Fornerod^a, Arnaud Chiolero^a

^a Observatoire valaisan de la santé (OVS), Sion; ^b Service de la santé publique du Valais, Sion; ^c Société médicale du Valais (SMVS), Sion

BULLETIN DES MÉDECINS SUISSES – SCHWEIZERISCHE ÄRZTEZEITUNG – BOLLETTINO DEI MEDICI SVIZZERI 2016;97(12–13):456–459

- **Prévenir l'inégalité dans l'accès aux soins**
 - Rural vs urbain, prévenir les «déserts médicaux»
 - Planification et incitatifs
- **Promouvoir la médecine fondée sur les preuves**
 - Plus de **soins de haute valeur**, moins de soins de faible valeur
 - Smarter medicine, choosing wisely
 - **Monitoring** de la qualité des soins
 - Payer la qualité, pas uniquement le volume

What Is Value in Health Care?

Michael E. Porter, Ph.D.

VIEWPOINT

Toward a Safer Health Care System
The Critical Need to Improve Measurement

Des data pour monitorer le système de santé

Trop ou trop peu de médecins?

Pour trop de médecine?

Prof Arnaud Chiolero, Observatoire valaisan de la santé (OVS) et Laboratoire de santé des populations, Université de Fribourg

Prof Nicolas Rodondi, Institut universitaire de médecine de famille de Berne (BIHAM), Université de Berne

5^{ème} journée de l'OVS, le 14.11.2019



Comment limiter la surmédicalisation par la médecine de famille

Prof. Nicolas Rodondi
Médecin-Chef de la Polyclinique Médicale
& Directeur du Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM)
Université de Berne

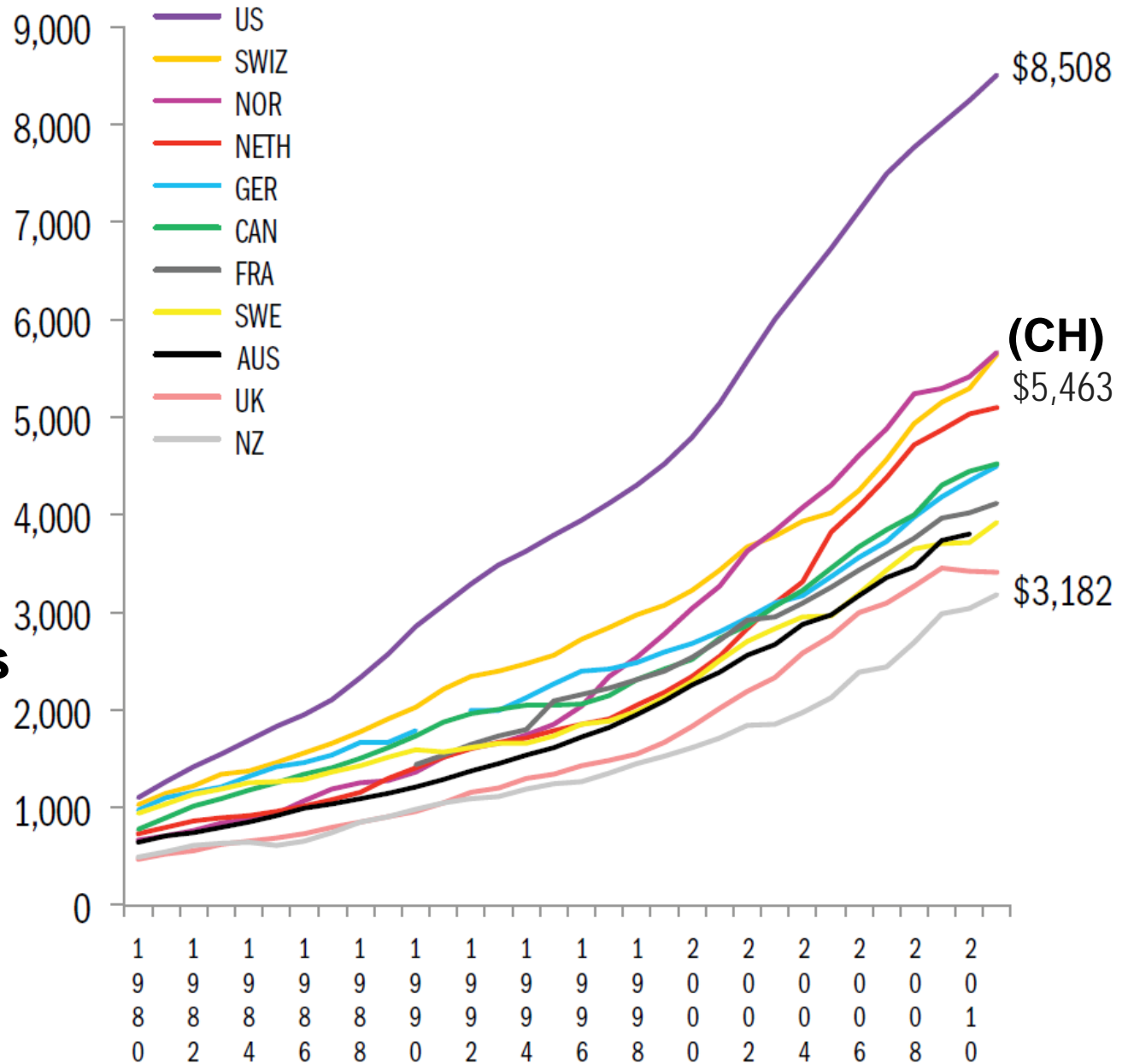
Plan

- Les 3 principaux défis du système de santé:
 - Augmentation des patients multimorbides
 - Surmédicalisation et augmentation des coûts
 - Manque de médecins de famille
- Surmédicalisation: quelques exemples en Suisse
- Multimorbidité & polypharmacie
- Systèmes de santé et le rôle de la médecine de famille
- Comment réduire la surmédicalisation?

Coûts de la santé croissants

Dépenses de santé par habitant (\$US)

Dépenses totales de santé
 1995: 37.8 Mrd.
 2017: 82 Mrd.

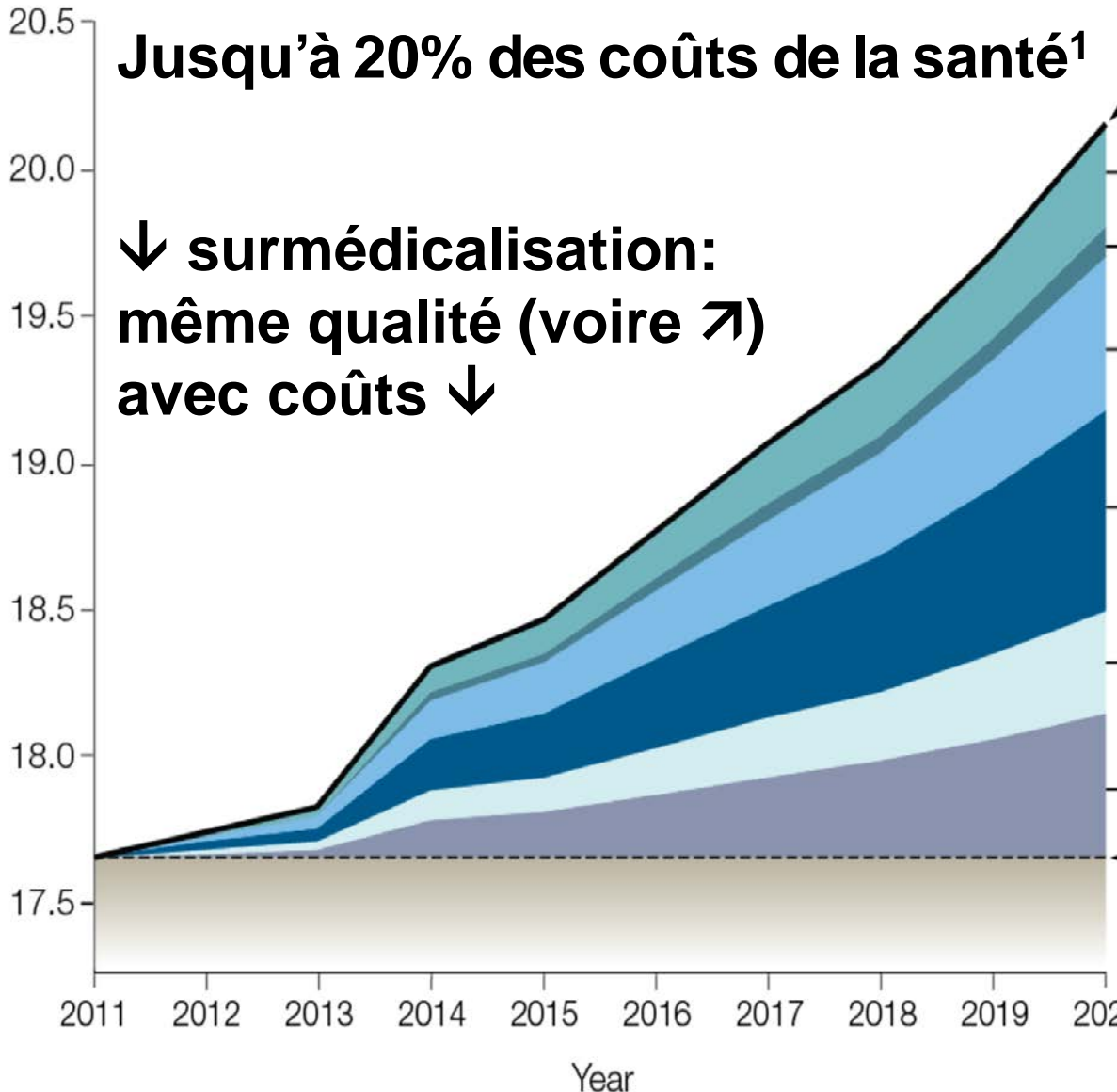


Dépenses de santé gaspillées

Jusqu'à 20% des coûts de la santé¹

↓ surmédicalisation:
même qualité (voire ↗)
avec coûts ↓

US National Health Care Expenditures, % of GDP



défaillances de la fourniture des soins

défaillances de la coordination des soins

Surtraitement = 30% des coûts sans valeur ajoutée

complexité administrative

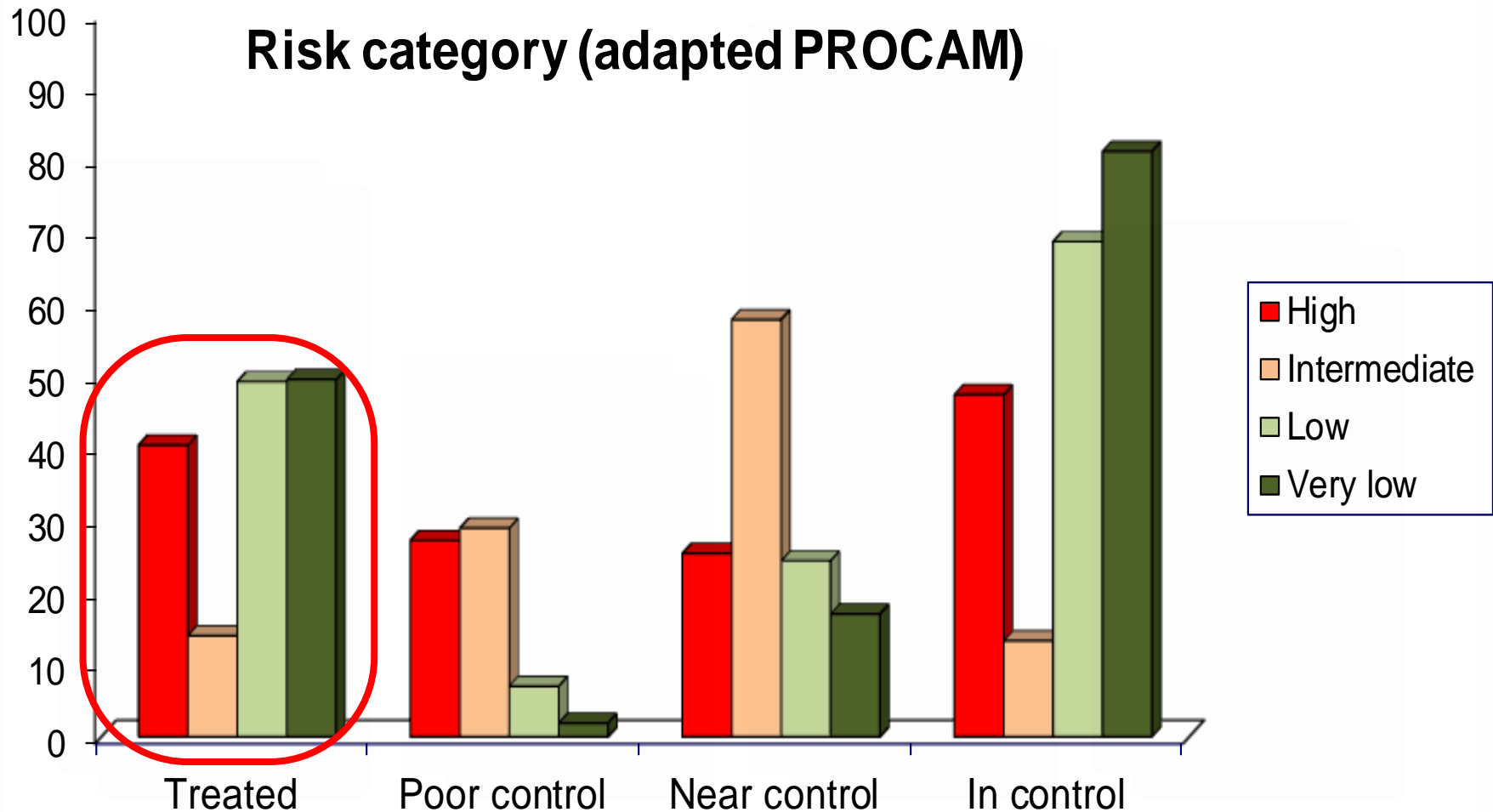
défaillances des prix

fraude et abus

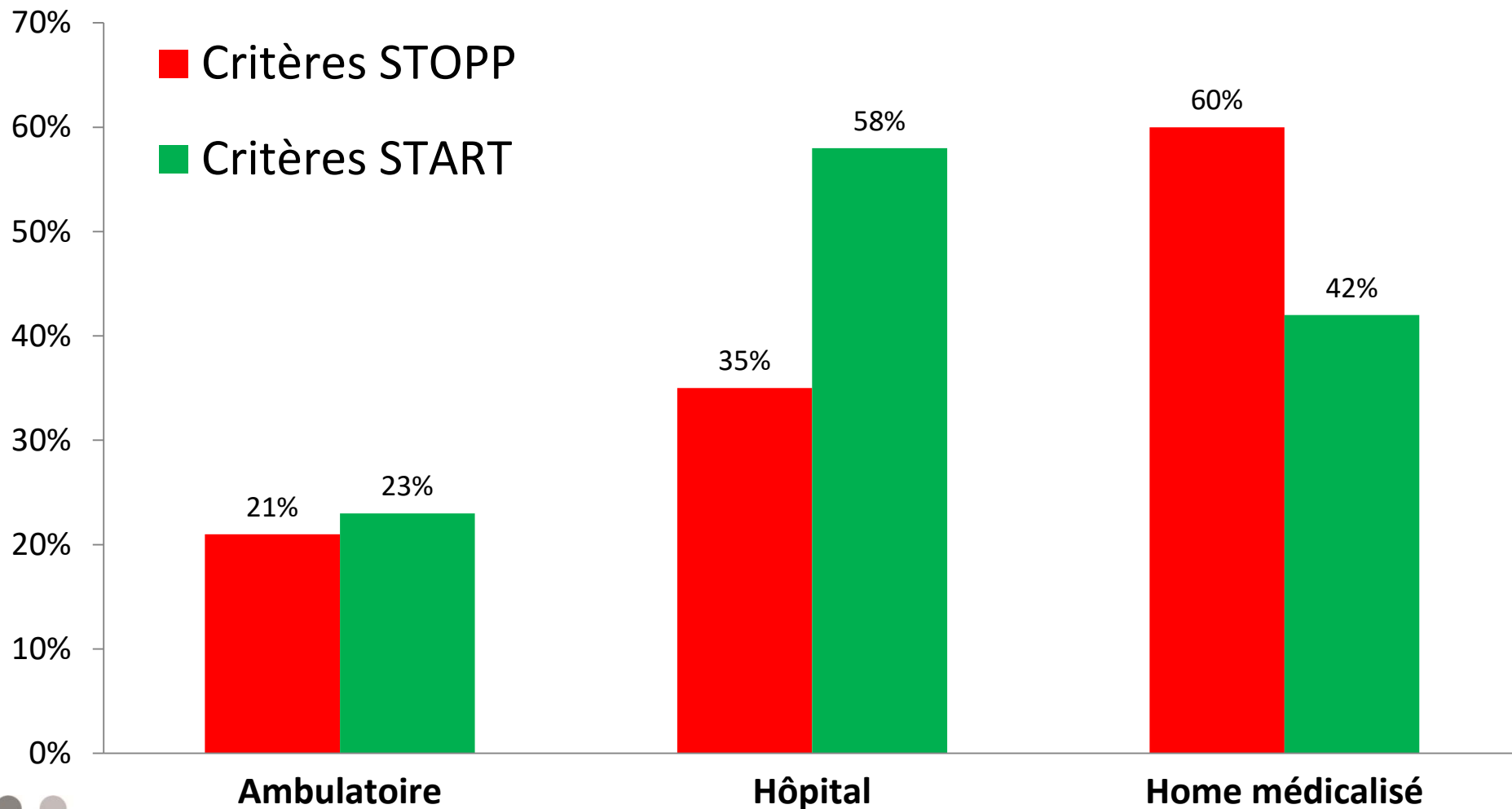
(Croissance des dépenses nationales de santé équivalente à la croissance du PIB)

SURMÉDICALISATION: QUELQUES EXEMPLES EN SUISSE

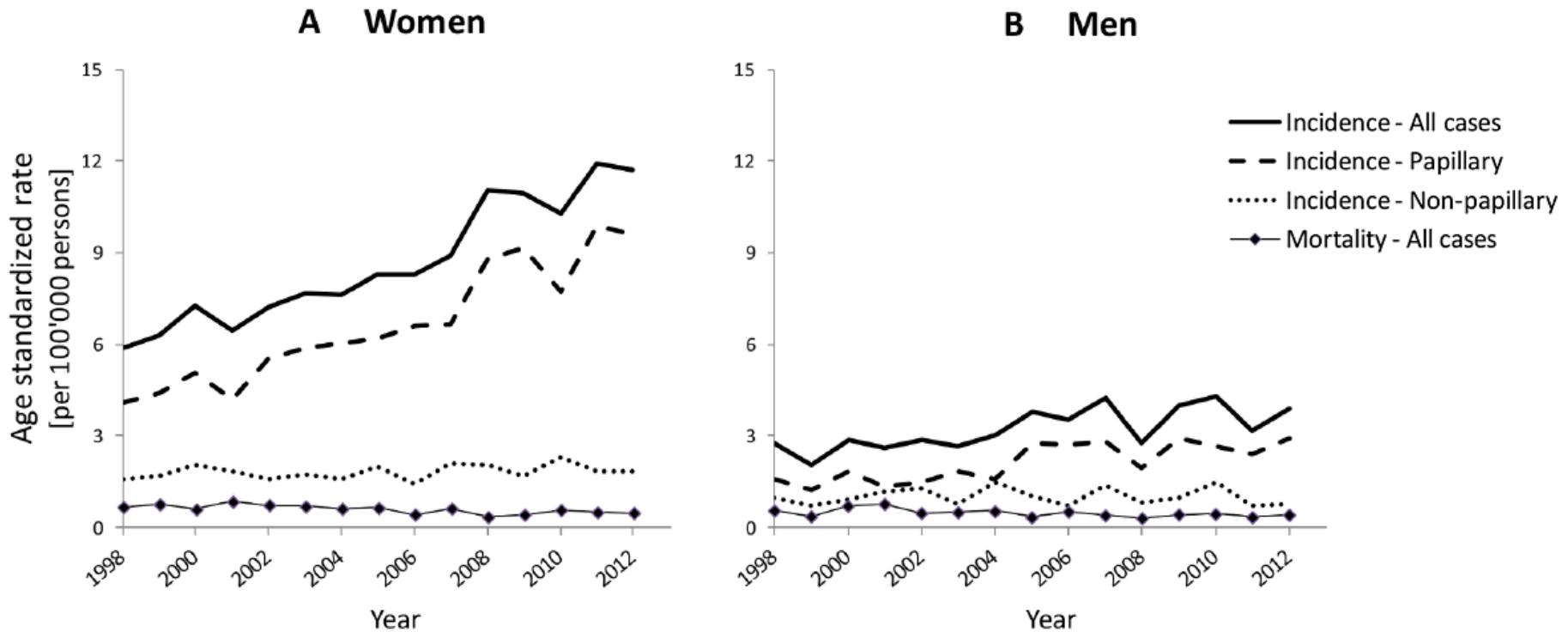
Adéquation du traitement et du contrôle du LDL-cholestérol à Lausanne (Etude CoLaus, n=2111 avec dyslipidémies)



Prévalence des prescriptions inappropriées



Augmentation du surdiagnostic et du surtraitement: exemple du cancer de la thyroïde en Suisse



Taux d'incidence et mortalité ajustés selon l'âge:

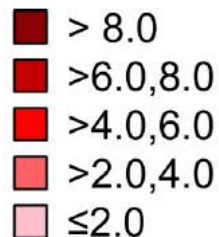
- **augmentation de trois à quatre fois de la thyroïdectomie**



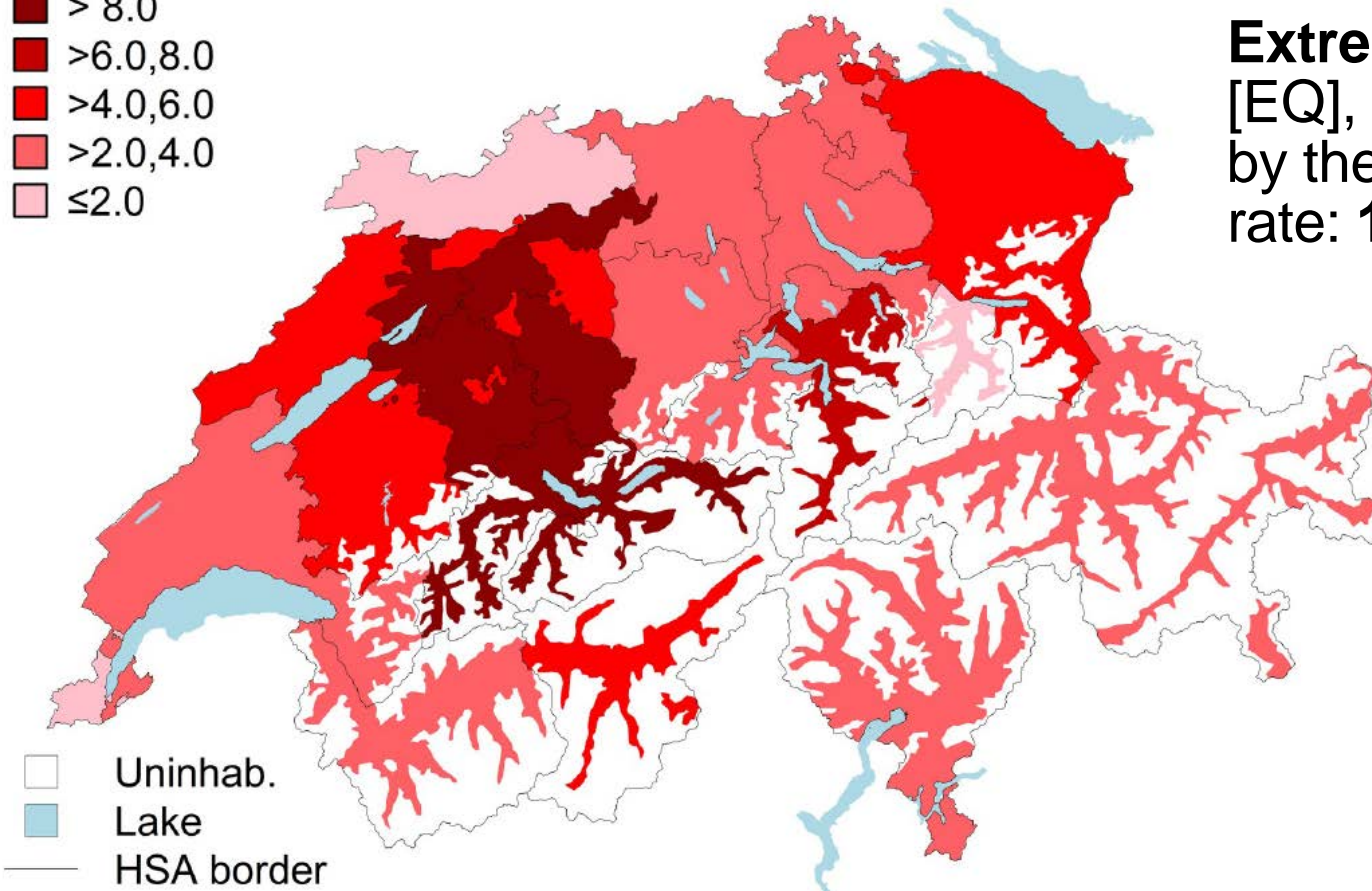
Variations régionales de la vertébroplastie en Suisse

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



Extremal quotient [EQ], highest divided by the lowest procedure rate: 10.2



□ Uninhab.
■ Lake
— HSA border

Age- and sex-standardized vertebroplasty/kyphoplasty procedure rates per 10,000 persons across procedure specific hospital service areas.



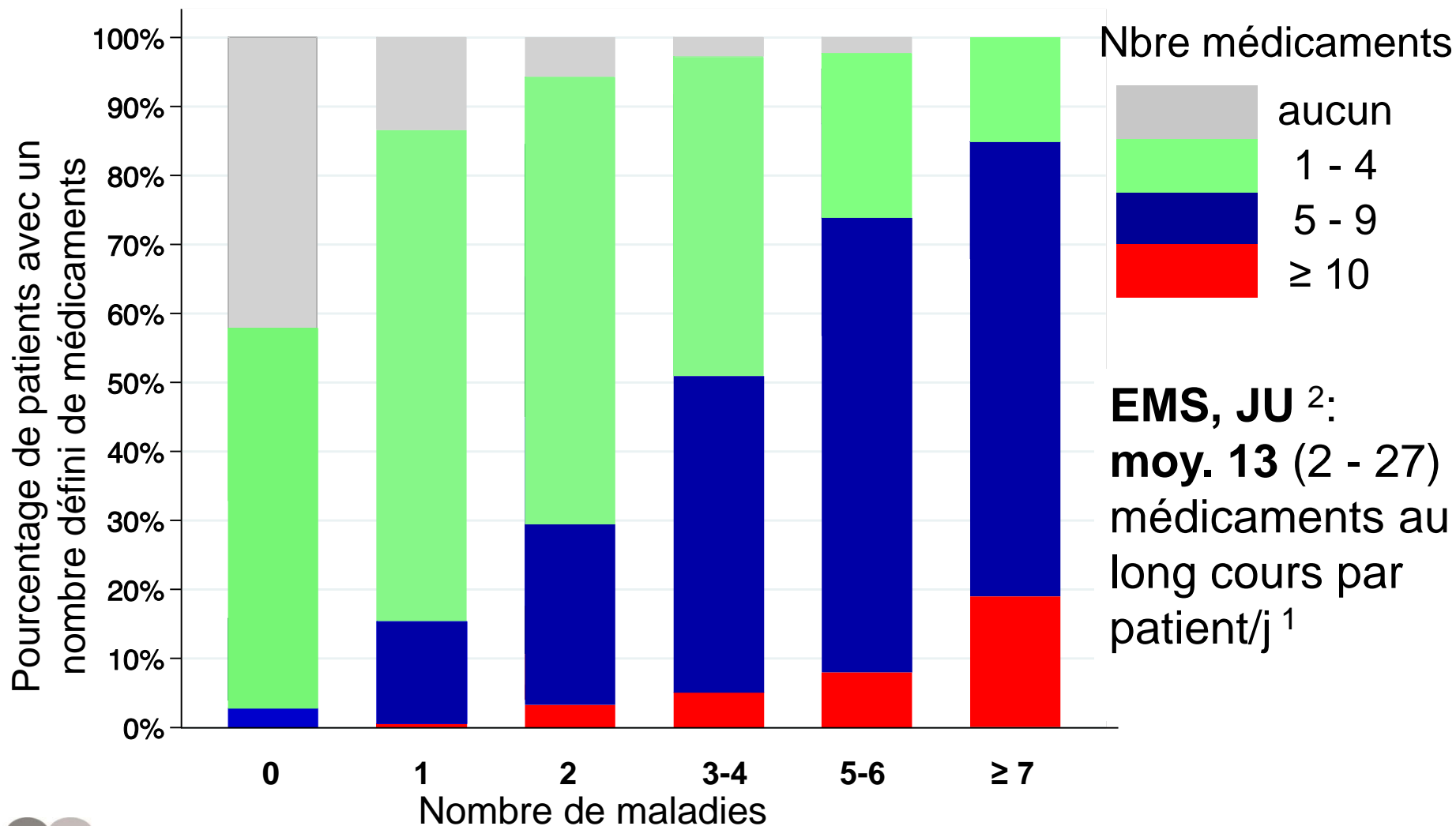
Abréviations: uninhab. = zone inhabitée; HSA = zone avec services hospitaliers

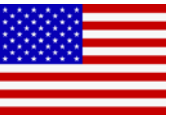
Scheuter C & Aujesky D, *Plos One* 2018

La multimorbidité favorise la surmédicalisation¹

- 60% de la population ≥ 65 ans souffre de multimorbidité (≥ 2 maladies)
- Les patients multimorbides sont exclus de la majorité des études sur les traitements²
- Recommandations («guidelines») applicables surtout pour les patients avec 1 seule maladie

Multimorbidité et polypharmacie





Risque avec une médecine de famille faible: exemple des USA



Ø Nombre de médecins par an impliqués par patient Medicare ¹:

1 maladie chronique → 4 médecins

≥ 5 maladies chroniques → 14 médecins

Etats (USA): + de médecins de famille

→ ↗ qualité, ↘ hospitalisations, ↘ urgences, ↘ coûts ^{2,3}

→ FRAGMENTATION DE LA PRISE EN CHARGE et ↗ coûts
par une prise en charge non coordonnée

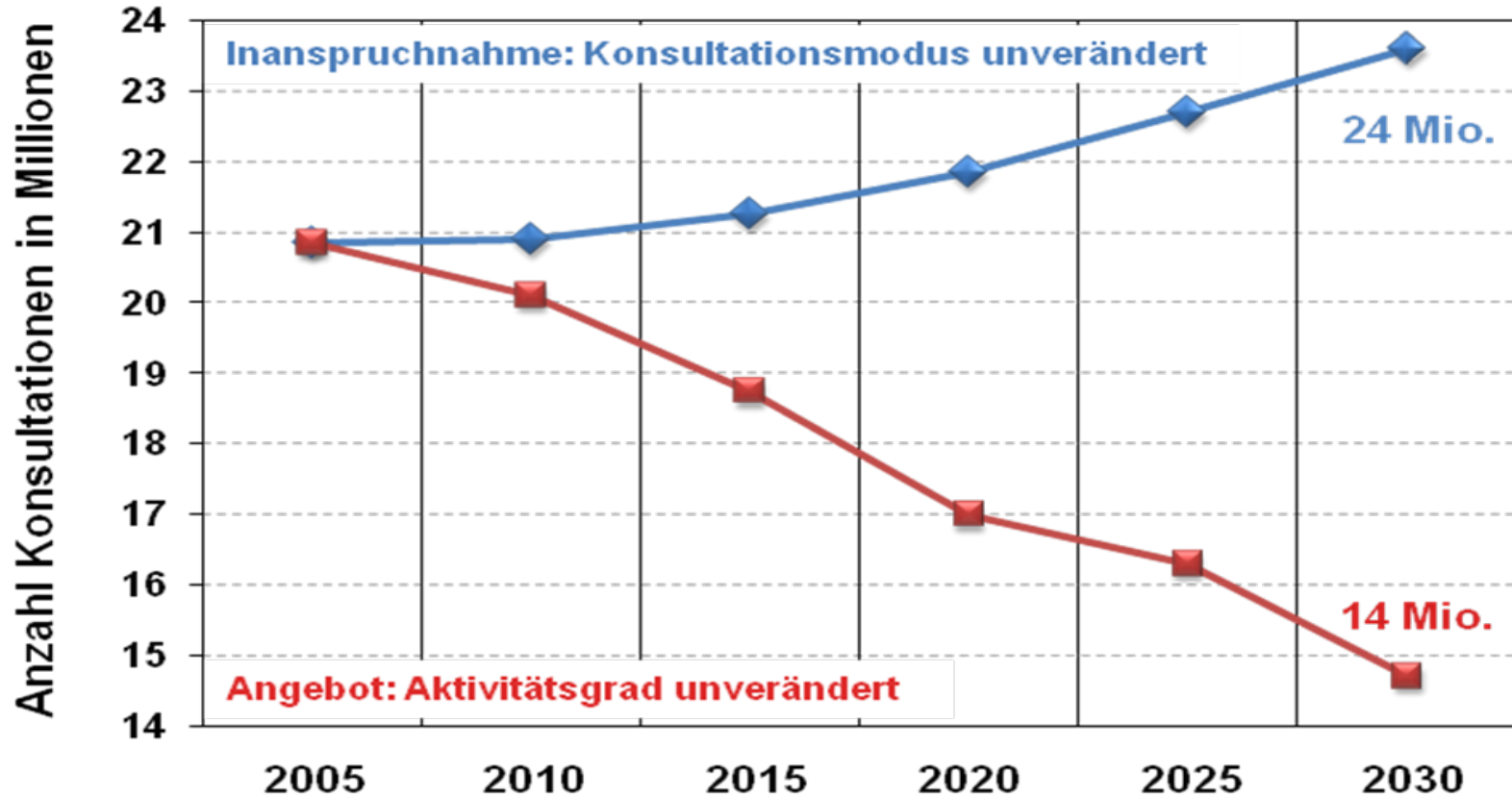
¹ Vogeli C et al., *J Gen Intern Med* 2007; ² Baicker K et al., *Health Affairs* 2017; ³ L Shi, *Scientifica* 2012



Défi: besoins en médecins de famille en Suisse: u^b volume de consultations et offre¹



^b
UNIVERSITÄT
BERN









Âge des médecins de famille²: 30% > 60 ans , 20% < 45 ans

40% du volume de consultations prévues ne pourra plus être assuré !

¹ Obsan 2008; ² Commonwealth Fund 2015

Systemes de sante et qualite des soins¹

	 UK	 AUS	 NETH	 SWIZ	 FRA	 US
OVERALL RANKING	1	2	3	6	10	11
Care Process	1	2	4	7	9	5
Access	3	4	1	8	9	11
Administrative Efficiency	3	1	9	8	11	10
Equity	1	7	2	4	10	11
Health Care Outcomes	10	1	6	4	5	11
Health Expenditures/ Capita, 2016	\$4 192	\$4 708	\$5 385	\$7 919	\$4 600	\$9 892

Surmédicalisation (1): propositions de l'OCDE

- ↗ données:
 - Variations dans les interventions (10/35 pays)
 - Soins à faible valeur ajoutée (0/35!)
- ↘ coûts:
 - Health Technology Assessment (**HTA**, 19/35):
 - valeur des nouveaux traitements?
 - qualité scientifique, indépendance
 - ↗ **génériques** (17/35)
- ↘ surmédicalisation:
 - Renforcer la **médecine de famille** (14/35)
 - Listes «Top 5» *Choosing Wisely* (1/3)
 - Rembourser les soins appropriés au lieu du volume
 - **E-health** pour le partage d'information (↓ répétitions)

Acteurs à impliquer pour réduire la surmédicalisation

Médecins

- Listes «Top 5»
- Projets de recherche et d'évaluation
- Soutien des sociétés médicales et des hôpitaux

Patients

- **Croyances:** + de soins, nouveaux soins, soins coûteux → + efficaces ¹
- Soutien des associations de patients/consommateurs

Médias

- Information du public
- ↗ Compétences de santé

Stakeholders

- Soutien des différents acteurs (politique, assurances, H+, SAMW, BAG, SNF...) pour le soutien financier

Surmédicalisation: points critiques en Suisse

- Meilleure coordination des soins:
 - Renforcer la médecine de 1^{er} recours (hôpitaux/cabinets)
- Meilleures données sur le système de santé:
 - Plan après le PNR 74 (SNF)?
- Une «organisation pour la qualité des soins»?
- Promouvoir les «soins à haute valeur»¹ (au lieu du volume ou d'un rationnement)
- Investir dans la recherche-SNF pour les¹ identifier:
 - Peu de recherche sur le système de santé

Merci de votre attention !

Quelques références:

- Où en sommes-nous avec la surmédicalisation en Suisse en 2017? Rodondi N & Gaspoz JM, *Swiss Med Forum* 2017
- OECD, Tackling Wasteful Spending on Health, 2017
- How to prevent overdiagnosis. A Chiolero & N Rodondi; *Swiss Med Wkly* 2015
- Right Care Series, *Lancet* 2016-17

Contact:

Prof. N. Rodondi

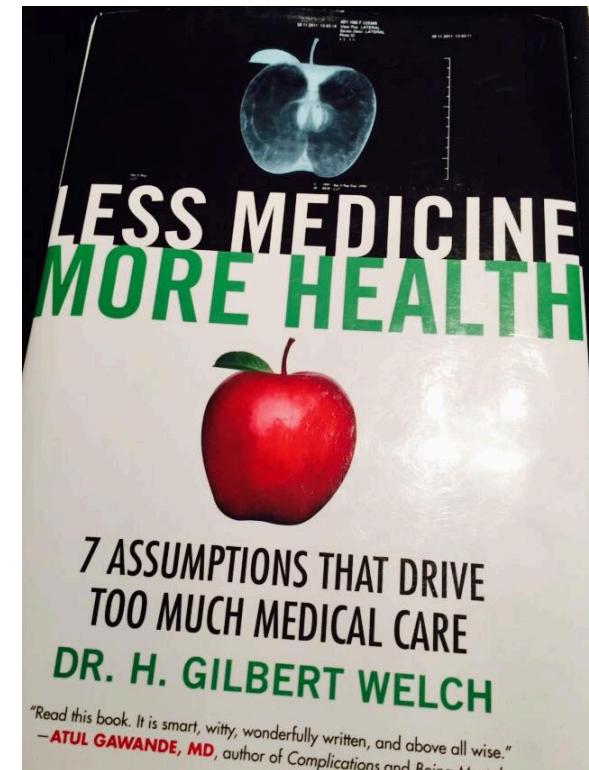
Directeur du Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM)
& Chef de la Policlinique Médicale, Hôpital de l'Île
Université de Berne; Email: Nicolas.Rodondi@insel.ch

Facteurs conduisant au surtraitement médical

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN

- **Les risques peuvent toujours être abaissés**
 - Statines en prévention primaire
- **Il est toujours préférable de régler le problème**
 - Angiographie pour MC stable
- **Le plus tôt est toujours le mieux**
 - Screening par CT-scan
- **C'est toujours mieux d'avoir plus d'information**
 - Colonoscopie à >80 ans en cas d'anémie
 - Check-up annuel
- **L'action est toujours préférable à l'inaction**
 - Opération pour une hernie discale
- **Les nouveautés sont toujours meilleures**
 - Cox-2 inhibiteurs
- **Il s'agit avant tout d'éviter la mort**
 - Chimiothérapie en fin de vie



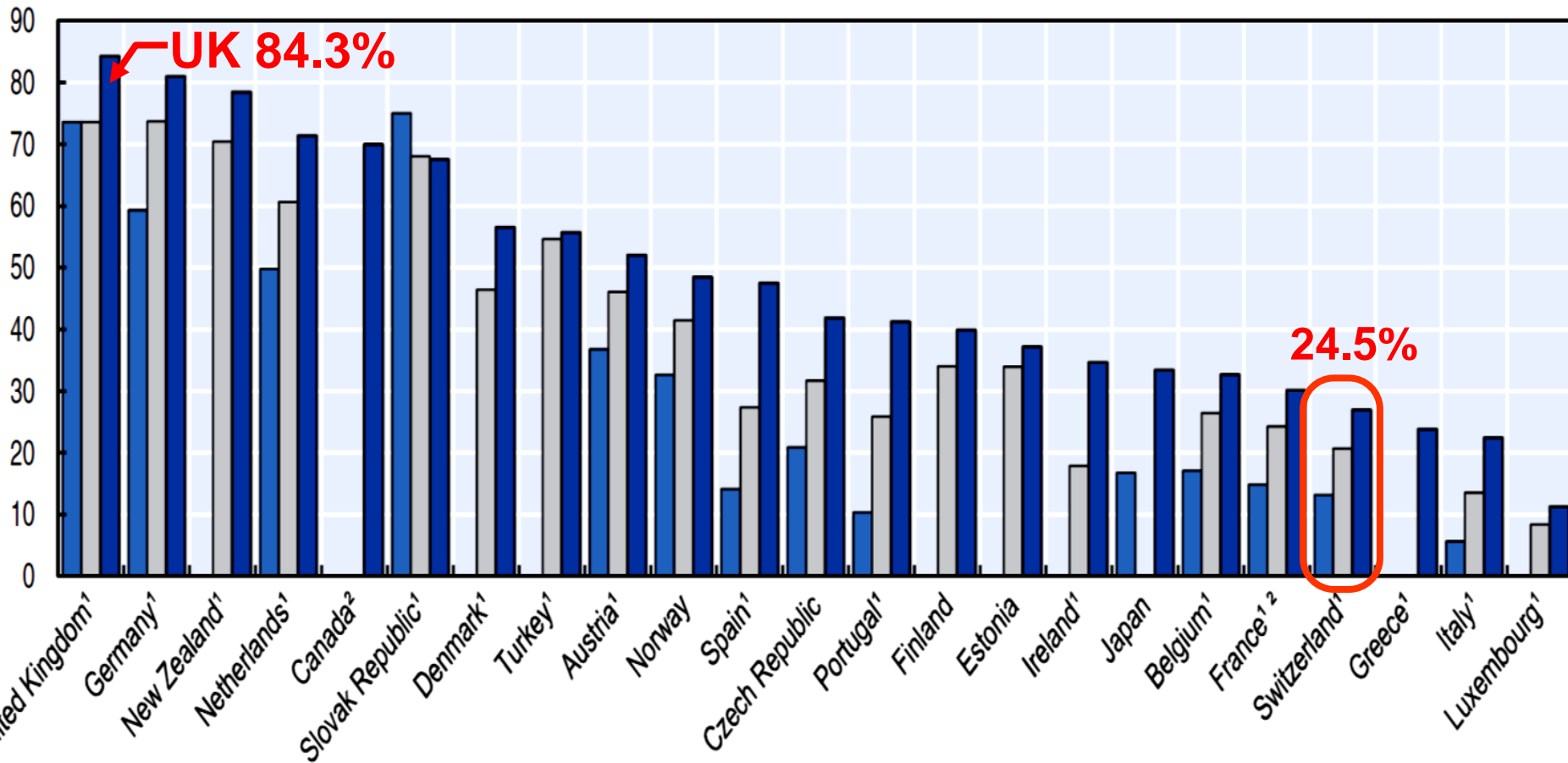
Parts des génériques OECD, 2005 - 2015

2005

2010

2015

% of generics (volume)



Pourquoi informer les patients?

- Enquête auprès de 1500 patients (USA) et «focus groupes»
- Avis de la majorité:
 - + de soins correspond à une meilleure qualité des soins
 - Les nouveaux soins sont + efficaces
 - Les soins coûteux sont + efficaces

Conséquences de cette fragmentation

Plus il y a de médecins différents impliqués, plus:

- Il est difficile pour les patients de comprendre le plan de traitement
- Il y a de perte d'information
 - Explications inutiles, répétées
 - Recommandations contradictoires
- Médicaments – effets secondaires / Hospitalisations / Coûts
- **Mouvement contraire aux USA:**
„Need for healthcare systems that promote continuity of care and integration of services“ → Renforcement de la médecine de premier recours

Rôle essentiel des médecins de famille dans le choix des tests/interventions et des traitements

- Le patient a-t-il déjà fait le test précédemment?
 - Si oui, qu'est-ce qui justifie de refaire le même test?
- Quelle est la probabilité d'un résultat faux-positif, et quelles en sont les conséquences potentiellement négatives?
- Le résultat du test influencera-t-il la prise en charge de mon patient?
- Est-ce que le pronostic ou la qualité de vie de mon patient (et non les marqueurs biologiques...) peuvent être améliorés par un médicament supplémentaire?

Conclusions

- Rôle essentiel des médecins de famille pour discuter des tests / traitements et de leurs bénéfices avec les patients
- Collaboration entre la MIG académique et de famille pour clarifier le bénéfice des examens et des traitements par des études randomisées, incluant des patients avec comorbidités
- Seuls des efforts conjoints des médecins «généralistes», tant en cabinet qu'en hôpital, permettront de diminuer la surutilisation pour perpétuer des soins de haute qualité



Remboursement selon la qualité?

- UK:25% du salaire des MFs dès 2004
- Impact ¹:
 - ↗ qualité à court terme; peu ↗ 1x objectifs atteints
 - ↓ qualité des soins pour les autres conditions!
 - Ecosse: "QOF" remplacé par cercles de qualité dès 2016
- Patients complexes "exclus" si hors des objectifs (USA)
- Défis :
 - Charge "administrative"
 - Effet sur coûts?
1 indicateur si haut risque cardiaque: LDL-cholestérol < 1.8 mmol/l? → Inhibiteurs du PCSK9 en + ?
 - Indicateurs sur la «valeur»

Information pour les patients



About
Learn More about
Choosing Wisely

- Exemple du PSA

www.choosingwisely.org