

Colloque

Pourquoi et comment réguler les pratiques médicales ?

Mercredi 5 juin 2013



#pratiques_medicales

 @Strategie_Gouv



wifi.communication
7c1a8741



Hervé Monange

Adjoint du Commissaire général à la stratégie et à
la prospective

Pourquoi et comment réguler les pratiques médicales ?

Mercredi 5 juin 2013

#pratiques_medicales

 @Strategie_Gouv



wifi.communication

7c1a8741



Didier Tabuteau

Responsable de la chaire santé de Sciences Po

Pourquoi et comment réguler les pratiques médicales ?

Mercredi 5 juin 2013

#pratiques_medicales

 @Strategie_Gouv



wifi.communication
7c1a8741

↳ Table ronde 1 :

Disparité des pratiques des professionnels médicaux : quelles réalités ?

Pourquoi et comment réguler les pratiques médicales ?

Mercredi 5 juin 2013

#pratiques_medicales

 @Strategie_Gouv



wifi.communication

7c1a8741

1 ↘

Disparité des pratiques des professionnels médicaux : quelles réalités ?

Pierre-Henri Bréchat, membre de la chaire santé de Sciences Po

- **Dominique Polton**, Directrice de la stratégie des études et des statistiques à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
- **France Vrijens**, Expert statisticienne au Centre fédéral d'expertise des soins de santé, Belgique
- **Francis Bonnet**, Professeur d'anesthésie réanimation à l'université Pierre et Marie Curie, praticien hospitalier, membre du conseil d'administration de la Société française d'anesthésie et de réanimation
- **René Mornex**, Professeur émérite et doyen honoraire de la faculté de médecine de Lyon, membre de l'Académie nationale de médecine, rapporteur du groupe de travail visant à "améliorer la pertinence des stratégies médicales" (avril 2013)

#pratiques_medicales

 @Strategie_Gouv



wifi.communication
7c1a8741

1 ↘

Disparité des pratiques des professionnels médicaux : quelles réalités ?

Dominique Polton

Directrice de la stratégie des études et des statistiques à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

#pratiques_medicales

 @Strategie_Gouv



wifi.communication
7c1a8741

Disparité des pratiques des professionnels médicaux : quelles réalités ?

Dominique Polton
Directrice de la stratégie, des études et des statistiques
5 juin 2013



1. Les disparités de pratiques

1. sont un phénomène connu depuis longtemps
2. qu'on peut documenter en France (de mieux en mieux)...
3. ...comme dans d'autres pays

2. Que faire de cette connaissance ?

1. Comment analyser ces disparités, d'où viennent-elles?
2. Que faire ? Des exemples d'actions de l'assurance maladie...
3. ... et quelques questionnements

1. Les disparités de pratiques

1. sont un phénomène connu depuis longtemps
2. qu'on peut documenter en France (de mieux en mieux)...
3. ...comme dans d'autres pays

2. Que faire de cette connaissance ?

1. Comment analyser ces disparités, d'où viennent-elles?
2. Que faire ? Des exemples d'actions de l'assurance maladie...
3. ... et quelques questionnements

Small-Area Variations in the Use of Common Surgical Procedures: An International Comparison of New England, England, and Norway

Klim McPherson, Ph.D., John E. Wennberg, M.D., Ole B. Hovind, and Peter Clifford, Ph.D.

N Engl J Med 1982; 307:1210-1314 | November 18, 1982 | DOI: 10.1056/NEJM198211183072104

Hospital Use and Mortality among Medicare Beneficiaries in Boston and New Haven

John E. Wennberg, M.D., Jean L. Freeman, Ph.D., Roxanne M. Shelton, M.A., and Thomas A. Bubolz, Ph.D.

N Engl J Med 1989; 321:1158-1173 | October 26, 1989 | DOI: 10.1056/NEJM198910263211706

Time to tackle unwarranted variations in practice

BMJ 2011; 342 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d1513> (Published 17 March 2011)

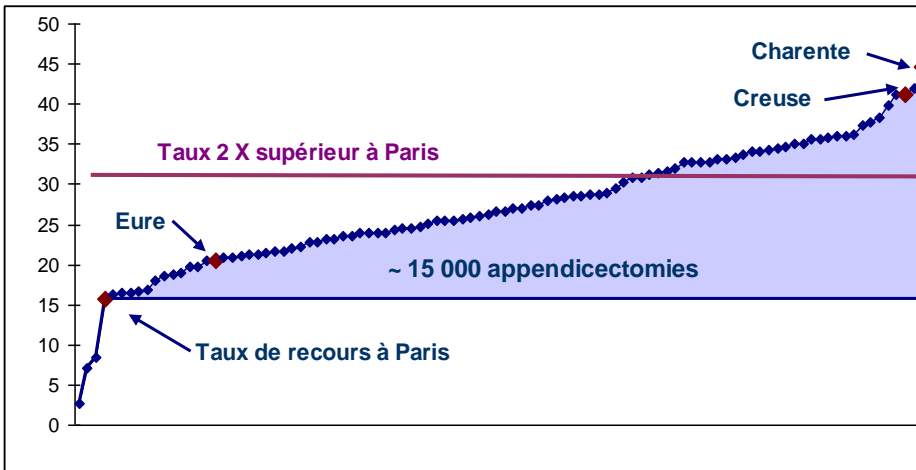
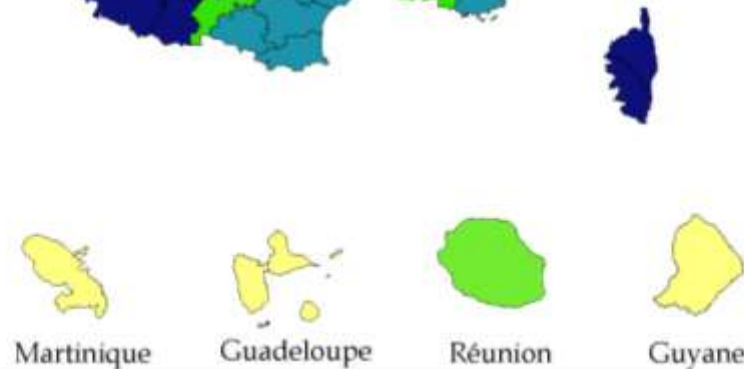
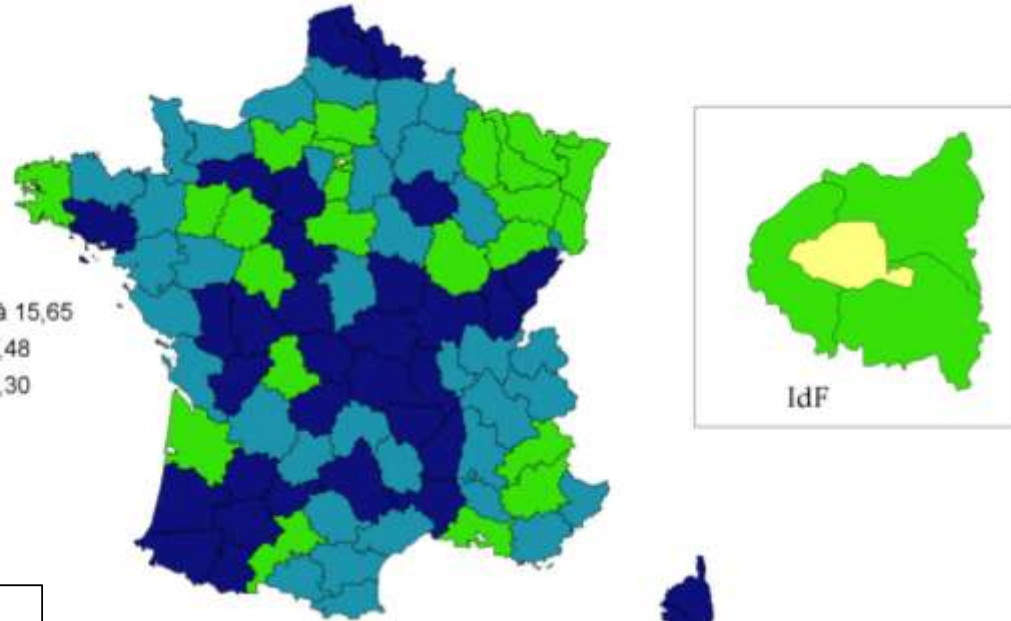
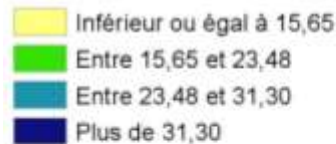
Cite this as: BMJ 2011;342:d1513

John E Wennberg, *Peggy Y Thomson professor emeritus in the evaluative clinical sciences*

qu'on peut documenter en France (de mieux en mieux)...

Taux de recours à l'appendicectomie chez les moins de 20 ans pour 10 000 habitants, en 2010

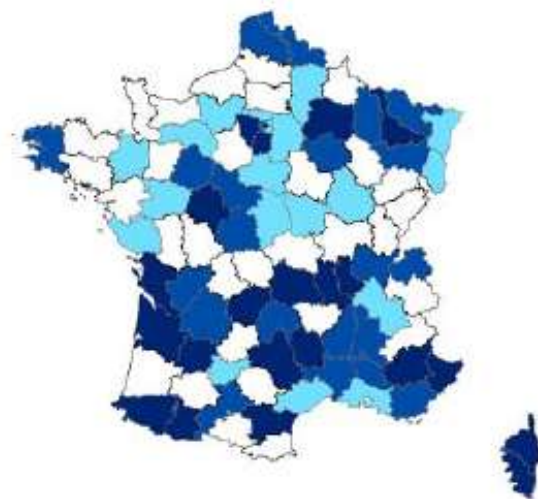
83 000 appendicectomies en 2010, en baisse (-11% entre 2006 et 2010) mais interrogation sur la pertinence de certains actes notamment chez les jeunes



Source PMSI MCO – France entière, tous régimes - Traitements CNAMTS

qu'on peut documenter en France (de mieux en mieux)...

Taux de césariennes programmées par département en 2009 (source : PMSI)



Taux standardisé d'intervention pour chirurgie bariatrique, par région, en 2011 pour 10 000 personnes résidentes

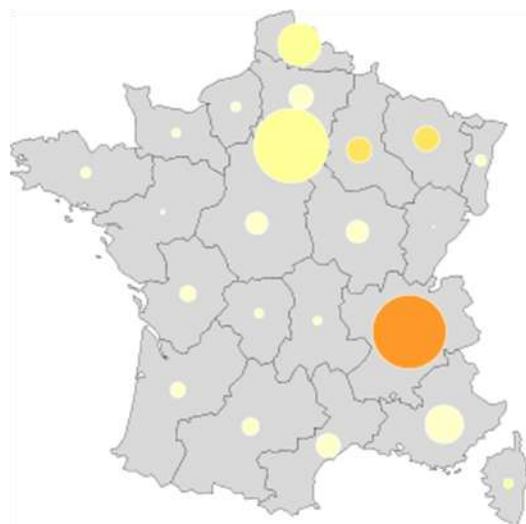


Prévalence de l'obésité, Obépi 2012 (%)



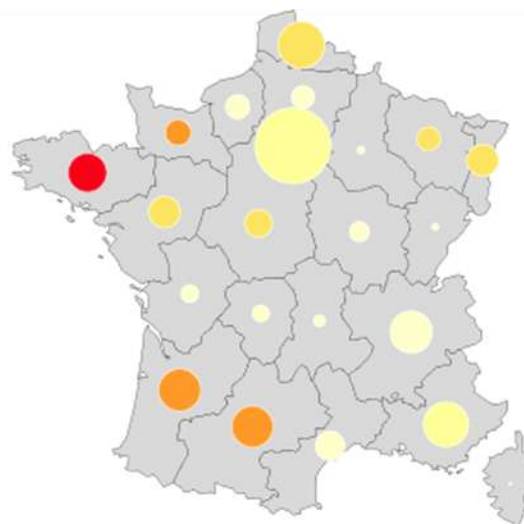
qu'on peut documenter en France (de mieux en mieux)...

Anneau gastrique ajustable (25 %)



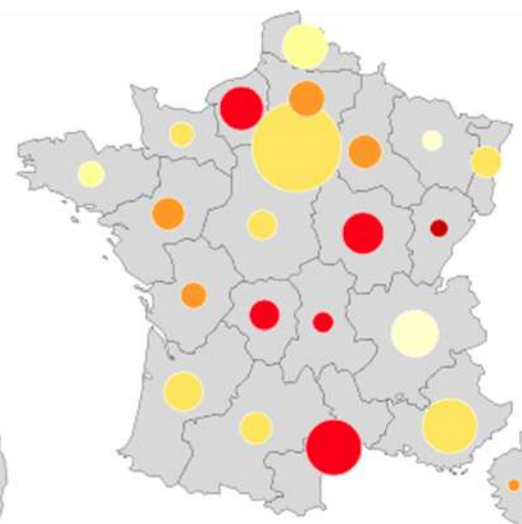
Guadeloupe Martinique Guyane La Réunion

« By-pass » gastrique (31 %)



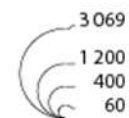
Guadeloupe Martinique Guyane La Réunion

« Sleeve » gastrectomie (44 %)

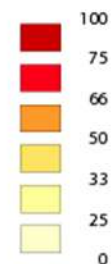


Guadeloupe Martinique Guyane La Réunion

Nombre d'actes en 2011



Part des actes de chirurgie bariatrique (en %)

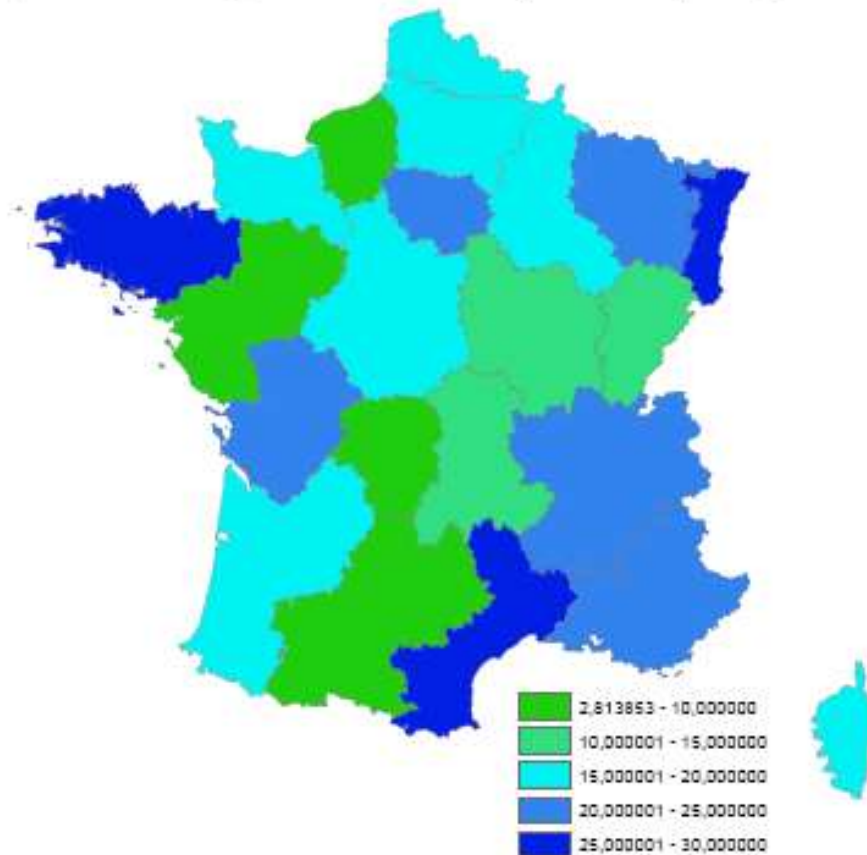


Source : PMSI

Traitement et infographie : CNAMTS / Lab. Espace Santé et Territoires, 2012

qu'on peut documenter en France (de mieux en mieux)...

Taux de chirurgie ambulatoire 2009
pour la chirurgie des hernies inguinales par région



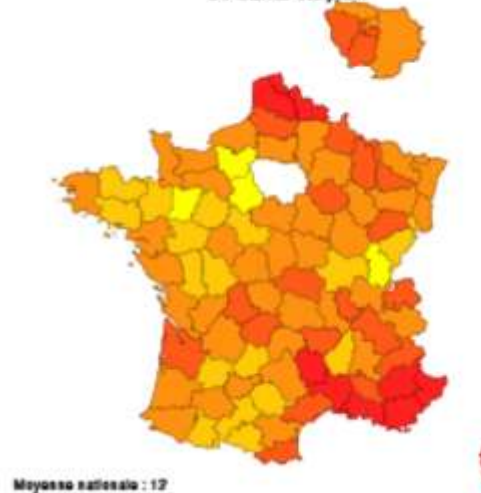
qu'on peut documenter en France (de mieux en mieux)...

Constat en 2008 :

Forte variabilité des durées de rééducation après interventions chirurgicales

Ex canal carpien : nombre moyen de séances de 15 à 20 dans les départements à forte densité (vs de 5 à 8 dans les autres)

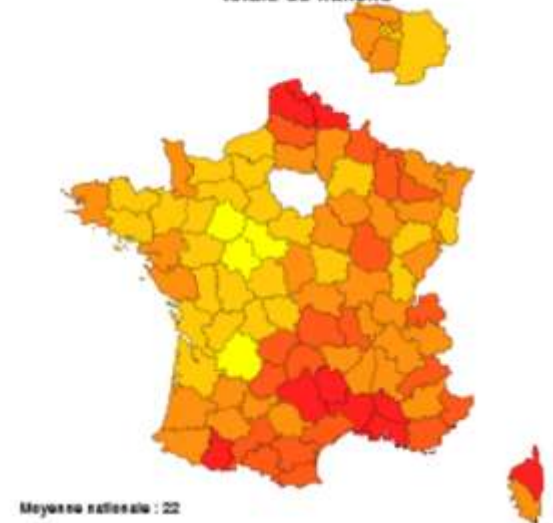
Nombre moyen de séances par patient après intervention du canal carpien



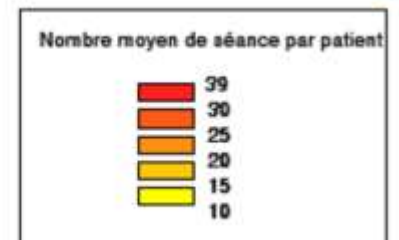
Moyenne nationale : 12



Nombre moyen de séances par patient après prothèse totale de hanche

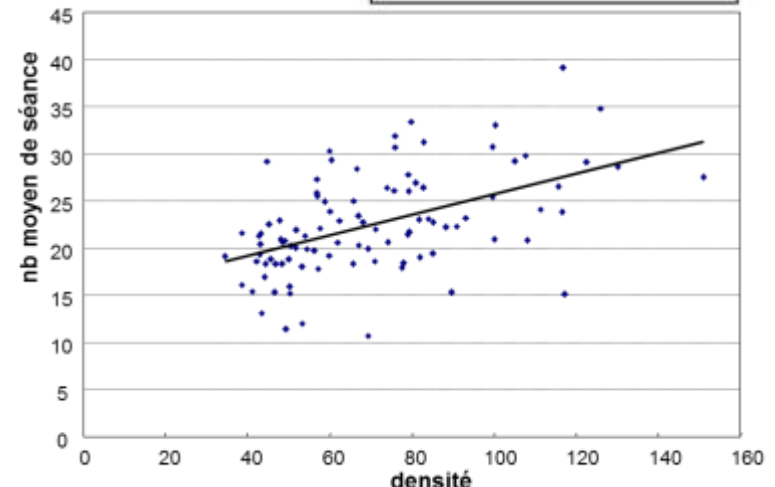


Moyenne nationale : 22



Source SNIIRAM – PMSI, traitements CNAMTS

Prothèse totale de hanche



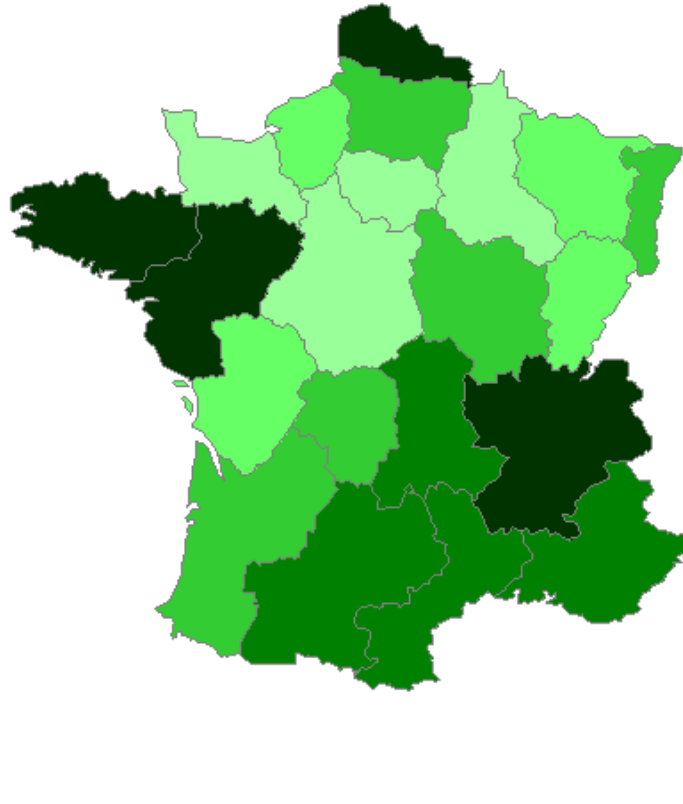
qu'on peut documenter en France (de mieux en mieux)...

Nb moyen IJ par patient SOC
Année 2008

Chirurgie du canal carpien

**55% des patients ont un
arrêt de travail après
l'intervention**

**Forte variabilité des
durées d'arrêt**



nb_ij_moy

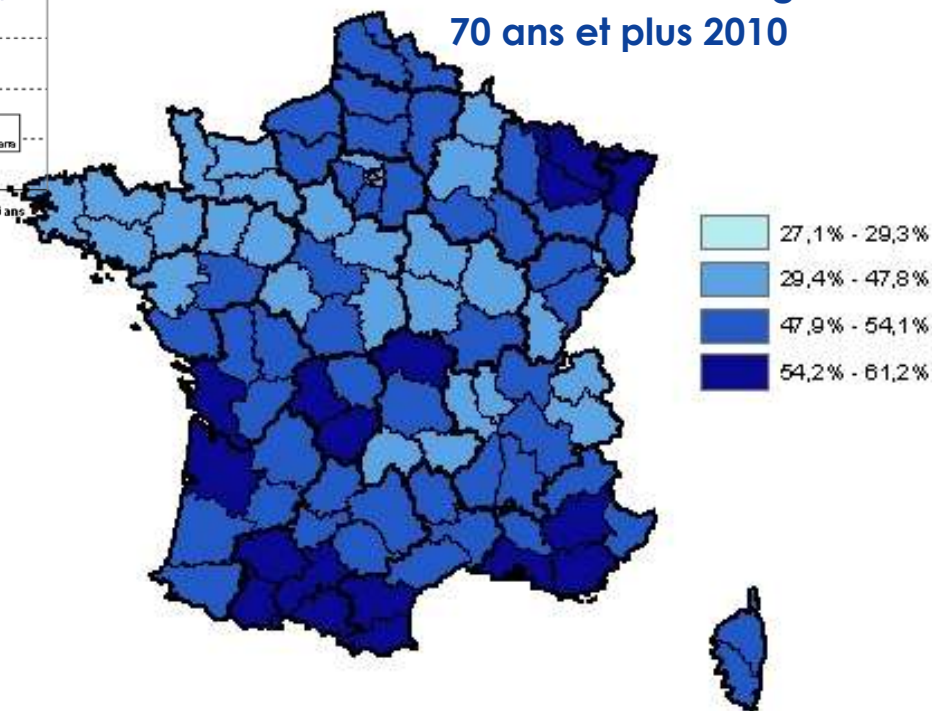
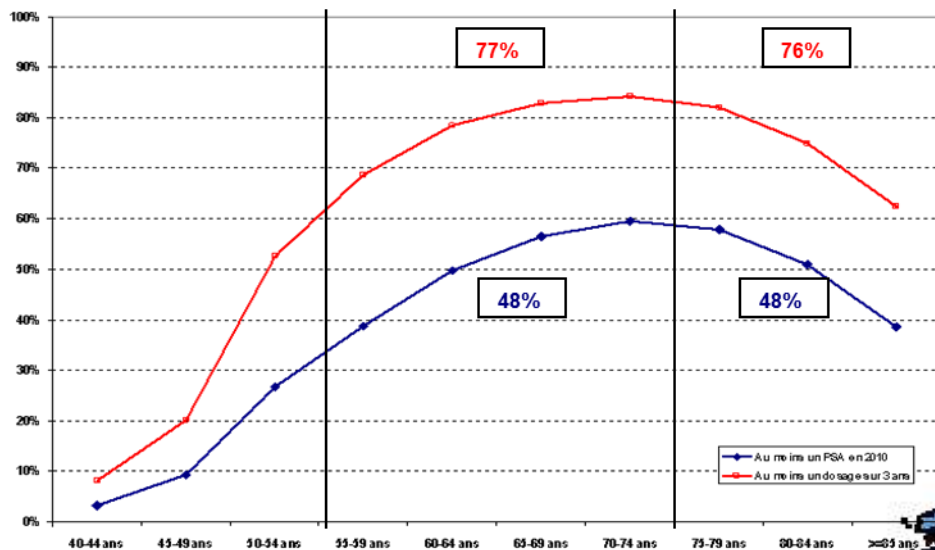
51.3 – 54.6	55.1 – 59.6	60.7 – 62.3
62.5 – 69.4	70.4 – 88.2	

IJ

qu'on peut documenter en France (de mieux en mieux)...

Même si le dépistage systématique n'est pas recommandé (HAS), et après 75 ans explicitement déconseillé dans certains pays (balance bénéfique / risque défavorable), le dépistage de masse du cancer de la prostate (PSA) existe en pratique.

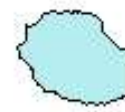
Au moins un dosage annuel :
70 ans et plus 2010



Martinique



Guadeloupe



Réunion



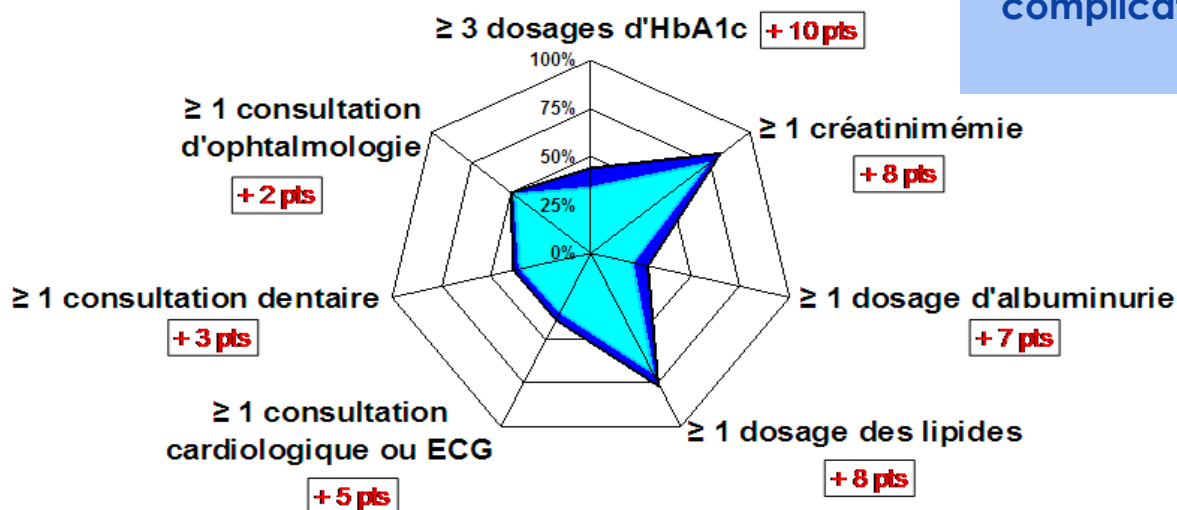
Guyane

qu'on peut documenter en France (de mieux en mieux)...

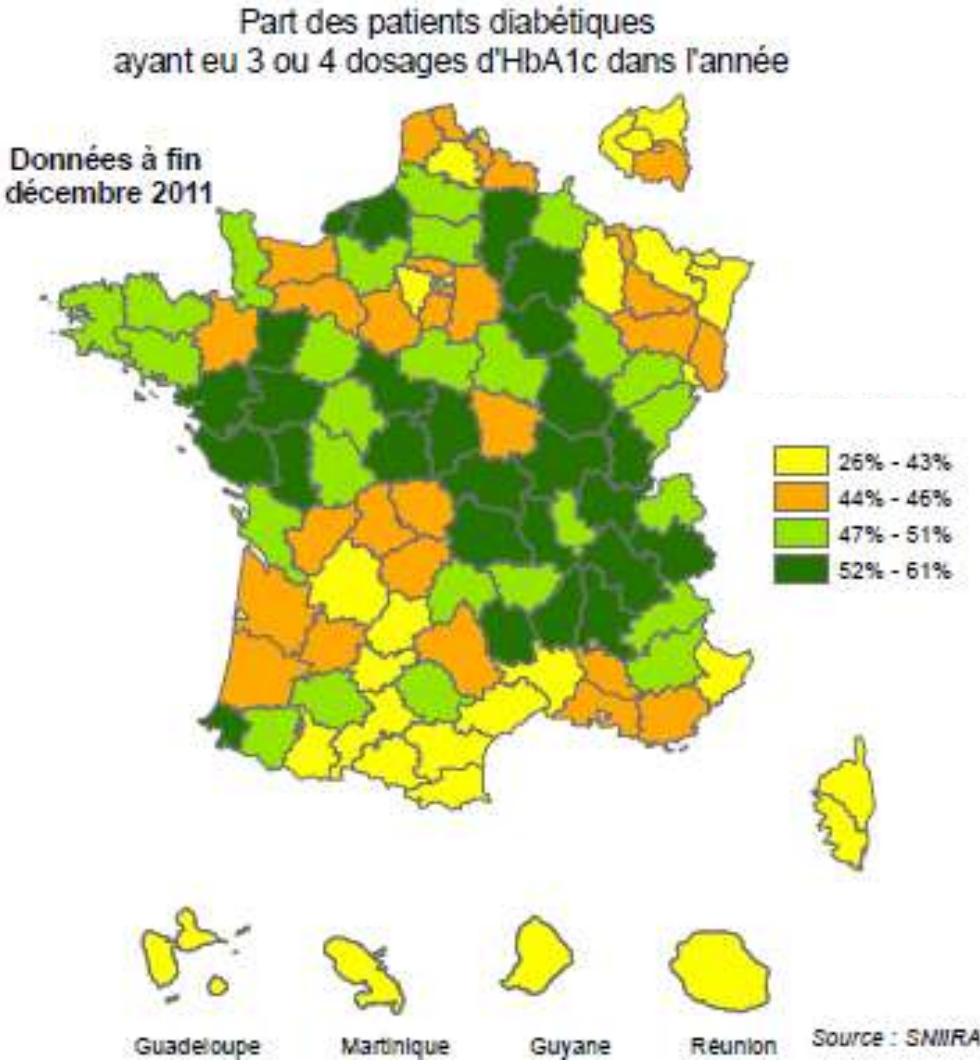
Objectifs loi de santé publique 2004

054 : Assurer une surveillance conforme aux recommandations de bonne pratique clinique émises par l'Alfediam, l'AFSSAPS et l'ANAES pour 80 % des diabétiques en 2008 (actuellement 16 à 72% selon le type d'examen complémentaire)

055 : Réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète et notamment les complications cardiovasculaires

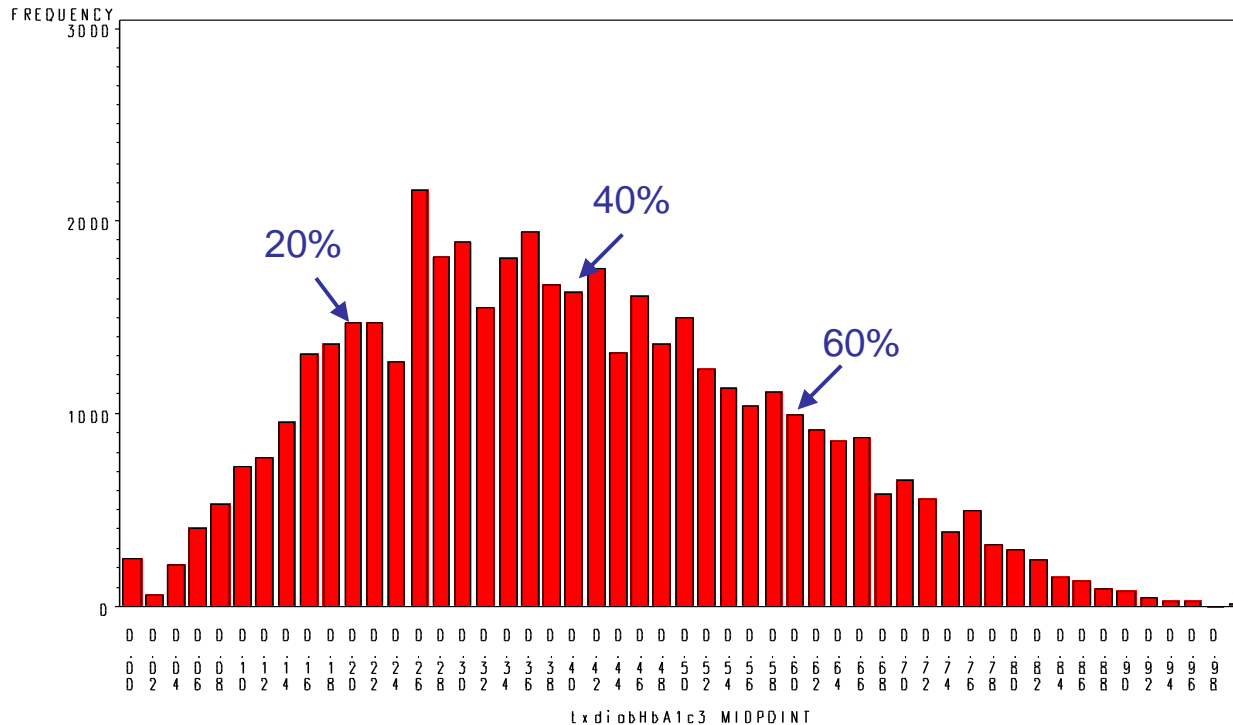


qu'on peut documenter en France (de mieux en mieux)...



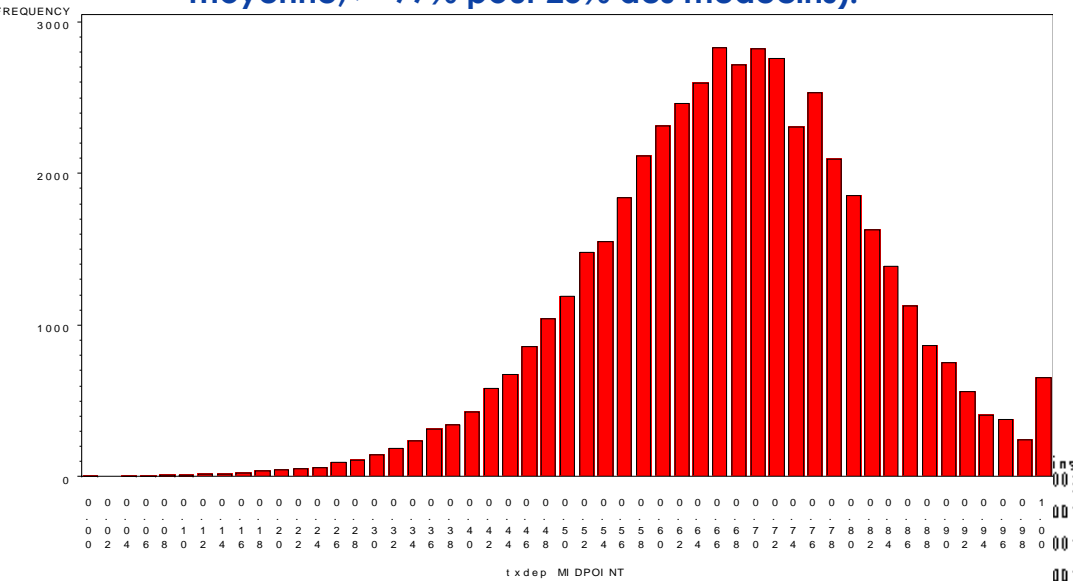
qu'on peut documenter en France (de mieux en mieux)...

En 2007 un médecin traitant a en moyenne 40% de sa patientèle diabétique traitée qui a eu au moins 3 dosages annuels d'HbA1C, mais cette proportion varie beaucoup d'un médecin à l'autre

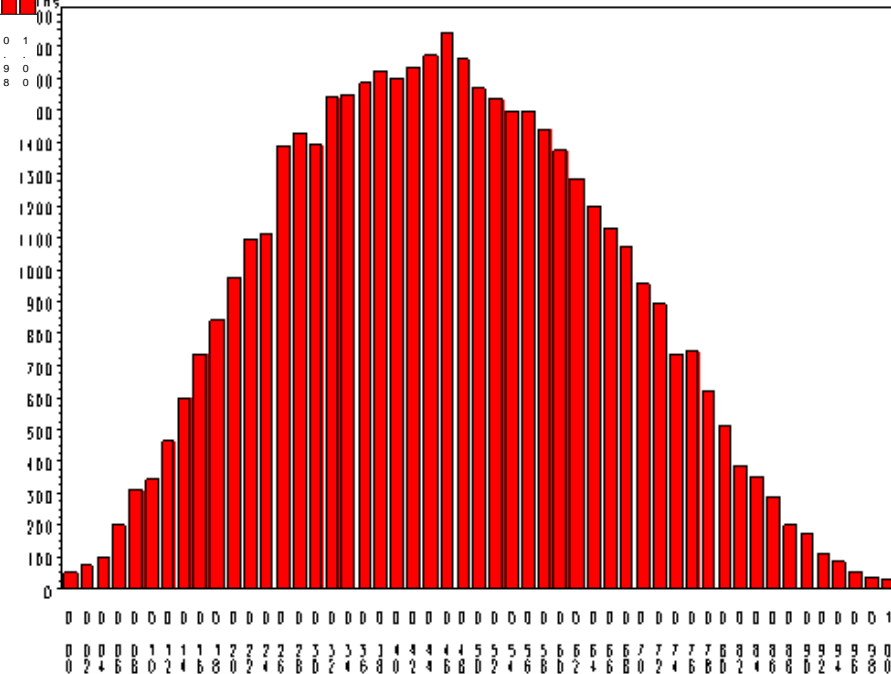


qu'on peut documenter en France (de mieux en mieux)...

Distribution des médecins selon le % de leurs patientes âgées de 50 à 74 ans bénéficiant d'un dépistage du cancer du sein (67% en moyenne, $\geq 77\%$ pour 25% des médecins).



Distribution des médecins selon le % de prescription dans le répertoire pour les inhibiteurs de la pompe à protons

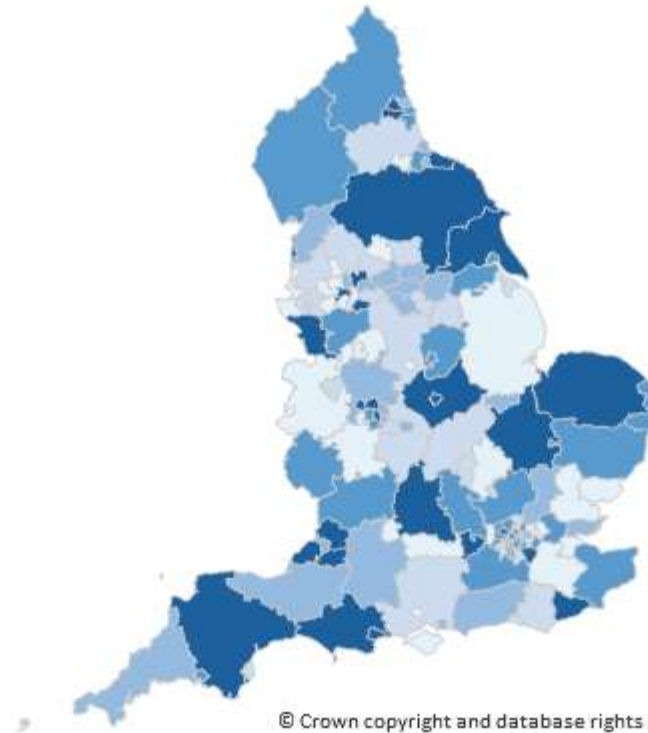


... comme dans d'autres pays

NHS Atlas of Variation in Healthcare 2011

Percentage of people in the National Diabetes Audit (NDA) with Type 1 diabetes receiving all nine key care

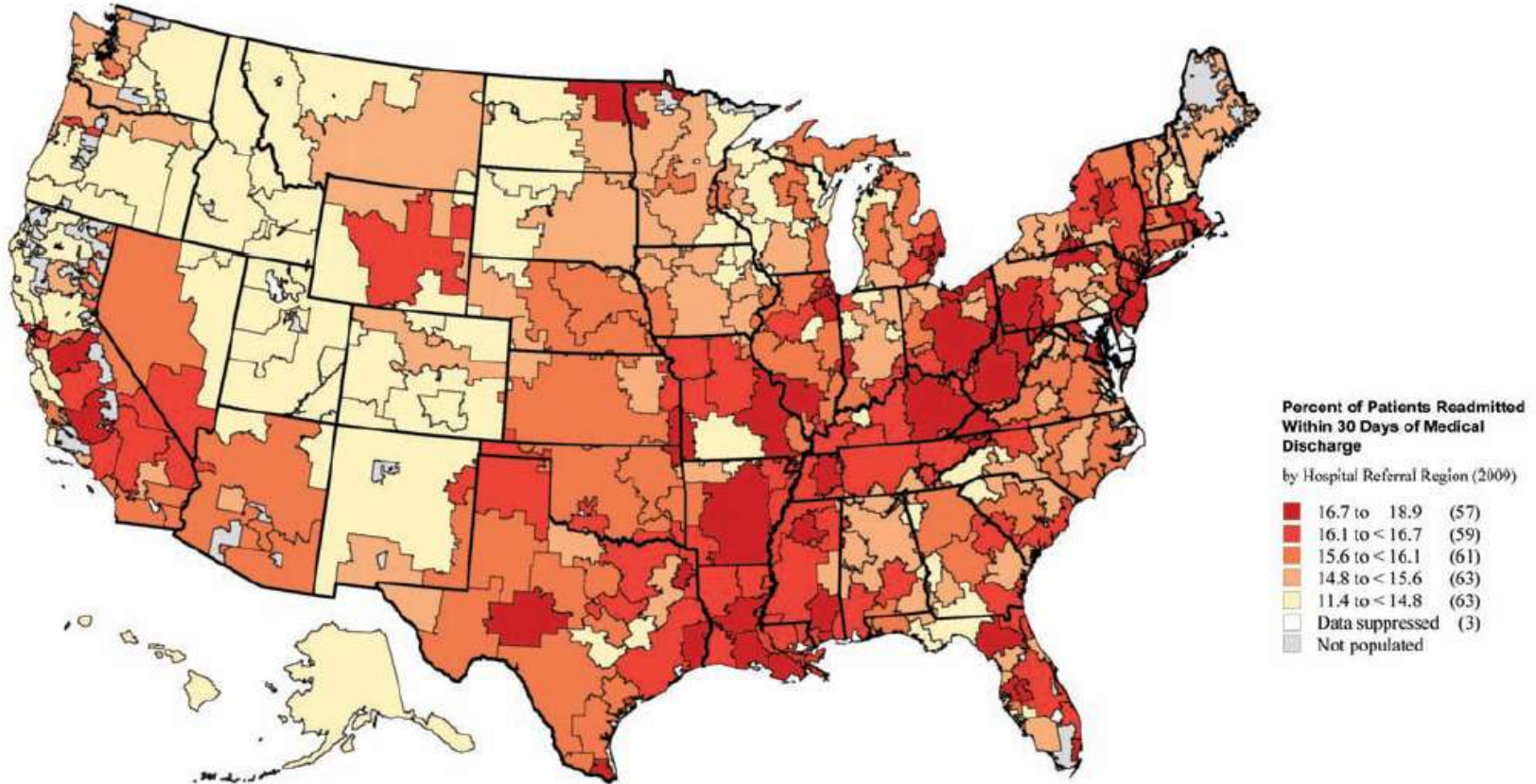
“All patients should receive nine crucial tests from their GP at an annual review of their diabetes management. These include measurements of weight, blood pressure, smoking status, a marker for blood glucose called HbA1c, urinary albumin, serum creatinine, cholesterol, and tests to assess whether the eyes and feet have been damaged by diabetes.”



... comme dans d'autres pays

The Dartmouth Atlas of Health Care

Regional variation in 30-day readmission rates



1. Les disparités de pratiques

1. sont un phénomène connu depuis longtemps
2. qu'on peut documenter en France (de mieux en mieux)...
3. ...comme dans d'autres pays

2. Que faire de cette connaissance ?

1. Comment analyser ces disparités, d'où viennent-elles?
2. Que faire ? Des exemples d'actions de l'assurance maladie...
3. ... et quelques questionnements

Comment analyser ces disparités, d'où viennent-elles?



**The key question is whether more is better; is greater care intensity associated with better health outcomes?
Is healthcare being inappropriately rationed in low rate regions or overused in high rate regions?**

Comment analyser ces disparités, d'où viennent-elles?

Quel jugement porter sur ces écarts ?

Pas toujours évident – la moyenne n'est pas la norme → quelle est la pratique de référence ?

- ex chirurgie bariatrique : bistouri trop facile ou technique prometteuse ?
- ex cataracte : intervention à un âge de plus en plus jeune et fortes variations géographiques → à quel moment est-on dans la non pertinence ?



Besoins de référentiels

Comment analyser ces disparités, d'où viennent-elles?

Classification de Wennberg

Effective care is defined as interventions for which the benefits far outweigh the risks; in this case the “right” rate of treatment is 100% of patients defined by evidence based guidelines to be in need, and unwarranted variation is generally a matter of underuse.

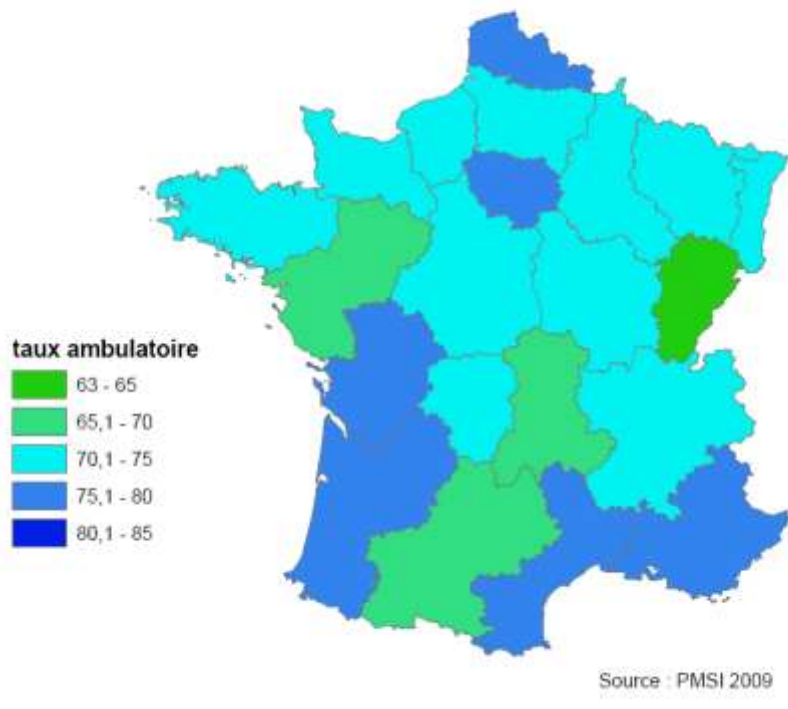
Preference sensitive care is when more than one generally accepted treatment option is available, such as elective surgery; here, the right rate should depend on informed patient choice, but treatment rates can vary extensively because of differences in professional opinion.

Supply sensitive care comprises clinical activities such as doctor visits, diagnostic tests, and hospital admissions, for which the frequency of use relates to the capacity of the local healthcare system. Among older Americans, most of these services are used in caring for chronic illness. However, regions with high rates of use of supply sensitive care do not have better overall outcomes as measured by mortality and indicators of the quality of care, suggesting that the problem in the US is overuse of this category of care.

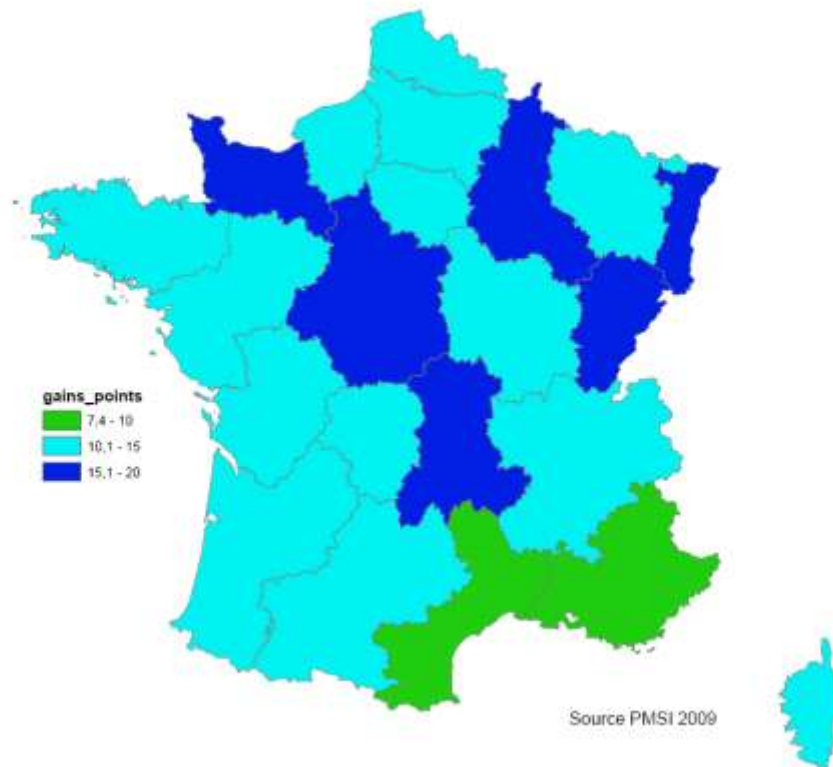
Que faire ? Des exemples d'actions de l'assurance maladie...

Levier : mise sous accord préalable des établissements pratiquant peu de chirurgie ambulatoire (+ incitation financière)

Taux synthétique de chirurgie ambulatoire 2009
par région et pour les 17 gestes



Gains de points de 2007 à 2009
du taux synthétique de chirurgie ambulatoire
par région et pour les 17 gestes



Que faire ? Des exemples d'actions de l'assurance maladie...

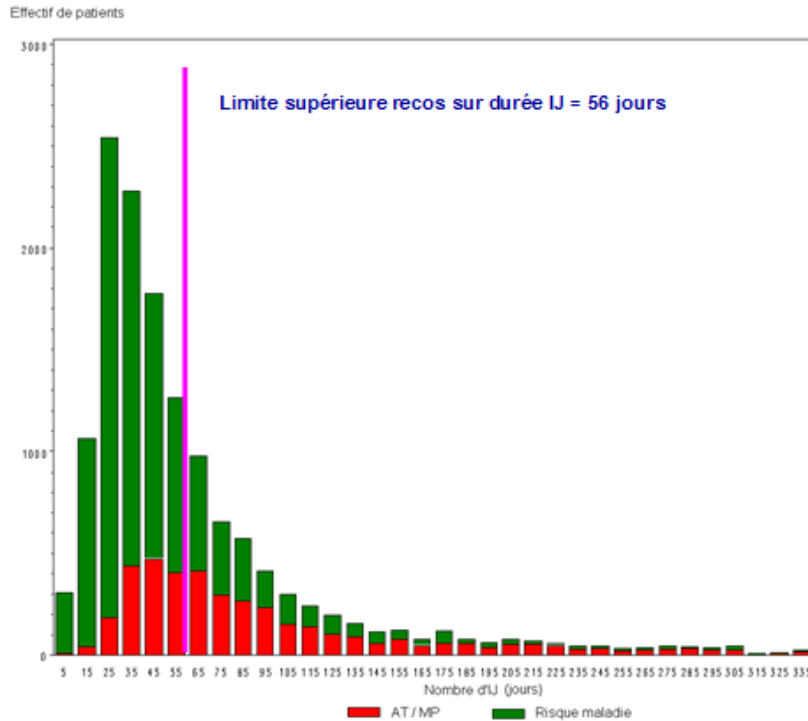
Séances de rééducation :

Constat d'hétérogénéité →
leviers :

- référentiels + entente préalable fondée sur ces référentiels (seuils)
- régulation démographique (accords infirmières puis kinés)

Situation de rééducation	Seuil de demande d'accord préalable
Entorse externe récente de cheville	à partir de la 11 ^{ème} séance
Arthroplastie du genou par prothèse totale	à partir de la 26 ^{ème} séance
Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou	à partir de la 41 ^{ème} séance
Arthroplastie de hanche par prothèse totale	à partir de la 16 ^{ème} séance
Libération du nerf médian du canal carpien	dès la 1 ^{ère} séance

Que faire ? Des exemples d'actions de l'assurance maladie...



ARRÊT DE TRAVAIL

Mars 2010

Syndrome du canal carpien après intervention chirurgicale

après avis de la Haute Autorité de Santé (déc. 2009)

Pour vous aider dans votre prescription d'arrêt de travail et faciliter le dialogue avec votre patient, des durées de référence vous sont proposées. Elles sont indicatives et, bien sûr, à adapter en fonction de la situation de vos patients.

Type d'emploi			Durée de référence* suite à chirurgie par voie endoscopique	Durée de référence* suite à chirurgie à ciel ouvert
Sédentaire			7 jours	14 jours
Travail physique léger	Sollicitation modérée de la main	Charge ponctuelle < 10 kg Charge répétée < 5kg	14 jours	28 jours
		Charge ponctuelle < 25 kg Charge répétée < 10kg	21 jours	42 jours
Travail physique lourd	Forte sollicitation de la main	Charge > 25kg	28 jours	56 jours

* Durée à l'issue de laquelle la majorité des patients sont capables de reprendre le travail. Cette durée est modulable en fonction des complications ou comorbidités du patient.

► La durée de l'arrêt est à adapter selon :

- la main opérée (dominante ou non) ;
- le degré de sévérité du syndrome avant l'intervention ;
- le degré d'utilisation de la main dans l'emploi ;
- les possibilités d'adaptation ou de modification du poste de travail par l'entreprise, notamment pour les postes très physiques ;
- la technique chirurgicale utilisée.

Durées d'arrêts de travail :

- fabrication de référentiels (fiches repère) à partir de l'expérience internationale
- Campagne d'information aux médecins
- Déploiement des prescriptions d'arrêts de travail en ligne

Que faire ? Des exemples d'actions de l'assurance maladie...

Réduire les interventions / hospitalisations non pertinentes

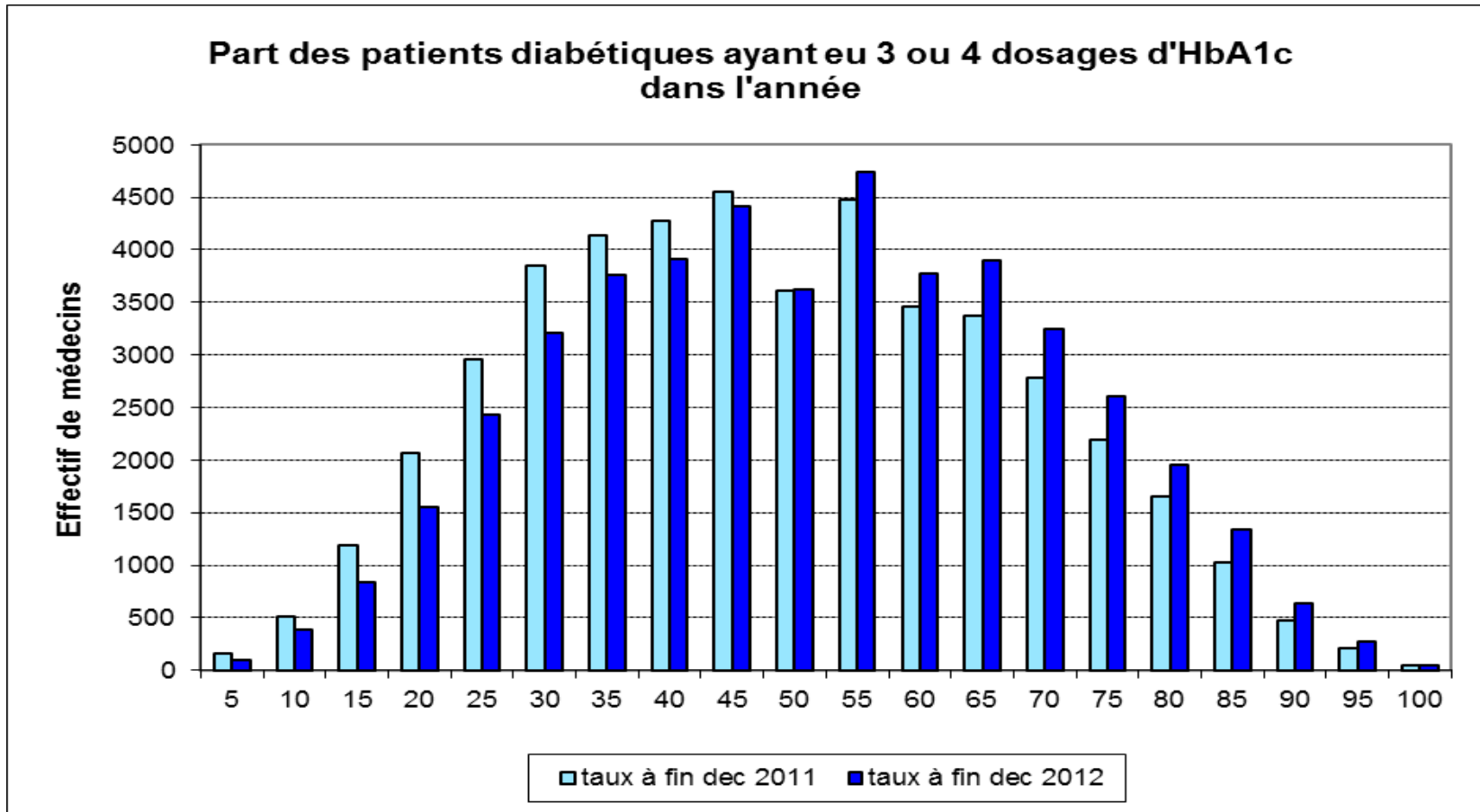
Exemple des appendicectomies :

- En l'absence de recommandations de pratique pouvant permettre de porter un jugement direct, alternative = cibler des établissements sur la base d'un faisceau d'indicateurs (part des appendicectomies dans l'activité de chirurgie digestive, évolution, programme opératoire hebdomadaire, part des appendicectomies sans complications de niveau, part des patients ayant bénéficié d'une exploration préalable,...)
- Scoring → 6% d'établissements ciblés prioritairement, 42% sans alerte, 52% intermédiaires

Que faire ? Des exemples d'actions de l'assurance maladie...

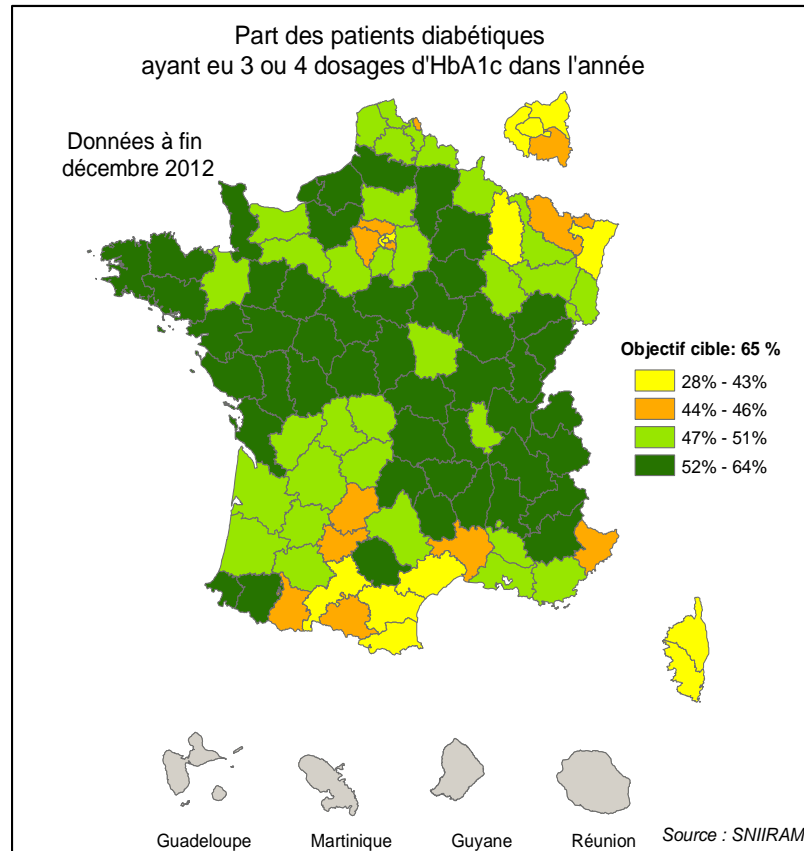
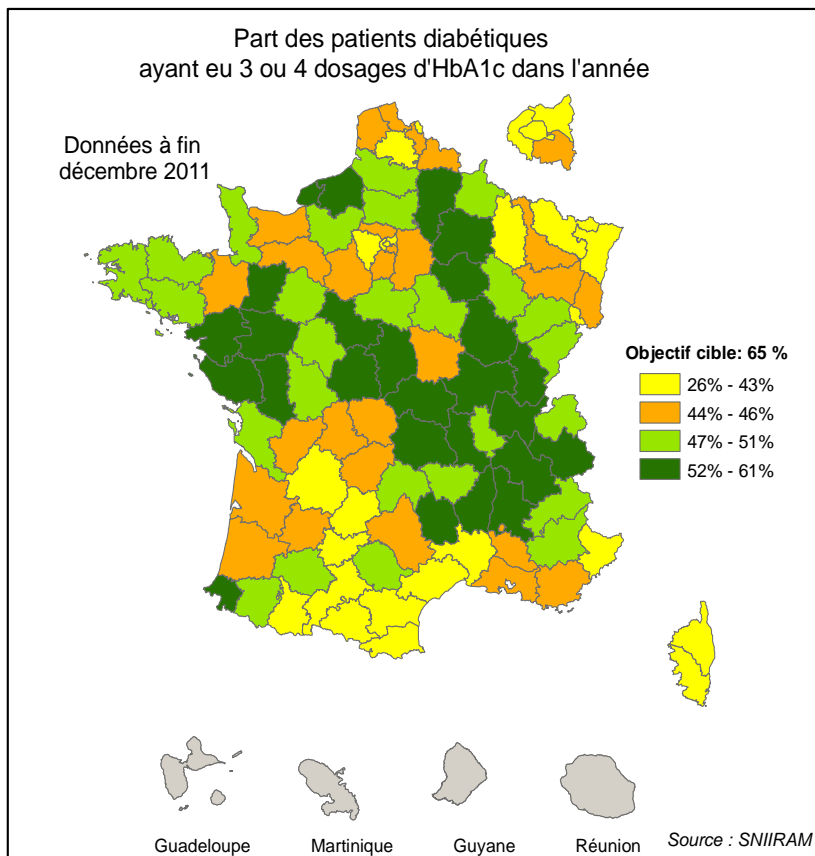
Rémunérer la qualité pour homogénéiser les pratiques : exemple du CAPI (contrat d'amélioration des pratiques individuelles) et de la ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique)

Diabète : part des patients diabétiques ayant eu 3 ou 4 dosages d'HbA1c



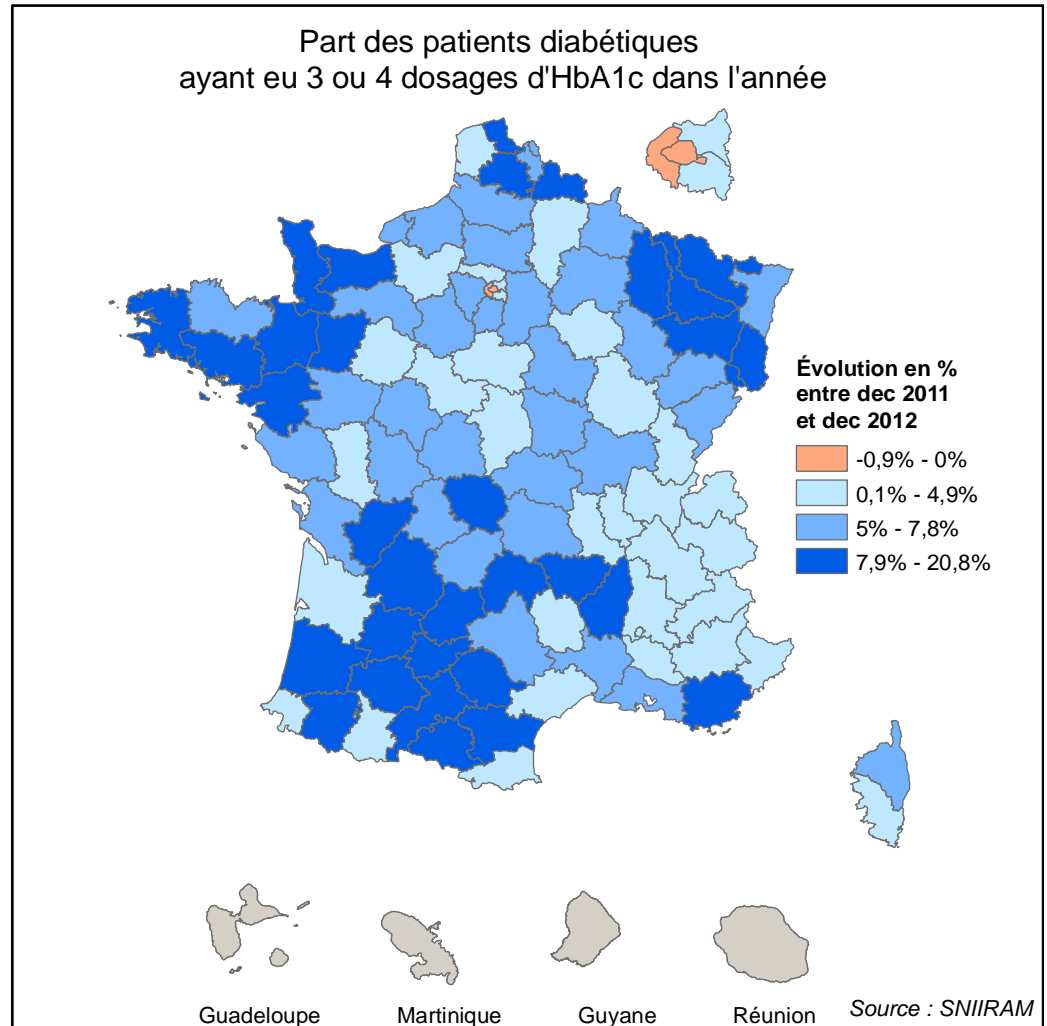
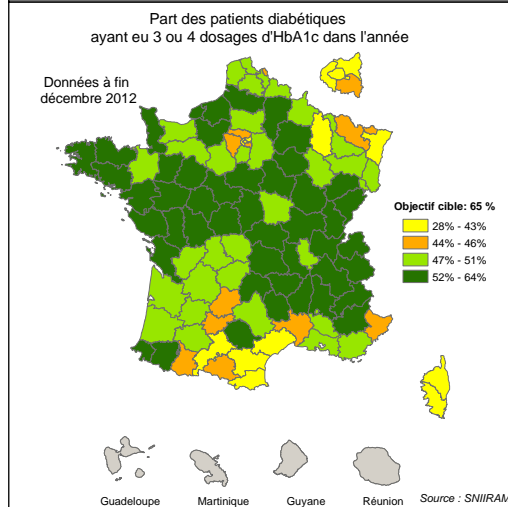
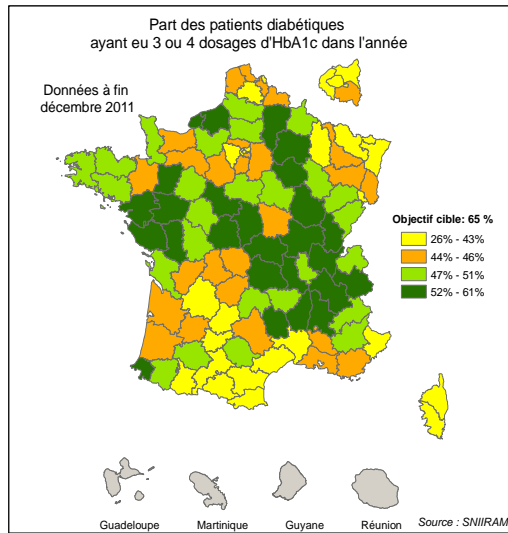
Que faire ? Des exemples d'actions de l'assurance maladie...

Diabète : part des patients diabétiques ayant eu 3 ou 4 dosages d'HbA1c



Que faire ? Des exemples d'actions de l'assurance maladie...

Diabète : part des patients diabétiques ayant eu 3 ou 4 dosages d'HbA1c



... et quelques questionnements

Les référentiels

- Leur élaboration
 - Niveau de preuve vs consensus sur ce qu'il est raisonnable de faire quand on voit d'importantes variations de pratiques
 - Approche statistique (repères applicable à une population, à une patientèle)
 - Faire / ne pas faire
- Leur implémentation
 - Retour d'information, formation, revue de pairs, contrôle,...

Le choix des patients et l'éclairage de ce choix (Preference sensitive care)

1 ↘

Disparité des pratiques des professionnels médicaux : quelles réalités ?

France Vrijens

Expert statisticienne au Centre fédéral d'expertise des soins de santé,
Belgique

#pratiques_medicales

 @Strategie_Gouv



wifi.communication
7c1a8741



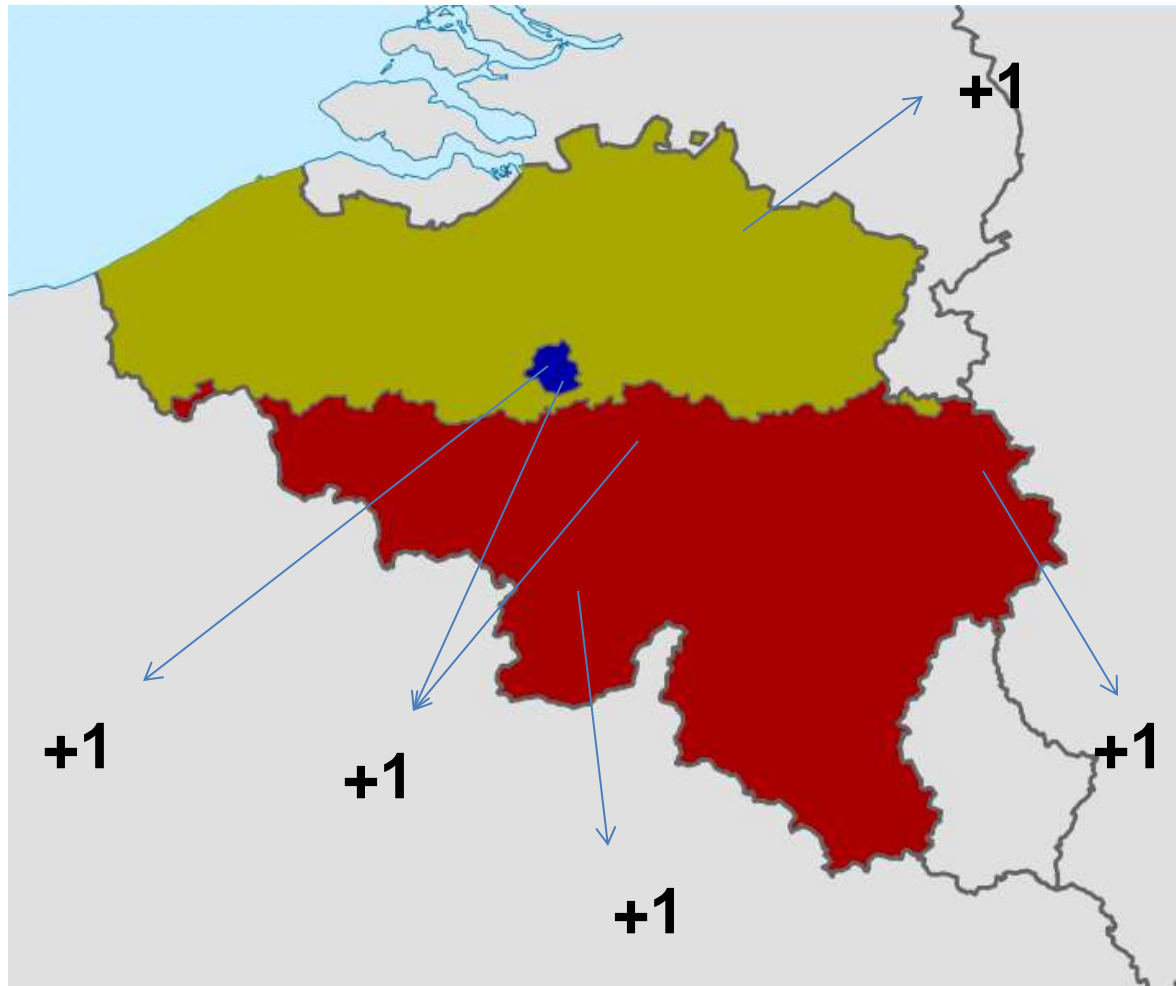
Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

Variabilité des pratiques médicales en Belgique

France Vrijens

Centre Fédéral d'Expertise
des Soins de Santé (KCE)

Régions/Communautés



Carte des régions de Belgique

- Région Bruxelles-Capitale
- Région flamande
- Région wallonne

6

Source: wiki commons

2 sources de données

- **Données administratives**

- mutuelles (claims data):

(presque) TOUT

- EPS (Echantillon Permanent)

= EGB (Echantillon Généraliste des Bénéficiaires)

- séjours hospitaliers (discharge data):

diagnostic(s) + traitement(s) + coûts



Exemple 1

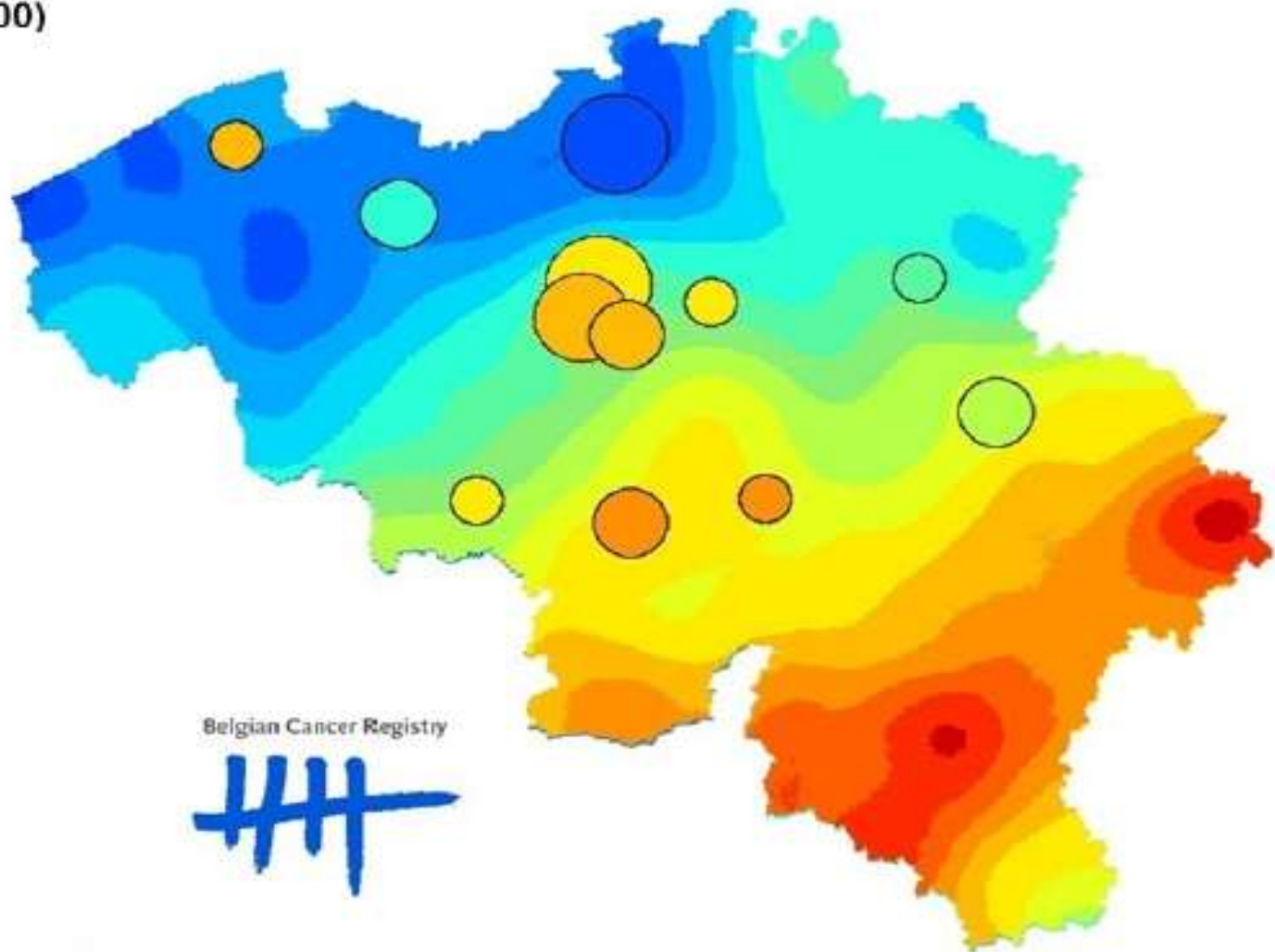
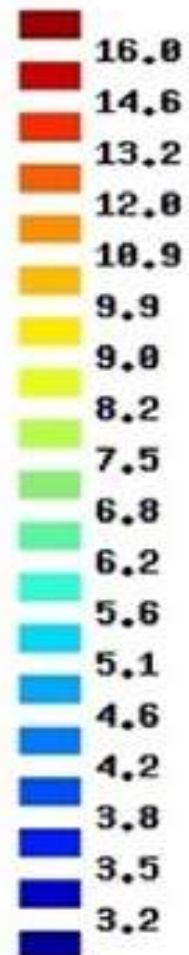
- L'étude de la variabilité des pratiques n'est pas une fin en soi ...

mais est un **outil** pour mieux comprendre l'utilisation des services de santé (et qui devrait mener à des études complémentaires)



Figure 3. Incidence of thyroid cancer in females, Belgium, 2004-2006

WSR (n/100 000)



Belgian Cancer Registry



Ref: Belgium



Santé / Les dernières statistiques du cancer relèvent d'importants écarts régionaux

La thyroïde sévit plus au sud

L'ESSENTIEL

- Les experts du Registre du cancer commentent les dernières statistiques : près de 60.000 nouveaux cancers ont été diagnostiqués en 2008.
- Une étude est commandée afin d'expliquer les écarts du taux de cancers de la thyroïde, deux fois plus élevé en Wallonie et à Bruxelles qu'en Flandre.

La thyroïde, mal francophone.

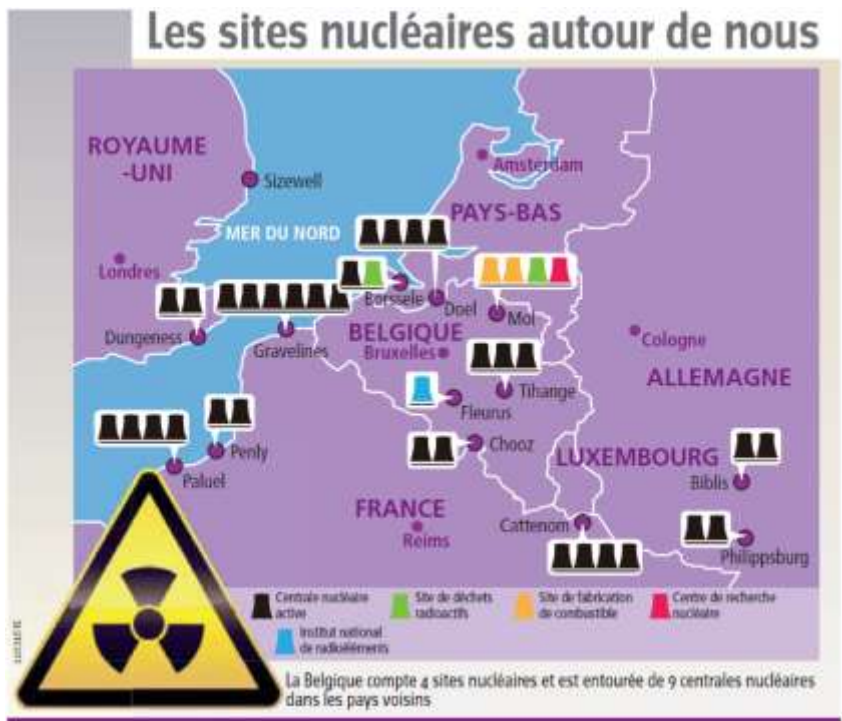
Constat beaucoup plus frappant : le cancer de la thyroïde (755 cas en 2008) est deux fois plus fréquent en Wallonie et à Bruxelles qu'en Flandre... « Ce phénomène étant difficile à expliquer, commente Laurette Onke-

linx, j'ai chargé le Centre fédéral d'expertise des soins de santé, le **KCE**, de mener une étude pour mieux comprendre ces disparités... Il se pourrait que les variations puissent simplement s'expliquer par des méthodes de diagnostic ou des prises en charge médicales différentes, d'une région à l'autre ».

La ministre évoque la proximité de sites nucléaires, et « d'autres facteurs causaux potentiels, comme la présence de radon, naturellement présent dans certaines zones du sous-sol wallon ».

Les résultats de l'étude du **KCE** sont attendus pour fin 2011, début 2012. ■ **RICARDO GUTIÉRREZ**





Monitoring of Possible Health Effects of Living in the Vicinity of Nuclear Sites in Belgium

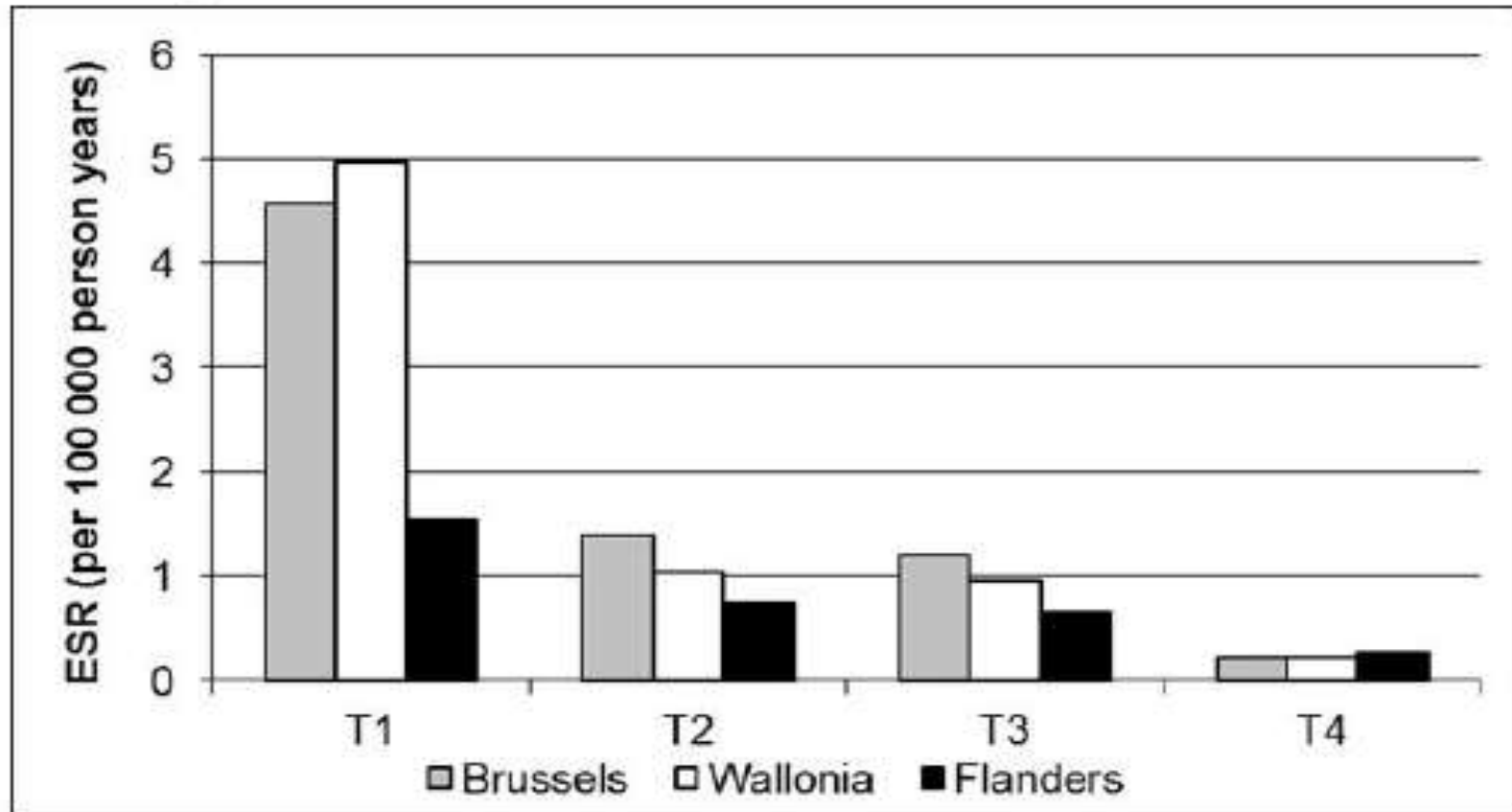
Communiqué de presse : résultats de l'étude épidémiologique relative aux sites nucléaires en Belgique

Les résultats ont révélé qu'à proximité des centrales de Tihange et de Doel, le nombre de nouveaux cas de leucémie aigue chez les enfants et de cancers de la thyroïde n'est pas plus élevé que la moyenne.

DIFFÉRENCES GÉOGRAPHIQUES DE L'INCIDENCE DU CANCER DE LA THYROÏDE EN BELGIQUE: RÔLE DES STRATÉGIES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES THYROÏDIENNES



Figure 10. Incidence of thyroid cancer by T category, males & females, 2004-2006



Source: Belgian Cancer Registry, 2008





Qui cherche trouve : deux fois plus de cancers de la thyroïde à Bruxelles et en Wallonie liés à un recours plus intensif à l'imagerie médicale et aux interventions sur la thyroïde ?

Communiqué de presse du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE)

Faisceau de preuves...

Risque de sur-diagnostic et de sur-traitement

Il y a donc une forte probabilité que les différences régionales soient liées à une utilisation différente des techniques de diagnostic et de traitement. Néanmoins, une étude plus approfondie reste nécessaire, de façon à différencier l'impact d'autres facteurs tels que le type de médecins et d'hôpitaux qui traitent les patients.

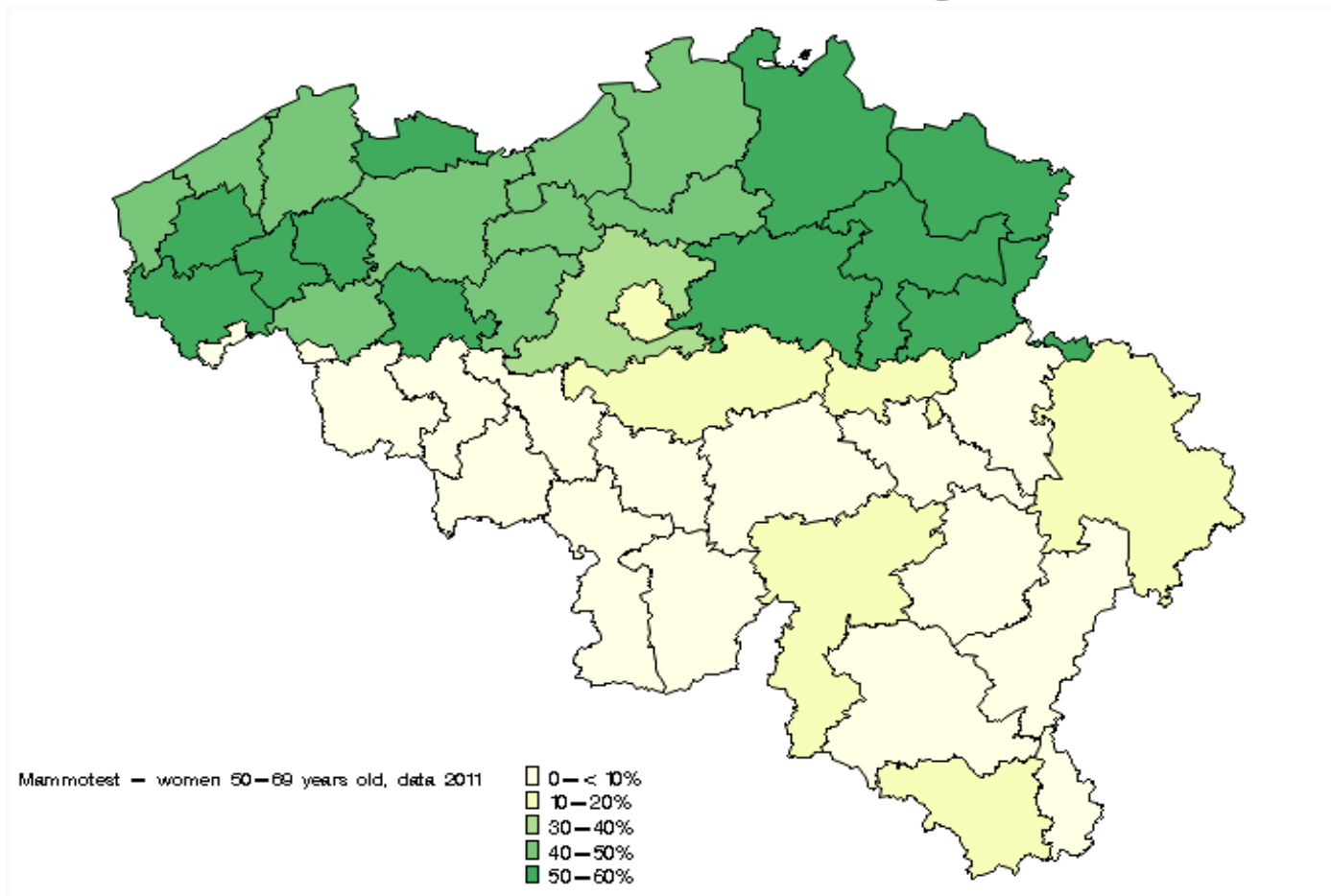
La détection précoce de petites tumeurs n'est pas nécessairement un avantage pour le patient. Le risque de sur-diagnostic et de sur-traitement est réel : de nombreuses tumeurs, détectées à un stade précoce, ne se seraient probablement jamais développées et n'auraient pas nécessité de traitement. L'augmentation des cas de cancer de la thyroïde n'est d'ailleurs pas corrélée avec une augmentation du nombre de décès. Mais leur prise en charge entraîne des traitements lourds et affecte la qualité de vie du patient.



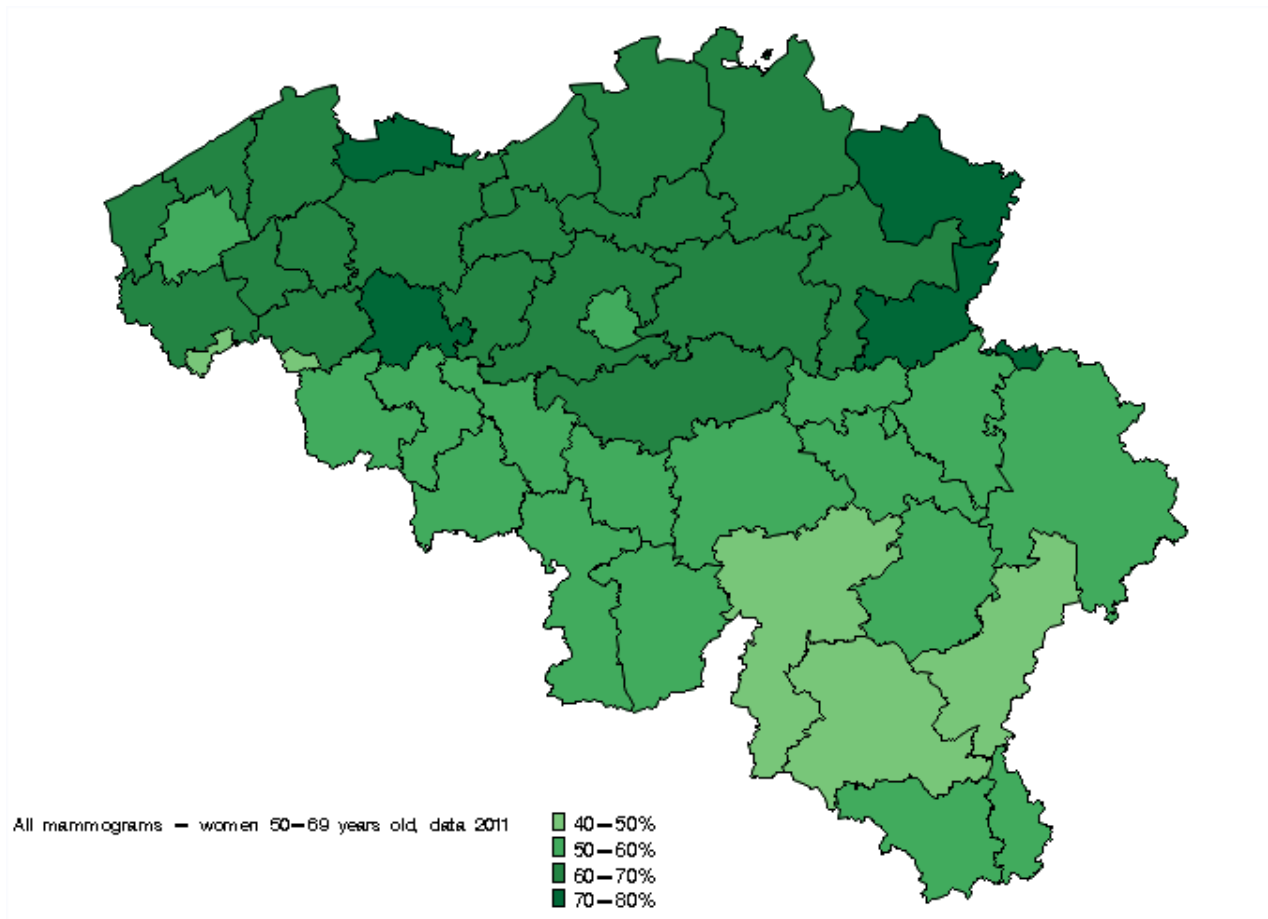
Exemple 2

- **Permet de monitorer la performance d'un système de santé:**
 - **Accessibilité**
 - **Equité**
 - **Qualité des soins**
 - **Coûts**
 - **Efficiency**

Dépistage cancer du sein: couverture du programme



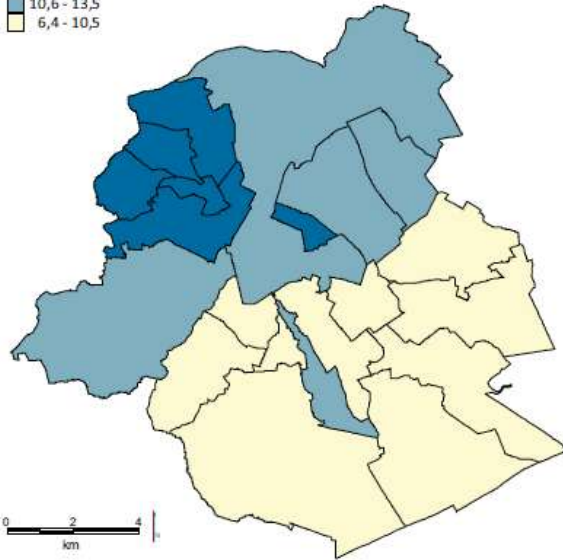
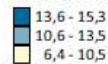
Dépistage cancer du sein: couverture réelle



Lien avec le statut socio-économique (Bruxelles)

Carte 4-03 Taux de couverture par mammothest par commune, Bruxelles, 2009/2010

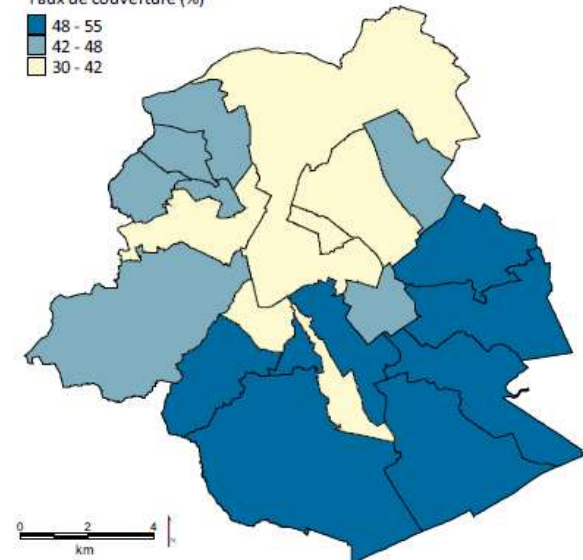
Taux de couverture (%)



Sources : Brumamma, DGSIE, Registre National, Cartographie Observatoire de la Santé et du Social

Carte 4-04 Taux de couverture par mammographie 'diagnostique' par commune, Bruxelles, 2006/2007

Taux de couverture (%)



Sources : AM/IMA 2010, Cartographie Observatoire de la Santé et du Social



Améliorer l'information des patientes

Le Mammotest en questions

Accéder à la partie professionnelle



Vous cherchez l'unité de mammographie la plus proche de chez vous ? Cliquez ici!



Rechercher

1.

Comment pouvez-vous participer au mammotest ?

2.

En quoi consiste le mammotest ?

3.

Le mammotest vous intéresse, que faut-il que vous fassiez ?

4.

Que peut-on apprendre grâce au mammotest ?

5.

Comment être sûre que le dépistage vous concerne ?

6.

Comment dépasser vos craintes face au mammotest ?



Foire aux questions Avertissement Adresses et liens

Le mammotest en questions

C'est désormais chose faite en Belgique : toutes les femmes âgées de 50 à 69 ans sont invitées à pratiquer, gratuitement, un dépistage du cancer du sein !

Les responsables politiques de la santé ont adopté les recommandations des experts européens en la matière et mis en place un programme de dépistage du cancer du sein par mammographie. La mammographie réalisée dans le cadre de ce programme s'appelle dorénavant « mammotest ».

Le dépistage par **mammotest** a pour objectif de suivre des femmes qui ne présentent pas de symptômes. Cet examen systématique et régulier (tous les deux ans) devrait permettre de réduire considérablement la mortalité liée au cancer du sein. La détection de la maladie à un stade précoce donne, en effet, les plus grandes perspectives de guérison.



Cliquez ici pour voir la campagne 2012

VOUS HABITEZ BRUXELLES ?
VISITEZ AUSSI BRUMAMMO.BE

SES SEINS SONT ASSURÉS

Entre 50 et 69 ans,
prenez-vous de la
santé de vos seins
en faisant le
mammotest gratuit.

www.brumammo.be



Exemple 3

- **Explorer toutes les pistes:**
 - Pathologies
 - Préférences des patients
 - Performance système de santé
 - **Supply-induced demand ?**

Rapport KCE (2006)



- Cataracte
- Syndrome du canal carpien
- Arthroscopie du genou
- Prothèse totale de genou (PTG)
- Prothèse totale de hanche (PTH)
- Hystérectomie
- Césarienne
- Sténose carotidienne

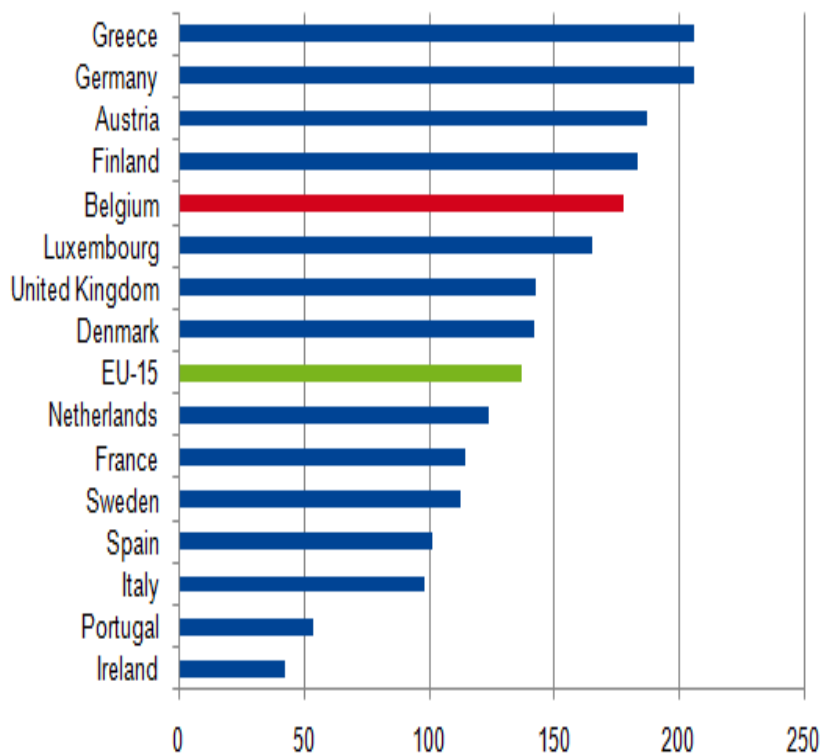
Variabiles

Table 2.21: Récapitulatif des variables utilisées dans les modèles de régression multiple

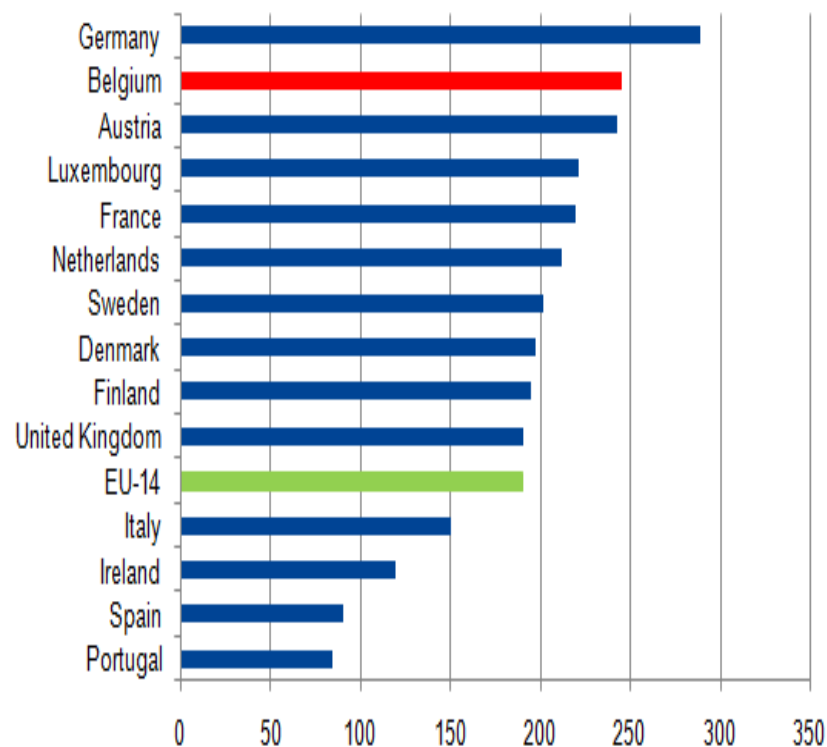
Variable	Source	Année	Catégorie
Degré de sévérité	RCM	1997 à 2002	comorbidité
Nombre de systèmes atteints	RCM	1997 à 2002	Comorbidité
Revenu médian par déclaration	INS	2001	Statut socio-économique
Pourcentage de ménages composés d'une personne seule	INS	2001	Fragilité sociale
Pourcentage de ménages composés de plus de cinq personnes	INS	2001	Proxi ethnique
Pourcentage d'habitations avec un loyer de moins de 250€	INS	2001	Statut socio-économique
Taux de demandeurs d'emploi	INS	2001	Statut socio-économique
Taux de ménages sans automobile	INS	2001	Statut socio-économique
Niveau d'étude (% de personnes ayant au minimum un diplôme d'étude secondaire supérieur)	INS	2001	Statut socio-économique
Ruralité	SPF Économie - Direction générale Statistique	2002	Proxi de l'accessibilité aux infrastructures de soins et/ou statut socio-professionnel
Densité des médecins généralistes	Cadastre des médecins INAMI	2002	Offre médicale (quantitative)
Densité des médecins spécialistes	cadastre des médecins INAMI	2002	Offre médicale (quantitative)
Densité de lits hospitaliers	SPF Santé Publique	2002	Offre médicale (quantitative)
Taux de substitution vers l'hospitalisation de jour	RCM	1997 à 2002	Offre médicale (qualitative)

Prothèses

Prothèse de genou (/100 000 pop)

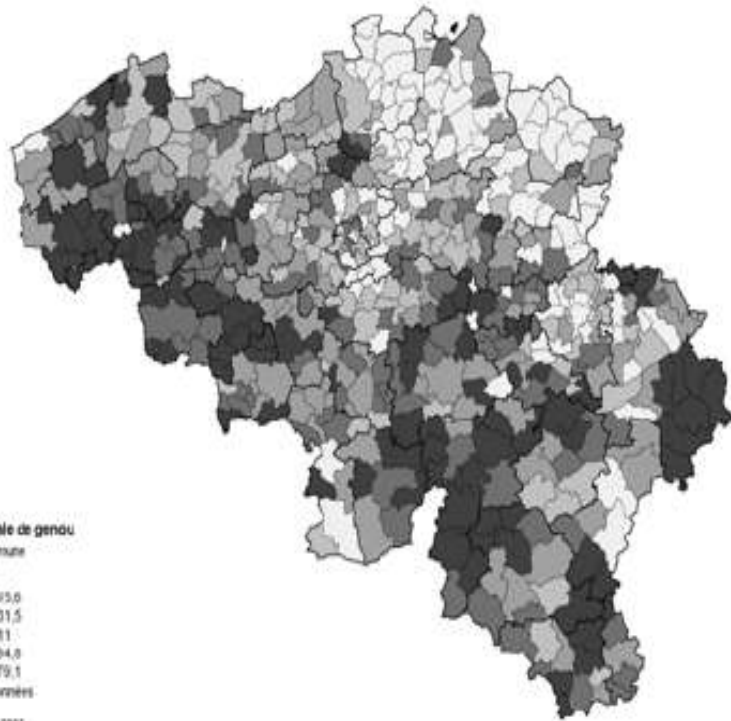


Prothèse de hanche (/100 000 pop)



Supply induced ? (PTG)

Représentation géographique des SAR par commune – la PTG



Résultats principaux

CV SAR = 29 (disparité modérée à importante)

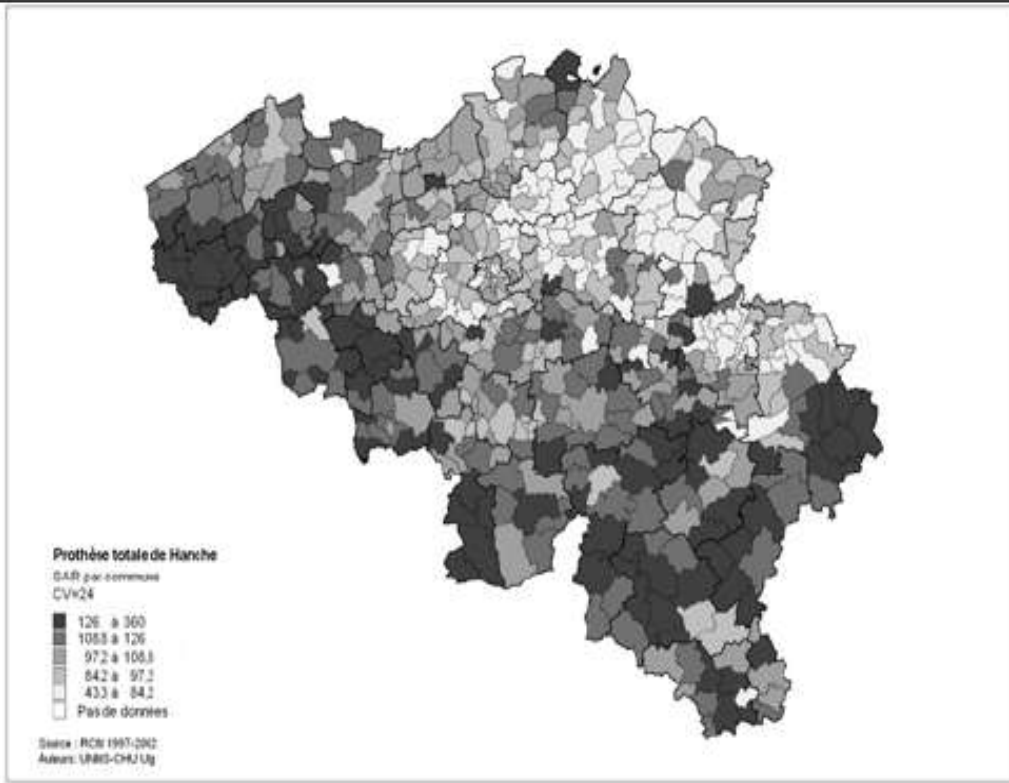
$R^2 = 21\%$

Pas d'association entre les SAR et les ratios de non opportunité (taux de révision des prothèses)

Association positive avec l'offre médicale (densité de chirurgiens orthopédistes et densité de lits hospitaliers par province)

Supply induced ? (PTH)

Représentation géographique des SAR par commune – la PTH



Résultats principaux

CV SAR = 24 (disparité modérée)
 $R^2 = 34\%$

Pas d'association entre les SAR et les ratios de non opportunité (taux de révision des prothèses)

Association positive avec l'offre médicale (densité de médecins généralistes, de spécialistes médico-techniques, de chirurgiens orthopédistes et densité de lits hospitaliers par province)

Conclusions

- La variabilité des pratiques médicales reflète les différences de population (**pathologies**), de **préférences** des patients, et de **performance** de systèmes de santé
- Il s'agit d'un **outil** pour mieux comprendre l'utilisation des services de santé
- Prudence avec la **causalité**

Merci !



Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre



eunethta
EUROPEAN NETWORK FOR HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT



INAHTA

1 ↘

Disparité des pratiques des professionnels médicaux : quelles réalités ?

Francis Bonnet

Professeur d'anesthésie réanimation à l'université Pierre et Marie Curie, praticien hospitalier, membre du conseil d'administration de la Société française d'anesthésie et de réanimation

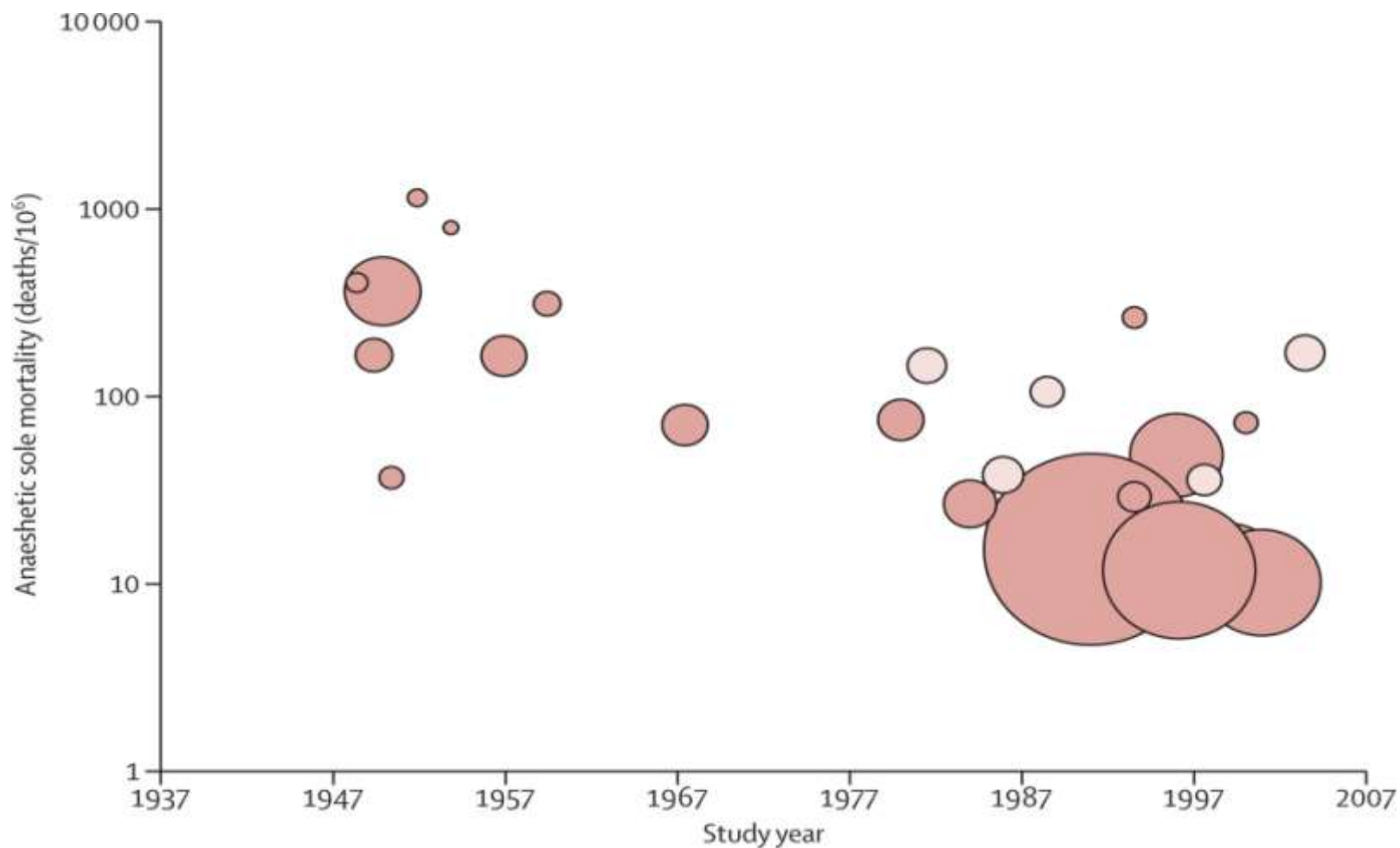


DISPARITE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES : IMPLICATION DES SOCIETES SAVANTES

Francis Bonnet Hôpital Tenon
Université Pierre & Marie Curie



**Perioperative and anaesthetic-related mortality in developed and developing countries:
a systematic review and meta-analysis.** Daniel Bainbridge , Janet Martin , Miguel Arango , Davy Cheng
for the Evidence-based Peri-operative Clinical Outcomes Research (EPiCOR) Group
The Lancet 2012;380:1075 – 1081



Comment peut-on progresser?

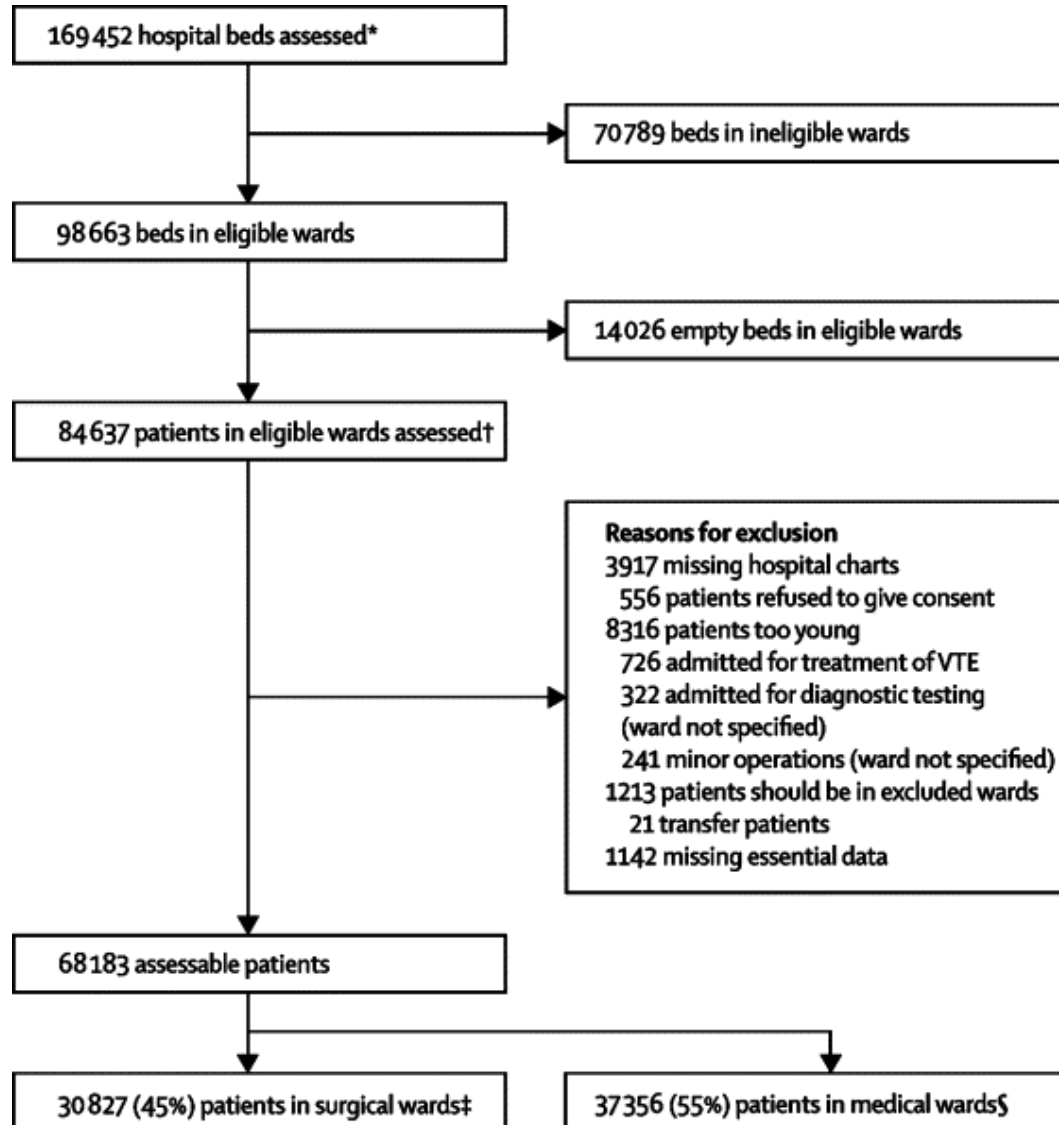
Point de vue centré sur les aspects professionnels

- ◆ Reconnaissance de l'importance critique de faire appliquer les règles professionnelles
 - ◆ *Dans de nombreux domaines de la Médecine, il a été démontré de façon répétée que les pratiques étaient adéquates (c.a.d. en adéquation avec les recommandations dans moins de 50 % des cas)*
 - ◆ *Il est devenu de plus en plus évident qu'à court terme, nous pouvons réduire plus souvent la douleur, améliorer l'état de santé et l'espérance de vie de la population simplement en appliquant ce que nous savons plutôt qu'en développant de nouveaux traitements (Leape LL, 2009)*

Disparité des pratiques professionnelles

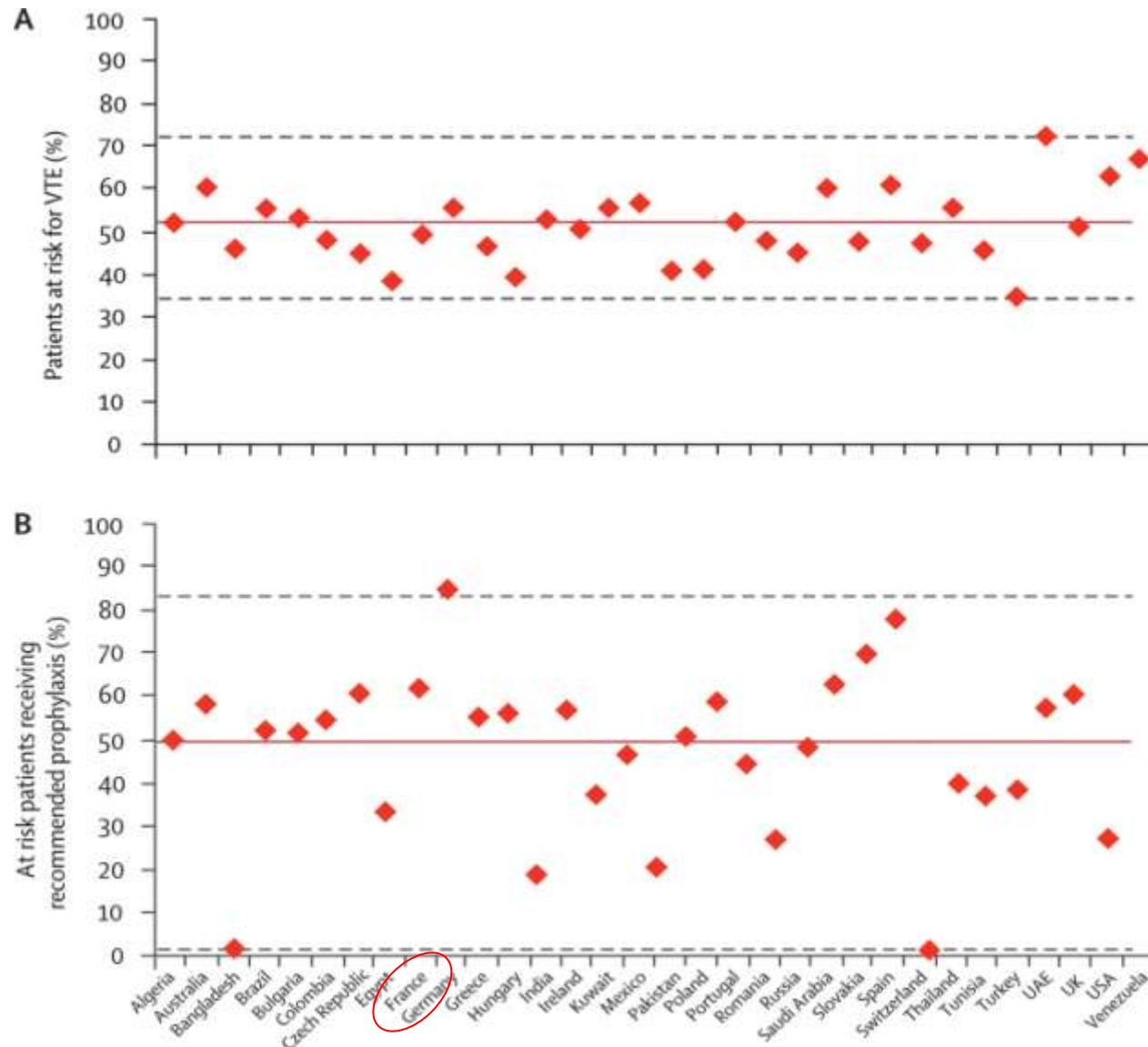
Venous thromboembolism risk and prophylaxis in the acute hospital care setting (ENDORSE study): a multinational cross-sectional study.

[Cohen AT](#), [Tapson VF](#), [Bergmann JF](#), et al; [ENDORSE Investigators](#) [Lancet](#). 2008;371:387-94.



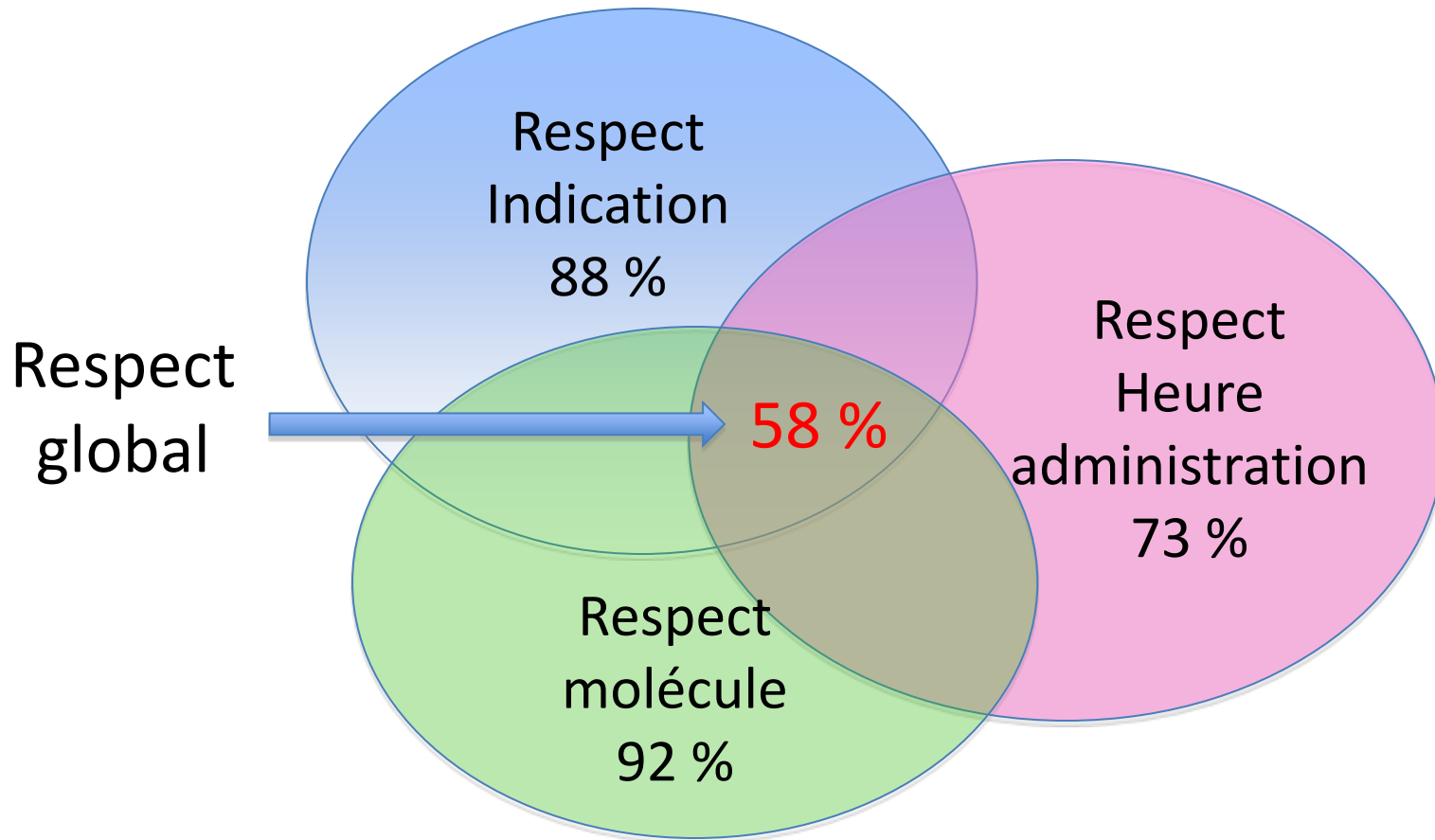
Venous thromboembolism risk and prophylaxis in the acute hospital care setting (ENDORSE study): a multinational cross-sectional study. [Lancet](#). 2008;371:387-94.

A Proportions de patients a risque et B proportions de patients à risque recevant une thromboprophylaxie correcte



Évaluation des pratiques professionnelles : audit portant sur l'antibioprophylaxie en urologie

Malavaud S et al. Prog Urol 2008;18:395-401



n = 84

Enquête SFAR–INSERM: analyse secondaire des décès par inhalation de liquide gastrique

Auroy Y et al, AFAR 2009;28:200–5

- ◆ 83 décès rapportés à un syndrome de Mendelson en un an
- ◆ Patients dans un état clinique grave (ASA ≥ 3 : 92 %), très âgés et souvent opérés dans un contexte d'urgence digestive.
- ◆ Deux décès survenus à l'occasion d'une coloscopie mais aucun en situation obstétricale. L'inhalation est survenue à l'induction dans tous les cas sauf un.
- ◆ **L'analyse des pratiques retrouve une non-conformité aux règles dans la presque totalité des cas.**

Les examens biologiques et complémentaires préopératoires ne correspondent pas aux directives publiées et modifient rarement la ligne de conduite

Bryson GL et al. Can J Anaesth 2006;53:236

TABLE II *Tests ordered **non-compliant with guidelines** (% of tests ordered)*

<i>Test</i>	<i>Number of tests ordered</i>	<i>CAS</i>	<i>OPTF</i>	<i>TOH</i>
ECG	133	30 (22.7)	7 (5.3)	21 (15.9)
CXR	63	34 (54.0)	10 (15.9)	62 (98.4)
CBC	191	50 (26.5)	9 (4.8)	22 (11.6)
LYT	147	52 (35.9)	38 (26.2)	49 (33.8)
Total	534	166 (31.4)	64 (12.1)	
	154 (29.1)			

ECG = electrocardiogramme; CXR = radiographie thoracique; CBC = Numération Formule Sanguine; LYT = Bilan Ionique; CAS = Canadian Anesthesiologists' Society; OPTF = Ontario Preoperative Task Force; TOH = The Ottawa Hospital

[Phillips S](#), [Stewart PA](#), [Bilgin AB](#) **A survey of the management of neuromuscular blockade monitoring in Australia and New Zealand.** [Anaesth Intensive Care](#). 2013 May;41(3):374-9

- Questionnaire aux 3188 médecins anesthésistes d'Australie et de Nouvelle Zélande : 678 réponses
- 71% sous estiment l'incidence des curarisations résiduelles
- 17% monitorent la curarisation en peropératoire 70% pensent que le monitoring est nécessaire
- 25% donnent des réponses correctes aux questions concernant les tests de décurarisation 90% considèrent que ces tests sont les seuls critères d'évaluation de la curarisation résiduelle
- 29% pensent que le monitoring devrait se faire en routine
- 42% n'ont pas de moniteurs à disposition

**QUELLES SONT LES RAISONS DE LA
DISPARITE DES PRATIQUES ?**

**NON APLICATION DES BONNES
PRATIQUES CLINIQUES**

POURQUOI LES RECOMMANDATIONS NE SONT-ELLES PAS APPLIQUEES?

Clinical guidelines, defensive medicine, and the physician between the two.
Toker A et al J Otorinolaryngol 2004;26:245

REASONS FOR REQUESTING PREOPERATIVE COAGULATION TESTS IN HEALTHY CHILDREN BEFORE TONSILLECTOMY

REASON STUDY POPULATION	Nbr of physicians who answered YES	Nbr of physicians who answered NO
Hospital policy	16.5%	83.5%
Common practice in my department	52.1%	47.9%
Defensive medicine	45.9%	54.1%
Professional literature	12.5%	87.5%
Personnal experience	5.7%	94.3%
other	6.2%	93.8%

POURQUOI FAUT-IL APPLIQUER DES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE CLINIQUE?

(Application au domaine de
l'Anesthésie – Réanimation)

Exemple de procédure en réanimation : La mise en place de recommandations pour l'intubation diminue l'incidence des complications

- Etude prospective multicentrique de type avant-après mise en place d'une procédure d'intubation

Pré-intubation

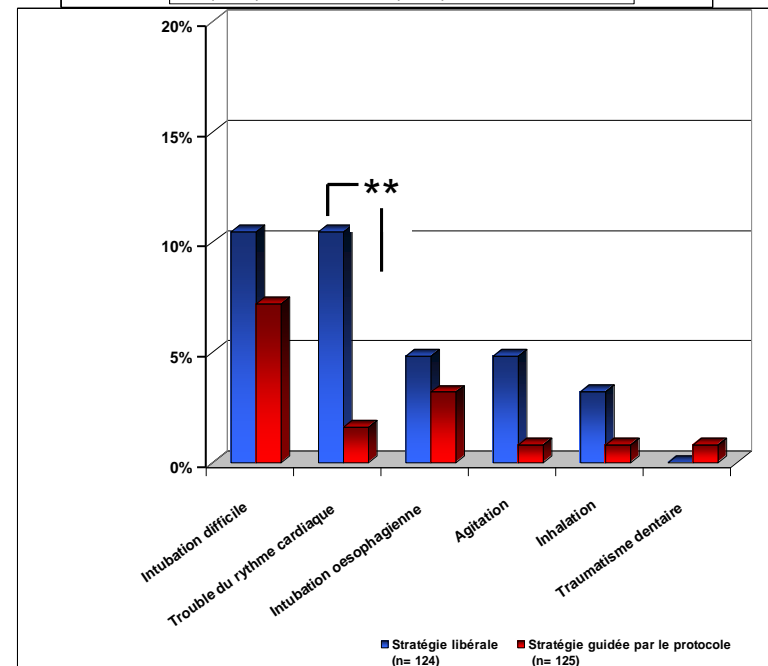
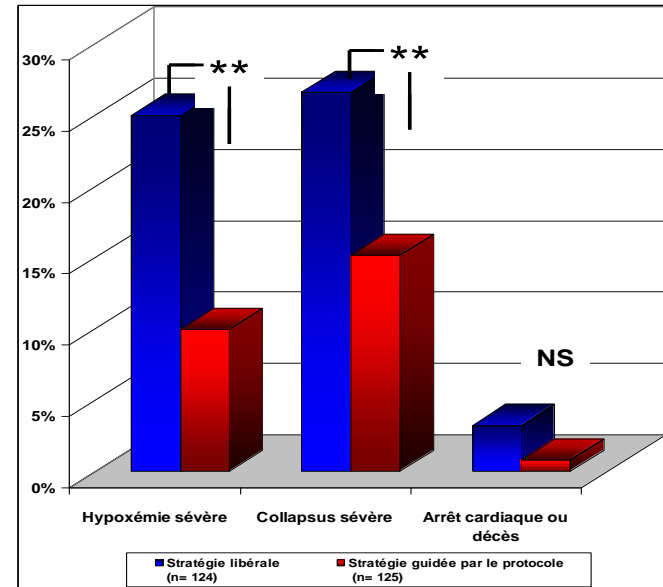
1. Remplissage systématique hors contre-indications (≥ 500 ml de cristalloïdes ou 250 ml de colloïdes)
2. Si collapsus marqué, introduction précoce des amines (si PAD < 35 mmHg)
3. Préoxygénation en VNI si patient hypoxémique (FiO₂= 1, 5 $<$ Aide Inspiratoire < 15 cmH₂O ; PEP= 5 cmH₂O. Objectif : 8 $<$ VT_e < 10 ml/kg)
4. Présence systématique de 2 opérateurs
5. Préparation de la sédation et introduction après intubation

Per-intubation

6. Induction à Séquence Rapide (ISR) hors contre-indications (IOT impossible prévue)
 - Hypnotique d'action rapide: Etomidate ou Kétalar
 - Etomidate : 0,3 à 0,5 mg/kg IVD (20mg/ 20cc)
 - ou Kétalar : 1,5 à 2 mg/kg IVD (250mg/10cc soit 25mg/cc)
 - Curare de l'ISR: Célocurine 1 mg/kg IVD (1amp = 100mg dans 10cc).(hors contre-indications : Hyperkaliémie, Lésion médullaire ou du motoneurone $> 48^{\text{ème}}$ h, Allergie connue, Brûlure grave $> 48^{\text{ème}}$ h)
7. Manœuvre de Sellick (pression cricoïde)

Post-intubation

8. Contrôle de la bonne position de la sonde par CAPNOGRAPHE (EtCO₂) (ceci ne doit pas retarder l'intubation)
9. Introduction précoce des amines si collapsus marqué
10. Ventilation initiale "protectrice":
Vt 6-8ml/kg, FiO₂ pour 95 $<$ SaO₂ $<$ 98%, Pplat < 30 cmH₂O



Comment homogénéiser et améliorer les pratiques?

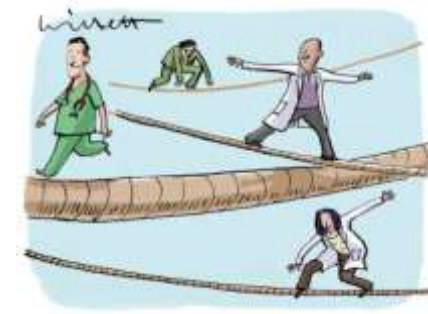
EVIDENCE BASED MEDICINE

1. Poser la question
2. Rechercher les preuves
3. Mesurer la validité des preuves
4. Appliquer les preuves

Analyse qualitative de la littérature : revue de la littérature

- Recherche
- Description des études
- Classification :
 - niveau de qualité (score de Jaddad ou échelle d'Oxford).
 - Etude randomisée (quelle randomisation – quelle méthode de double aveugle)
 - Case- mixed, cas cliniques.
 - Avis d'expert (conférence d'actualisation, revue de la littérature).

Version « achevée » de la méthode GRADE :



Grading quality of evidence and strength of recommendations

Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation (GRADE) Working Group

BMJ 2004;328:1490–4

The steps in our approach are to make sequential judgments about:

- The quality of evidence across studies for each important outcome
- Which outcomes are critical to a decision
- The overall quality of evidence across these critical outcomes
- The balance between benefits and harms
- The strength of recommendations

Formulation des recommandations. 2 niveaux seulement

- **Il faut faire** (« *do it* ») ou ne pas faire (« *don't do it* »)
(*nous recommandons fortement de..., ou le jury recommande fortement de...*)
- **Il est possible de faire** (« *probably do it* »), ou de ne pas faire (« *probably don't do it* »)
(*le jury propose d'éventuellement faire..., nous proposons d'éventuellement faire...*) (*y penser, « think about it »*)

A quel moment situer les recommandations ?

RECHERCHE

SYNTHESE

Revue systématique
existence de preuves

RECOMMANDATIONS

EVALUATION des
recommandations

EPP

IMPLEMENTATION
des recommandations
(dissémination &
utilisation)

DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

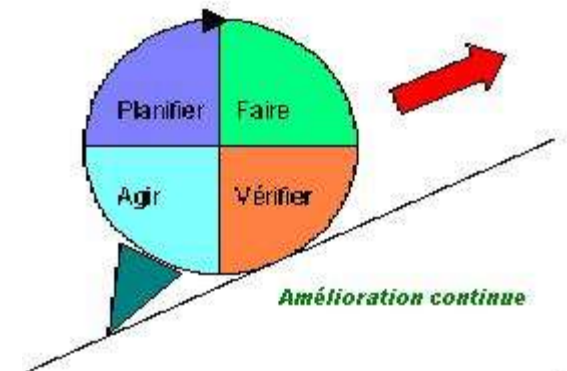
1. Définition d'actions prioritaires = conseil scientifique ODPC
2. Elaboration et diffusion de Recommandations de bonnes pratiques cliniques = Sociétés Savantes
3. Elaboration du référentiel clinique (conditionne la mise en application)
4. Evaluation par les praticiens et les institutions de l'adéquation de leurs pratiques = EPP

REFERENTIELS SFAR 2009/10

Intitulé	Type de référentiel	Responsable CO	Echéance
Anesthésie ambulatoire	RFE <u>SFAR</u>	L JOUFROIS	2009
Mieux vivre en réanimation	Conférence de consensus	C MARTIN	2009
Bilan préopératoire	RFE	S MOLLIEX	2010
Sédation pour les procédures invasives	SFAR	B DEBAENE	2010
Monitoring de la profondeur d'anesthésie	RFE	D LONGROIS	2009
Prévention du risque allergique en anesthésie	Actualisation de RPC	JM MALINOVSKI	2009
Anesthésie du coronarien	RFE	V PIRIOU	2010

PROCESSUS DE MISE EN PLACE DES RECOMMANDATIONS

- Edition & Diffusion
- Audit des Pratiques (Evaluation des Pratiques Professionnelles)
- Mesures correctrices
- Nouvel Audit



SPECIAL ARTICLE

A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population

Alex B. Haynes, M.D., M.P.H., Thomas G. Weiser, M.D., M.P.H.,
 William R. Berry, M.D., M.P.H., Stuart R. Lipsitz, Sc.D.,
 Abdel-Hadi S. Breizat, M.D., Ph.D., E. Patchen Dellinger, M.D.,
 Teodoro Herbosa, M.D., Sudhir Joseph, M.S., Pascience L. Kibatata, M.D.,
 Marie Carmela M. Lapitan, M.D., Alan F. Merry, M.B., Ch.B., F.A.N.Z.C.A., F.R.C.A.,
 Krishna Moorthy, M.D., F.R.C.S., Richard K. Reznick, M.D., M.Ed., Bryce Taylor, M.D.,
 and Atul A. Gawande, M.D., M.P.H., for the Safe Surgery Saves Lives Study Group*

L'organisation du travail n'échappe pas à l'élaboration de recommandations

Implementation, According to Site.*

	Unplanned Return to the Operating Room		Pneumonia		Death		Any Complication					
	Before	After	Before	After	Before	After	Before	After				
	<i>percent</i>											
1	524	598	4.0	2.0	4.6	1.8	0.8	1.2	1.0	0.0	11.6	7.0
2	357	351	2.0	1.7	0.6	1.1	3.6	3.7	1.1	0.3	7.8	6.3
3	497	486	5.8	4.3	4.6	2.7	1.6	1.7	0.8	1.4	13.5	9.7
4	520	545	3.1	2.6	2.5	2.2	0.6	0.9	1.0	0.6	7.5	5.5
5	370	330	20.5	3.6	1.4	1.8	0.3	0.0	1.4	0.0	21.4	5.5
6	496	476	4.0	4.0	3.0	3.2	2.0	1.9	3.6	1.7	10.1	9.7
7	525	585	9.5	5.8	1.3	0.2	1.0	1.7	2.1	1.7	12.4	8.0
8	444	584	4.1	2.4	0.5	1.2	0.0	0.0	1.4	0.3	6.1	3.6
Total	3733	3955	6.2	3.4	2.4	1.8	1.1	1.3	1.5	0.8	11.0	7.0
P value			<0.001		0.047		0.46		0.003		<0.001	

RESULTS

The rate of death was 1.5% before the checklist was introduced and declined to 0.8% afterward ($P=0.003$). Inpatient complications occurred in 11.0% of patients at baseline and in 7.0% after introduction of the checklist ($P<0.001$).

CHECK-LIST

« SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version 2020 - 02



Ministère de la Santé
de l'Éducation

Identification du patient
Étiquettes d'opérateur au
Nom, prénom, date de naissance

Établissement : _____

Date d'intervention : _____ Heure (début) : _____

Chirurgien « intervention » : _____

Anesthésiste « intervention » : _____

Coordonnateur(s) check-list : _____

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE <i>Temps de pause avant anesthésie</i>	AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE <i>Temps de pause avant incision</i>	APRÈS INTERVENTION <i>Pause avant sortie de salle d'opération</i>
1 Identité du patient : • le patient a décliné son nom, sinon, par défaut, autre moyen de vérification de son identité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	6 Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe • identité patient correcte <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • intervention prévue confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • site opératoire correct <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • installation correcte <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • documents nécessaires disponibles <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	9 Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : • de l'intervention envisagée, <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A • de l'incartage des prélèvements, pièces opératoires, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A • du signalement de dysfonctionnements matériels et des événements indésirables <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2 L'intervention et site opératoire sont confirmés : • totalement par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou protocole spécifique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • la documentation clinique et para-clinique nécessaire est disponible en salle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	7 Partage des informations essentielles dans l'équipe sur des éléments à risque / points critiques de l'intervention • sur le plan chirurgical (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • sur le plan anesthésique (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	10 Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3 Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle cohérent avec le site d'intervention et non dangereux pour le patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	8 Artéropneumonie efficace <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	<p>En cas d'écart avec la check-list, prioriser la décision choisie</p>
4 Le matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié : • par la partie chirurgicale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • par la partie anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	<p style="text-align: right;"><small>Revisions effectuées : 12 - 02ed 02 - N/A - Non Appliqué - N/A - Non Appliqué</small></p>	
5 Vérification croisée par l'équipe de points critiques et des mesures adéquates à prendre : • allergie du patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • risque d'intubation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A • risque de saignement important <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

La check-list a pour but de vérifier que les différents points critiques ont été pris en compte et que les mesures adéquates ont été prises.
 La réponse « Oui » a un caractère valide de vérification croisée au sein de l'équipe. Si cette vérification n'a pu être réalisée, la réponse « Non » doit être coché.

Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention

BMJ Qual Saf 2011;**20**:102–107. doi:10.1136/bmjqs-2010-000000

Alex B Haynes,¹ Thomas G Weiser,¹ William R Berry,¹ Stuart R Lipsitz,² Abdel-Hadi S Breizat,³ E Patchen Dellinger,⁴ Gerald Dziekan,⁵ Teodoro Herbosa,⁶ Pascience L Kibatala,⁷ Marie Carmela M Lapitan,⁸ Alan F Merry,⁹ Richard K Reznick,¹⁰ Bryce Taylor,¹⁰ Amit Vats,¹¹ Atul A Gawande,¹ for the Surgery Saves Lives Study Group

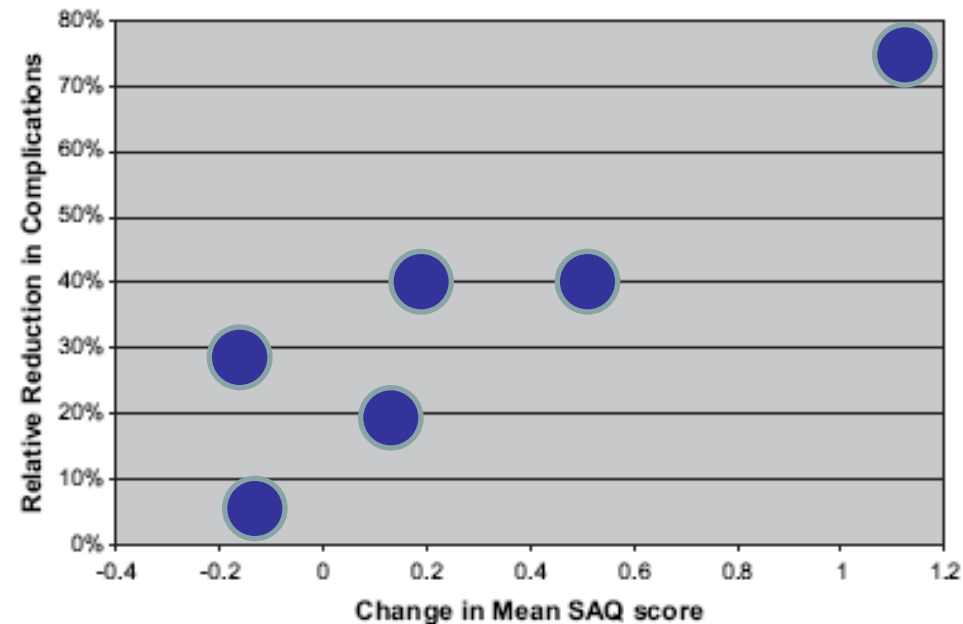


Figure 1 Changes in Outcome and Changes in Safety Attitude. Each point represents one of the seven sites with complete data on safety attitudes. The x-axis represents the change in mean Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) score following the intervention, in points on the Likert scale. The y-axis represents the percentage reduction in complications

Evaluation des pratiques à l'échelle nationale



Mortality related to anaesthesia in France: analysis of deaths related to airway complications*

Y. Auroy,¹ D. Benhamou,² F. Péquignot,³ M. Bovet,⁴ E. Jouglu³ and A. Lienhart⁵



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

Annales
françaises
d'ANESTHÉSIE
et de RÉANIMATION

Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 28 (2009) 204-205

Article original

Enquête mortalité Sfar-Inserm : analyse secondaire des décès par inhalation de liquide gastrique

Survey of anaesthesia-related mortality in France:
The role of aspiration of gastric contents

Y. Auroy^a, D. Benhamou^{b,c}, F. Péquignot^c, E. Jouglu^a, A. Lienhart^d



Pain 137 (2008) 441-451

PAIN

www.elsevier.com/locate/pain

A patient-based national survey on postoperative pain management in France reveals significant achievements and persistent challenges

Dominique Fletcher^{a,c,*}, Christophe Fermanian^b, Alain Mardaye^b, Philippe Aegerter^b
Pain and regional anesthesia committee of the French Anesthesia and Intensive Care Society (SFAR)

Conclusion

Rôle des sociétés savantes :

- Dire l'état de l'art et formaliser les pratiques
- Engagement méthodologique
- Engagement de diffusion des connaissances
- Engagement d'évaluation

1 ↘

Disparité des pratiques des professionnels médicaux : quelles réalités ?

René Mornex

Professeur émérite et doyen honoraire de la faculté de médecine de Lyon, membre de l'Académie nationale de médecine, rapporteur du groupe de travail visant à "améliorer la pertinence des stratégies médicales" (avril 2013)

Améliorer la pertinence des stratégies médicales

Rapport

Académie Nationale de Médecine

Mai 2013

HISTORIQUE

- Alerte 1977 Congrès Lyon 1985
- Création des agences : 1987 ANDEM – ANES-HAS
- Rédaction de recommandations (sociétés savantes)
- Etudes démographiques des activités médicales
- **Disparité pratiques professionnelles**

CONSEQUENCES

- Nationales : Coût de la santé
 - Secteur privé
 - Secteur public
- Individuelles
 - Contraintes
 - Pression psychologique
 - Risques vitaux

RECHERCHE DE SOLUTIONS

- Haute Autorité de Santé
- Direction de L'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
- Fédération Hospitalière de France (rapport 2010)
- Académie Nationale de Médecine (auto-saisine 2011)

METHODE DE TRAVAIL

- Analyse des données chiffrées pour une quinzaine de situation sur l'ensemble du territoire
- Dégagement d'hypothèses
- Testées avec :
 - sociétés savantes
 - acteurs sur le terrain
 - représentants corps judiciaire, assurances
 - enseignants et étudiants

CONCLUSION 1 : Nature des dérives

- Les recommandations sont connues mais gardent des éléments subjectifs
- Les dérives n'impliquent pas obligatoirement des fautes éthiques ou déontologiques
- La responsabilité médicale est entière aggravée par environnement sociétale.

CONCLUSION 2: Causes profondes

- Insuffisante approche clinique liée à une carence de la formation clinique
- Aggravée par le manque de temps, la pression des malades, le déséquilibre des rémunérations (acte technique *versus* démarche intellectuelle)
- Soumise à une dégradation progressive au fur et à mesure des réformes

RECOMMANDATIONS

- Formation clinique 2^{ème} cycle
- Recommandation HAS plus courtes (opposables dans certains cas)
- Parcours de soins repensés
- Financement privilégiant la qualité
- Campagne de sensibilisation du public

1 ↘

Disparité des pratiques des professionnels médicaux : quelles réalités ?

Pierre-Henri Bréchat, membre de la chaire santé de Sciences Po

- **Dominique Polton**, Directrice de la stratégie des études et des statistiques à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
- **France Vrijens**, Expert statisticienne au Centre fédéral d'expertise des soins de santé, Belgique
- **Francis Bonnet**, Professeur d'anesthésie réanimation à l'université Pierre et Marie Curie, praticien hospitalier, membre du conseil d'administration de la Société française d'anesthésie et de réanimation
- **René Mornex**, Professeur émérite et doyen honoraire de la faculté de médecine de Lyon, membre de l'Académie nationale de médecine, rapporteur du groupe de travail visant à "améliorer la pertinence des stratégies médicales" (avril 2013)

Colloque

Pourquoi et comment réguler les pratiques médicales ?

Mercredi 5 juin 2013



#pratiques_medicales

 @Strategie_Gouv



wifi.communication
7c1a8741

↘ Table ronde 2 :

Quels outils d'encadrement des pratiques pour quels effets ?

Pourquoi et comment réguler les pratiques médicales ?

Mercredi 5 juin 2013

#pratiques_medicales

 @Strategie_Gouv



wifi.communication
7c1a8741

2 ↘

Quels outils d'encadrement des pratiques, pour quels effets ?

Mathilde Reynaudi, chargée de mission au Commissariat général à la stratégie et à la prospective

- **Marie Grosset**, Maître des requêtes en service extraordinaire, Conseil d'État
- **Gérard Reach**, PU-PH, Service d'endocrinologie-diabétologie-maladies métaboliques, hôpital Avicenne, Bobigny
- **Bruno Toussaint**, Directeur de la revue *Prescrire*
- **Claude Rambaud**, Présidente du Collectif interassociatif sur la santé (CISS)

2 ↘

Quels outils d'encadrement des pratiques,
pour quels effets ?

Marie Grosset

Maître des requêtes en service extraordinaire, Conseil d'État

2 ↘

Quels outils d'encadrement des pratiques,
pour quels effets ?

Gérard Reach

PU-PH, Service d'endocrinologie-diabétologie-maladies métaboliques,
hôpital Avicenne, Bobigny

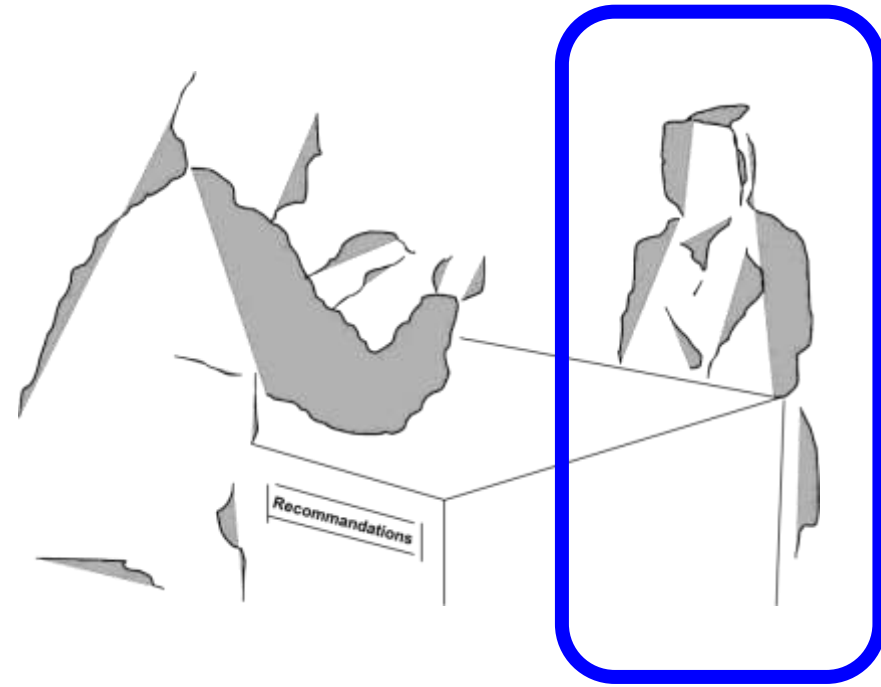


Le médecin face aux recommandations de bonne pratique

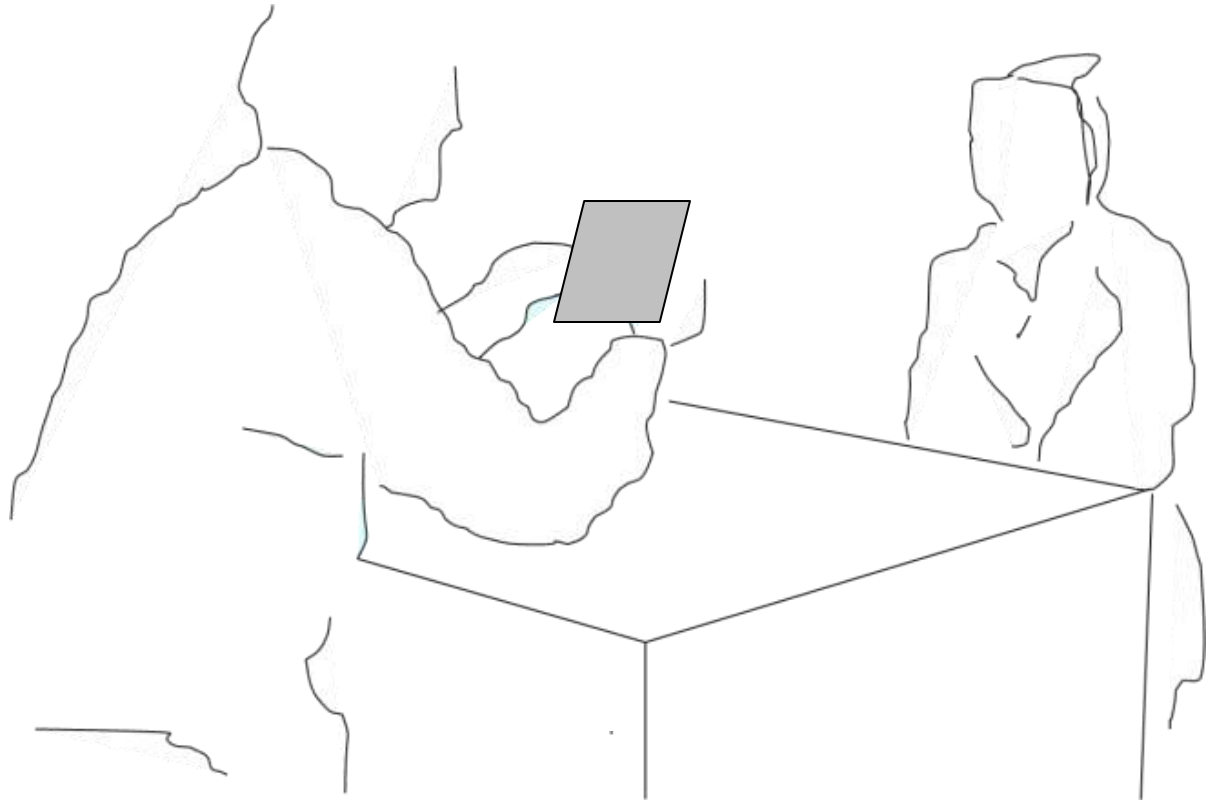
Gérard Reach

**Service d'Endocrinologie, Diabétologie, Maladies Métaboliques
Hôpital Avicenne APHP
et EA 3412, CRNH-IdF, Université Paris 13, Bobigny
gerard.reach@avc.aphp.fr**

Deux échelles Santé publique et médecine de la personne



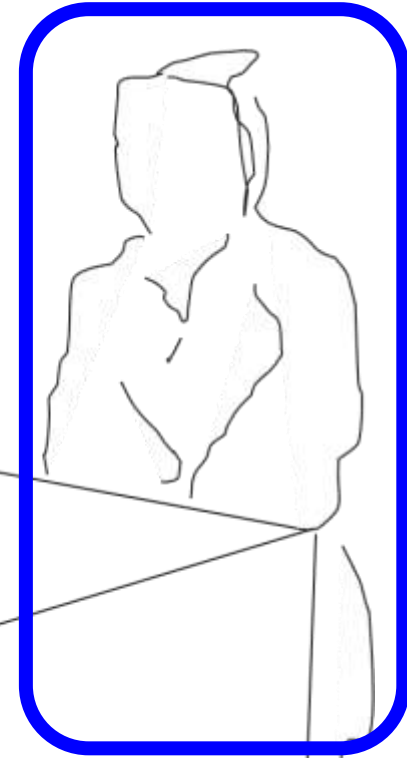
Autrefois



La variabilité des individus

- Dois-je réaliser tel test diagnostique ?
- Dois-je prescrire tel traitement ?

**La décision médicale
dans un contexte d'incertitude
liée à la variabilité des réponses
aux tests diagnostiques
et aux traitements**



L'Evidence-Based Medicine

Décrire la variabilité de la manière la plus objective possible

Méthode utilisée: de grandes études randomisées



Le “Tableau 1” des grandes études



TABLE 1. BASE-LINE CHARACTERISTICS OF PATIENTS IN THE PLACEBO AND PRAVASTATIN GROUPS.*

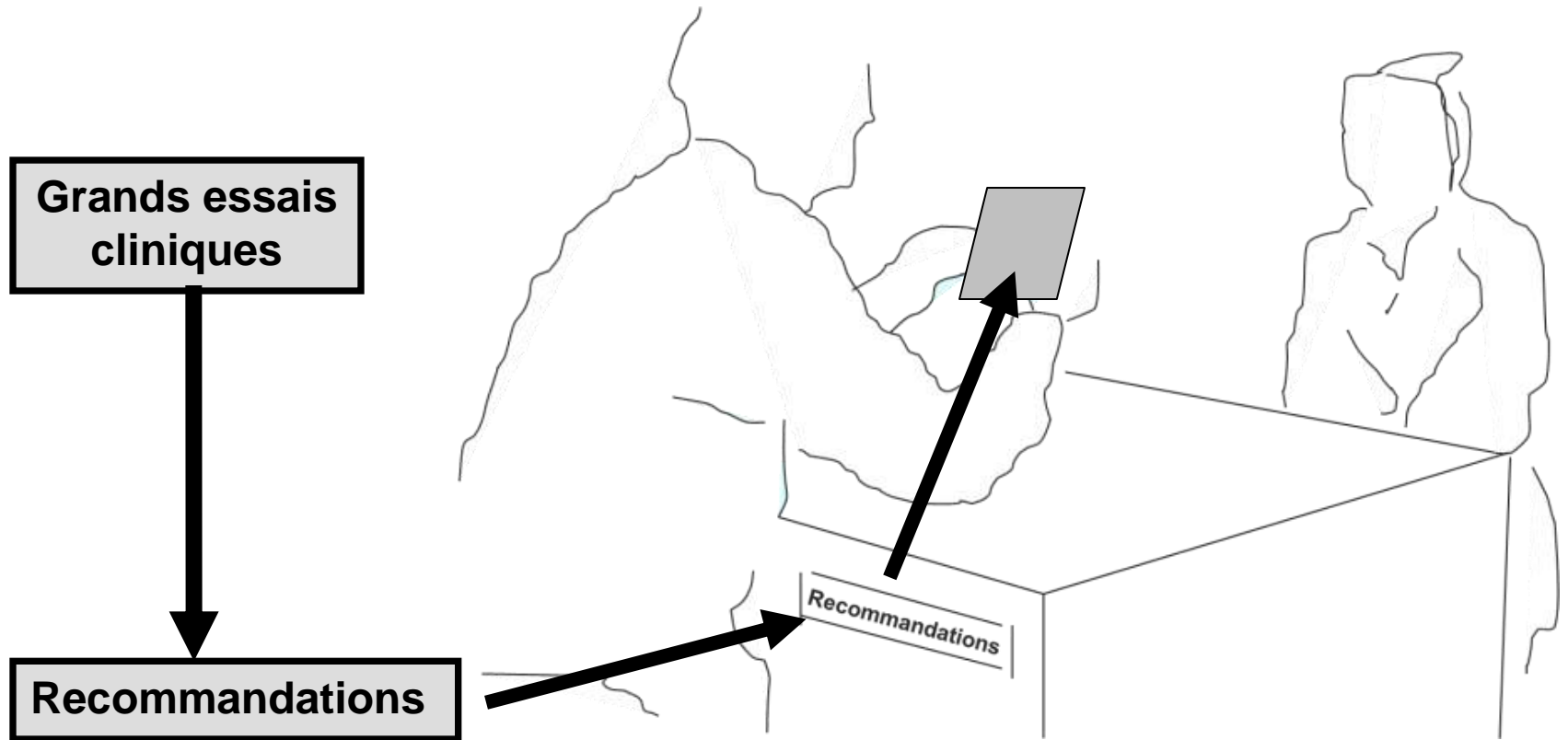
CHARACTERISTIC	PLACEBO (N = 2078)	PRAVASTATIN (N = 2081)
General		
Age (yr)	59±9	59±9
Sex (%)		
Female	14	14
Male	86	86
Race (%)		
White	92	93
Other	8	7
Country of residence (%)		
United States	66	66
Canada	34	34
Hypertension (%)	43	42
Current smoker (%)	21	21
Diabetes (%)	15	14
Body-mass index†	28±4	28±4
Blood pressure (mm Hg)		
Systolic	129±18	129±18
Diastolic	79±10	79±10
Cardiovascular status		
Months from myocardial infarction to randomization	10±5	10±5
Type of myocardial infarction (%)		
Q wave	61	61
Other	38	38
Angina (%)	20	21
Congestive heart failure (%)	4	4
CABG (%)	28	26
PTCA (%)	32	34
CABG or PTCA (%)	54	54
Thrombolysis (%)	40	42
Ejection fraction (%)	53±12	53±12
Medication use		
Aspirin (%)	83	83
Beta-blocker (%)	39	41
Nitrate (%)	33	32
Calcium-channel blocker (%)	38	40
ACE inhibitor (%)	14	15
Diuretic agent (%)	11	11
Insulin (%)	2.6	2.4
Oral hypoglycemic agent (%)	7	5‡
Estrogen (% of women)	10.3	8.4
Plasma lipids§		
Cholesterol (mg/dl)		
Total	209±17	209±17
VLDL	27±16	27±16
LDL	139±15	139±15
HDL	39±9	39±9
Triglycerides (mg/dl)	155±61	156±61



Montrer que les groupes de patients sont identiques
Notion de “patient moyen”

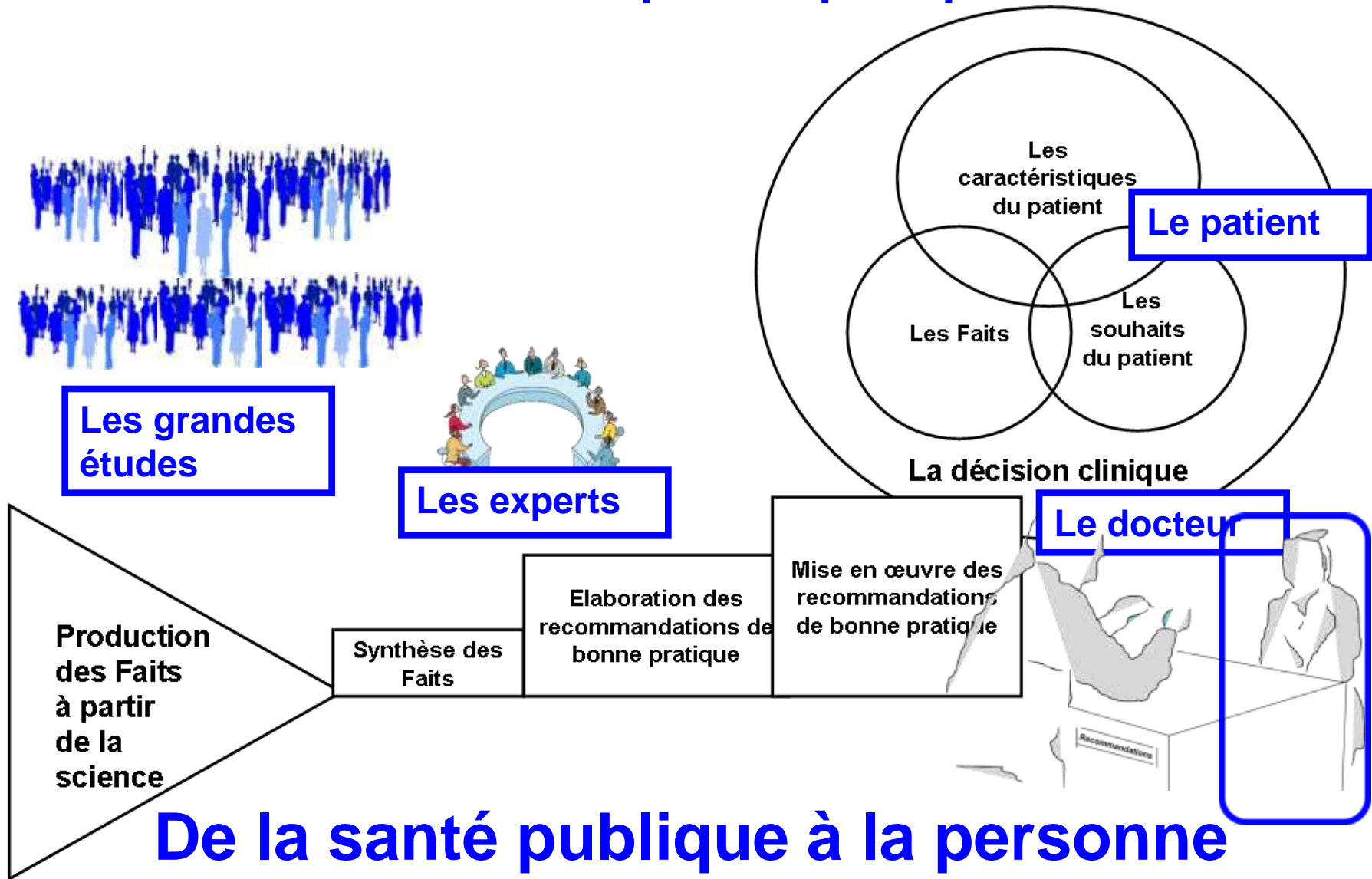
Un exemple de randomisation

Evidence-based medicine



Organisation de l'EBM

De la recherche clinique à la pratique médicale



**Problèmes avec
*Evidence-Based Medicine***

Chronologie

Cochrane A, *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*, 1972

Guyatt G, et al. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992 ; 268 : 2420-5.

L'Evidence-Based
Medicine

Grands essais cliniques

Recommandations

Constat : il arrive que les recommandations ne soient pas suivies

Kosecoff J et al. Effects of the National Institutes of Health Consensus Development Program on physician practice. *JAMA* 1987;258:2708-13.

Lomas J et al. Do practice guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians. *N Engl J Med* 1989 ;321:1306-11.

Phillips LS et al. **Clinical Inertia**. *Ann Intern Med* 2001 ; 135 : 825-834.

Inertie clinique

Un nouveau concept

« Les buts du traitement sont bien définis, des traitements efficaces sont largement disponibles, les recommandations ont été diffusées de toute part.

Malgré ces progrès, les soignants ne commencent pas ou n'intensifient pas le traitement lors de consultations où il faudrait à l'évidence le faire.

Nous appelons **inertie clinique un tel comportement: reconnaissance du problème, pas de passage à l'acte. »**

Phillips LS et al., **Clinical inertia**, *Ann Intern Med* **2001** ; 135 : 825-834.

Inertie clinique en diabétologie

- **Patients diabétiques de type 2, HbA1c > 8 %**
 - Intensification appropriée
 - Chez 37.4 % de 1911 patients suivis par un généraliste
 - Chez 45.1 % de 591 patients suivis par un spécialiste
 - **Mais la différence n'était significative que pour la mise à l'insuline**

Shah BR et al., Clinical inertia in response to inadequate glycemic control. Do specialists differ from primary care physicians ?
Diabetes Care 2005; 28: 600-606.

Traduction de l'EBM en pratique: ce que les généralistes pensent des recommandations

- Les recommandations sont connues mais ne sont pas utilisées
- Les généralistes les trouvent trop rigides, *trop loin des réalités*

Bachimont J et al. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. *Sciences Sociales et Santé* 2006 ; 24 : 75-102.

La différence entre les grandes études et « la réalité », « la vraie vie »

- **Dans les « grandes études »**
 - **Les patients non-observants sont exclus à l'inclusion ou lors de l'analyse des résultats**
 - **Les médecins ne sont pas inertes**

La différence entre les grandes études et « la vraie vie »

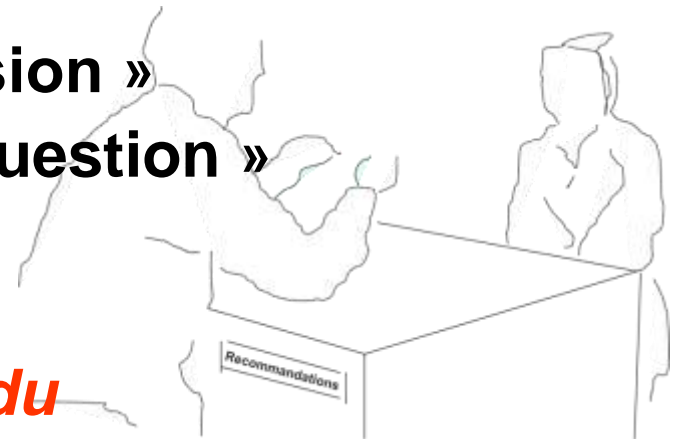
- Dans les « grandes études »



- On veut répondre à une question
- Il y a des critères d'inclusion et d'exclusion des patients
- On raisonne sur des cohortes de patients
- On compare deux groupes de « patients moyens »

- Dans la vraie vie

- Il n'y a pas de « critère d'inclusion »
- Le patient ne pose pas « une question »
- Les questions sont multiples :
une situation, un contexte
- On soigne un patient, *un individu*



Le *Tableau 1* des grandes études

TABLE 1. BASE-LINE CHARACTERISTICS OF PATIENTS IN THE PLACEBO AND PRAVASTATIN GROUPS.*

CHARACTERISTIC	PLACEBO (N=2078)	PRAVASTATIN (N=2081)
General		
Age (yr)	59±9	59±9
Sex (%)		
Female	14	14
Male	86	86
Race (%)		
White	92	93
Other	8	7
Country of residence (%)		
United States	66	66
Canada	34	34
Hypertension (%)	43	42
Current smoker (%)	21	21
Diabetes (%)	15	14
Body-mass index†	28±4	28±4
Blood pressure (mm Hg)		
Systolic	129±18	129±18
Diastolic	79±10	79±10
Cardiovascular status		
Months from myocardial infarction to randomization	10±5	10±5
Type of myocardial infarction (%)		
Q wave	61	61
Other	38	38
Angina (%)	20	21
Congestive heart failure (%)	4	4
CABG (%)	28	26
PTCA (%)	32	34
CABG or PTCA (%)	54	54
Thrombolysis (%)	40	42
Ejection fraction (%)	53±12	53±12
Medication use		
Aspirin (%)	83	83
Beta-blocker (%)	39	41
Nitrate (%)	33	32
Calcium-channel blocker (%)	38	40
ACE inhibitor (%)	14	15
Diuretic agent (%)	11	11
Insulin (%)	2.6	2.4
Oral hypoglycemic agent (%)	7	5‡
Estrogen (% of women)	10.3	8.4
Plasma lipids§		
Cholesterol (mg/dl)		
Total	209±17	209±17
VLDL	27±16	27±16
LDL	139±15	139±15
HDL	39±9	39±9
Triglycerides (mg/dl)	155±61	156±61

Mais qu'en est-il de données plus subtiles ou plus floues, telles que

- le type des symptômes
- l'évolutivité de la maladie
- l'existence et la sévérité de co-morbidités
- la tolérance au traitement s'il a déjà été essayé
- le profil psychologique du patient
- les difficultés d'observance
- les souhaits du patient

toutes ces questions qu'on se pose avant de prescrire

Feinstein AR, Horwitz RL. Problems in the "evidence" of "Evidence-based Medicine" *Am J Med* 1997;103:529-535.

La différence entre les grandes études et « la vraie vie »

- **Dans les « grandes études »**
 - On veut répondre à une question
- **Dans le raisonnement médical, dans « la vraie vie »**
 - La difficulté n'est pas de répondre à une question, mais de la formuler:
« dans le monde réel de la pratique, les problèmes ne se présentent pas au praticien comme donnés ; ils doivent être construits à partir des matériaux de situations problématiques, qui sont intrigantes, troublantes et incertaines. »

Schön DA. *The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action.* Basic Books, 1983.

La différence entre les grandes études et « la vraie vie »

- Dans les « grandes études »
 - On veut répondre à une question
 - On utilise une méthode **sans biais** (autant que possible)
l'essai clinique randomisé
- Dans la vraie vie



Le raisonnement du médecin
est sujet **au risque de biais**

Un exemple de biais

L'effet des émotions anticipées

**Nous préférons les erreurs par omission
(et ce qui arrive à cause de ce qu'on n'a pas fait)
aux erreurs par commission
(et ce qui arrive à cause de ce qu'on a fait)**

Anticoagulants dans le traitement de l'ACFA

Prescription

Ce que j'ai fait

Inertie Clinique

Ce que je n'ai pas fait

Erreur par commission

**Risque: Accident
hémorragique**

Erreur par omission

**Risque: Accident
thromboembolique**



Chagrin

Prescription d'anticoagulants dans l'ACFA

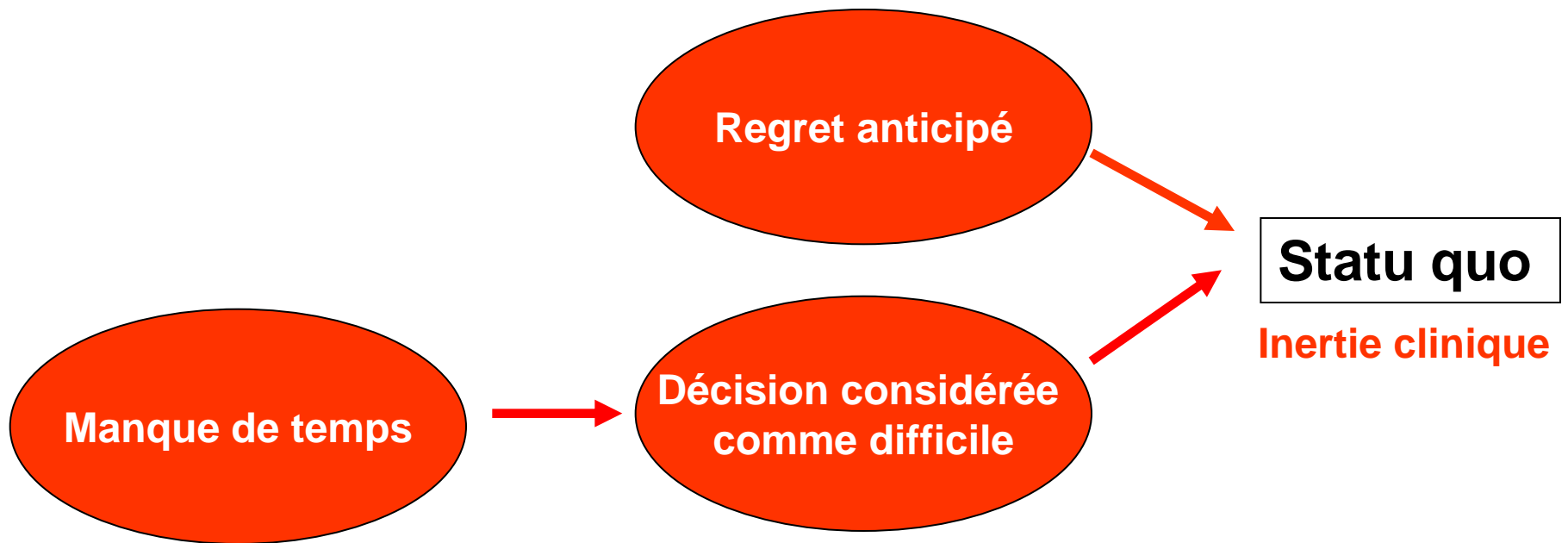
Table 2 Association between adverse events associated with warfarin and prescriptions for warfarin and ACE inhibitors in different comparison periods

Comparison period (days after exposure)	No of physicians evaluated	Odds ratio (95% CI)	
		Warfarin use*	ACE inhibitor use*
Bleeding analysis			
0-90	530	0.79 (0.62 to 1.00)	1.13 (0.87 to 1.47)
91-180	521	0.60 (0.46 to 0.79)	1.16 (0.90 to 1.51)
181-270	488	0.61 (0.46 to 0.81)	1.11 (0.84 to 1.46)
271-360	469	0.72 (0.54 to 0.97)	1.06 (0.79 to 1.41)
Stroke analysis			
0-90	704	0.95 (0.75 to 1.19)	0.88 (0.70 to 1.11)
91-180	664	1.05 (0.82 to 1.34)	0.99 (0.78 to 1.26)
181-270	656	1.22 (0.96 to 1.55)	1.17 (0.92 to 1.50)
271-360	621	1.23 (0.96 to 1.58)	1.08 (0.84 to 1.40)

*Analyses adjusted for risk factors for stroke and bleeding as well as cardiology involvement in patient's care.

Choudhry NK et al. Impact of adverse events on prescribing warfarin in patients with atrial fibrillation: matched pair analysis. *BMJ* 2006, doi:10.1136/bmj.38698.709572.55

Psychologie du statu quo



Anderson CJ. **The psychology of doing nothing** : forms of decision avoidance result from reason and emotion. *Psychological Bulletin* 2003;129:139-167.

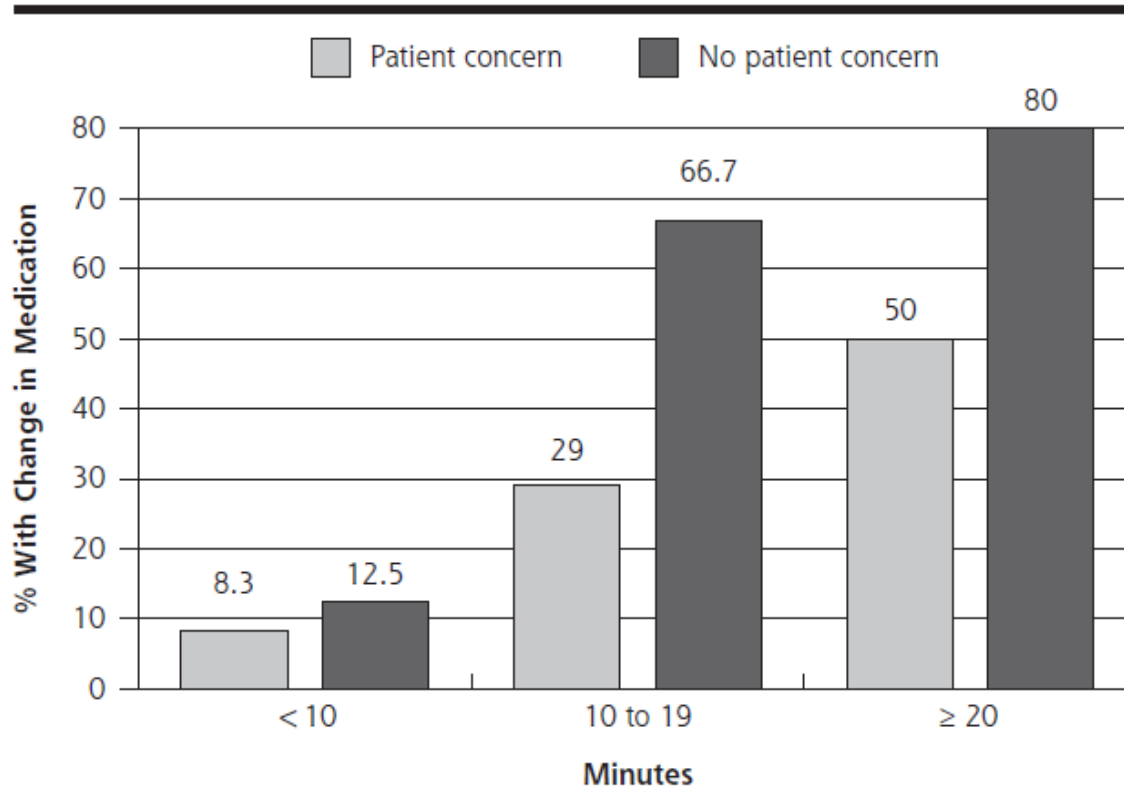
Le manque de temps

- Les médecins généralistes disent qu'ils n'ont **ni le temps** ni la formation pour mettre en œuvre les recommandations relevant des Mesures Hygiéno-Diététiques

Cogneau J et al., Ecart entre le référentiel et la pratique dans le diabète de type 2 *Presse Médicale* 2007; 36 : 764-70.

Le rôle des problèmes surajoutés (competing demands)

Figure 1. Percentage of patients with a change in medication, by encounter length and presence of patient concerns.



Note: χ^2 across Patient concern: 7.26 ($P = .03$); χ^2 across No patient concern: 6.93 ($P = .03$).

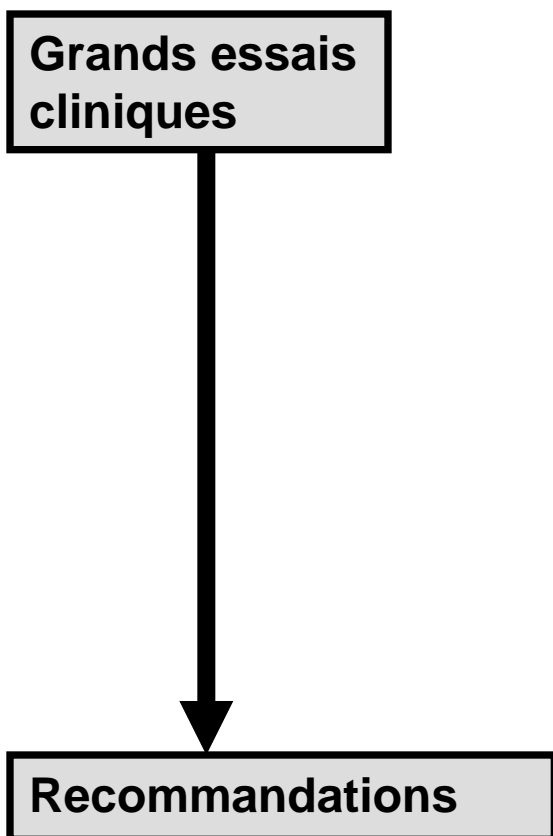
Parchman ML et al., Competing demands or clinical inertia: the case of elevated glycated hemoglobin. *Ann Family Medicine* 2007;5: 196-201

Inertie clinique

Une différence de logique

EBM: Guidelines

Le docteur: Mindlines



combinaisons mentales d'informations élaborées à partir de différentes sources :

- recommandations elles-mêmes
- ce qu'ils ont appris pendant leurs études et leur formation
- leur propre expérience clinique
- les discussions qu'ils ont avec leurs confrères locaux , lors d'EPU, de congrès
- leurs interactions avec les patients
- ce que leur disent les « leaders d'opinion »
- les messages de l'industrie pharmaceutique

Gabbay J, le May A. Evidence based guidelines or collectively constructed « mindlines » ? Ethnographic study of knowledge management in primary care. *BMJ* 2004;329:1013-1017.

L'EBM

Rationalité technique



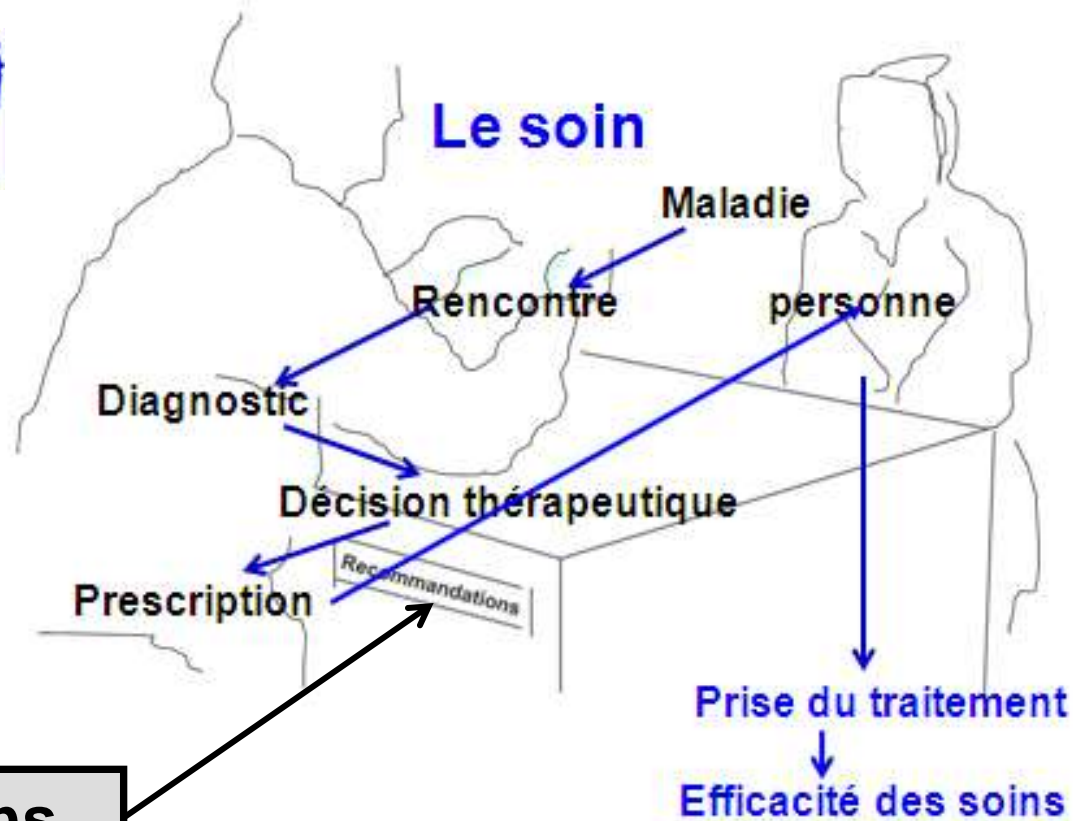
Grands essais cliniques



Recommandations

Médecine de la personne

La raison médicale



Non-suivi des recommandations

Souvent, les médecins ont raison

(1)

- **des médecins n'ont pas intensifié le traitement antihypertenseur d'un patient alors qu'ils avaient reçu une alerte leur signalant des chiffres tensionnels élevés**
- **dans les mois qui suivent, ils n'ont pas davantage reçu d'alertes concernant ce patient, ce qui semble prouver rétrospectivement qu'ils avaient sans doute eu *raison*.**

Crowley MJ et al. Treatment intensification in a hypertension telemanagement trial. Clinical inertia or good clinical judgment ? *Hypertension* 2011;58:552-8.

Non-suivi des recommandations

Souvent, les médecins ont raison

(2)

Dans une étude, les justifications données par les médecins de ne pas appliquer une recommandation (les « exceptions ») *étaient validées dans 93 % des cas* lorsqu'elles étaient analysées par des pairs.

Persell SD et al. Frequency of inappropriate medical exceptions to quality measures. *Ann Intern Med* 2010;152:225-231.

Souplesse

« Les cliniciens expérimentés sauront reconnaître qu'il y a toujours des exceptions et que l'insistance rigide concernant une application uniforme des *recommandations* pourrait entraîner un traitement excessif et des interventions inappropriées. »

Cautions

Experienced clinicians will recognize that exceptions always occur (30) and that rigid insistence on the uniform application of guidelines for patient management could result in overtreatment or inappropriate actions.

Phillips LS et al., Clinical inertia, *Ann Intern Med* 2001 ; 135 : 825-834.

Objectif glycémique individualisé (consensus ADA-EASD, 2012)

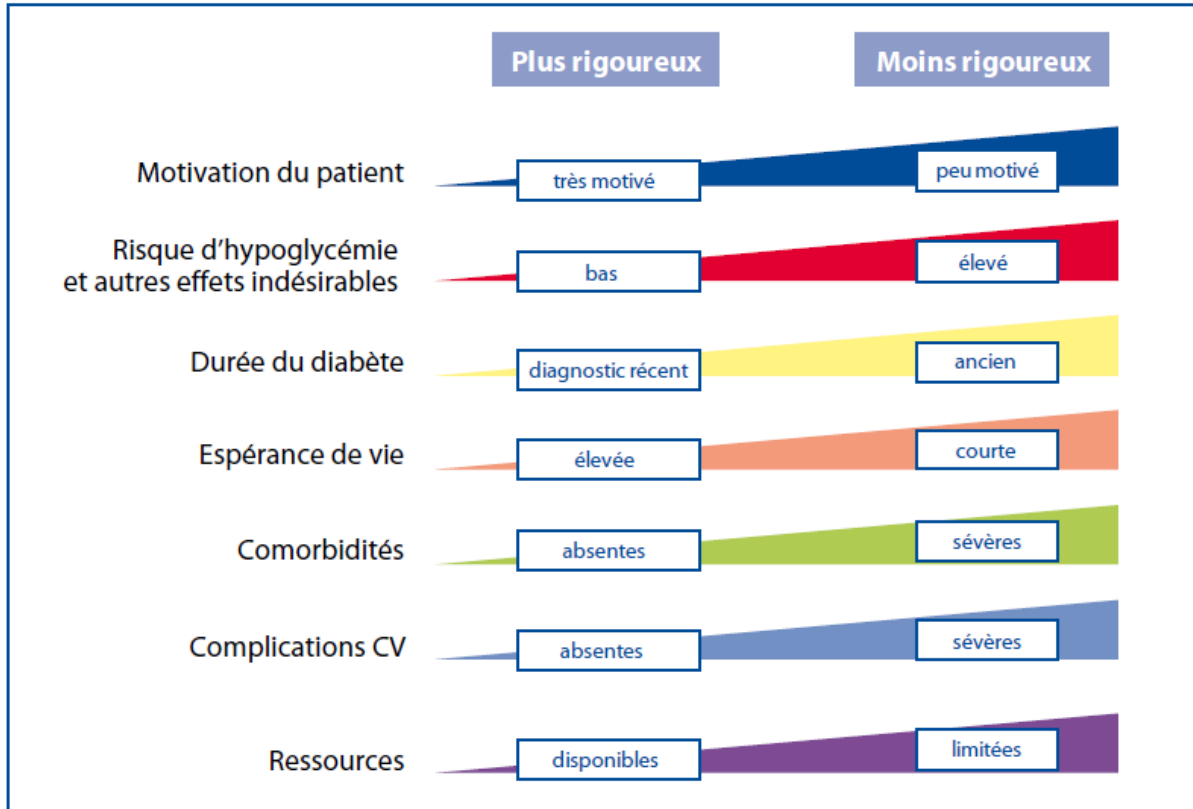


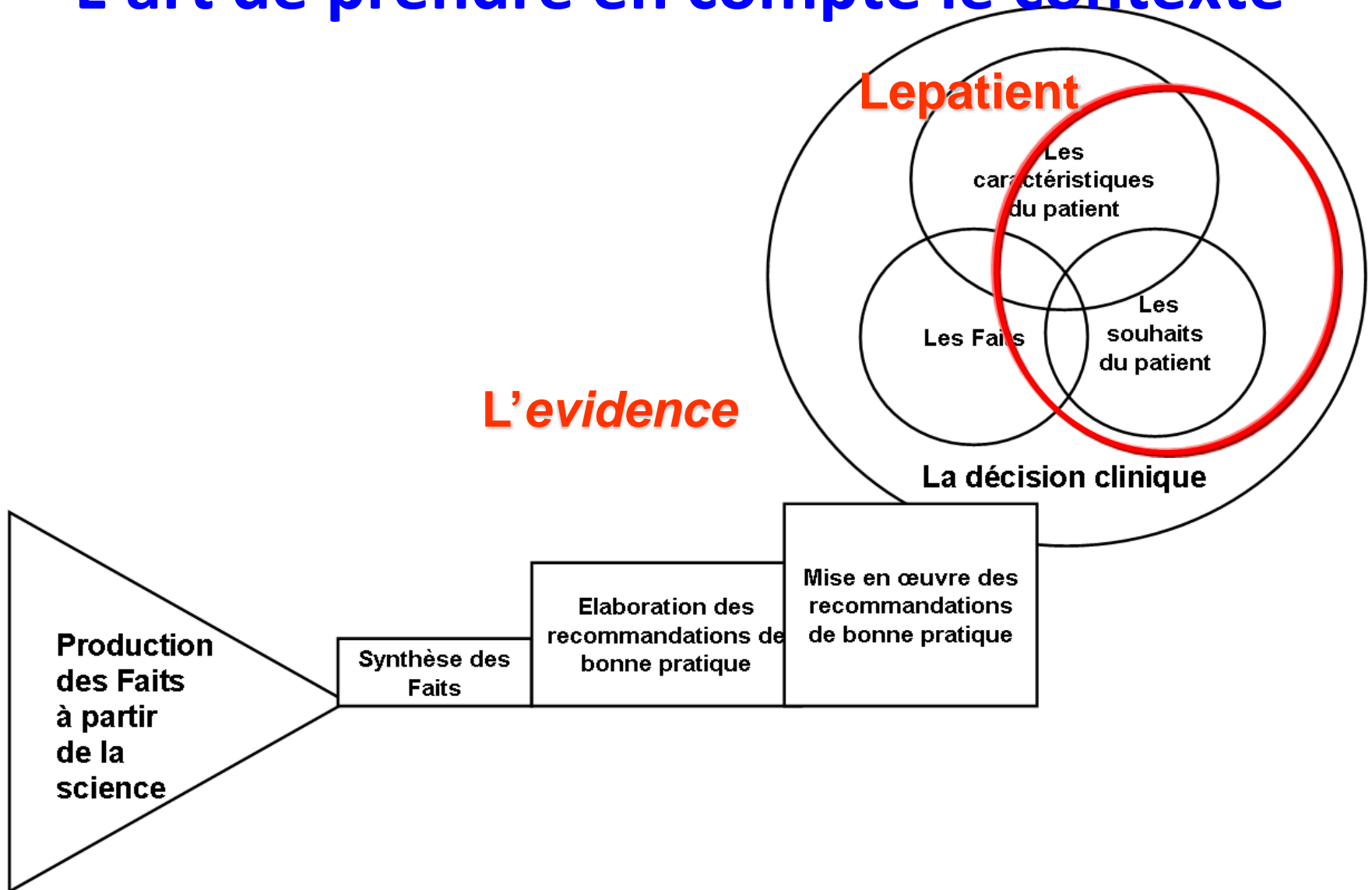
Figure 1. Description des éléments de décision à utiliser pour déterminer les efforts nécessaires à l'obtention des cibles de glycémie.

Le degré d'inquiétude dans un domaine particulier est représenté par la hauteur croissante de la rampe. Ainsi, lorsque des caractéristiques/des conjonctures particulières sont plus vers la gauche, des efforts plus marqués pour baisser l'HbA_{1c} sont justifiés, alors que, s'ils sont plus vers la droite, des efforts moins marqués sont acceptables. Si possible, de telles décisions doivent être prises en concertation avec le patient, en fonction de ses préférences, ses besoins et ses valeurs. Cette « échelle » n'a pas été conçue pour être appliquée de façon rigide mais comme une trame souple destinée à aider aux décisions cliniques. Adaptée avec la permission de Ismail-Beigi, et al [20].

Inzuchi SE et al., Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Patient-Centered Approach
Position Statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for
the Study of Diabetes (EASD). *Diabetologia* 2012;55:1577-96 , *Diabetes Care* 2012;35:1364-79

Evidence-based medicine

L'art de prendre en compte le contexte



Conclusion

Les recommandations, pour quoi faire ?

- **Essentiellement un rôle pédagogique**
 - Pour les étudiants en médecine
 - Pour les médecins, quand ils ont à traiter une maladie qui ne leur est pas familière

Guyatt G, et al. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992 ; 268 : 2420-5

Valeur pédagogique des Recommandations

Apprenez les Recommandations

Ensuite,

apprenez à apprécier un contexte

Enfin,

apprenez à décider si vous devez,

pour ce patient, en fonction du contexte

appliquer la recommandation

EBM

« Utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient. »

Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996;312:71-2.

**Car quiconque possède la définition
sans l'expérience et acquiert la connaissance
de l'universel, mais ignore le singulier
contenu dans l'universel,
se trompera souvent de traitement,
car ce que l'on soigne est le singulier.**

Aristote. *Métaphysique*, A, 1, 981a [15, 20]

Continuons à utiliser notre *raison médicale* dans toute sa complexité

L'inertie clinique
Une critique de la raison
médicale

Preface de P. Joël Ménard



Recommandations





2 ↘

Quels outils d'encadrement des pratiques,
pour quels effets ?

Bruno Toussaint

Directeur de la revue *Prescrire*





Améliorer les pratiques : pour quoi faire, avec quel référentiel ?

Bruno Toussaint

**Pour qui travaille-t-on ?
De qui défend-on les intérêts,
au bout du compte ?**

Des patients ? Des soignants ?

Des firmes ?

Un assureur maladie ?

Une administration ? Etc.

**« Œuvrer,
en toute indépendance,
pour des soins de qualité,
dans l'intérêt premier
des patients (...) »**

(article 1 des statuts de l'Association Mieux Prescrire)

**Financée par les abonnés, sans subvention ni publicité
Association sans but lucratif ("1901")**

Cotation *Prescrire* 2012 nouvelles substances et indications

Intéressant, apporte quelque chose	4
Éventuellement utile	14
N'apporte rien de nouveau	42
Pas d'accord	15
Ne peut se prononcer	7
Total	82

Les pratiques d'autorisation de mise sur le marché (et de prise en charge par l'assurance maladie) alimentent les pratiques de soins de mauvaise qualité : régressions, doublons (qui distraient des meilleurs choix)

NB : parfois beaucoup d'incertitudes

Les 10 plus récentes cotations *Prescrire* des Guides de pratique clinique de la Haute autorité de santé (HAS)

Intéressants Les soignants concernés ont intérêt à lire ces guides, et à en tenir compte	1
Acceptables Les soignants concernés ont intérêt à lire ces guides, mais avec esprit critique, et à en tenir compte, avec des nuances	1
Inutiles Ces guides ne constituent pas un support solide de soins de qualité ; autant s'en dispenser	4
Pas d'accord des guides de pratique clinique à rejeter et à déconseiller	4

Les 10 plus récentes cotations *Prescrire* des Guides de pratique clinique de la Haute autorité de santé (HAS)

Extraits des conclusions

"recommandations nuancées, tenant compte de la balance bénéfiques-risques des interventions (...); utile pour une prise en charge individualisée" (obésité des adultes ; n° 349)

"un outil pratique (...) incomplet" (certificat pour victimes de violences ; n° 350)

"trop de contradictions" (indications des césariennes programmées à terme ; n° 356)

Les 10 plus récentes cotations *Prescrire* des Guides de pratique clinique de la Haute autorité de santé (HAS)

Extraits des conclusions

"il ne s'agit pas d'une révision reposant sur un travail méthodique (recherche documentaire exhaustive et actualisée, analyse approfondie des données actualisées, présentation de la balance bénéfices-risques des médicaments) mais tout juste d'un replâtrage" (maladie d'Alzheimer ; n° 343)

"ce guide médicalise la vie de nombreux enfants sans preuve d'efficacité ni d'innocuité (...) ; rien ne dit que ce guide ne soit pas plus dangereux qu'utile" (obésité enfants et adolescents ; n° 345)

Les 10 plus récentes cotations *Prescrire* des Guides de pratique clinique de la Haute autorité de santé (HAS)

Extraits des conclusions

"certaines recommandations, bien justifiées par l'argumentaire, ne concernent que les spécialistes (...); celles destinées aux soignants de première ligne sont peu précises ou pas évaluées" (autisme des adultes ; n° 351)

"l'argumentaire de ce guide ne justifie ni le bien-fondé ni l'applicabilité du repérage précoce et du signalement des cas suspects" (inceste ; n° 342)

"l'argumentation, souvent opaque, ne permet pas de préciser la balance bénéfices-risques des recommandations" (hospitalisation à domicile des femmes enceintes ; n° 343)

Les 10 plus récentes cotations *Prescrire* des Guides de pratique clinique de la Haute autorité de santé (HAS)

Extraits des conclusions

"la HAS a émis ces recommandations en écartant sciemment la question de la balance bénéfices-risques" (dépistage des cancers du sein ; n° 352)

"le manque de données solides et les oppositions entre les différentes tendances (...) n'ont pas permis d'accord véritable ; la plupart des recommandations ne sont pas consensuelles ; présenter les quelques certitudes et les différentes options aurait aidé les familles et les soignants non spécialisés" (autisme enfants et adolescents ; n° 354)

**Convention 2011 :
24 objectifs de pratique de soins
et de réduction des coûts
analysés par *Prescrire***

**Certains semblent cohérents avec la qualité des soins
mais d'autres non :**

- antihypertenseurs dans le répertoire des génériques : il y manque des substances de base : *chlortalidone* (pas d'AMM en France sous forme non associée !), *hydrochlorothiazide* (Esidrex°)

- antidépresseurs dans le répertoire des génériques : on y trouve la *venlafaxine* (Effexor° ou autre), qui expose à des effets indésirables injustifiés

NB : en 2008, il y a eu des génériques de Mediator° !

**Convention 2011 :
24 objectifs de pratique de soins
et de réduction des coûts
analysés par *Prescrire***

**Certains semblent cohérents avec la qualité des soins
mais d'autres non :**

**- un choix imposé malgré une balance bénéfices-risques
très discutable : dépistage des cancers du sein, surtout le
dépistage individuel !**

**Convention 2011 :
24 objectifs de pratique de soins
et de réduction des coûts
analysés par *Prescrire***

Attention à motiver l'évolution des pratiques par la chasse à la prime et à encourager l'application docile des consignes, façon presse-bouton

- pour les patients, mieux vaut des soignants motivés par leur métier, attentifs, bien formés, exerçant leur esprit critique**

Attention à juger seulement sur les statistiques tirées des bases de données

- les soins ne se réduisent pas à des chiffres**

En pratique :

- priorité à l'intérêt des patients ; y compris l'adaptation des soins à chaque personne**
- gare aux choix et aux limites des référentiels**
- gare aux effets nocifs des incitations**

2 ↘

Quels outils d'encadrement des pratiques,
pour quels effets ?

Claude Rambaud

Présidente du Collectif interassociatif sur la santé (CISS)

2 ↘

Quels outils d'encadrement des pratiques, pour quels effets ?

Mathilde Reynaudi, chargée de mission au Commissariat général à la stratégie et à la prospective

- **Marie Grosset**, Maître des requêtes en service extraordinaire, Conseil d'État
- **Gérard Reach**, PU-PH, Service d'endocrinologie-diabétologie-maladies métaboliques, hôpital Avicenne, Bobigny
- **Bruno Toussaint**, Directeur de la revue *Prescrire*
- **Claude Rambaud**, Présidente du Collectif interassociatif sur la santé (CISS)

Colloque

Pourquoi et comment réguler les pratiques médicales ?

Mercredi 5 juin 2013



#pratiques_medicales

 @Strategie_Gouv



wifi.communication
7c1a8741

↳ Table ronde 3 :

Comment évaluer au mieux les pratiques des professionnels ?

Pourquoi et comment réguler les pratiques médicales ?

Mercredi 5 juin 2013

#pratiques_medicales

 @Strategie_Gouv



wifi.communication

7c1a8741

3 ↘

Comment évaluer au mieux les pratiques des professionnels ?

Gilles Duhamel, membre de la chaire santé de Sciences Po

- **Rémy Bataillon**, Directeur adjoint de la Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à la Haute autorité de santé (HAS)
- **Robert Nicodème**, Professeur de médecine générale et président de la section formation et compétences, Conseil national de l'ordre des médecins
- **Guy Boudet**, Chef du bureau chargé de l'exercice, de la déontologie et du développement professionnel continu des professions de santé à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
- **Una Lane**, Directrice de la direction inscription et revalidation du General Medical Council, Royaume-Uni
- **Mathieu Escot**, Chargé de mission santé à l'UFC-Que Choisir

3 ↘

Comment évaluer au mieux les pratiques des professionnels ?

Rémy Bataillon

Directeur adjoint de la Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à la Haute autorité de santé (HAS)

#pratiques_medicales

 @Strategie_Gouv



wifi.communication
7c1a8741



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Quelles actions en matière d'évaluation des pratiques professionnelles ?

**Direction de l'amélioration de la qualité et de
la sécurité des soins
Haute Autorité de santé**

**Dr Rémy Bataillon
Thomas Le-ludec**

Pourquoi parle-t-on d'évaluation des pratiques professionnelles ?

"La diffusion simple de recommandations n'a pas à elle seule d'impact cliniquement important"

Pas de changement significatif des pratiques

- **D'après la littérature, environ 30% des patients ne reçoivent pas des soins en accord avec les recommandations ...**
- **Une décision médicale dépend non seulement des connaissances scientifiques mais aussi des valeurs du patient et de l'organisation des soins**
- **Des actions complémentaires à la diffusion des recommandations professionnelles sont nécessaires pour leur mise en œuvre**

Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines?

A Framework for Improvement

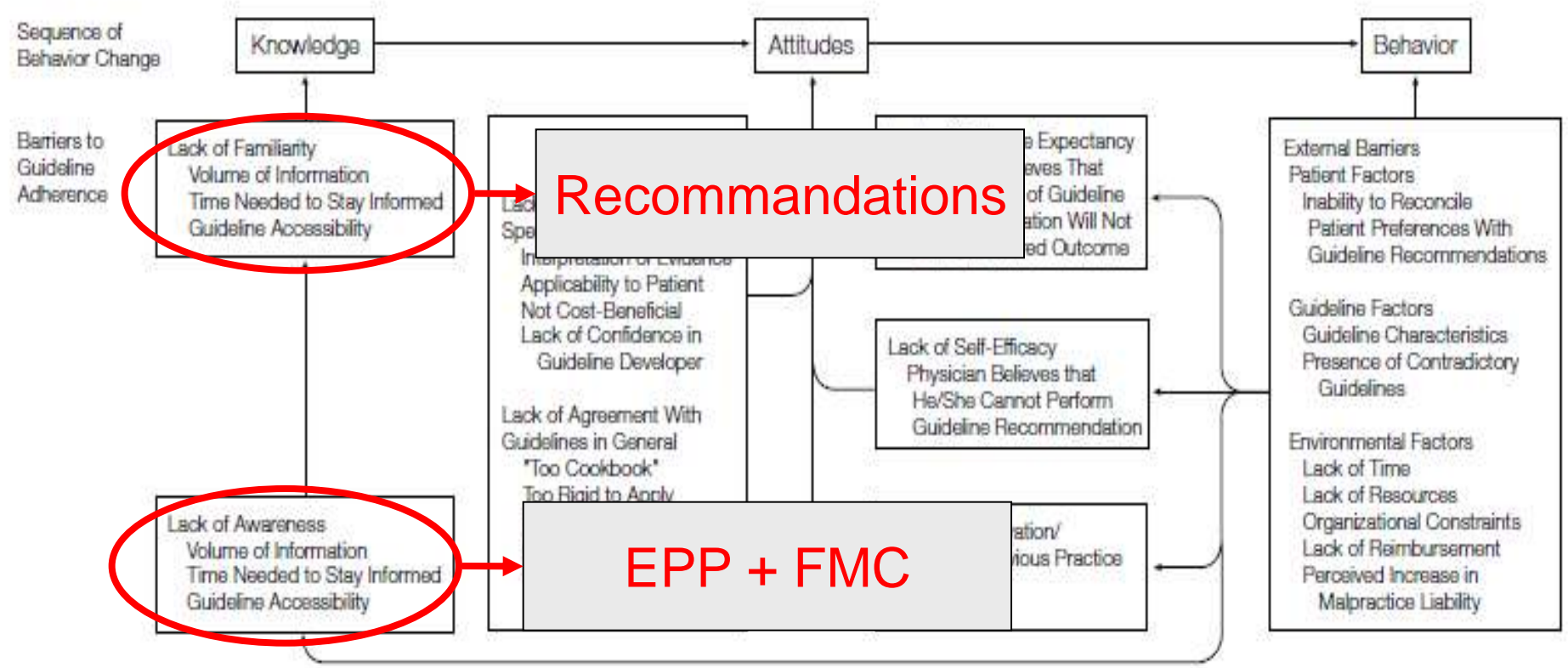
Michael D. Cabana, MD, MPH

Cynthia S. Rand, PhD

Neil R. Powe, MD, MPH, MBA

Context Despite wide promulgation on changing physician behavior involved in changing physician practices in response to guidelines. *JAMA*, October 20, 1999—Vol 282, No. 15

Figure. Barriers to Physician Adherence to Practice Guidelines in Relation to Behavior Change





Quand faut-il faire... une cholécystectomie ?

Coproduction

En raison :

- d'une augmentation du nombre des cholécystectomies et d'une variabilité géographique non expliquées ;
- de données récentes de la littérature sur la fréquence des plaies biliaires et leur impact sur la survie des patients ;

la Haute Autorité de Santé, la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive, le Conseil National Professionnel d'Hépatogastroentérologie et le Collège de Médecine Générale souhaitent rappeler les points suivants :

Problématique

1. En cas de LITHIASÉ VÉSICULAIRE ASYMPTOMATIQUE, la cholécystectomie n'est pas indiquée de principe.

La lithiasé sera alors qualifiée de découverte fortuite. Les douleurs abdominales diffuses et chroniques, la dyspepsie, les troubles de la digestion, les ballonnements, la migraine... ne sont pas des symptômes de la lithiasé vésiculaire.

2. En cas de LITHIASÉ VÉSICULAIRE SYMPTOMATIQUE, la cholécystectomie est indiquée.

Il appartient au chirurgien de valider l'indication de cholécystectomie, au vu des éléments cliniques, biologiques et d'imagerie. Il informe le patient des risques de la cholécystectomie. Il évalue avec lui, la balance bénéfices-risques de la cholécystectomie. Il assure la traçabilité de ces éléments dans le dossier patient.

Question d'intérêt clinique

Réponse facilement assimilable

LE POINT CLÉF : Qu'est-ce qu'une lithiasé vésiculaire (a)symptomatique ?

Une douleur biliaire survient typiquement par crises et se caractérise par son apparition rapidement progressive dans l'épigastre ou dans l'hypochondre droit. Elle est d'intensité constante et dure spontanément d'une trentaine de minutes à quelques heures. Elle peut être suffisamment intense pour obliger le patient à interrompre son activité ou le réveiller. Elle peut irradier en hémicinture droite ou en bretelle. Elle peut être associée à des nausées ou vomissements.

Point critique

3. En cas de CHOLÉCYSTITE AIGUÉ, SANS DÉFAILLANCE VISCÉRALE, la cholécystectomie est recommandée le plus précocement possible.

Idéalement dans les 72 premières heures de l'évolution. Toute autre prise en charge (délai, contre-indication temporaire, modalités) doit être une décision concertée et tracée.

4. En cas de CHOLÉCYSTITE AVEC DÉFAILLANCE VISCÉRALE, d'ANGIOCHOLITE GRAVE ou de PANCRÉATITE AIGUÉ BILIAIRE GRAVE, la décision de cholécystectomie et les modalités de mise en œuvre seront discutées de manière pluridisciplinaire.

5. LES INDICATIONS DE CHOLÉCYSTECTOMIES EN L'ABSENCE DE SYMPTÔMES BILIAIRES

La cholécystectomie est indiquée, en raison du risque de cancer et en tenant compte de la balance bénéfices-risques, en cas de :

- polype de taille supérieure à 10 mm ;
- vésicule dite « porcelaine ».

En l'état actuel des connaissances, aucune recommandation ne peut être faite en matière de cholécystectomie prophylactique :

- lors de la chirurgie bariatrique ;
- en cas de calculs de taille supérieure à 3cm.

Quelques Indicateurs de Bonnes Pratiques

* ①	Traçabilité de la description de la douleur	MG, Urgentiste, Chirurgien, HGE	Cible : 100%
* ②	Lithiase vésiculaire à l'échographie (ou TDM)	MG, Urgentiste, Chirurgien, HGE	Cible : 100%
* ③	Traçabilité analyse bénéfices / risques	Chirurgien	Cible : 100%
* ④	Traçabilité délai d'adressage / décision thérapeutique	Chirurgien	Cible < 36 H
* ⑤	Taux d'examen anatomo-pathologique de la vésicule	Chirurgien	Cible : 100%

Le Développement Professionnel Continu

Connaissances +
(RPC, consensus, EBM ...)

Mise en œuvre
("implémentation")

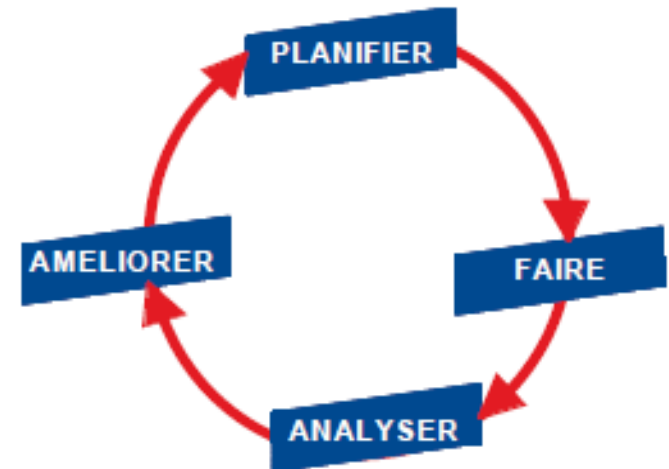
FMC(I)



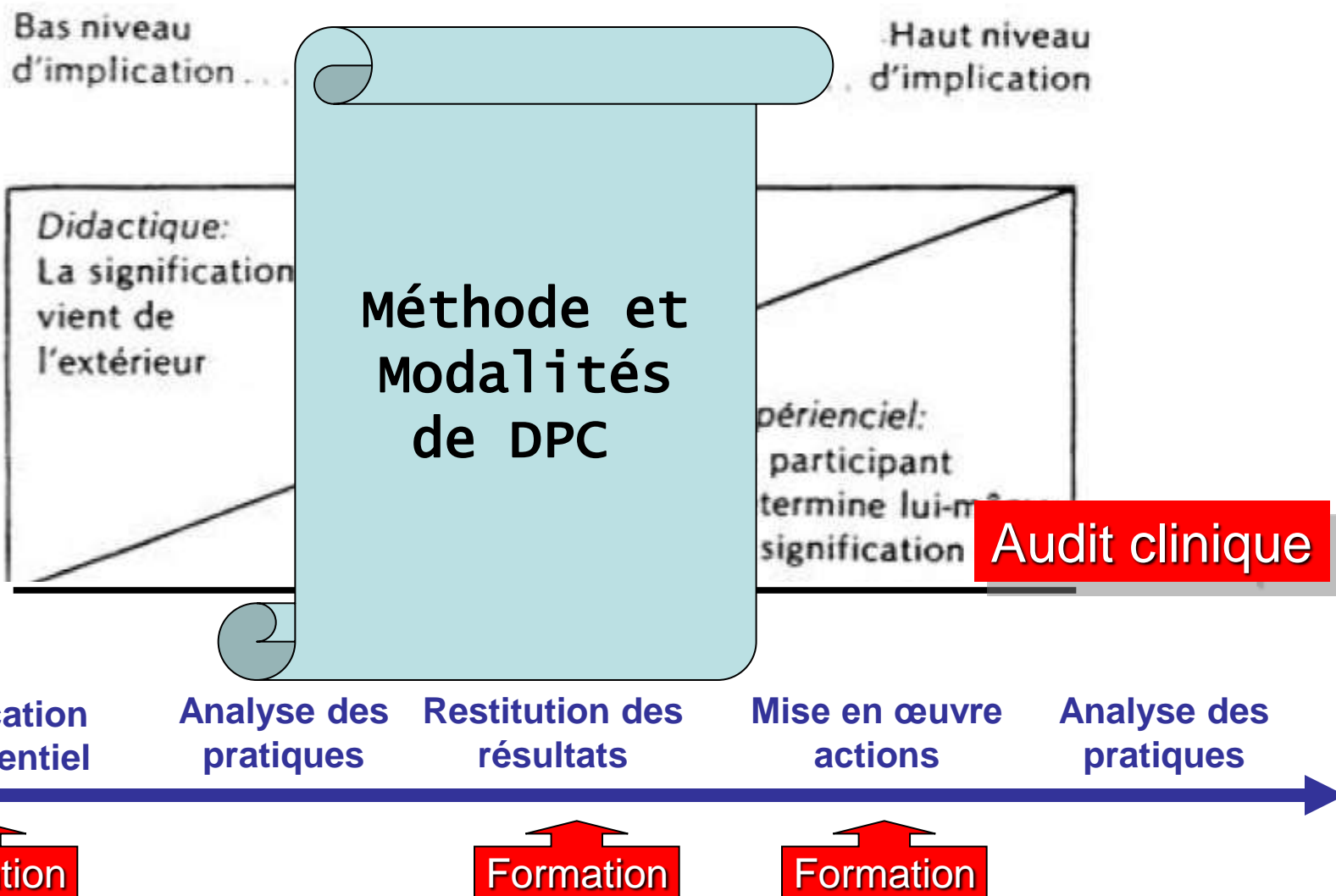
EPP

= Amélioration Qualité
= décret EPP 14 avril 2005

→ Loi HPST (2009) :
→ DPC = FMC + EPP



Mais il existe un continuum entre FMC et EPP

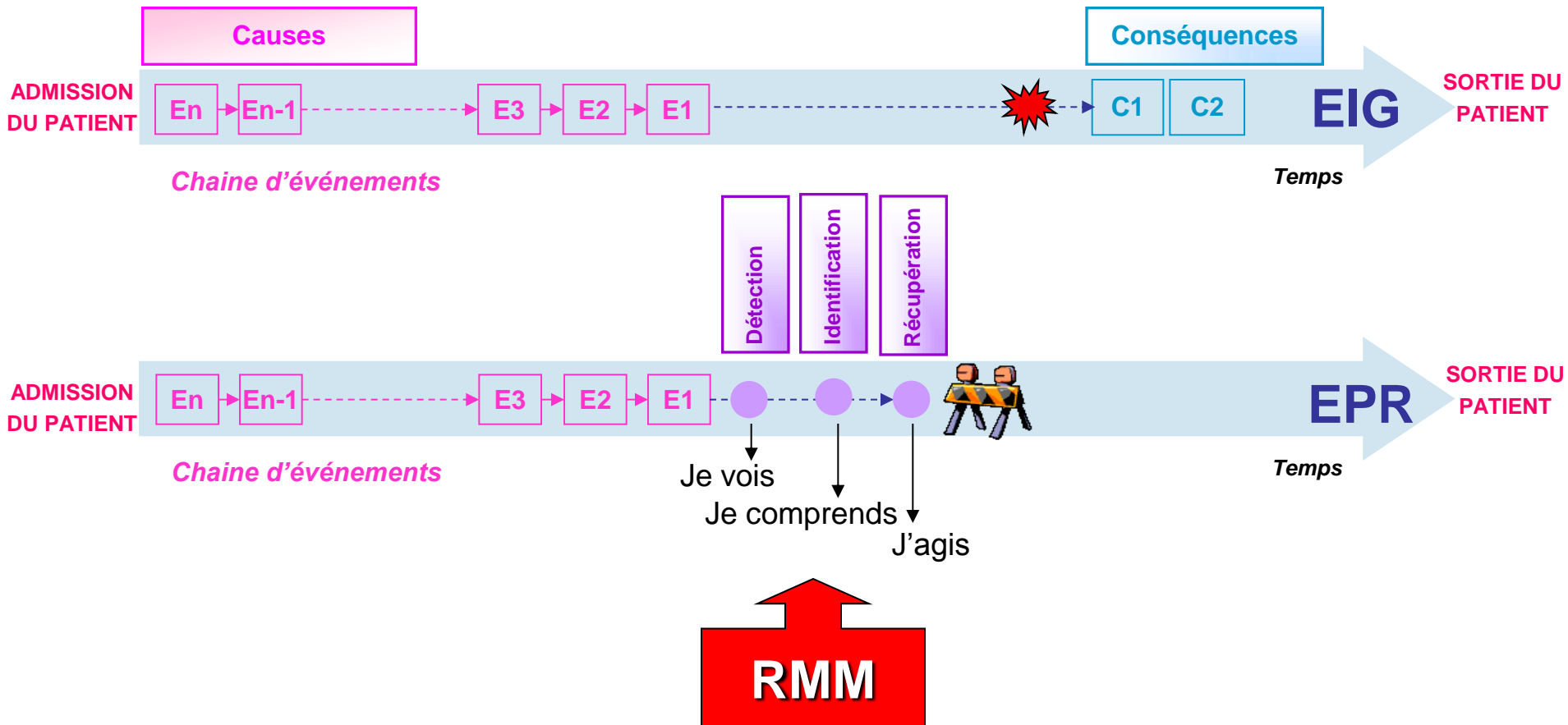


L'accréditation des médecins

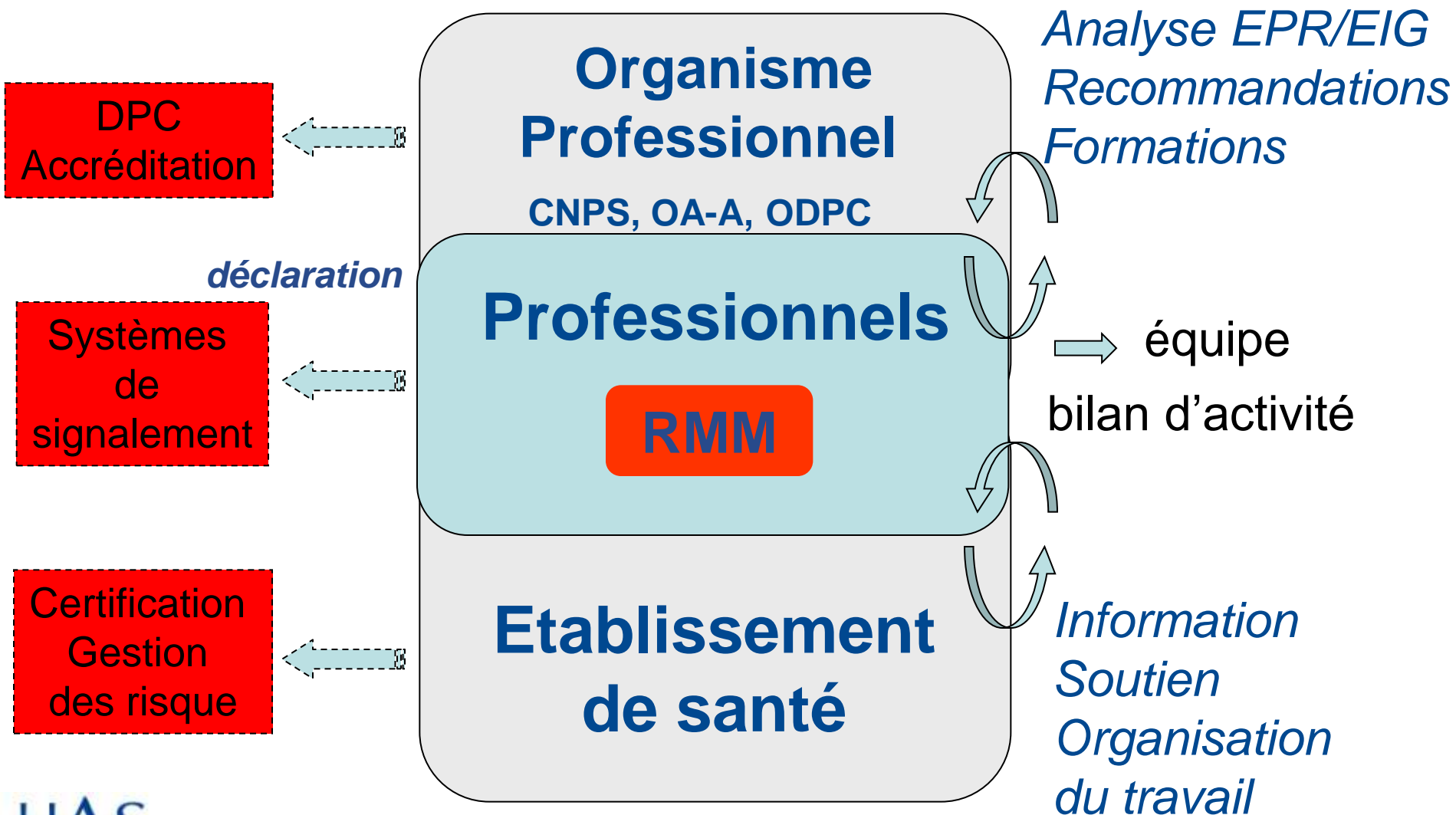
Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, art. 16

1. **Une démarche nationale de gestion des risques, organisée par spécialité**
2. **Volontaire, concernant les médecins exerçant une spécialité ou une activité à risques en établissements de santé**
3. **Fondée sur les programmes de réduction des risques élaborés par les spécialités :**
 - déclaration d'événements porteurs de risque médicaux (EPR)
 - mise en œuvre de recommandations
 - participation à des activités de gestion des risques (RMM, registres, formations, check-list, etc.)
4. **Dont l'objectif est de prévenir ou limiter les conséquences des événements indésirables associés aux soins**

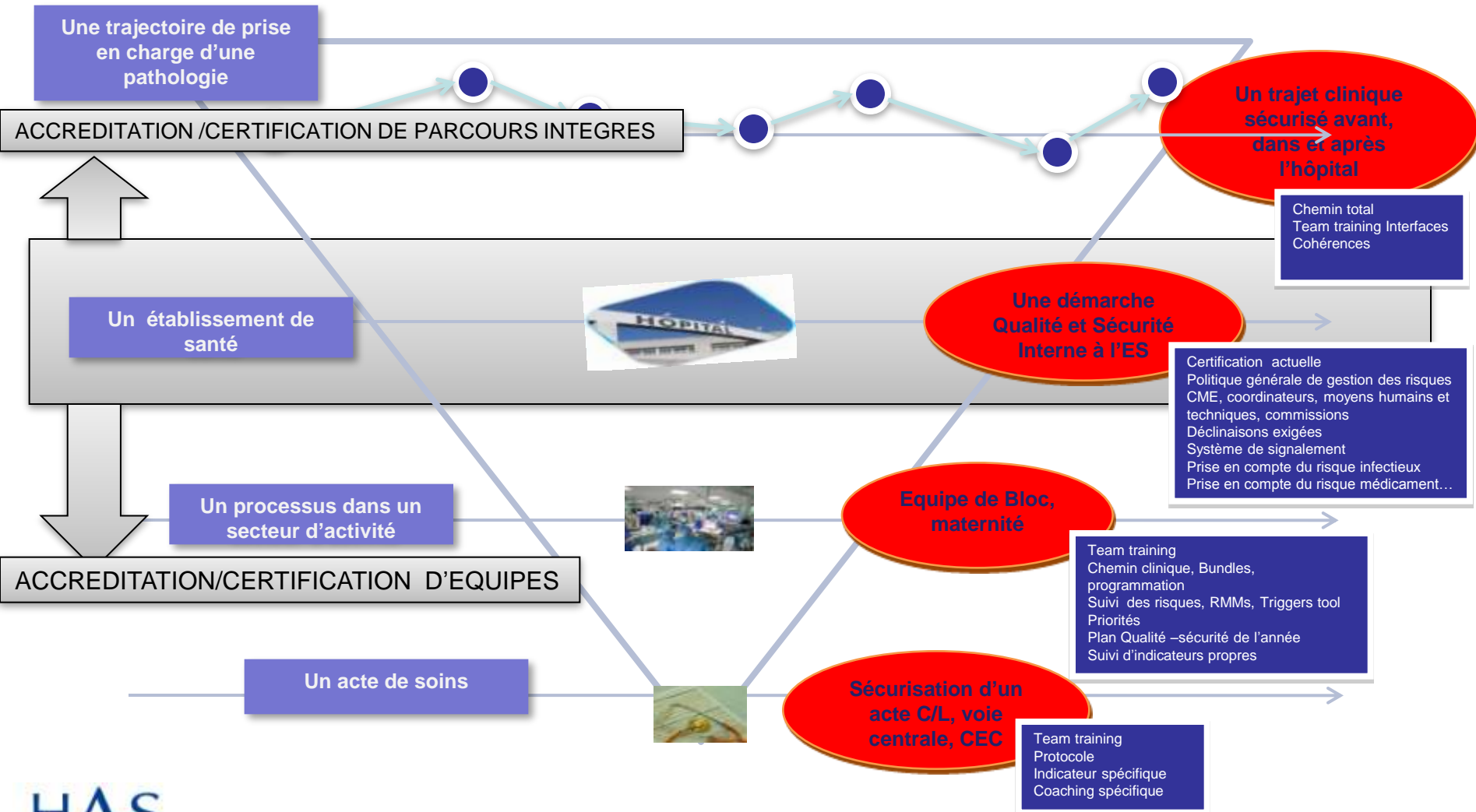
L'analyse des EPR



RMM : une interface potentiellement stratégique



Sur quoi veut-on agir ?



L'organisation des parcours à partir de la structuration des soins primaires

Territoire de proximité

Territoire de santé

Les médecins se réunissent pour améliorer leur pratique

Les professionnels de santé de premier recours se réunissent pour résoudre des problèmes de prise en charge

Les professionnels de santé coordonnent la prise en charge des patients avec les autres acteurs du territoire de santé

Groupe d'analyse de pratique

Patients traceurs

Protocoles
Système d'information
Suivi d'indicateurs
Assistant / coordinateur
Article 51
Information patients

Protocoles
Gestion cas complexe
Éducation thérapeutique
Dossier partagé
BdD commune

3 ↘

Comment évaluer au mieux les pratiques des professionnels ?

Robert Nicodème

Professeur de médecine générale et président de la section formation et compétences, Conseil national de l'ordre des médecins

#pratiques_medicales

 @Strategie_Gouv



wifi.communication
7c1a8741

Colloque du mercredi 5 juin 2013

Pourquoi et comment réguler les pratiques médicales

**Table ronde n 3 :
Comment évaluer au mieux les pratiques professionnelles?**

Pr Robert NICODEME : Président de la Section Formation et Compétences Médicales

Difficultés connues

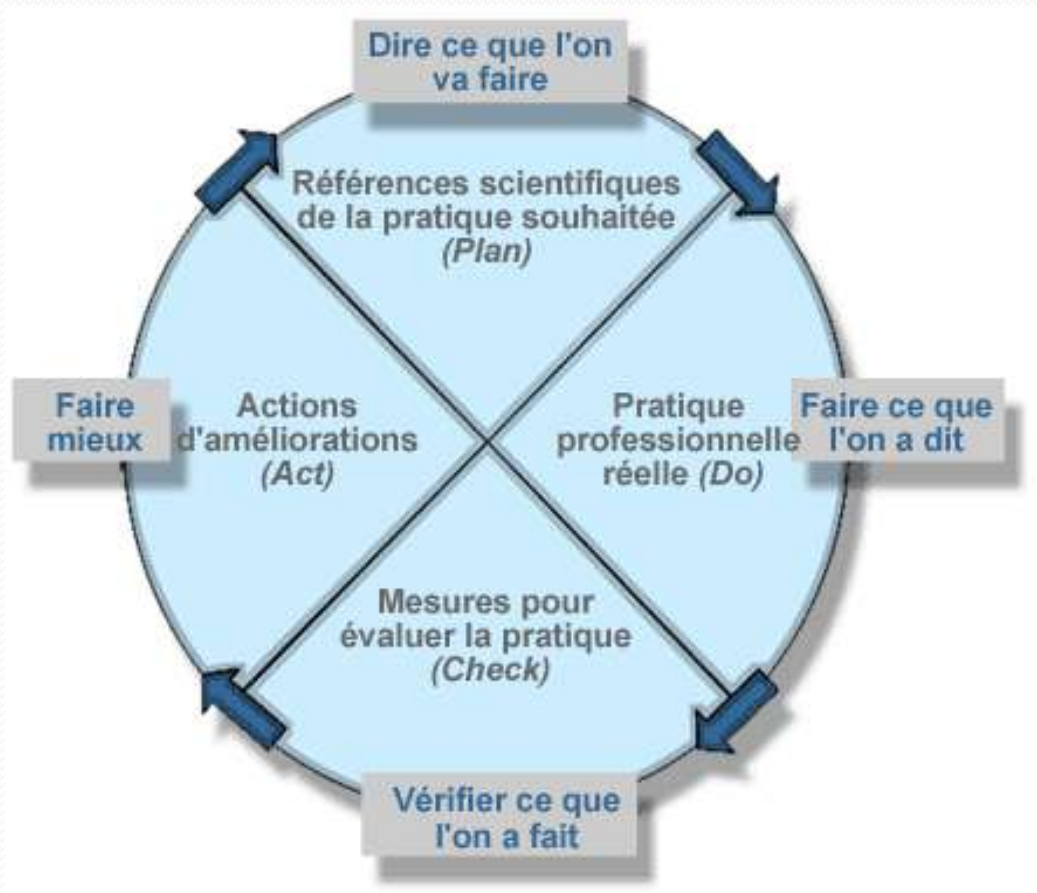
- ✓ Disparité des pratiques médicales
- ✓ Actes et prescriptions inutiles
- ✓ Matériels sous-utilisés, disparité et activité insuffisante des équipes
- ✓ Cloisonnement entre les différents acteurs de la santé (*)
- ✓ La médecine centrée sur le patient et le diagnostic de la personne ont leur place, souvent oubliée, dans une médecine de qualité (*)

* Citations extraites d'une chronique du Pr Laurent DEGOS

La compétence médicale

- 1) Champ d'activité (42 spécialités médicales assurent la couverture sanitaire)
- 2) Connaissance / application:
 - savoir (base et spécialité)
 - savoir faire
 - savoir être
- 3) Evaluation régulière : docimologie / DPC
- 4) Culture générale médicale (déontologie, réglementation, sociologie).

Les fondamentaux de la démarche qualité (roue de deming)



* Document Haute
Autorité de Santé

Référentiel

- ✓ Base de l'évaluation personnelle (compare la pratique au référentiel)
- ✓ Difficulté pour les valider (plusieurs écoles)
- ✓ N'existe pas dans beaucoup de situations
- ✓ Ne tient pas compte des situations complexes

A propos des protocoles

Leur facteur de réussite ne réside pas uniquement dans la qualité de l'acte médical, mais dans l'organisation (*) des soins autour de l'acte ; le circuit professionnel est variable en fonction du potentiel matériel des établissements

* Citation du Dr BONTEMPS

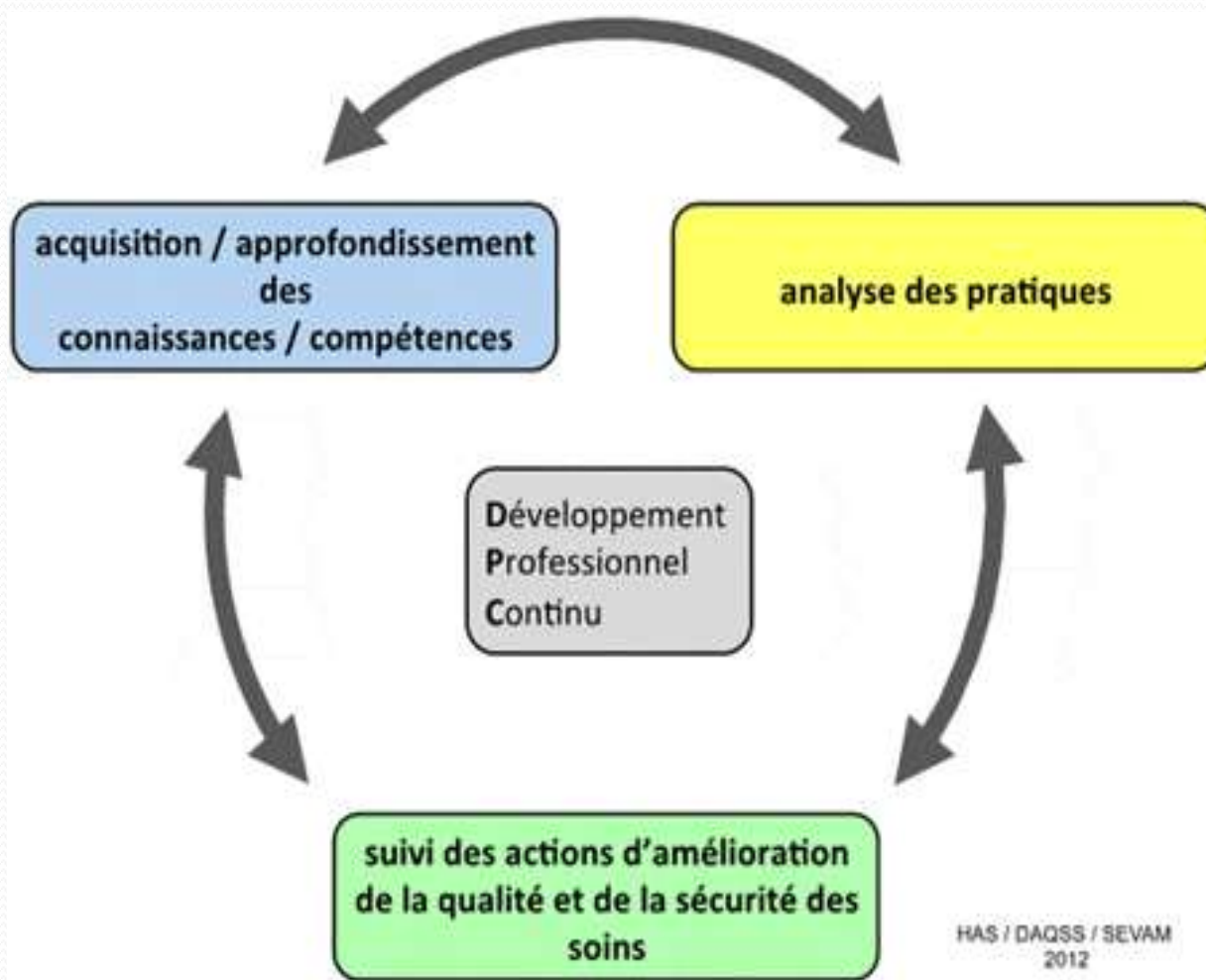
Analyse des pratiques

- ✓ Revue de morbi-mortalité
- ✓ Comité de retour d'expérience
- ✓ Revue des erreurs médicamenteuses
- ✓ Groupe d'analyse de pratiques
- ✓ Réunion de concertation pluridisciplinaires (RCP)
- ✓ Revue de pertinence
- ✓ Analyse registres, observatoire, base de données
- ✓ Audit clinique

Mesures pour évaluer la pratique

- ☑ Indicateur de santé
- ☑ Pertinence des actes
- ☑ Classification des maladies
- ☑ Evaluation médico-économique et évolutive

Outil proposé : le DPC



Document Haute
Autorité de Santé

DPC : une opportunité à saisir

- ✓ Procédures de formation, d'évaluation ou de contrôle des connaissances, voire des compétences
- ✓ Multiplier les programmes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des pratiques au plus près des activités de soins
- ✓ Promouvoir des programmes répondant au double enjeu « qualité et sécurité »

Citations du Pr JF THEBAUT, HAS

Mobilité des médecins

Filière spécialités médicales : 6125 qualifications : -Période 2009 à 2012
- 52 % de diplômes français

Champ d'activité (nombre de spécialités différente dans les pays de l'UE)

65 spécialités UE et 19 communes

Qualité des soins liée aussi à l'organisation des soins et potentiel matériel

Activité de la médecine humaine et culturelle impacte la relation médecin / malade



Merci de votre attention

3 ↘

Comment évaluer au mieux les pratiques des professionnels ?

Guy Boudet

Chef du bureau chargé de l'exercice, de la déontologie et du développement professionnel continu des professions de santé à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Table ronde Sciences Po Santé du 5 juin 2013

L'impact du DPC sur l'évolution des pratiques professionnelles



01

LE DPC, DE QUOI PARLE-T-ON ?

INTRODUCTION

**LES REPÈRES CLÉS AUTOUR
DE LA NOTION DE DPC**

**ENJEUX DU DPC IMMÉDIATS
ET FUTURS**

02

QUELS ACTEURS ? QUELS CONTENUS ? QUELLES MÉTHODES ?

**ACTEURS INTERVENANTS DANS LA MISE
EN ŒUVRE DU DPC ET FINANCEMENTS**

**RÔLE DE L'OGDPC, FONCTIONNEMENT ET,
PROCÉDURES**

**RÔLE DE LA HAS, PROGRAMMES ET
MÉTHODES**

LE DPC, DE QUOI PARLE-T-ON ?

01

INTRODUCTION

Le DPC, un dispositif visant à :

-Revoir profondément les pratiques en matière d'amélioration et de perfectionnement des connaissances, d'analyse des pratiques professionnelles au profit de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

-Poser une obligation individuelle pour l'ensemble de tous les professionnels de santé, médicaux et non médicaux, et ce quels que soient leurs modes d'exercice.

-Fusionner la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles d'une part et **compléter** les autres dispositifs de formation des professionnels de santé non médicaux.

-Mobiliser différents acteurs et instances dans la mise en œuvre : directions des ressources humaines, des affaires médicales, des soins, de la formation, de la qualité, CME, CTE, CSIRMT, chefs de pôle, médecins, cadres.

HISTORIQUE

- Avant 1996 : Obligation déontologique
- Années 50 : Premiers Enseignements Postuniversitaires
- Années 70 : Création d'associations de formation à l'initiative des praticiens
- **1996** : Ordonnances Juppé faisant de la FMC une obligation légale pour tous les médecins en exercice
- Lois du **4 mars 2002 pour la FMC** et du **9 août 2004 pour l'EPP** qui confirment la double obligation
 - Obligation quinquennale de valider 250 crédits (FMC : 150 et EPP : 100)
 - Obligation également pour les chirurgiens-dentistes, pharmaciens et sages-femmes
- **Loi du 21 juillet 2009** : crée le DPC

HISTORIQUE

- Premier Rapport IGAS 2006 : Christine d'Autume et Daniel Postel-Vinay
- Second rapport IGAS : Bras - Duhamel novembre 2008

FMC

EPP

DPC

LE DPC : ARTICLE 59 DE LA LOI HPST INSERTION DANS LE CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

L'article 59 fixe les grands principes de la loi

« Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation (..) »

(Art L 4133-1, L 4143-1, L 4236-1, L 4153-1; L 4242-1 et 4382-1 du CSP)

LE DPC : ARTICLE 59 DE LA LOI HPST → INSERTION DANS LE CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

- **L'article définit les objectifs du DPC**
- **Il fixe les principes suivants :**
 - Caractère obligatoire
 - Contrôle du respect de l'obligation
 - Critères de qualité des actions définis par décret

LE CONTENU DE L'OBLIGATION DANS LES DÉCRETS DU 30 DÉCEMBRE 2011

- **Une définition unique** à partir d'objectifs communs pour l'ensemble des professionnels de santé
- Pour satisfaire à l'obligation individuelle de **programme de DPC**

UN PROGRAMME DE DPC SELON LES DÉCRETS

- 1) Il est conforme à une **orientation nationale** ou une orientation régionale de DPC
- 2) Il comporte une des **méthodes** et des **modalités** validées par la HAS après avis de la Commission Scientifique Indépendante
- 3) Il est mis en œuvre par un **organisme de DPC enregistré favorablement** par l'Organisme gestionnaire du DPC (**OGDPC**), qui constitue un guichet unique et interprofessionnel pour tous les organismes

LES ACTEURS ET LES MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DU DPC

02

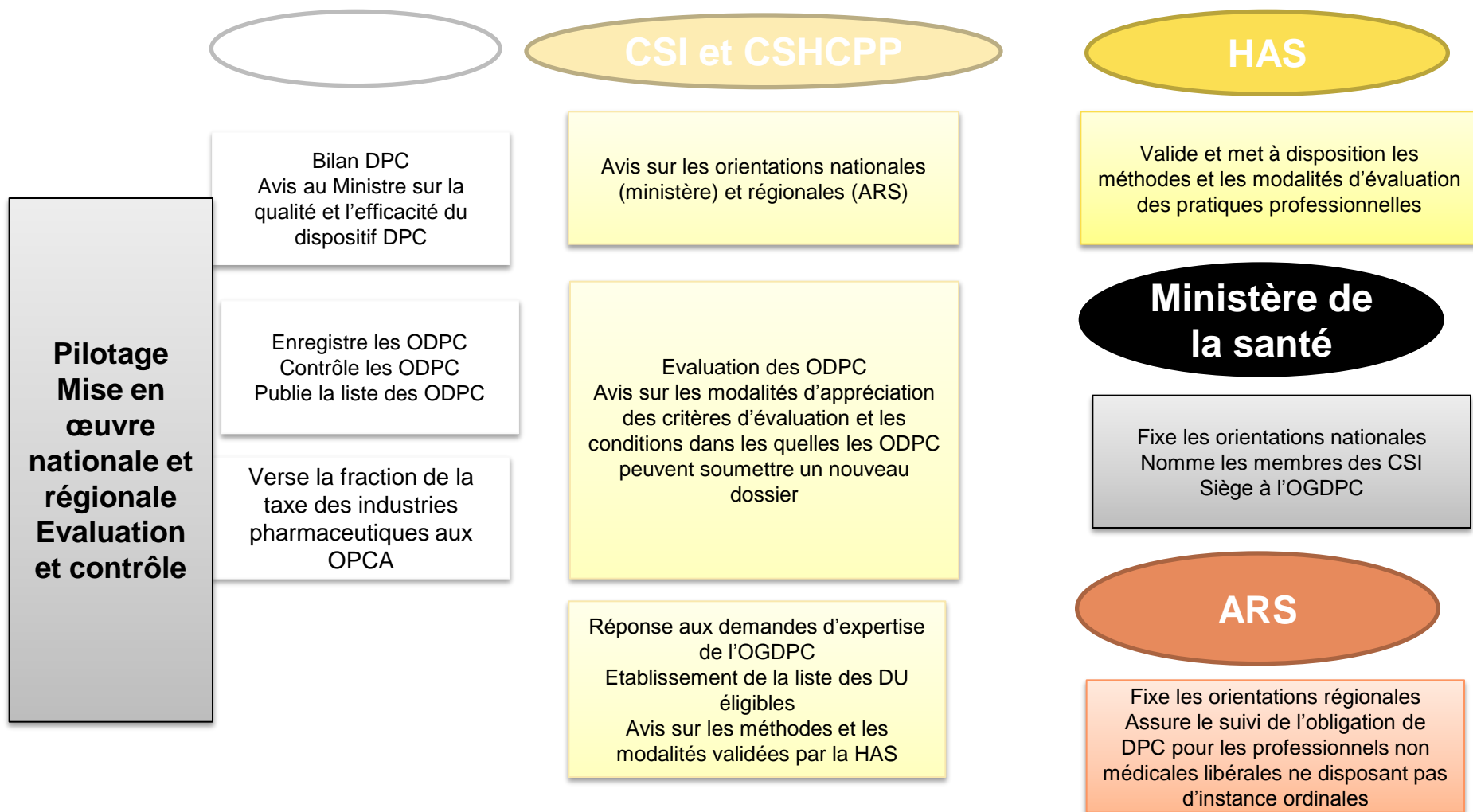
LES ACTEURS INTERVENANTS DANS LA MISE EN ŒUVRE DU DPC

- **Cartographie des acteurs**

LES ACTEURS ET LES MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DU DPC

02

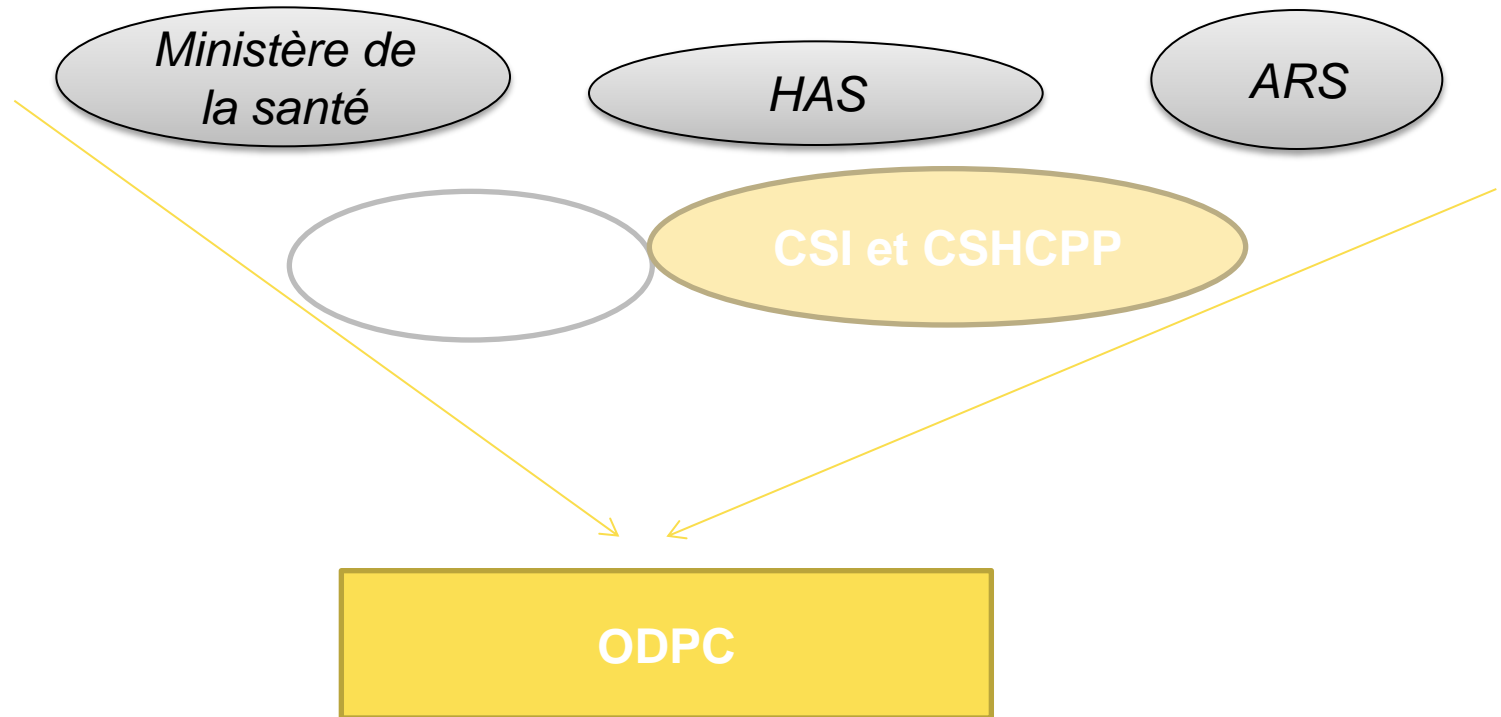
PRÉSENTATION DES ACTEURS INTERVENANT DANS LA MISE EN ŒUVRE DU DPC



LES ACTEURS ET LES MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DU DPC

02

PRÉSENTATION DES ACTEURS INTERVENANT DANS LA MISE EN ŒUVRE DU DPC



Mise en œuvre opérationnelle reposant sur l'ODPC

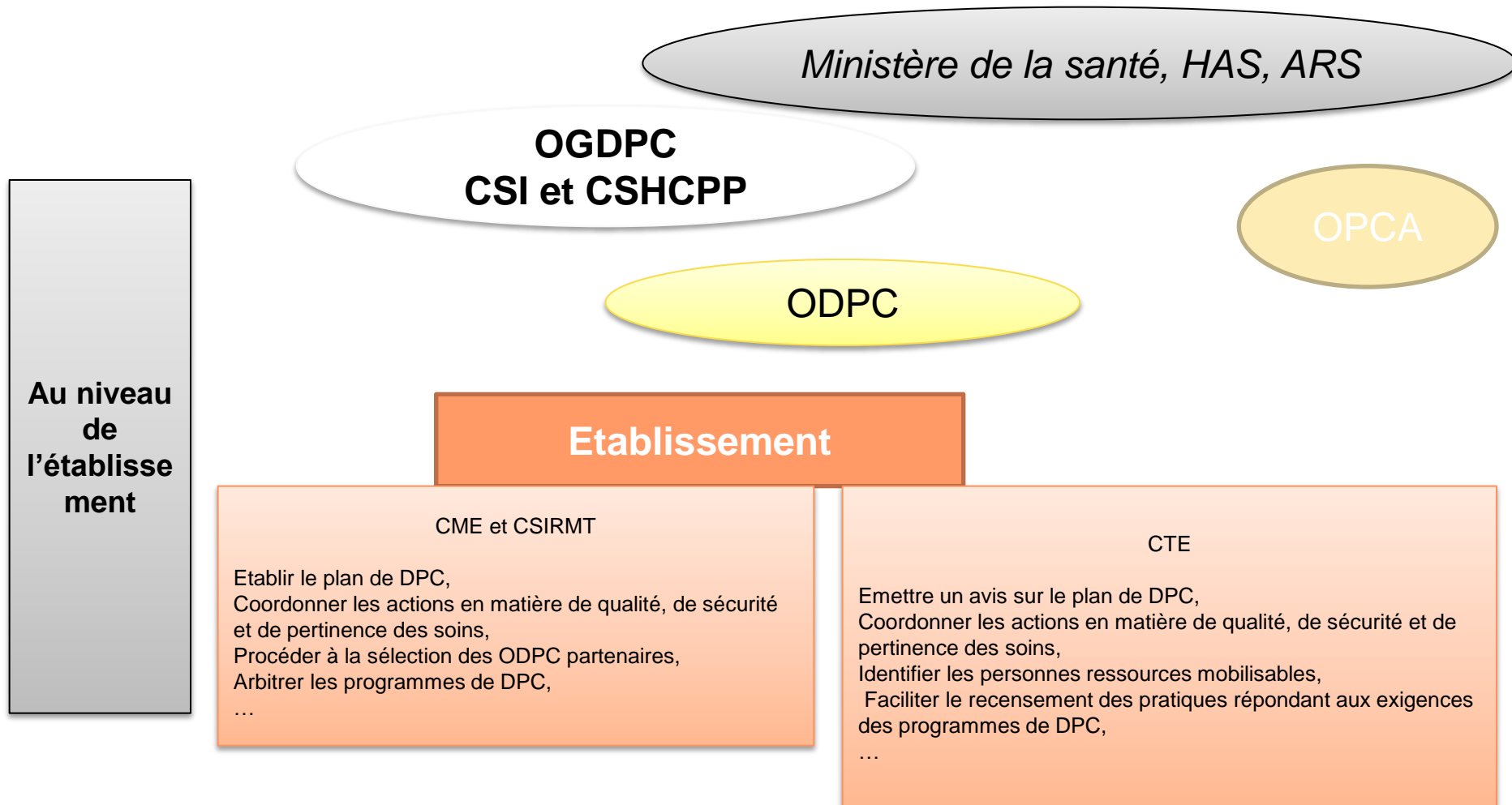
- Elaborer les programmes DPC
- Se faire enregistrer auprès de l'OGDPC
- Constituer un dossier d'évaluation pour la CSI
- Transmet un bilan qualitatif et quantitatif de son activité à l'OGDPC
- Délivre une attestation de suivi aux professionnels de santé, à l'ordre, à l'employeur ou l'ARS



LES ACTEURS ET LES MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DU DPC

02

PRÉSENTATION DES ACTEURS INTERVENANT DANS LA MISE EN ŒUVRE DU DPC



LES ACTEURS ET LES MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DU DPC

02

PRÉSENTATION DES ACTEURS INTERVENANT DANS LA MISE EN ŒUVRE DU DPC

Zoom sur le respect de l'obligation

- **Par les instances ordinaires** pour les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens quel que soit leur mode d'exercice (salariés, libéraux ou hospitaliers),
- **Par les instances ordinaires** pour les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et pédicures-podologues libéraux,
- **Par l'employeur** pour les professionnels de santé paramédicaux salariés,
- **Par le DG d'ARS** pour tous les autres professionnels de santé.

LES ACTEURS ET LES MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DU DPC

02

LE FINANCEMENT DU DPC

3 modalités différentes de financement

Pour les libéraux : forfait individuel versé par l'OGDPC

Pour les salariés non hospitaliers : mobilisation des fonds de la FPC

Pour les salariés hospitaliers : mobilisation des fonds de l'ANFH



Merci de votre attention

3 ↘

Comment évaluer au mieux les pratiques des professionnels ?

Una Lane

Directrice de la direction inscription et revalidation du General Medical Council, Royaume-Uni

Regulation and Revalidation in the UK

Una Lane - Director

General
Medical
Council

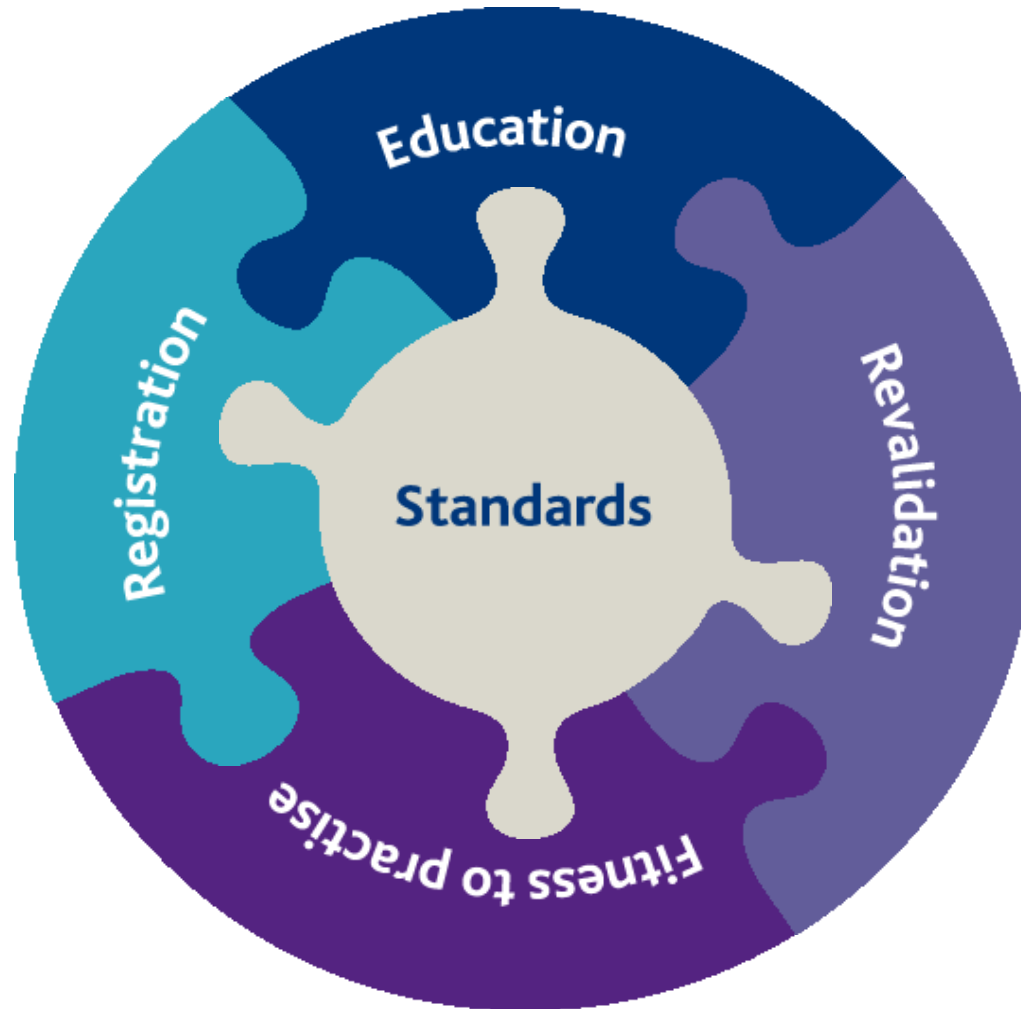
Regulating doctors
Ensuring good medical practice

Who we are

- An independent medical regulator
- Not a membership or professional body
- Accountable to Parliament
- 12 Council members
- 950 staff



Functions



GMC guidance



Good medical practice

General
Medical
Council

Responsible doctors
Promoting good medical practice



Protecting children and young people

The responsibilities of all doctors

General
Medical
Council



Continuing professional development

Guidance for all doctors

General
Medical
Council



Confidentiality

General
Medical
Council



Raising and acting on concerns about patient safety

General
Medical
Council



Treatment and care towards the end of life:

good practice guidance

General
Medical
Council



Your health matters

Practical tips and sources of support

General
Medical
Council

GMC in numbers

The Register

252,472	Doctors on the medical register
25,598	Doctors qualified in EEA other than UK (502 from France)
67,131	Doctors qualified outside the EEA

Complaints- 2012

10,500	Received
55	Erased
63	Suspended
164	Restrictions on practice
194	Warnings

Enquiries - 2012

230,000	Calls to GMC contact centre (approx. 900 a day)
100,000	Fax, letter and email enquiries a year
8.2 million	Visits to GMC website and online register

What is Revalidation?

- The idea is simple
- Doctors should be able to demonstrate on a continuing basis that they are up to date and fit to practise

Regulating doctors, ensuring good medical practice

List of Registered Medical Practitioners

General Medical Council

Search Again? **Doctor Details**

Refine Search • Results of search on: 23 Nov 2011 at 15:24:15. The details shown are valid at the date and time of the search only.

Results •

GMC Reference Number	1743069
Given Names	Peter Charles
Surname	Rubin
Gender	Man
Status	Registered with a licence to practise; this doctor is on the Specialist Register

Doctor History •

More Details

Primary Medical Qualification	BM BCh 1974 Oxford University
Provisional Registration Date	18 Jul 1974
Full Registration Date	22 Jul 1975
Specialist Register entry date	Clinical pharmacology and therapeutics From 15 Jul 1996 General (internal) medicine From 08 May 1996
GP Register entry date	This doctor is not on the GP Register
Information for Employers	View information for Employers

The register tells you:

- Name
- Date of Qualification
- Date of entry to specialist register

Revalidation is...

- Part of a wider drive for quality in our healthcare systems in the UK
- Designed to help identify problems earlier
- A positive affirmation of a doctor's professionalism
- Based on *Good Medical Practice*



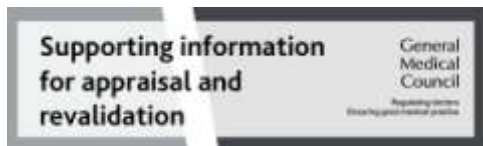
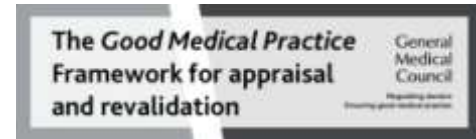
Revalidation isn't....

- A test or exam at a point in time

General
Medical
Council

Regulating doctors
Ensuring good medical practice

Requirements for doctors



Bringing the medical profession with us

- Cultural change takes time – developing proposals since 1998!
- Patient and public pressure – medical scandals in the UK
- Compromises along the way
- Incentives and sanctions
- Medical leadership
- Promoting professionalism

‘The essence of real professionalism is about being able to describe what you do and define how well you do it and challenging yourself about how well you perform in comparison with your peers’

➤ Ready for revalidation

IAMRA

LONDON

20  4

General
Medical
Council

Regulating doctors
Ensuring good medical practice

Thank you

More information - www.gmc-uk.org

3 ↘

Comment évaluer au mieux les pratiques des professionnels ?

Mathieu Escot

Chargé de mission santé à l'UFC-Que Choisir

Associations d'usagers et évaluation des pratiques médicales

Mercredi 5 juin 2013

UFC – Que Choisir

Pourquoi une évaluation par les associations d'usagers ?

- Répondre à une demande des usagers :
 - Plus de sécurité et de qualité
 - Une aide à l'orientation dans le système de santé
 - De l'analyse comparative
- Comblent les lacunes de l'existant :
 - L'évaluation institutionnelle est parcellaire (principalement centrée sur l'hôpital) et insuffisamment exploitée
 - L'auto-évaluation par les professionnels de santé est peu satisfaisante, par nature
- Interpeler :
 - Les professionnels de santé
 - Les pouvoirs publics

Les outils de l'UFC – Que Choisir : Enquêtes patients mystères

- **Conseil en pharmacie (2006, 2009, 2012) :**
 - 648 officines visitées en 2012, 1 379 en 2009
 - Trois volets :
 - Conseil (interaction entre molécules incompatibles) ;
 - Information (affichage des prix) ;
 - Prix
 - Résultats : 48 % de défaut de conseil en 2012 (60 % en 2009)
- **Prescription d'antibiotiques (2010) :**
 - 50 médecins généralistes visités
 - Patient en bonne santé se plaignant d'un mal de gorge, disant craindre une angine
 - 52 % des visites se sont conclues par une prescription d'antibiotiques, avec en moyenne 2,4 médicaments supplémentaires par ordonnance

Les outils de l'UFC – Que Choisir :

Les autres approches

1. Exploitation des données publiques
 - Fracture sanitaire (2012)
2. Revue de la littérature scientifique
 - Mensuel Que Choisir Santé
3. Questionnaires de satisfaction
 - Urgences hospitalières (2013, 3 300 avis de lecteurs)
 - Médecin généraliste (2011, 17 700 avis)

Et demain ?

- Quel rôle à l'avenir pour les associations d'usagers dans l'évaluation des pratiques médicales ?
 - Enquêtes de terrain (patient mystère)
 - Consultation pour définir les programmes publics d'évaluation
 - Accompagnement des usagers dans le parcours de soins
- L'ouverture des données publiques... quelles conséquences ?

3 ↘

Comment évaluer au mieux les pratiques des professionnels ?

Gilles Duhamel, membre de la chaire santé de Sciences Po

- **Rémy Bataillon**, Directeur adjoint de la Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à la Haute autorité de santé (HAS)
- **Robert Nicodème**, Professeur de médecine générale et président de la section formation et compétences, Conseil national de l'ordre des médecins
- **Guy Boudet**, Chef du bureau chargé de l'exercice, de la déontologie et du développement professionnel continu des professions de santé à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
- **Una Lane**, Directrice de la direction inscription et revalidation du General Medical Council, Royaume-Uni
- **Mathieu Escot**, Chargé de mission santé à l'UFC-Que Choisir

Jean-François Girard

Président du PRES Sorbonne Paris-Cité

Pourquoi et comment réguler les pratiques médicales ?

Mercredi 5 juin 2013

#pratiques_medicales

 @Strategie_Gouv



wifi.communication
7c1a8741

Colloque

Pourquoi et comment réguler les pratiques médicales ?

Mercredi 5 juin 2013



#pratiques_medicales

 @Strategie_Gouv



wifi.communication
7c1a8741