



La pertinence des soins et des parcours :le défi humain du XXI^e siècle : propos introductifs

Pr L.SCHMITT

Président de la CRSA « OCCITANIE »

Quatre idées essentielles

1. Les avancées technologiques sont sans limites
2. Mais il existe de fortes disparités nationales et régionales dans le soin
3. La CRSA contribue au programme régional de santé
4. Au-delà de la technologies : une éthique de la relation .

Les avancées technologiques sont sans limites

La médecine 4P

Prédictive

Chaque individu (ou groupe d'individus) présente un risque différent de développer une maladie indépendamment du poids des facteurs environnementaux. Ces risques doivent être finement caractérisés.

Préventive

La prévention active du risque doit être développée.

Personnalisée

Ces approches doivent tenir compte des risques individuels.
Approches ciblées.

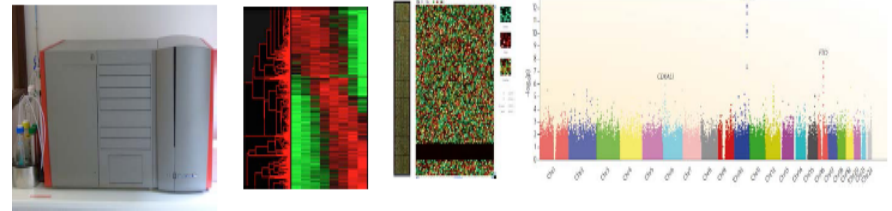
Participative

La participation des patients et/ou des groupes de patients est indispensable pour une prévention et un traitement efficace

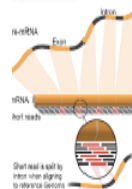
Les révolutions technologiques et de nouveaux métiers préparent le changement de paradigme de la médecine

NGS : les gènes et la régulation de l'expression

Transcriptomique et génotypage



Séquençage haut débit



Evolution extraordinaire des capacités de séquençage du génome et réduction des coûts

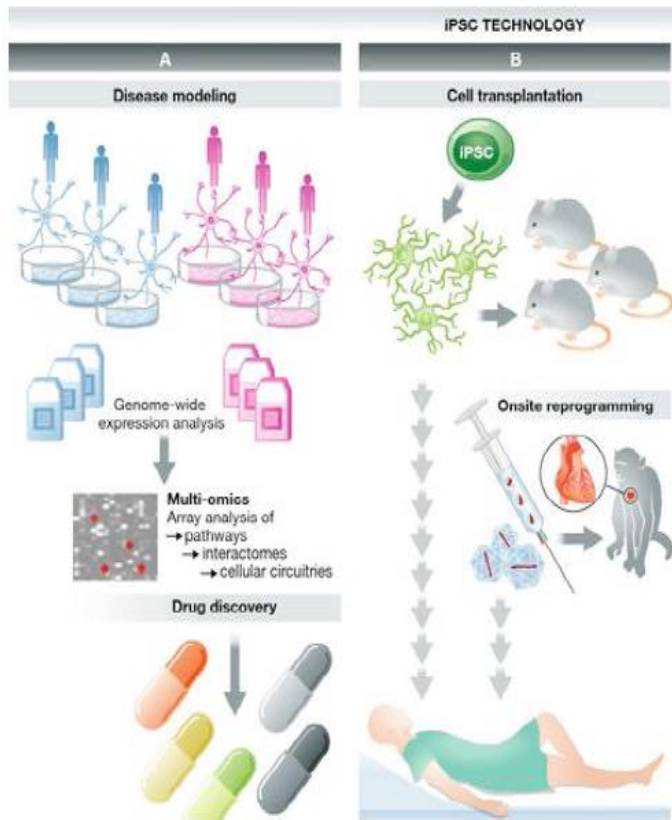
En 2000 : 10 000 \$ pour séquencer 10 millions de paires de bases (3 milliards de \$ le premier génome)

En 2008 : 10 \$ les 10 millions

En 2010 : 1 \$ les 10 millions de paires de bases (3 000 \$ le génome entier, 1000\$ l'exome mais en 2014 : 500 \$)

Le RNA-Seq

Les avancées technologiques sont sans limites



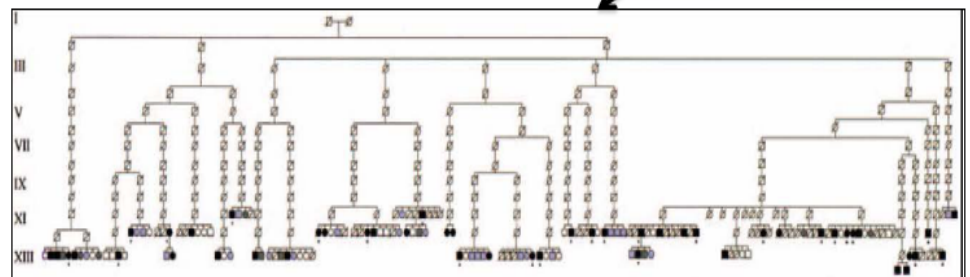
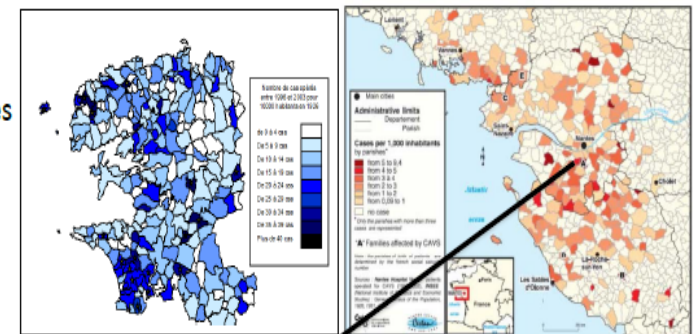
Epidémiologie spatiale, généalogie et identification de variants génétiques dans les maladies dégénératives

Cartes régionales

Prévalence par communes (clusters)

Investigations cliniques

Effect fondateur?

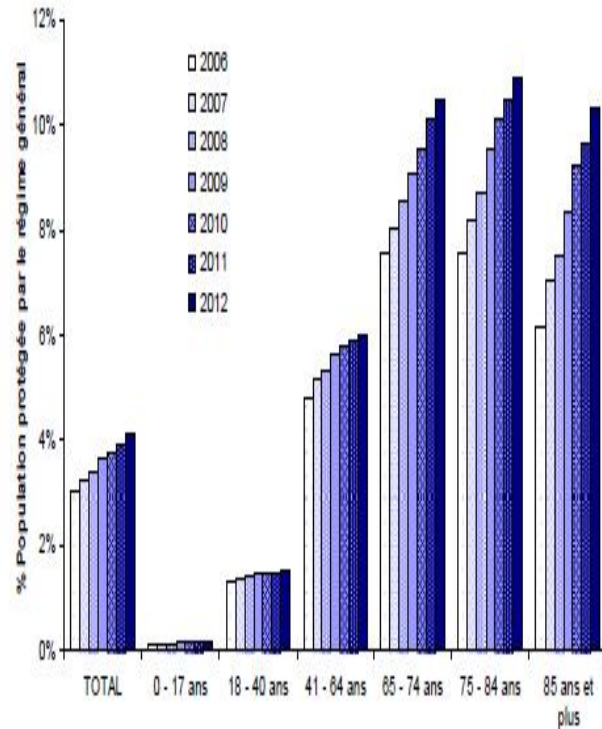


Collaboration Nantes/Rennes/Brest

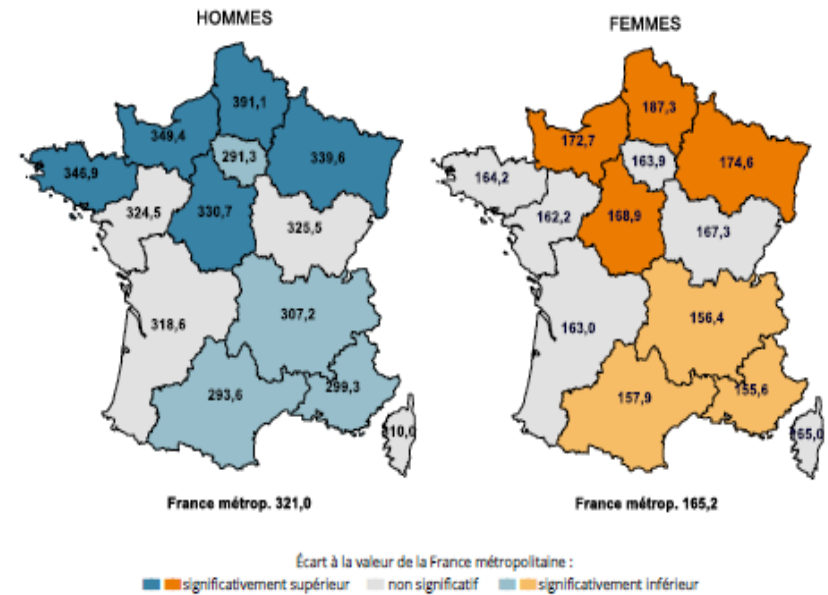
Mais il existe de fortes disparités nationales et régionales dans le soin

sexe (taux habituellement rapporté dans la littérature).

Figure 2. Pourcentage d'utilisateurs de lévothyroxine parmi la population protégée par le régime général par classe d'âge



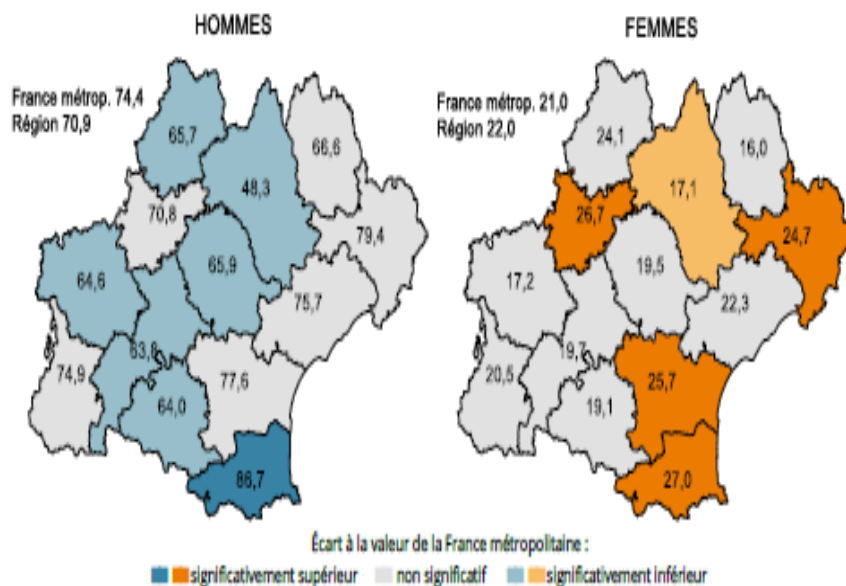
Carte 12. Taux standardisés de mortalité* par cancer en 2011-2013



* Taux standardisés sur la population de la France entière au RP 2006, en moyennes triennales, p. 100 000 hab.
Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation CREAI-ORS Languedoc-Roussillon, ORS Midi-Pyrénées

Mais il existe de fortes disparités nationales et régionales dans le soin

Carte 23. Taux standardisés de mortalité* par cancer du poumon (1) dans les départements d'Occitanie en 2011-2013



(1) CIM 10 C33-C34 (cancers de la trachée, des bronches et du poumon)

* Taux standardisés sur la population de la France entière au RP 2006, en moyennes triennales, p. 100 000 hab.

Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation CREA-ORS Languedoc-Roussillon, ORS Midi-Pyrénées

Tableau 59. Nombre annuel moyen de décès et taux standardisé* de mortalité par maladie d'Alzheimer (1) dans les départements d'Occitanie en 2011-2013

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nb/an	TSM*	Nb/an	TSM*	Nb/an	TSM*
Ariège	26	27,3	60	<u>33,1</u>	86	<u>31,5</u>
Aude	55	<u>26,4</u>	144	<u>37,3</u>	199	<u>33,7</u>
Aveyron	58	<u>30,5</u>	128	<u>37,0</u>	186	<u>35,0</u>
Gard	80	23,2	211	<u>31,5</u>	291	<u>29,1</u>
Haute-Garonne	106	23,3	276	<u>29,3</u>	382	<u>27,5</u>
Gers	35	26,4	76	<u>33,1</u>	111	<u>30,7</u>
Hérault	106	22,1	265	28,3	371	26,1
Lot	24	20,0	60	27,4	84	<u>24,7</u>
Lozère	11	24,0	31	<u>41,4</u>	42	<u>34,0</u>
Hautes-Pyrénées	37	26,2	76	26,7	112	26,7
Pyrénées-Orientales	47	<u>18,1</u>	129	25,7	176	23,3
Tarn	60	24,9	156	<u>34,8</u>	216	<u>31,7</u>
Tarn-et-Garonne	42	<u>32,0</u>	81	<u>33,0</u>	123	<u>32,7</u>
Occitanie	686	<u>24,2</u>	1 692	<u>31,0</u>	2 378	<u>28,8</u>
France métropolitaine	5 583	21,5	14 289	26,8	19 872	25,3

(1) mortalité en diagnostic principal et associé

* Taux standardisés sur la population de la France entière au RP 2006, en moyennes triennales, pour 100 000 hab.

Les taux soulignés diffèrent significativement du taux de la France métropolitaine (en rouge : significativement supérieur)

Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation CREA-ORS Languedoc-Roussillon, ORS Midi-Pyrénées

La CRSA contribue au programme régional de santé

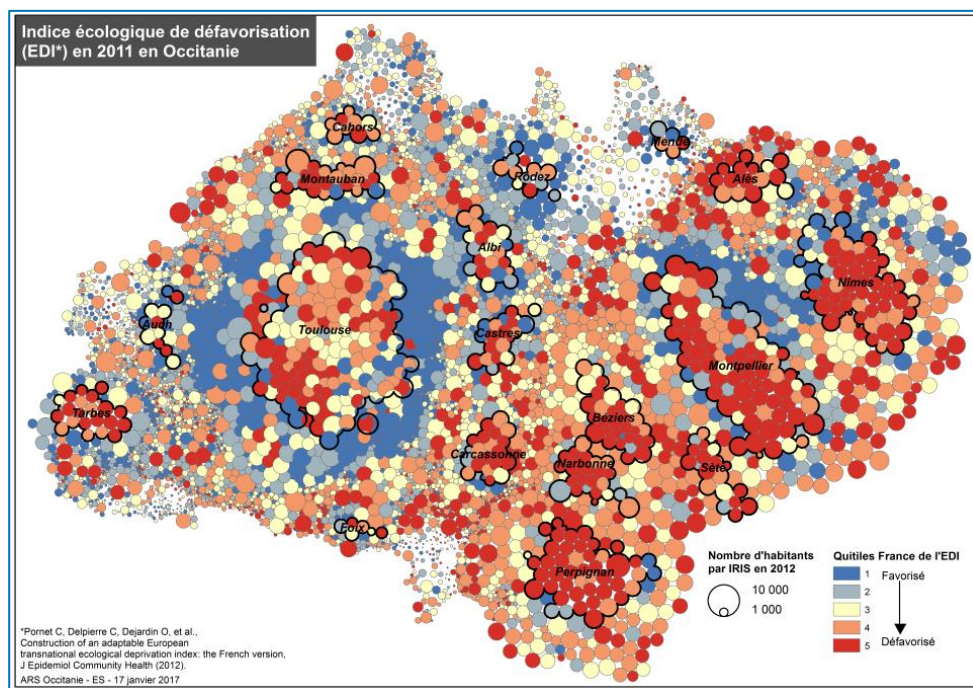
Mesurer les inégalités sociales de santé

Un indicateur écologique de défavorisation calculé à l'IRIS* : l'EDI (European Deprivation Index)

► La défavorisation est particulièrement marquée dans les agglomérations du littoral méditerranéen. Mais si la part des personnes les plus défavorisées (EDI 5) est de 30 % sur la commune de Toulouse et de 75 % sur la commune de Perpignan, en nombre elles sont plus nombreuses sur Toulouse : 133 000 contre 92 000.

L'indice (EDI) est construit au niveau de l'IRIS* et inclut les variables suivantes : surpopulation dans le logement, pas de chauffage central ou électrique, non propriétaire, chômeur, de nationalité étrangère, pas de voiture, ouvrier non qualifié ou agricole, niveau d'études faible et famille monoparentale. C'est un indicateur écologique de défavorisation qui permet d'approcher le niveau de *défavorisation* individuel.

*IRIS : « Ilots regroupés pour l'information statistique », est une zone géographique infra-communale incluant environ 2 000 habitants.



La CRSA contribue au programme régional de santé

- ▶ Les comités territoriaux de santé : CTS
- ▶ Les thèmes traités :
 - 5 parcours : P Agées, P handicapées , Jeunes, Santé mentale, cancer
- **Les thèmes fondamentaux :**
 - La prévention et la gestion des risques environnementaux et sanitaires
 - L'organisation des soins primaires
 - La coordination des acteurs de santé
 - L'efficacité, la qualité et la sécurité des soins
 - La place et les droits des usagers
 - La lutte contre les inégalités de santé
- **Les 7 filières de prise en charge**
 - Soins courants – Soins critiques – Soins non programmés – Examens d'exploration
 - Femme-mère-couple-nouveau-né – Pathologies chroniques et évolutives

Au-delà de la technologies : une éthique de la relation

- Enfin, quel but visons-nous: la généralisation d'une médecine 4.0 (big data et quantified self) ou la ré humanisation de l'ensemble du système, ou les deux?
- La multiplication à l'infini de traitements extrêmement coûteux, réservés à une minorité, ou l'extension de la santé communautaire, qui table sur une vision de l'humain «debout», libre et responsable?
- Souhaitons-nous nous placer sous la tutelle numérique ou (re) donner à chacun la possibilité d'être un sujet de sa propre existence ?
- **Anne Sandoz Dutoit**, lic. en lettres, théologienne
- LE Temps 20 février 2017

Au-delà de la technologies : une éthique de la relation



- L'homme bardé de capteurs , multi connecté , suivant des Mooc d'éducation thérapeutique a besoin d'une aide et d'une relation présenteielle.
- Les personnes vieillissantes ou handicapées à domicile attendent vainement une présence humaine , une discussion , un échange !

Conclusion

- Pertinence des soins et des parcours : enjeux majeurs de la démocratie sanitaire .
- Patients partenaires : invitation à une écoute pour faire évoluer les habitudes médicales
- Instances d'échanges et de dialogues et au-delà modifications mutualisées des aspects du soin .