

Atlas

des variations de pratiques médicales

Recours à dix interventions chirurgicales

Morgane Le Bail, Zeynep Or (Dir.)

Édition 2016

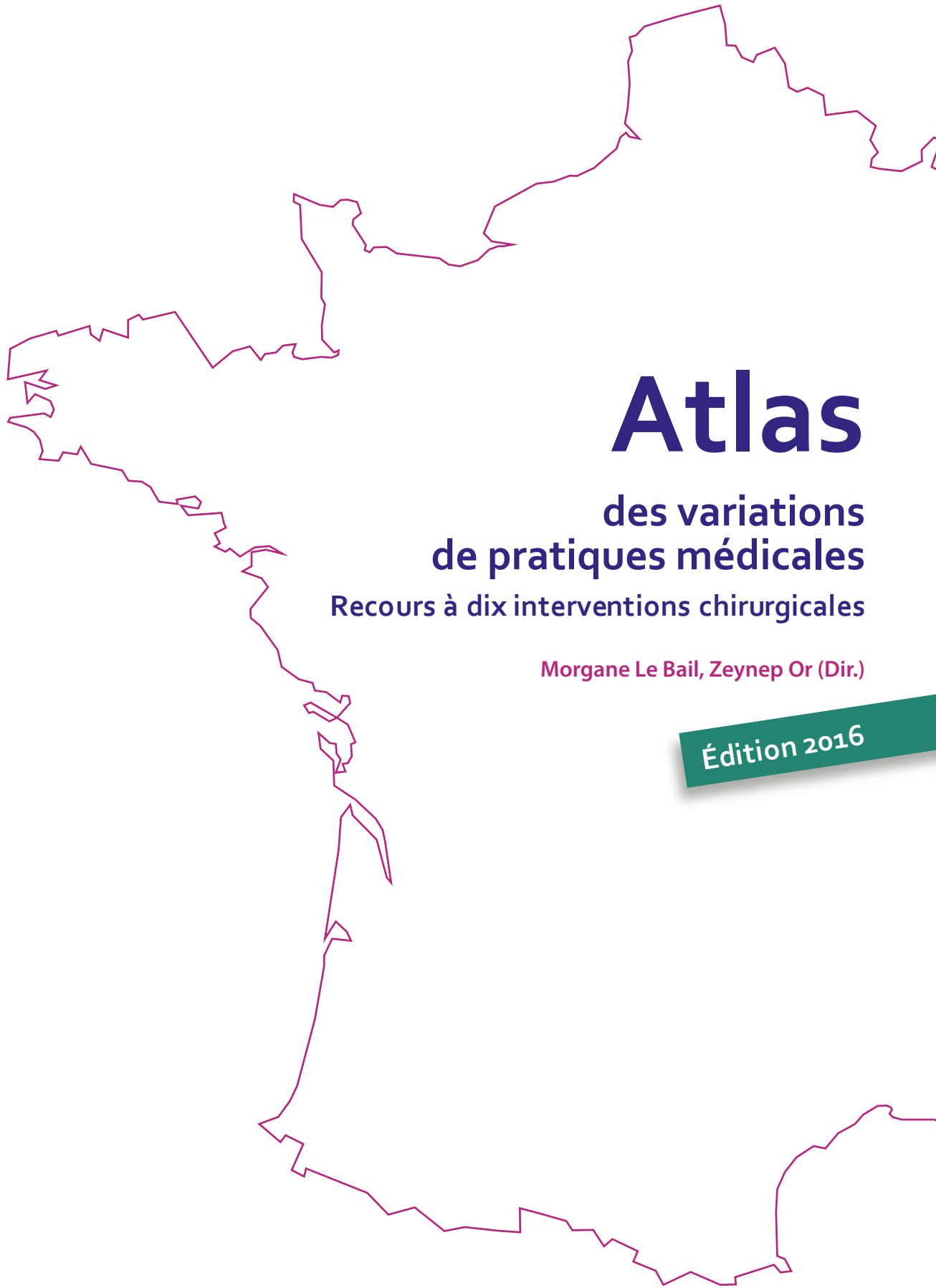
Responsables scientifiques Morgane Le Bail, Zeynep Or (Dir.)
Appui statistique Dorian Verboux
Données Isabelle Hernando, Delphine Hocquette

Directeur de publication Denis Raynaud
Éditrice Anne Evans
Conception graphique Aude Sirvain
Illustrations médicales Sylvie Rochart
Infographies et maquette Franck-Séverin Clérembault
Assistant maquette Damien Le Torrec
Diffusion Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui

Irdes
117bis, rue Manin
75019 Paris
Tél. : 01 53 93 43 00

IRDES
Institut de recherche
et documentation en
économie de la santé

ISBN : 978-2-87812-419-4 (relié)
ISBN : 978-2-87812-420-0 (PDF)
Dépôt légal : novembre 2016
Prix net : 25 €



Atlas

des variations de pratiques médicales

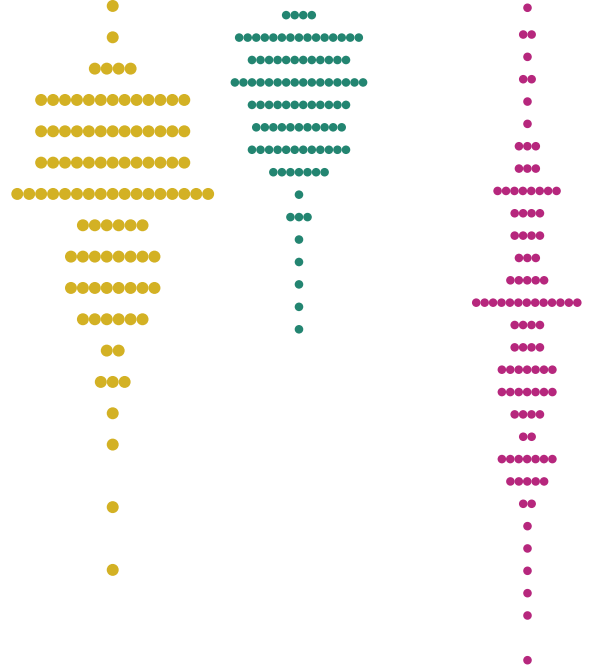
Recours à dix interventions chirurgicales

Morgane Le Bail, Zeynep Or (Dir.)

Édition 2016

Sommaire

Remerciements	5
Préface/Preface	7
Introduction	9
Clés de lecture	13
Pratiques médicales	17
Intervention de référence : chirurgie de la fracture de hanche.....	19
Amygdalectomie ou ablation des amygdales.....	21
Appendicectomie ou chirurgie de l'appendicite	23
Césarienne.....	25
Chirurgie bariatrique ou de l'obésité	27
Chirurgie de la tumeur bénigne de la prostate	29
Chirurgie du syndrome du canal carpien.....	31
Cholécystectomie ou ablation de la vésicule biliaire	33
Hystérectomie ou ablation de l'utérus.....	35
Pose d'une prothèse du genou	37
Thyroïdectomie ou ablation de la thyroïde	39
Bibliographie	41
Annexe	
Codes d'actes et procédures utilisés pour identifier les interventions.....	45
Abréviations et sigles	49
Glossaire	51



Remerciements

Cet atlas a pu être réalisé grâce au concours du groupe technique national Pertinence rassemblant la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), et la Haute Autorité de santé (HAS), ainsi qu'à celui de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes). Il a bénéficié des contributions des médecins membres de sociétés savantes :

- Docteur Christian Castagnola, chirurgien urologue et vice-président de l'Association française d'urologie (AFU)
- Professeur Jean Gugenheim, chirurgien digestif au Centre hospitalier universitaire (CHU) de Nice et président de la Société française et francophone de chirurgie de l'obésité et des maladies métaboliques (SO.FF.CO.MM)
- Professeur Bernard Hédon, gynécologue-obstétricien au CHU de Montpellier et président du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) ainsi que le collectif du CNGOF et de la Société de chirurgie gynécologique et pelvienne (SCGP)
- Professeur Philippe Liverneaux, chirurgien orthopédiste au CHU de Strasbourg et secrétaire général de la Société française de la chirurgie de la main (SFCM)
- Professeur Muriel Mathonnet, chirurgien digestif et endocrinien au CHU de Limoges
- Professeur Bertrand Millat, chirurgien digestif au CHU de Montpellier
- Professeur Fabrice Pierre, gynécologue-obstétricien au CHU de Poitiers
- Docteur Soizick Pondaven, chirurgien oto-rhino-laryngologiste (ORL) au CHU de Tours

- Professeur François Richard, chirurgien urologue à l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP)
- Professeur Karem Slim, chirurgien digestif au CHU de Clermont-Ferrand
- Professeur Gilbert Versier, chirurgien orthopédiste à l'Hôpital d'instruction des armées Bégin

Ce document n'aurait pu voir le jour sans l'appui technique et l'exemple initié par la collaboration internationale, *Wennberg International Collaborative*, grâce à laquelle a émergé l'idée d'un atlas français des variations de pratiques médicales.

Nos remerciements vont également à Cécile Behaghel, Odile Tillon-Fauré et au docteur Arnaud Fouchar, initiateurs du Programme national d'amélioration de la pertinence des soins, ainsi qu'aux membres du comité de pilotage de ce programme. Nous remercions tout particulièrement pour leur relecture attentive :

- Camille Ruiz et Erwan Samyn, DGOS
- Docteur Anne Bataillard, Laëtitia Chossegros et Florence Pinelli, ATIH
- Docteurs Dominique Ruchard et Annie Fouard, Cnamts
- Docteurs Marie-Hélène Rodde-Dunet et Julie Biga, HAS



David C. Goodman
The Dartmouth Institute



John E. Wennberg
The Dartmouth Institute

Preface

The French Atlas of Health Care "Atlas of Medical Practice Variations: The Use of Ten Common Surgical Procedures" is a milestone towards meeting the needs and preferences of French citizens while slowing increases in health care expenditures. How so? Measuring and displaying health care utilization across regions is the first essential step towards population-based surveillance of health care that can provide insights into opportunities for continual improvement. This Atlas reveals striking variation in health care delivery across France. The next steps are inquiry by researchers, physicians, and patients to answer three fundamental questions: 1. What are the causes of variation?; 2. What is the right rate?; and 3. And, how can providers, policy makers, and patients use this information to extend France's great health care system to great health care for all French citizens?

For the past half century, the curious phenomena of variation in medical practice has intrigued and frustrated policy makers and clinicians alike. Early studies by John E. Wennberg demonstrating that U.S. regional and hospital variation was primarily caused by a combination of health care underuse and overuse were largely ignored by other countries who viewed universal insurance and central government leadership as a vaccine against problems of market-based health care. Kim McPherson (1982) challenged this view when he confirmed that, as in the U.S., regional variation in England was not explained by patient needs nor preferences, a pattern later termed "unwarranted variation" by his Dartmouth colleagues. But it was only with the recent release of the 2014 Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) report "Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can be Done to Improve Health Care Performance?" that it

Préface

La publication de l'*Atlas des variations de pratiques médicales : recours à dix interventions chirurgicales* constitue une étape-clé dans la réponse au double enjeu de satisfaire les préférences et les besoins de santé de tous les citoyens français tout en limitant l'augmentation des dépenses de santé. Pourquoi ? Car mesurer et comparer la consommation des soins hospitaliers par territoire ou région est une première étape, essentielle, vers la mise en œuvre d'un suivi du recours aux soins des populations, susceptible de fournir des pistes d'amélioration pour l'avenir de notre système de santé. Cet Atlas révèle des variations notables dans la délivrance des soins médicaux (ou hospitaliers) en France. La prochaine grande étape sera celle de l'analyse de ces données par les chercheurs, les médecins et les patients, afin de répondre à trois questions fondamentales : quelles sont les causes de ces variations ? Où se situe le bon taux ? Comment les professionnels, les décideurs et les patients peuvent-ils utiliser cette information pour s'assurer que la qualité du système de soins français est également synonyme de qualité des soins pour tous les Français ?

Au cours des cinquante dernières années, la singularité du phénomène de variation des pratiques médicales a surpris et interrogé tant les décideurs que les professionnels. Les premières études de John E. Wennberg démontrant que les variations régionales de recours à l'hôpital aux États-Unis s'expliquent à la fois par une sous-utilisation et une sur-utilisation des soins de santé ont été souvent ignorées dans d'autres pays. En effet, pour de nombreux pays, le caractère universel et centralisé d'un système de santé suffit à le protéger contre toutes les dérives des systèmes de santé régulés par le marché. Kim McPherson (McPherson, 1982) a contesté ce point de vue lorsqu'elle a démontré qu'à l'instar des États-Unis, les variations régionales au Royaume-Uni n'étaient expliquées ni par les besoins ni par les

has become clear that health care variation has no exceptions. Regional medical practice variation is found in every country that has measured utilization, costs, and outcomes. And in no country have differences in population health status or preferences fully explained the variation. The basic fact is that in every country, well-trained and well-intentioned clinicians unknowingly provide different quantities of care of varying quality across regions.

The responsibility of responding to unwarranted variation rest with three parties. Government and national health care organizations have an obvious accountability to evolve policies and incentives to promote better and more efficient care. Change in the complex systems of health care is also greatly accelerated when clinicians lead research and improvement efforts. Better than any policymaker, doctors and nurses understand the barriers to better care and the means for motivating professional engagement. Finally, and most importantly, it is patients who know the right diagnostic or therapeutic option to meet their own health goals. It is the partnership of all three that can promote care that patients want and need, and reduce care that has little value to patients and considerable waste to France's national budget.

David C. Goodman

John E. Wennberg

The Dartmouth Institute
for Health Policy and Clinical Practice

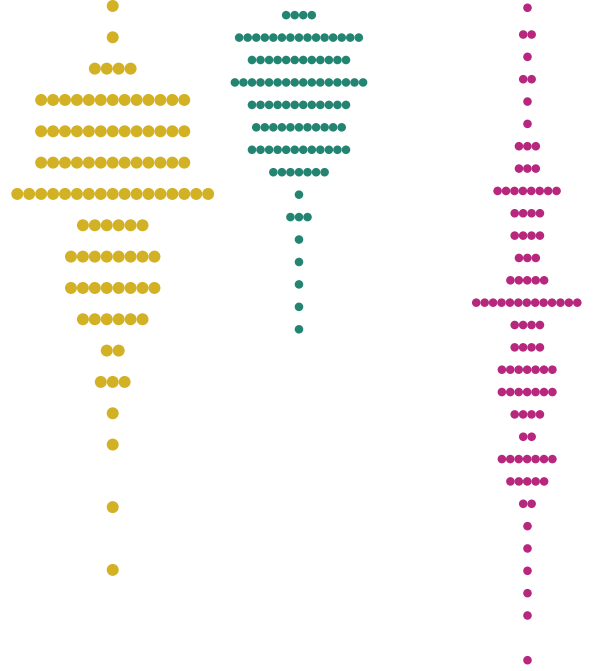
préférences des patients, un phénomène qualifié plus tard de « variations injustifiées » par ses collègues de l'Université de Dartmouth. Mais ce n'est qu'avec la publication en 2014 du rapport de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) *"Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health Care Performance?"* (*Variations géographiques des soins médicaux : que savons-nous et que pouvons-nous faire pour améliorer la performance des soins de santé ?*) qu'il est apparu clairement que la variation des soins était un phénomène global. Les variations régionales des pratiques médicales s'observent dans tous les pays ayant mesuré les taux de recours, les coûts et les résultats. Et aucun pays ne peut expliquer entièrement cette variabilité par des différences en termes d'état de santé de la population ou de préférences individuelles. Partout, des praticiens bien formés et bien intentionnés dispensent sans le savoir des quantités différentes de soins de qualité variables selon les territoires.

Remédier à ces variations injustifiées relève de la responsabilité de trois grands acteurs. Les pouvoirs publics et les organisations nationales de santé ont une responsabilité évidente dans l'élaboration des politiques et des incitations diverses visant à promouvoir des soins plus efficaces et de meilleure qualité. Dans nos systèmes de santé complexes, le changement est également grandement favorisé par les actions de recherche et d'amélioration des pratiques menées directement par les professionnels de santé. Mieux que n'importe quel décideur, les médecins et les soignants sont à même de comprendre les obstacles à l'amélioration des soins et les différents leviers de mobilisation des professionnels. Enfin et surtout, ce sont les patients qui sont les plus à même de juger de l'option la plus adaptée au regard de leurs propres attentes en termes de santé. C'est bien le partenariat entre ces trois acteurs-clés qui contribuera à promouvoir des soins de qualité répondant aux besoins des patients, à réduire l'incidence des procédures à faible valeur ajoutée et à améliorer l'efficacité des soins de santé.

David C. Goodman

John E. Wennberg

The Dartmouth Institute
for Health Policy and Clinical Practice



Introduction

Pourquoi l'étude des variations de pratiques médicales est-elle importante ?

Les études provenant de nombreux pays montrent que les patients qui ont des pathologies similaires sont soignés de façon très différente selon leur lieu d'habitation (OCDE, 2014). Lorsqu'elles ne sont pas justifiées par le besoin des patients, les variations de pratiques médicales posent un problème de nature éthique, thérapeutique et économique. Elles soulèvent la question de la qualité des soins dispensés, de l'équité d'accès aux soins et de l'efficacité dans l'allocation de ressources humaines et financières limitées. Les usagers et les patients doivent connaître les alternatives thérapeutiques les plus appropriées à leur état de santé et disposer des informations nécessaires pour décider, avec les professionnels de santé, des meilleures options relatives à leur prise en charge médicale.

Un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il est dispensé en adéquation avec les besoins du patient, conformément aux données actuelles de la science, aux recommandations des sociétés savantes, nationales et internationales (WHO, 2000 ; Fouchard, 2015). La pertinence des soins pour un patient donné est établie si ses symptômes, son état physique et les résultats des tests diagnostiques indiquent qu'il devrait bénéficier d'un traitement donné (Lavis *et al.*, 1996). Les bénéfices en termes de santé d'un traitement devraient dépasser les risques associés : un traitement non pertinent n'a pas d'utilité pour le patient mais, au contraire, peut nuire à sa santé. Pour une situation clinique donnée, la pertinence d'un soin est aussi évolutive car un soin pertinent hier peut ne plus l'être aujourd'hui du fait de l'évolution des connaissances, des techniques et de l'organisation des soins. Le système de santé vise à réduire au minimum les soins inappropriés. Pour mesurer objectivement la pertinence des soins fournis,

il faut comparer les tendances observées à des critères explicites sur les soins pertinents.

Les taux de recours aux soins de la population, calculés sur un territoire donné (région, département, territoire de santé), sont naturellement le reflet des besoins de soins de la population locale mais également de l'organisation de l'offre, de la disponibilité des lits et des médecins ainsi que de leurs pratiques médicales. De nombreux pays produisent des atlas de recours aux soins afin d'interroger systématiquement les variations de pratiques, d'informer le grand public et de sensibiliser les professionnels (OCDE, 2014). C'est d'ailleurs souvent la première étape mise en œuvre pour un diagnostic global en vue de contribuer à l'amélioration de la pertinence des soins.

Comment interpréter les variations de taux de recours à différentes interventions ?

Même si la pratique médicale s'appuie souvent sur des recommandations et des tests diagnostiques visant à cibler l'origine de la pathologie et préciser les avantages et risques de différents traitements pour un patient donné, une incertitude perdure. Ainsi les habitudes de prises en charge peuvent varier parmi les professionnels de santé et contribuer à la variation dans les soins fournis et consommés.

Dans la littérature relative à la variabilité des pratiques médicales, on distingue en général trois catégories de soins au regard de leur pertinence (OCDE, 2014 ; Skinner, 2012 ; Or et Verboux, 2015) :

- **les soins efficaces** pour lesquels il existe des preuves solides de l'efficacité et/ou de coût-efficacité avec un consensus général sur leurs conditions d'utilisation (par la population concernée par le traitement) ;
- **les soins dont le bénéfice net est incertain**

et inégal selon les groupes de patients. Cette catégorie comprend les interventions ou soins de santé pour lesquels l'efficacité ou le rapport coût-efficacité a été démontré pour un sous-groupe de patients, mais dont certains effets secondaires se révèlent plus importants que les avantages estimés pour les autres patients ;

• **les soins dont l'efficacité n'a pas été démontrée** et pour lesquels le bénéfice marginal est très faible, voire négatif pour certains patients.

Un tel cadre peut être utile, non seulement pour aider à expliquer les variations, mais aussi pour identifier les domaines où diriger les efforts afin de réduire les écarts injustifiés. Les interventions qui rentrent dans les deux dernières catégories sont aussi définies par Wennberg (2016 ; 2002 ; 1993) comme **sensibles à la préférence des patients et à l'offre de soins**. C'est-à-dire que lorsque des alternatives de prises en charge présentent différents risques et avantages, le choix thérapeutique peut varier d'un patient à l'autre. Les variations peuvent ainsi refléter des différences dans les préférences des patients ou celles du praticien puisque l'avis médical influence directement la décision des patients. Elles peuvent enfin et également trouver leur origine dans la disponibilité de l'offre et le coût du traitement pour le patient. Bien que les « taux appropriés » pour ces activités soient par essence difficiles à définir, des taux extrêmes (très élevés ou très faibles) interrogent et poussent à étudier les territoires concernés.

Pourquoi un Atlas ?

L'Atlas doit tout d'abord permettre de communiquer autour des variations de pratiques médicales. Cette information constitue le préalable à tout questionnement. En effet, des études ont démontré que les pratiques médicales évoluent lorsque les médecins et les autres professionnels de santé disposent de l'information pour comparer leurs propres pratiques (NHS, 1993).

En France, les données sur l'utilisation des services de soins hospitaliers sont produites en routine et sont accessibles sur ScanSanté, la plateforme de restitution de données de l'ATIH (www.scansante.fr ; Bensedon, 2015). Cet Atlas vise à en faciliter la lecture et la compréhension tant par les professionnels de santé que par le grand public : il permet d'illustrer et de comparer des écarts de variations et ainsi d'interroger les déterminants des variations observées.

L'Atlas est donc conçu pour s'adresser aux :

- professionnels de santé pour les inciter à se comparer et à questionner leurs pratiques. En tant que prescripteurs, ils sont les plus à même d'apporter l'éclairage nécessaire à la bonne compréhension du soin et de sa pertinence en présentant aux patients la prise en charge proposée ainsi que ses alternatives en fonction de critères objectifs ;
- usagers du système de soins afin de les sensibiliser à la notion de pertinence des soins et de les informer des pratiques médicales qui peuvent varier d'un territoire à l'autre ;
- institutions de santé et chercheurs (de toute discipline) pour les encourager à apporter des informations objectives permettant de mieux comprendre les déterminants des variations observées et leurs implications sur le système de santé.

L'Atlas doit ainsi permettre d'améliorer la qualité et la pertinence des soins en santé et d'assurer l'équité d'accès aux soins par une mise en contexte de l'information sur les variations des pratiques au niveau des territoires.

Que propose cet Atlas ?

Au plan national, 33 thématiques ont été identifiées comme prioritaires pour l'élaboration d'outils et de référentiels nationaux susceptibles de réduire les variations de pratiques médicales (www.social-sante.gouv.fr/pertinence). Ces priorités ont été identifiées selon plusieurs critères : un volume important (supérieur à 20 000 actes par an), une tendance à la hausse, des variations importantes entre les régions en termes de taux de recours. Cette liste a été confrontée aux travaux de la Cnamts et à la littérature nationale et internationale démontrant tout l'intérêt de cette sélection.

Ce premier Atlas national se concentre sur dix thématiques parmi ces 33 priorités nationales :

- Amygdalectomie ou ablation des amygdales
- Appendicectomie ou chirurgie de l'appendicite
- Césarienne
- Chirurgie bariatrique ou de l'obésité
- Chirurgie de la tumeur bénigne de la prostate
- Chirurgie du syndrome du canal carpien
- Cholécystectomie ou ablation de la vésicule biliaire
- Hystérectomie ou ablation de l'utérus
- Pose d'une prothèse du genou
- Thyroïdectomie ou ablation de la thyroïde

A ces dix thématiques s'ajoute une intervention de référence, la chirurgie de la fracture de hanche, pour laquelle il existe relativement peu de variations dans

les indications et prises en charge. Cette référence permet ainsi de faciliter l'interprétation des ampleurs des variations des autres interventions.

Ces dix interventions ont été sélectionnées car identifiées dans la littérature internationale comme « sensibles à l'offre de soins » et pour lesquelles les prises en charge sont variables selon les patients. De nombreuses références de la littérature existent (Corallo *et al.*, 2014). Les thématiques sélectionnées correspondent aussi souvent à des actes pour lesquels la HAS élabore des recommandations et la Cnamts propose des outils destinés à accompagner les changements de pratiques, et pour lesquels les ARS ont engagé des actions de suivi et de régulation des pratiques.

Ces interventions chirurgicales présentent l'avantage d'être plus facilement évaluable en termes d'indication de prise en charge et donc de pertinence des soins. En effet, contrairement à une prise en charge globale et multidisciplinaire de type maladie chronique (comme par exemple, la broncho-pneumopathie chronique obstructive*), le geste chirurgical est un bon repère dans le parcours de soins, facilitant l'étude du parcours préopératoire ayant conduit à la décision thérapeutique (ainsi que le devenir postopératoire).

Organisé en doubles-pages par intervention, cet Atlas propose des cartes illustrant et permettant de comparer les variations de pratiques selon les départements. Il comporte également des éléments de mise en perspective (problématique et recommandations lorsqu'elles sont disponibles). Chaque intervention chirurgicale est ainsi présentée à travers la prise en charge usuelle, ses avantages et inconvénients et les alternatives possibles. En effet, le processus de décision d'une prise en charge reste adapté à chaque situation individuelle en fonction des caractéristiques et choix du patient tout en vérifiant l'équilibre bénéfice/risque des différentes alternatives thérapeutiques. Lorsqu'elles sont disponibles, des recommandations nationales sont également référencées pour les thématiques. Par ailleurs, un glossaire des termes techniques utilisés (signalés par un astérisque*) est proposé à la fin de cet Atlas de même qu'une bibliographie pour approfondir les sujets traités.

Comment mesurer la variation ?

La variation statistique ou la dispersion peut être mesurée de nombreuses façons. On peut comparer simplement les valeurs extrêmes ou calculer des mesures plus complexes qui tiennent compte de la distribution de l'ensemble des valeurs. Les statistiques les plus couram-

* Voir glossaire en fin de volume, page 51.

Mesures de la variation

Ratio (max/min)

Le rapport de la valeur (le taux) la plus élevée à la valeur la plus basse. Une mesure intuitive et facile à comprendre mais très influencée par des valeurs extrêmes.

Ratio (P90/P10)

Le rapport de la valeur du neuvième (90^e percentile) au premier décile (10^e percentile). Intuitive et moins influencée par les valeurs extrêmes, mais toujours concentrée sur quelques observations seulement.

Écart-type

Le degré de dispersion de données par rapport à la moyenne. C'est le paramètre de dispersion absolue le plus utilisé en statistique. Sa signification n'est cependant pas évidente (moyenne quadratique des écarts à la moyenne).

Coefficient de variation

Le rapport de l'écart-type à la moyenne peut être utilisé pour comparer la variation entre les données avec différentes unités. Il est plus facile à interpréter (varie entre 0 % et 100 %), mais peut être sensible à de faibles changements si la moyenne est proche de 0.

ment utilisées sont les ratios des valeurs ou quotients extrêmes (étendue, quintile ou quartile), l'écart-type et le coefficient de variation. L'encadré « Mesures de la variation », ci-dessus, présente les caractéristiques des mesures utilisées dans cet Atlas pour en faciliter la compréhension.

Une des difficultés majeures de la mesure de variation repose sur l'ajustement des variations aux besoins de soins des populations. Les taux d'utilisation des soins varient naturellement d'un territoire à l'autre en fonction des différences épidémiologiques et du profil démographique de la population. S'il est difficile d'établir les profils épidémiologiques des territoires, l'âge est généralement corrélé au besoin de soins de santé. Le recours au soin est également lié au genre, les femmes et les hommes ayant des problèmes de santé différents. Afin de s'assurer que les différences observées entre les territoires ne sont pas dues à des différences dans le profil d'âge et/ou de sexe entre les populations, les taux sont ici « standardisés » par structure d'âge (par groupes de cinq ans) et de sexe.

La démarche

Ce premier Atlas national a été élaboré grâce à une collaboration entre la DGOS, l'Irdes et les membres du groupe technique national Pertinence des soins, notamment l'ATIH, la Cnamts et la HAS. Il s'agissait de s'appuyer sur les travaux déjà menés en France re-

latifs à l'amélioration de la pertinence des soins (Le Bail, 2015). La liste des interventions étudiées a été établie conjointement par un groupe de travail réunissant l'ensemble de ces partenaires. Les données concernant le recours à différentes interventions sont produites par l'ATIH. Les taux standardisés ont été calculés par l'Irdes et l'ATIH.

Les médecins de collèges nationaux, ayant participé à des travaux de la Cnamts ou de la HAS, ont été sollicités pour apporter un contexte et un éclairage médical sur les interventions concernées. L'Irdes et la DGOS se sont appuyés sur ces éléments pour conduire le processus éditorial et de fabrication de cet Atlas. Les membres du comité de pilotage de la Pertinence des soins ont, pour leur part, assuré la relecture et la validation des informations.

Morgane Le Bail

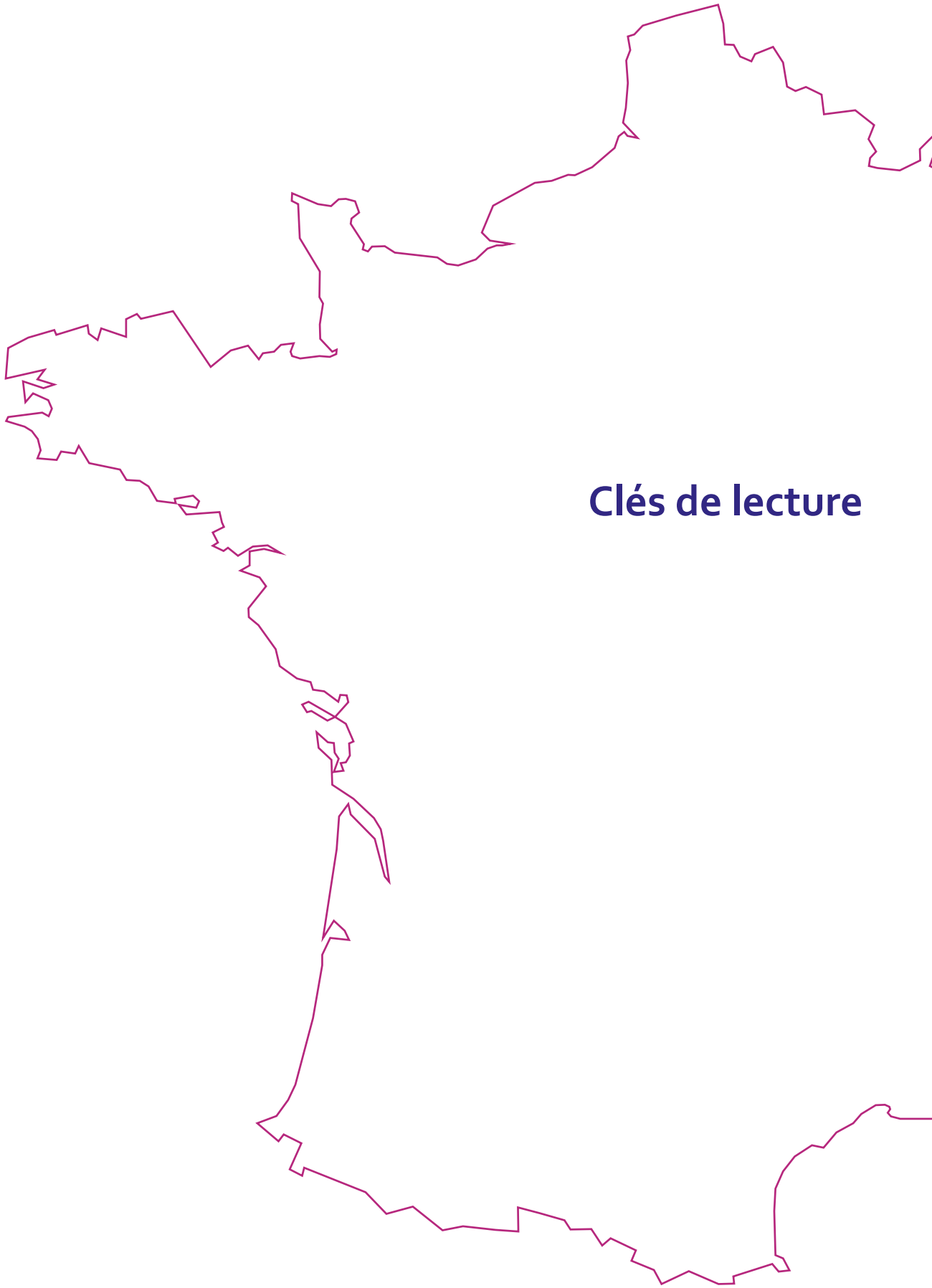
Conseillère médicale, DGOS

Zeynep Or

Directrice de recherche, Irdes

La suite

Ce premier Atlas en appelle d'autres. Outre sa mise à jour, il serait important d'enrichir les domaines couverts et d'étudier les variations en termes de qualité des prises en charge à la fois à l'hôpital et en ville à partir d'indicateurs plus directs comme : les taux d'hospitalisations potentiellement évitables, les taux de réadmissions ou le mésusage des médicaments. L'approche retenue par taux de recours ne peut à elle-seule rendre compte de la complexité des comportements de consommation et d'offre de soins mais reste une première approche essentielle servant de point d'appui au développement de réflexions et travaux futurs sur le sujet.



Clés de lecture

Cet Atlas exploite les données hospitalières du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), données issues du codage des actes et des diagnostics pour chaque séjour hospitalier. Les taux de recours et de pratiques relatifs à dix interventions chirurgicales sont analysés au niveau des départements dans lesquels résident les patients pour en comparer les variations. Les patients concernés par chaque intervention sont identifiés en fonction des actes réalisés au cours de leurs séjours à l'hôpital en considérant, lorsque nécessaire, les diagnostics principaux (cf. Annexe, page 45). Les données sont constituées du nombre de séjours comprenant les actes chirurgicaux liés à la prise en charge de la pathologie en question. Le département a été choisi comme unité d'analyse géographique parce qu'il est l'unité administrative pour laquelle un maximum d'informations est disponible et que les épisodes menant à l'intervention à l'hôpital sont souvent liés à l'organisation des soins et à la culture médicale des professionnels locaux. Les départements et leurs numéros administratifs sont présentés dans la carte page 16. Ces numéros qui identifient les départements sont utilisés pour présenter les données tout au long de l'Atlas. Pour chaque intervention, les cartes permettent de visualiser la distribution spatiale des taux de recours standardisés par département en considérant la distribution moyenne des valeurs (discretisation selon l'écart-type).

Les taux de recours rapportent le nombre d'interventions à la population du département selon le lieu de résidence du patient (et non au département où le traitement est fourni). Les taux départementaux pour chaque intervention donnent ainsi la part des personnes opérées dans la population du département. Ces taux sont standardisés pour corriger l'effet de la structure d'âge et de sexe par rapport à la répartition nationale. Le taux national rapporte le nombre d'interventions à la population nationale, donnant ainsi la moyenne pondérée de recours à une intervention donnée.

Les variations pour les dix chirurgies abordées dans cet Atlas ainsi que pour l'intervention de référence (chirurgie de la fracture de hanche) sont résumées dans le graphique ci-contre. Pour une intervention donnée (axe des ordonnées), chaque point correspond à un département et donne le taux de recours standardisé pour 100 000 habitants, sauf indication. Le nombre de séjours en 2014, le taux moyen au niveau national ainsi que l'écart-type (statistique de variations) sont présentés pour chaque intervention sous le graphique. Plus la valeur de l'écart-type est élevée, plus la dispersion entre les départements est forte.

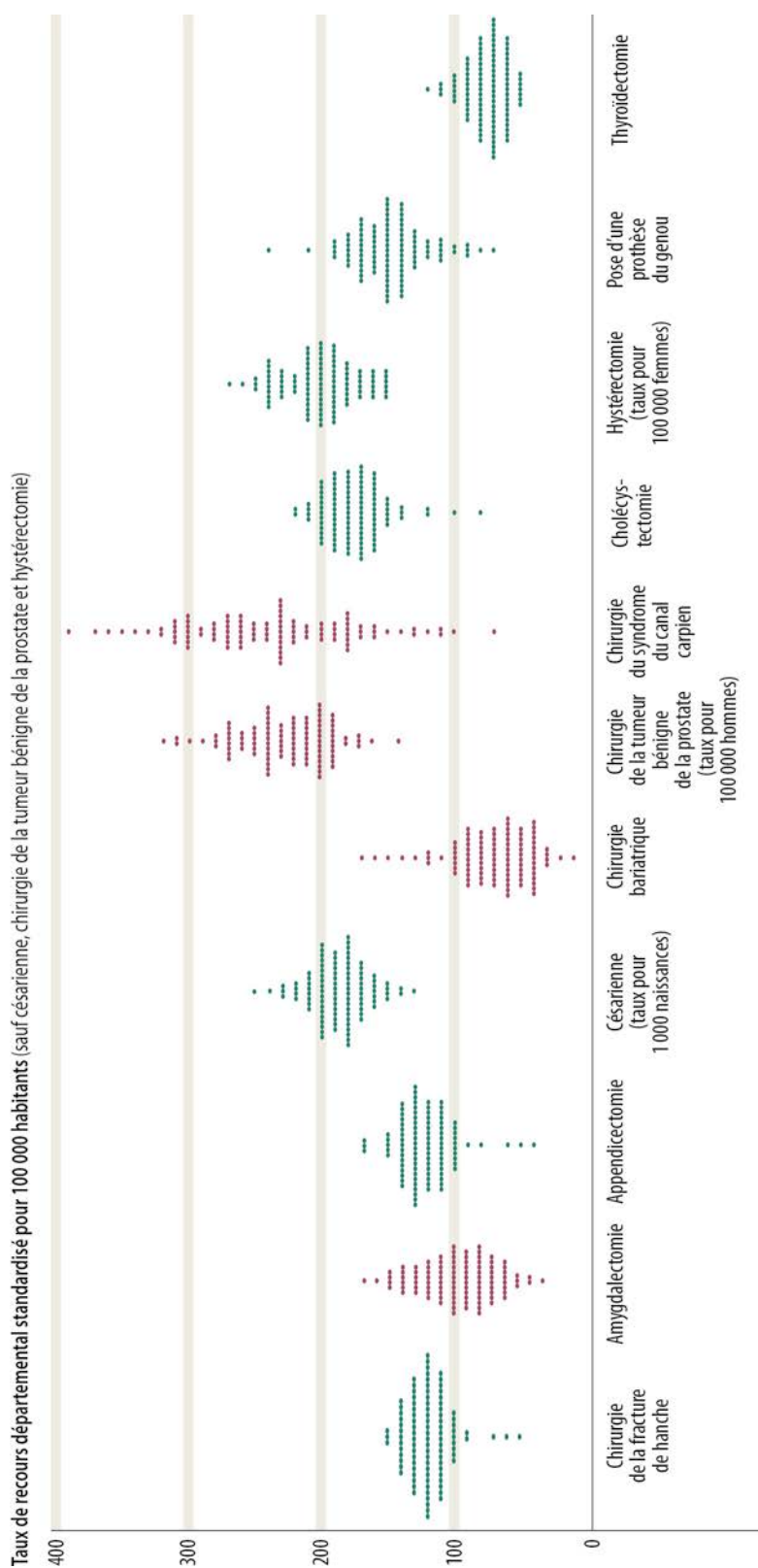
Les interventions chirurgicales ont été classées par ordre alphabétique. Le taux national de la chirurgie de la fracture de hanche, la pathologie de référence, est de 119 pour 100 000 habitants en 2014 et, comme attendu, les variations départementales pour cette intervention sont relativement faibles (écart-type = 0,17). Toutefois trois départements (en bas du graphique), les départements d'outre-mer Antilles et Guyane, affichent des taux beaucoup plus faibles que la moyenne nationale (cf. page 18). La chirurgie de la thyroïde ou thyroïdectomie est l'intervention présentant les plus faibles amplitudes et variations, inférieures à celles de la pathologie de référence (écart-type = 0,15). Les deux interventions présentant les disparités les plus élevées sont la chirurgie du canal carpien et la tumeur bénigne de la prostate (écarts-types respectivement à 0,62 et 0,35) suivis de la chirurgie bariatrique et de l'amygdalectomie (0,30 et 0,29).

En 2014, 143 744 hospitalisations ont eu lieu pour chirurgie du syndrome du canal carpien. Cette intervention enregistre le deuxième plus fort taux national : 220 pour 100 000 habitants et la plus grande dispersion des taux de recours par départements (écart-type à 0,62). Les taux de chirurgie du syndrome du canal carpien varient ainsi de 66 séjours pour 100 000 habitants dans le département de la Réunion à 386 dans celui de la Meuse (cf. page 31).

Dans les graphiques illustrant les taux de recours de chaque intervention chirurgicale, les départements qui présentent les taux de recours extrêmes (les cinq plus élevés et les cinq plus faibles) sont systématiquement signalés en couleur plus foncée.

En examinant la répartition territoriale du recours à une dizaine d'interventions chirurgicales en guise d'exemples, cet Atlas montre que les variations de pratiques médicales sont omniprésentes et persistent même pour des interventions courantes dont l'efficacité est reconnue. L'existence de variations entre départements pour des traitements efficaces cliniquement, comme la chirurgie de la fracture de hanche, peut être une indication de l'inégalité d'accès aux soins, si les taux de recours sont associés aux conditions socio-économiques. En revanche, les variations concernant des interventions chirurgicales dont l'efficacité reste incertaine pour certains patients reflètent aussi les choix différents des patients et des cliniciens ainsi que la diversité d'offre de soins. Comprendre les causes de ces variations et en vérifier la justification est indispensable pour assurer la qualité, l'efficacité et l'équité des soins fournis.

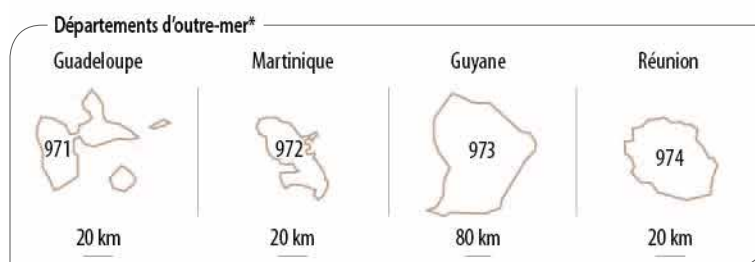
Variation des taux de recours à différentes pratiques chirurgicales en France en 2014



Source : PMSI-MCO 2014. Exploitation : ATIH-Irdes © Irdes 2016

Liste et carte des départements français

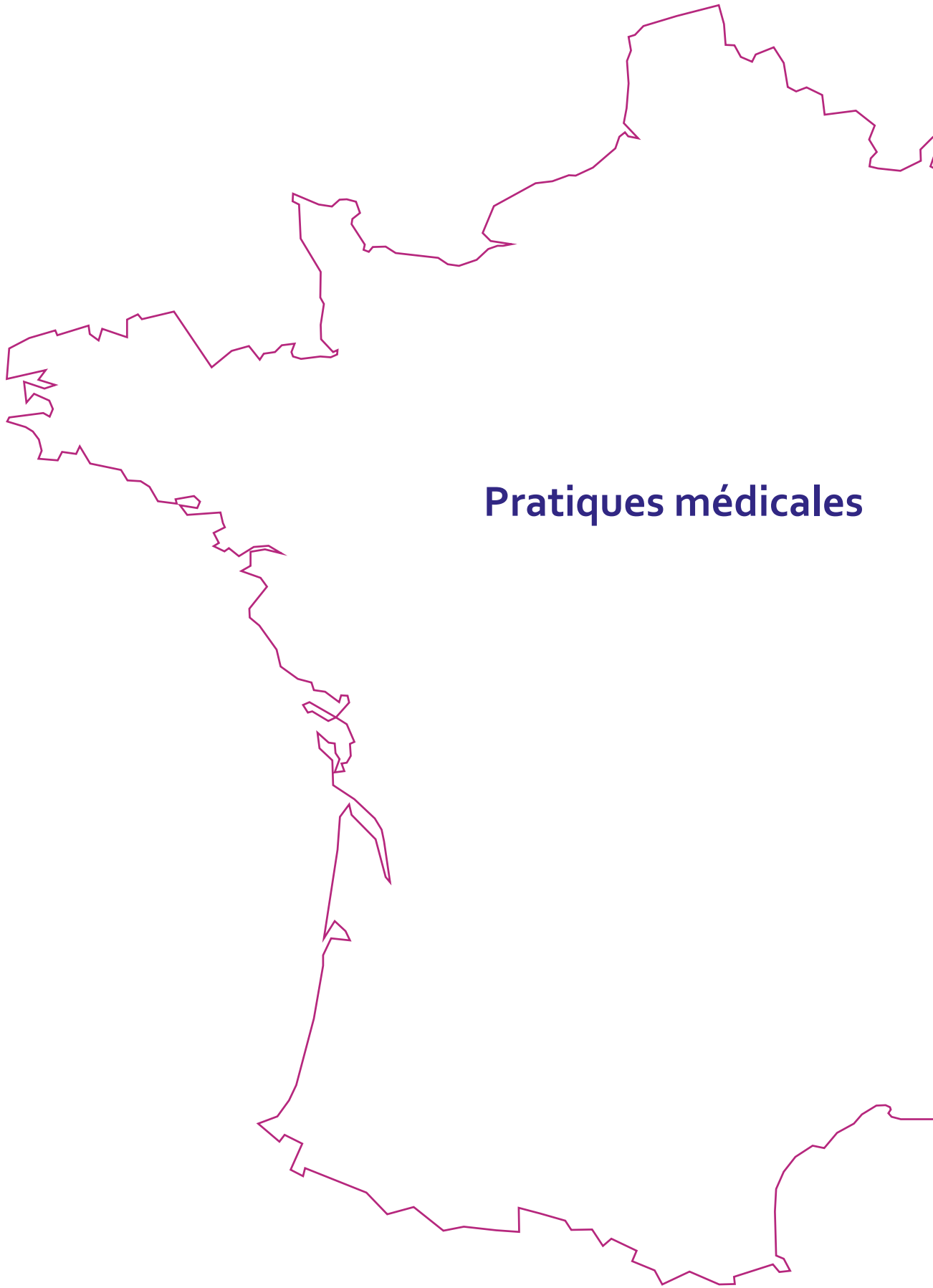
- 01 Ain
- 02 Aisne
- 03 Allier
- 04 Alpes de Haute-Provence
- 05 Hautes-Alpes
- 06 Alpes-Maritimes
- 07 Ardèche
- 08 Ardennes
- 09 Ariège
- 10 Aube
- 11 Aude
- 12 Aveyron
- 13 Bouches-du-Rhône
- 14 Calvados
- 15 Cantal
- 16 Charente
- 17 Charente-Maritime
- 18 Cher
- 19 Corrèze
- 2A Corse-du-Sud
- 2B Haute-Corse
- 21 Côte-d'Or
- 22 Côtes d'Armor
- 23 Creuse
- 24 Dordogne
- 25 Doubs
- 26 Drôme
- 27 Eure
- 28 Eure-et-Loir
- 29 Finistère
- 30 Gard
- 31 Haute-Garonne
- 32 Gers
- 33 Gironde
- 34 Hérault
- 35 Ille-et-Vilaine
- 36 Indre
- 37 Indre-et-Loire
- 38 Isère
- 39 Jura
- 40 Landes
- 41 Loir-et-Cher
- 42 Loire
- 43 Haute-Loire
- 44 Loire-Atlantique
- 45 Loiret
- 46 Lot
- 47 Lot-et-Garonne
- 48 Lozère
- 49 Maine-et-Loire
- 50 Manche
- 51 Marne
- 52 Haute-Marne
- 53 Mayenne
- 54 Meurthe-et-Moselle
- 55 Meuse
- 56 Morbihan
- 57 Moselle
- 58 Nièvre
- 59 Nord
- 60 Oise



* Mayotte n'a pas pu figurer dans cet Atlas en raison de données incomplètes.

© Irdes 2016

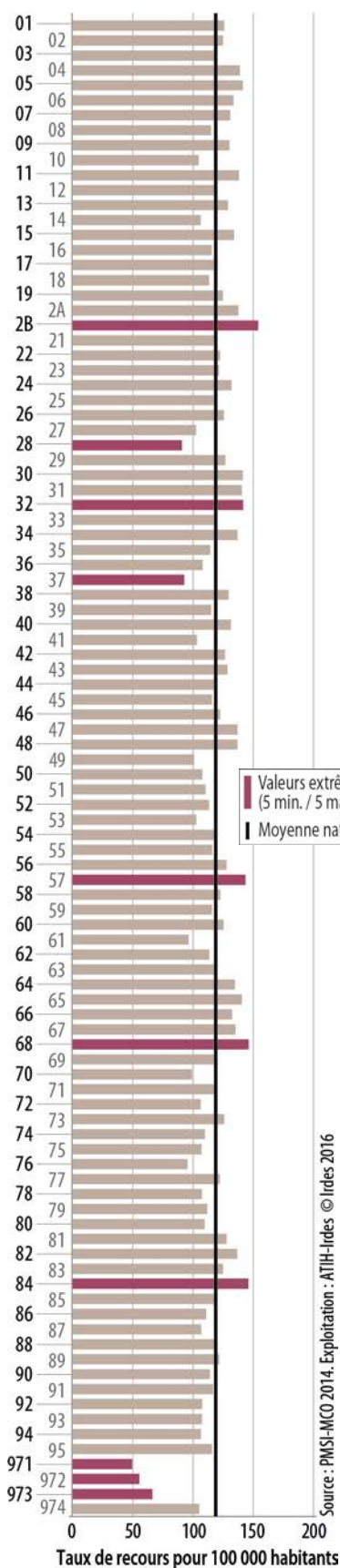
- | | | |
|-------------------------|--------------------|--------------------------|
| 61 Orne | 74 Haute-Savoie | 87 Haute-Vienne |
| 62 Pas-de-Calais | 75 Paris | 88 Vosges |
| 63 Puy-de-Dôme | 76 Seine-Maritime | 89 Yonne |
| 64 Pyrénées-Atlantiques | 77 Seine-et-Marne | 90 Territoire-de-Belfort |
| 65 Hautes-Pyrénées | 78 Yvelines | 91 Essonne |
| 66 Pyrénées-Orientales | 79 Deux-Sèvres | 92 Hauts-de-Seine |
| 67 Bas-Rhin | 80 Somme | 93 Seine-Saint-Denis |
| 68 Haut-Rhin | 81 Tarn | 94 Val-de-Marne |
| 69 Rhône | 82 Tarn-et-Garonne | 95 Val-d'Oise |
| 70 Haute-Saône | 83 Var | 971 Guadeloupe |
| 71 Saône-et-Loire | 84 Vaucluse | 972 Martinique |
| 72 Sarthe | 85 Vendée | 973 Guyane |
| 73 Savoie | 86 Vienne | 974 La Réunion |



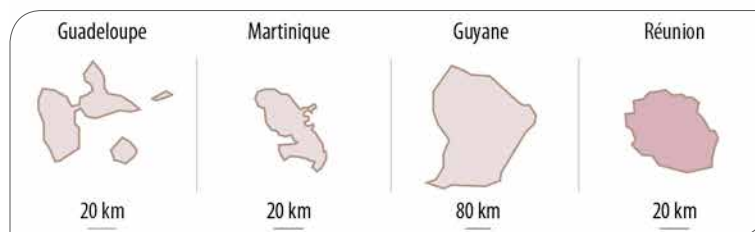
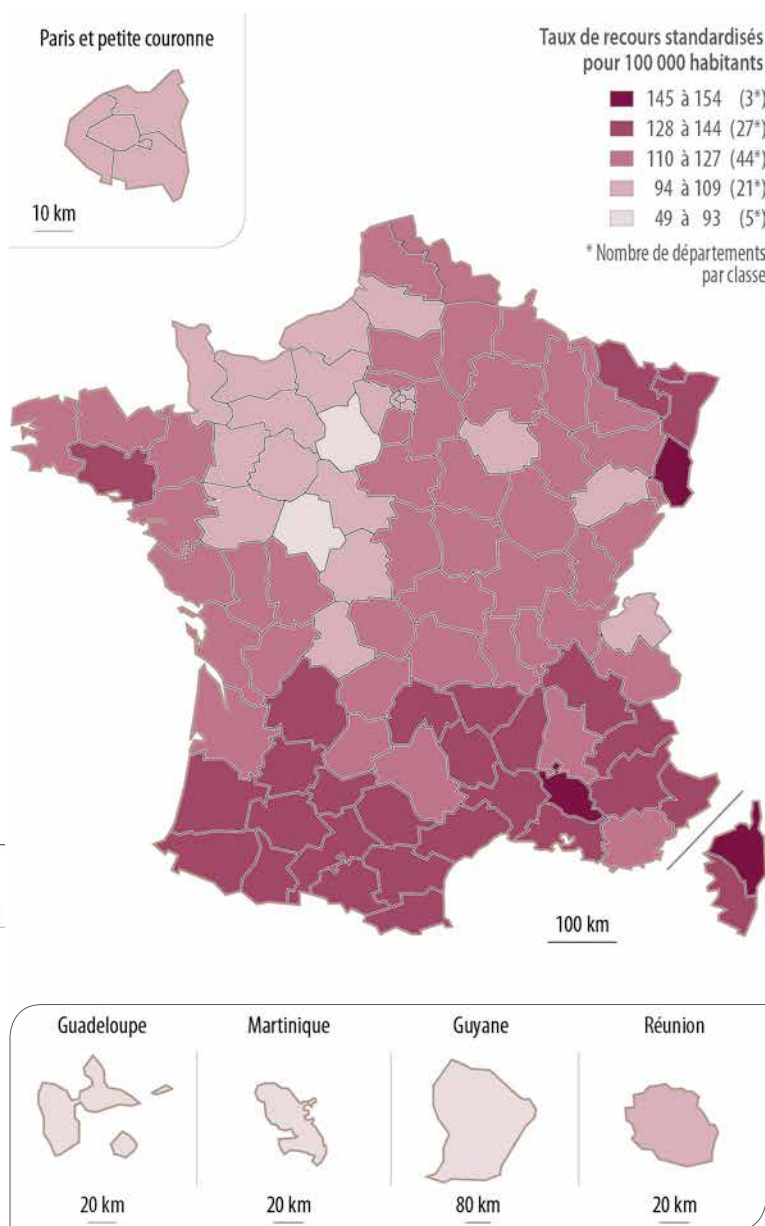
Pratiques médicales

Chirurgie de la fracture de hanche

Taux de recours départemental standardisé pour 100 000 habitants en 2014



Source : PMSI-MCO 2014. Exploitation : ATIH-Irdes © Irdes 2016



Source : PMSI-MCO 2014. Exploitation : ATIH-Irdes © Irdes 2016

Données synthétiques

Chirurgie de la fracture de hanche en 2014	Nombre de séjours	77 630
	Taux de recours national	119
	Taux de recours minimum*	49
	Taux de recours maximum*	154
	Ratio (P90-P10)	1,35
	Coefficient de variation (%)	14,4
	Écart-type	0,17
	Ratio maximum/minimum	3,11

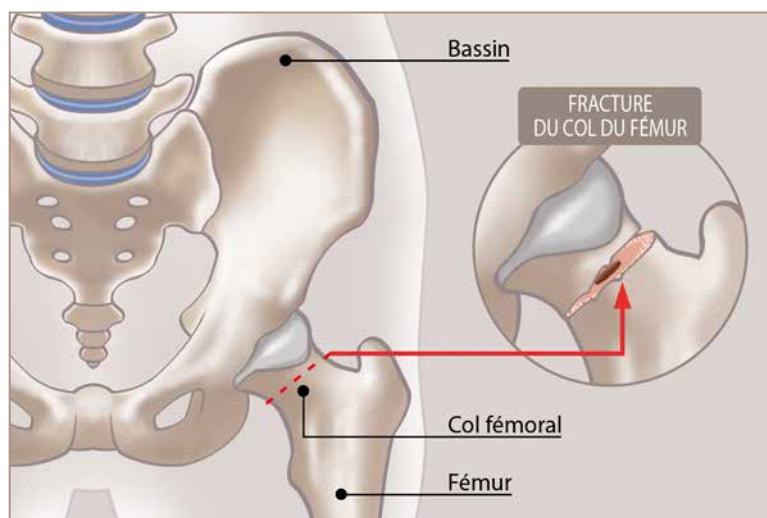
Source : PMSI-MCO 2014
Exploitation : ATIH-Irdes

* Les taux par département sont standardisés par sexe et âge.

Intervention de référence : chirurgie de la fracture de hanche

De quoi s'agit-il ?

La fracture de hanche correspond à la fracture de l'extrémité supérieure du fémur (col du fémur). Un traumatisme en est à l'origine la plupart du temps. La chirurgie est le plus souvent la seule option de traitement pour les fractures de la hanche. Cette intervention a été sélectionnée ici comme un moyen d'évaluer les autres résultats. En effet, étant donné le consensus concernant cette prise en charge, les préférences des patients ou les facteurs liés à l'organisation des soins et des pratiques médicales sont peu susceptibles d'influencer les taux observés.



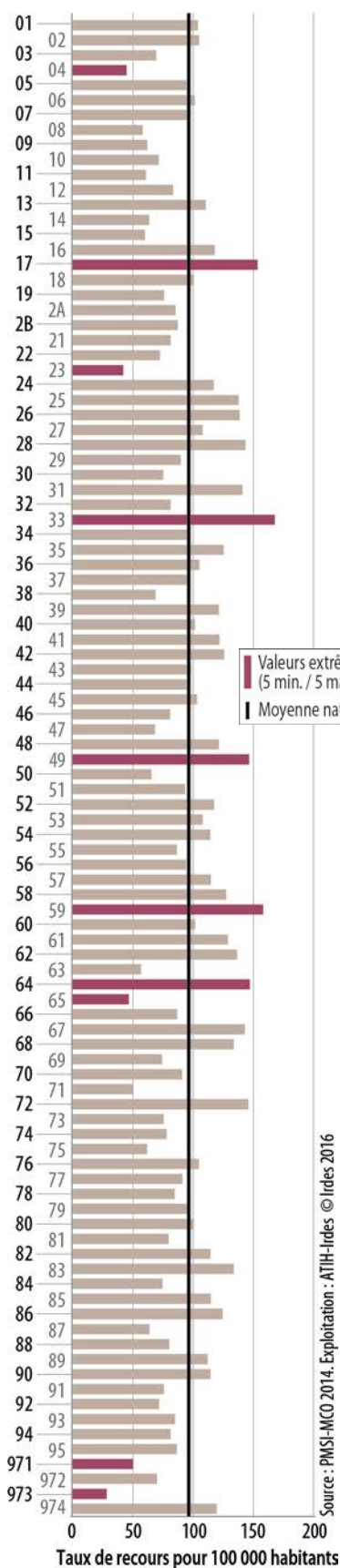
Quelles variations des pratiques ?

En 2014, 77 630 hospitalisations ont été réalisées pour fracture de hanche. Les taux de recours standardisés varient de 49 séjours pour 100 000 habitants en Guadeloupe à 154 en Haute-Corse. Le taux de recours moyen national est, quant à lui, de 119 pour 100 000 habitants. Bien que la fracture de hanche soit

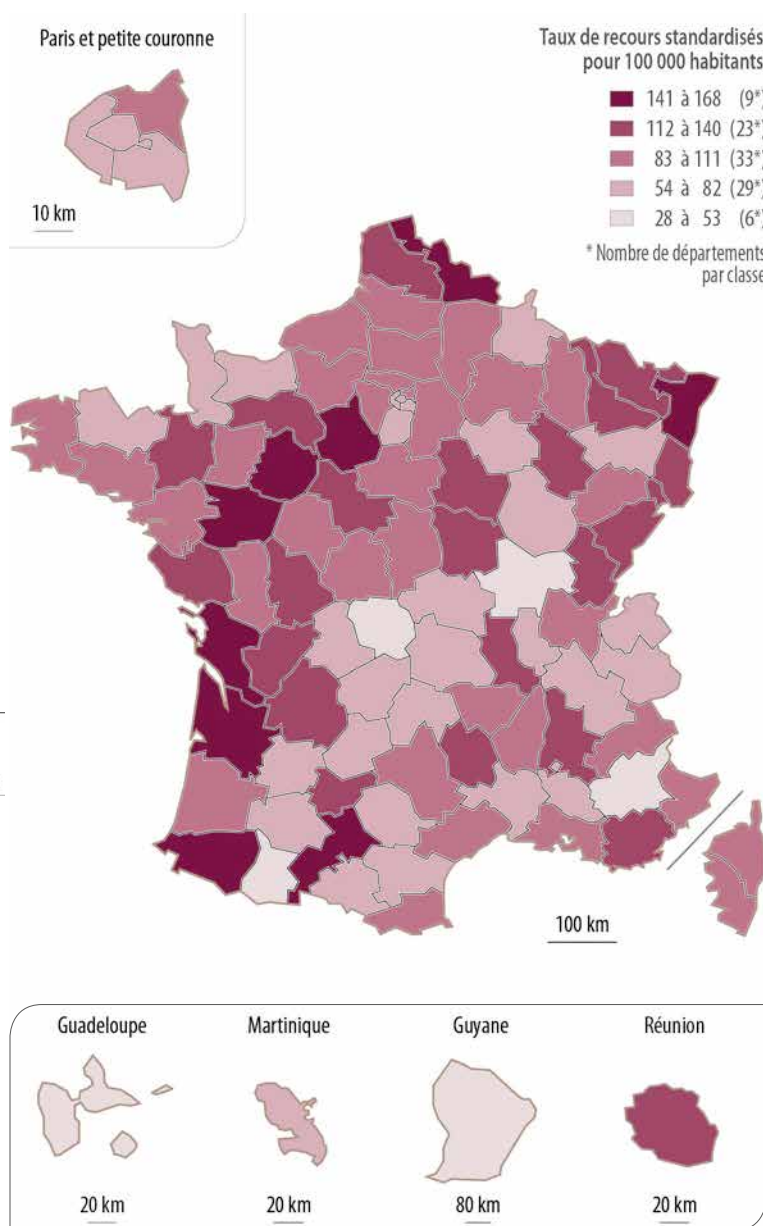
choisie comme intervention de référence, on observe des variations d'un rapport de un à trois entre la Guadeloupe et la Haute-Corse. Le coefficient de variation, à 14 %, est relativement faible comme attendu. Une partie des variations observées peut être due aux besoins de soins qui ne sont pas totalement pris en compte par la standardisation par la

structure d'âge et de sexe de la population. Le reste peut être lié aux différences locales d'organisation de l'offre de soins ainsi qu'à la prévention des chutes et de l'ostéoporose chez les personnes âgées. Celles-ci doivent être examinées de près afin d'assurer la qualité et l'égalité d'accès aux soins des populations. ■

Amygdalectomie ou ablation des amygdales Taux de recours départemental standardisé pour 100 000 habitants en 2014



Source : PMSI-MCO 2014. Exploitation : ATIH-Irdes © Irdes 2016



Source : PMSI-MCO 2014. Exploitation : ATIH-Irdes © Irdes 2016

Données synthétiques

Amygdalectomie ou ablation des amygdales en 2014	Nombre de séjours	66 098
	Taux de recours national	101
	Taux de recours minimum*	28
	Taux de recours maximum*	168
	Ratio (P90-P10)	2,23
	Coefficient de variation (%)	30,0
	Écart-type	0,29
	Ratio maximum/minimum	5,95

Source : PMSI-MCO 2014
Exploitation : ATIH-Irdes

* Les taux par département sont standardisés par sexe et âge.

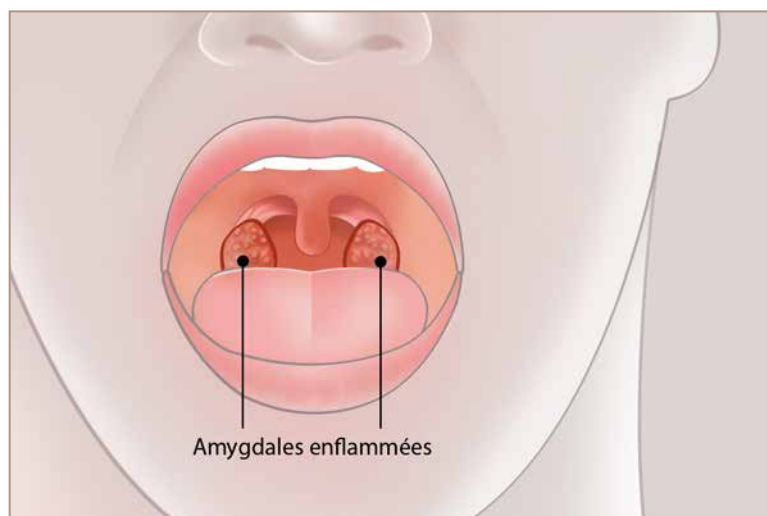
Amygdalectomie ou ablation des amygdales

De quoi s'agit-il ?

L'amygdalectomie, ou ablation des amygdales, consiste à enlever totalement ou partiellement les amygdales palatines* faisant l'objet d'infections récurrentes ou chroniques. Chez le jeune enfant (de moins de 6 ans), l'indication principale est l'obstruction respiratoire chronique liée à l'augmentation du volume des amygdales. L'objectif est alors de prévenir les conséquences de cette obstruction chronique, à savoir l'apparition d'un retard de croissance (taille et poids), la survenue d'une atteinte cardiovasculaire liée aux apnées du sommeil et un trouble du développement de la face. L'amygdalectomie concerne également les enfants ou les adultes en cas d'angines à répétition entraînant un absentéisme scolaire ou professionnel. Toutefois, les opinions varient quant à savoir si les bénéfices de cette opération l'emportent sur les risques (Burton *et al.*, 2014).

La complication postopératoire la plus fréquente et la plus redoutée est l'hémorragie. Elle peut être précoce au cours des huit premières heures postopératoires (fréquence d'environ 1 %) ou retardée entre le septième et le quinzième jour (entre 1 et 3 %). Une réintervention pour stopper l'hémorragie est parfois nécessaire (0,5 %) et le risque de décès est estimé à 1 sur 50 000 interventions. Les autres complications sont les nausées et vomissements postopératoires ainsi que des douleurs intenses, particulièrement lors de l'alimentation, qui peuvent être responsables d'une anorexie* et de déshydratation* conduisant à une réhospitalisation.

Compte tenu de la potentielle gravité des complications péri et postopératoires, l'amygdalectomie a fait l'objet de plusieurs recommandations encadrant son indication. Si pour les cas de troubles obstructifs, les critères d'indication sont objectifs et peu discutables (score de Friedman [Dauvilliers *et al.*, 2010], présence de signes d'obstruction respiratoire chronique), ceux concernant les angines à répétition ou chroniques sont moins évidents lorsqu'il n'existe pas



de pathologies associées (Dauvilliers *et al.*, 2010).

Quelles variations des pratiques ?

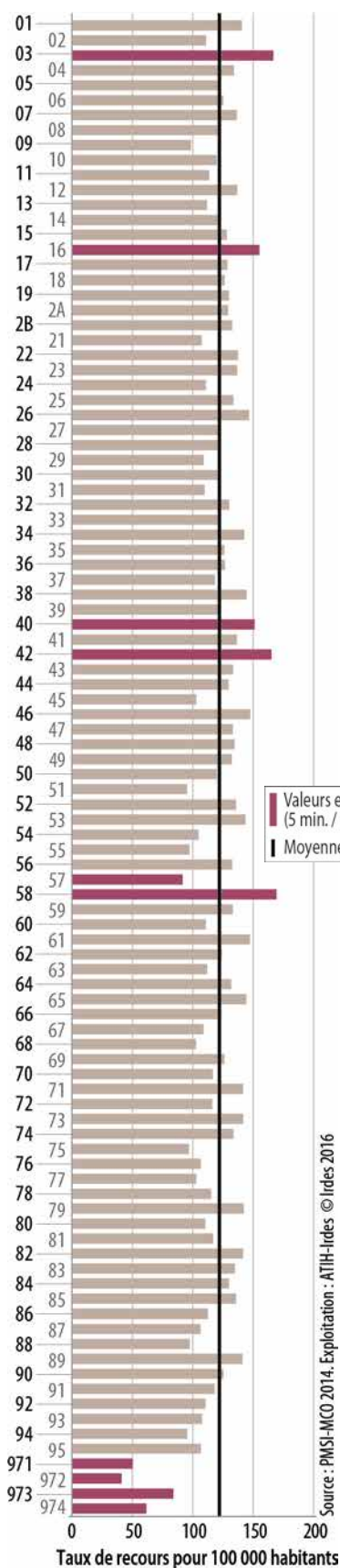
Le nombre d'amygdalectomies en France a diminué d'un peu moins de 3 %, depuis 2010, passant de 67 964 en 2010 à 66 098 en 2014. Pour autant, de fortes variations sont observées entre les départements avec, en 2014, des taux de recours standardisés variant de 28 séjours pour 100 000 habitants en Guyane à 168 en Gironde. Les départements présentant les taux les plus élevés sont la Charente-Maritime, le Nord et la Gironde (plus de 150 recours pour 100 000 habitants). Les départements caractérisés par les taux les plus faibles sont les Alpes-de-Haute-Provence, la Creuse, les Hautes-Pyrénées et la Guyane (moins de 50 pour 100 000 habitants).

Les comparaisons internationales ne permettent pas de donner d'indications précises, dans la mesure où les variables qui y sont observées diffèrent (tranches d'âges, interventions, ajustements...), mais il est possible de constater que les volumes d'activité sont importants dans les pays industrialisés (Amérique du Nord, Europe...) et qu'ils sont généralement associés à une variabilité géographique, notamment en Grande-Bretagne. Les premiers travaux sur les variations de pratiques

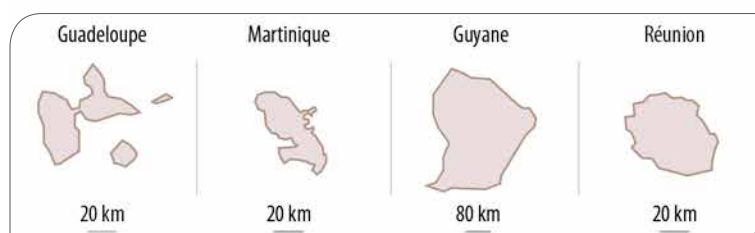
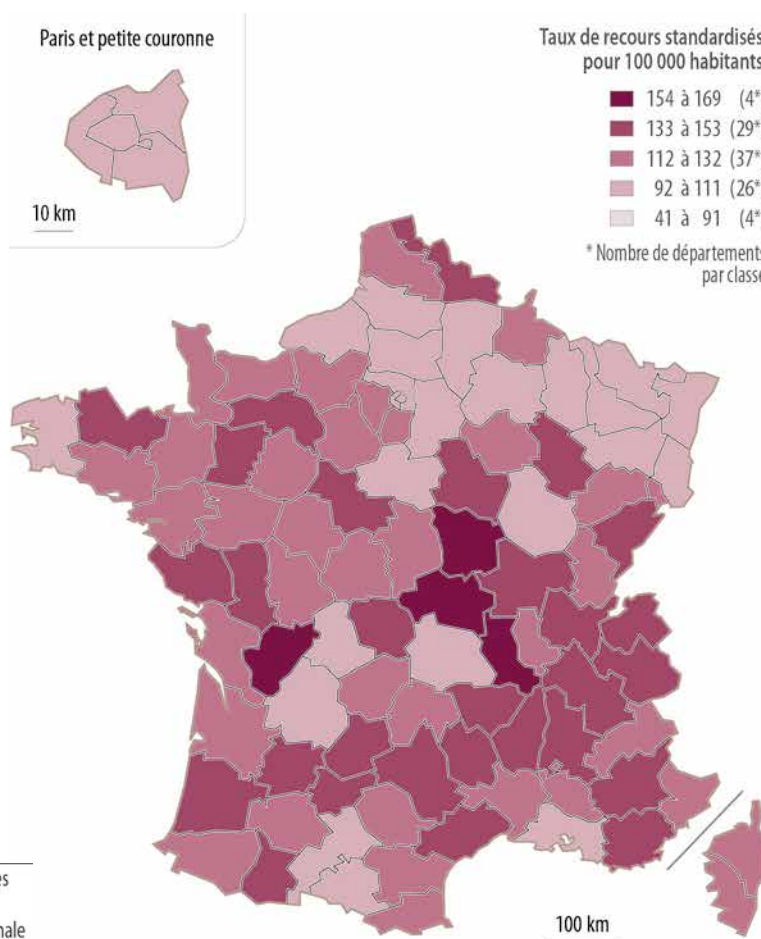
médicales ont été inspirés par les travaux pionniers de Glover dans les années 1930 (Glover, 1938) montrant qu'il y avait des écarts de 1 à 20 entre différents quartiers de Londres. Toutefois, à la même période, un rapport du Medical Research Council faisait remarquer qu'il n'y avait pas de preuve que l'amygdalectomie totale réduisait l'incidence de l'amygdalite, mais il y avait une « tendance à l'intervention comme un rituel prophylactique de routine » (Burkinshaw 1956, Appleby *et al.*, 2011). Ce qui était perturbant pour Glover était d'observer qu'à cette époque, les enfants en situation de précarité avaient plus de risques de mourir d'une infection à la suite de cette opération. À ce jour, en Angleterre, les écarts observés entre les régions varient de 1 à 7 (Suleman *et al.*, 2010).

En France, une note de problématique concernant cette intervention a été publiée par la HAS (HAS, 2012) et vient d'être complétée par un référentiel de bonne pratique destiné aux professionnels (Cnamts, 2015), en collaboration avec la Société française d'oto-rhino-laryngologie (SFORL, 2009) et la HAS. ■

Appendicectomie ou chirurgie de l'appendicite Taux de recours départemental standardisé pour 100 000 habitants en 2014



Source : PMSI-MCO 2014. Exploitation : ATIH-Irdes © Irdes 2016



Source : PMSI-MCO 2014. Exploitation : ATIH-Irdes © Irdes 2016

Données synthétiques

Appendicectomie ou chirurgie de l'appendicite en 2014	Nombre de séjours	77 292
	Taux de recours national	118
	Taux de recours minimum*	41
	Taux de recours maximum*	169
	Ratio (P90-P10)	1,45
	Coefficient de variation (%)	17,0
	Écart-type	0,21
	Ratio maximum/minimum	4,12

Source : PMSI-MCO 2014
Exploitation : ATIH-Irdes

* Les taux par département sont standardisés par sexe et âge.

Appendicectomie ou chirurgie de l'appendicite

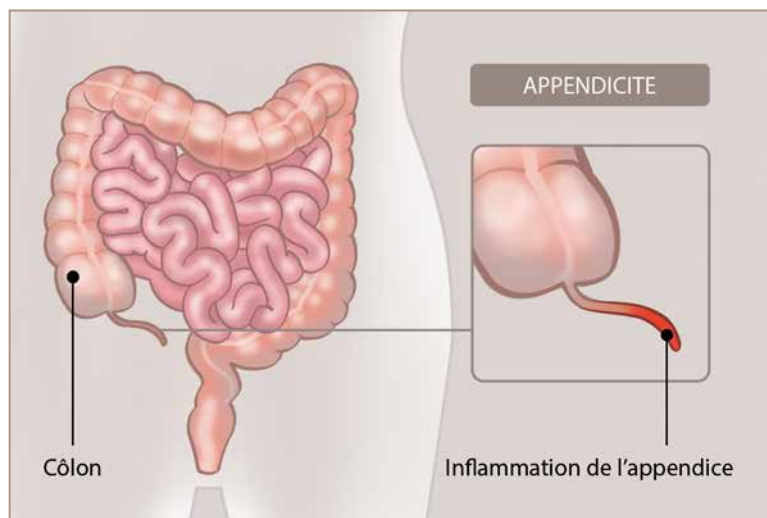
De quoi s'agit-il ?

L'appendicite aiguë est une inflammation de l'appendice* situé entre le gros et le petit intestin (HAS, 2012). Le diagnostic d'appendicite aiguë est fondé sur un faisceau d'arguments cliniques (douleur et défense abdominales*) et biologiques (inflammation) confortés au besoin par des examens radiologiques. Cependant, son diagnostic reste difficile en raison de la grande variabilité des symptômes et du caractère imprévisible de son évolution. Le traitement chirurgical repose sur une appendicectomie ou ablation de l'appendice. La coelioscopie* est la voie la plus utilisée car elle permet d'examiner l'intérieur de l'abdomen à partir d'une petite incision.

Il existe deux types d'appendicites aiguës : les appendicites communes (non compliquées) et les appendicites graves (compliquées d'abcès ou péritonites*). Les enjeux de cette intervention concernent : les risques d'une appendicectomie inutile et les risques d'un diagnostic d'appendicite grave tardif, notamment aux âges extrêmes de la vie. L'appendicectomie est le traitement de référence de l'appendicite aiguë mais peut se compliquer à court terme d'infections, parfois profondes et nécessitant une nouvelle intervention non programmée, voire, à long terme, d'une évolution vers une occlusion intestinale*.

Les progrès de l'imagerie médicale et les résultats récents en recherche clinique semblent permettre de guérir des appendicites non compliquées sans opérer systématiquement les patients. Le traitement antibiotique pourrait donc être appliqué à certains patients souffrant d'une forme d'appendicite aiguë commune. Mais si le nombre d'appendicectomies a considérablement diminué dans la période récente, en France comme dans la plupart des pays industrialisés, les taux y demeurent élevés par rapport aux autres pays.

Plusieurs objectifs d'amélioration pourraient être poursuivis : réduire



le nombre d'appendicectomies encore inutiles, et diminuer le recours inutile au scanner (irradiant). La validation du traitement médical pour les formes non compliquées pourrait contribuer à la baisse du nombre d'appendicectomies.

Quelles variations des pratiques ?

Le nombre d'appendicectomies en France a fortement diminué depuis les années 1980, passant d'environ 300 000 en 1986 à 162 500 en 1997, et de 94 900 en 2007 à 77 292 en 2014. En 1993, le taux français d'appendicectomies était plus élevé que dans tous les autres pays de l'Union européenne et de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) représentant 2,5 fois celui des États-Unis et 3,7 fois celui du Canada ou du Royaume-Uni (OCDE, 2014). En 2009, il n'était plus que de 1,4 fois celui des États-Unis et du Canada et de 1,7 fois celui du Royaume-Uni (Oberlin et Mouquet, 2014).

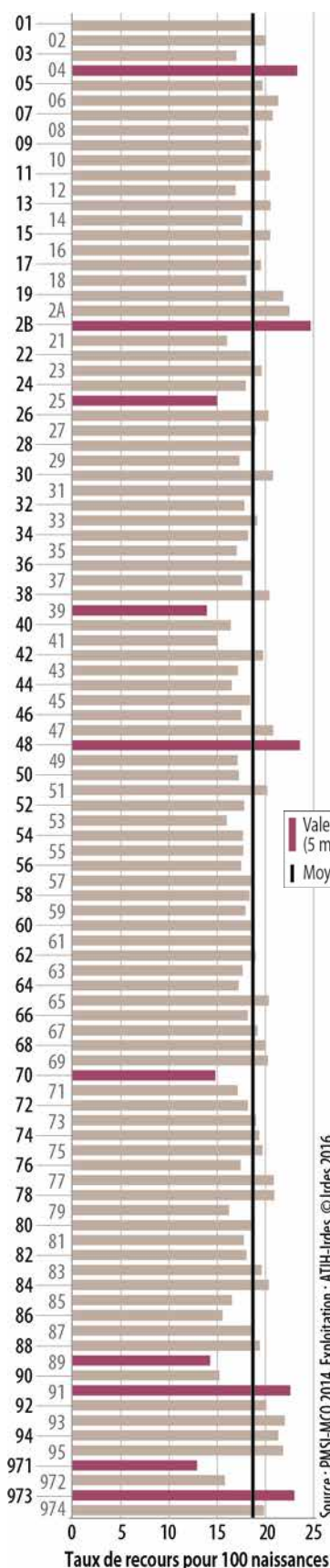
Cette baisse du taux d'appendicectomies concerne essentiellement les formes non compliquées et témoignerait plus d'un changement des pratiques des médecins et des familles vis-à-vis des douleurs abdominales situées à droite mais aussi de l'utilisation plus fréquente des examens d'imagerie ayant amélioré le diagnostic (Cnamts, 2011).

Malgré cette diminution, des variations persistent entre les départements avec, en 2014, des taux de recours standardisés variant de 41 séjours pour 100 000 habitants en Martinique à 169 pour 100 000 habitants dans la Nièvre. Le taux de recours moyen au niveau national est de 122 pour 100 000 habitants. Les départements présentant les taux les plus élevés sont l'Allier, la Loire et la Nièvre (plus de 160 recours pour 100 000 habitants). Les départements caractérisés par les taux les plus faibles sont la Martinique, la Guadeloupe et la Réunion (moins de 70 pour 100 000 habitants).

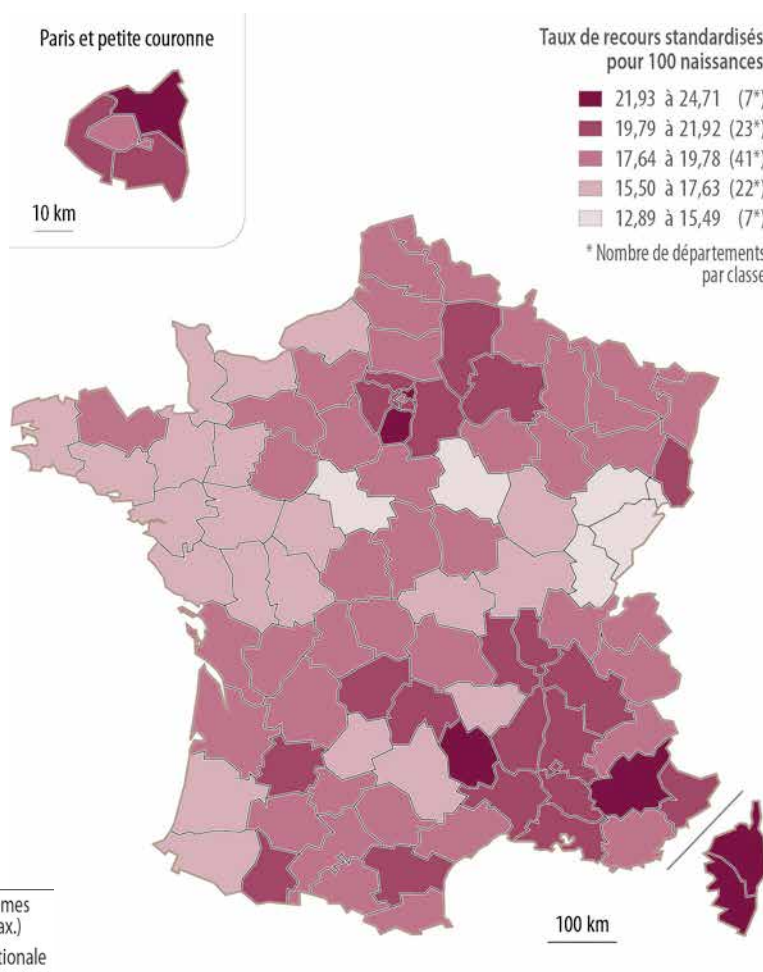
Des recommandations de la HAS (HAS, 2012) ont été publiées afin d'assurer la prise en charge thérapeutique la mieux adaptée : l'indication chirurgicale est décidée sur la base d'un faisceau d'arguments (cliniques, biologiques et potentiellement d'imagerie qui ne revêt pas de caractère systématique). ■

Césarienne

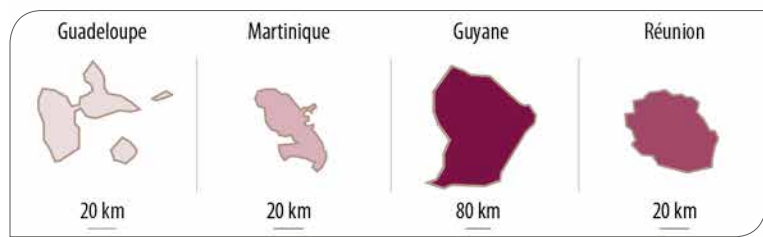
Taux de recours départemental standardisé pour 100 naissances en 2014



Source : PMSI-MCO 2014. Exploitation : ATIH-Irdes © Irdes 2016



■ Valeurs extrêmes (5 min. / 5 max.)
 | Moyenne nationale



Source : PMSI-MCO 2014. Exploitation : ATIH-Irdes © Irdes 2016

Données synthétiques

Césarienne en 2014	Nombre de séjours	152 679
	Taux de recours national	18,9
	Taux de recours minimum*	12,9
	Taux de recours maximum*	24,7
	Ratio (P90-P10)	1,33
	Coefficient de variation (%)	11,5
	Écart-type	21,5
	Ratio maximum/minimum	1,92
	Source : PMSI-MCO 2014 Exploitation : ATIH-Irdes	
	* Les taux par département sont standardisés par sexe et âge.	

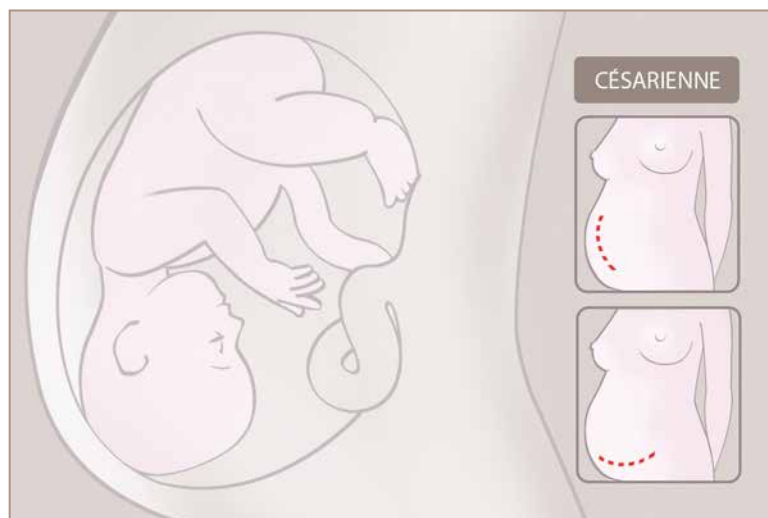
Césarienne

De quoi s'agit-il ?

La césarienne est une intervention chirurgicale visant à faire naître l'enfant par incision de l'abdomen et de l'utérus de la mère. Elle est indiquée lorsque les conditions, chez la mère ou chez l'enfant, ne sont pas favorables à un accouchement par voie basse, c'est-à-dire par les voies naturelles. L'ouverture de l'abdomen se fait par une incision horizontale juste au-dessus du pubis, le plus souvent. Parfois, une incision verticale est préférable du fait des antécédents de la patiente ou de circonstances particulières.

Comme tout acte chirurgical, une césarienne ne peut être considérée comme une alternative « de confort » dépourvue de risque. Les complications possibles pour la mère sont : hémorragies, infections, phlébites* et embolies pulmonaires* ou, exceptionnellement, blessures des organes voisins (vessie, voies urinaires...) [CNGOF, 2000]. Chez l'enfant, le risque de détresse respiratoire peut être augmenté et ce d'autant plus si la césarienne est réalisée avant 39 semaines d'aménorrhée* (Hansen, 2008). A plus long terme et dans le cas d'une grossesse future, les deux risques principaux sont un moindre taux d'accouchements par voie basse et la déchirure de la cicatrice sur l'utérus (rupture utérine < 0,5 % des cas). Plus rarement, un mauvais positionnement du placenta sur la cicatrice peut également être observé (CNGOF, 2000).

En France, près d'une femme sur cinq donne naissance par césarienne. Dans moins de la moitié des cas, la césarienne est programmée (HAS 2012). Lorsqu'elle ne l'est pas, elle peut être pratiquée en urgence, soit avant le travail*, soit au cours du travail, quand l'accouchement par voie basse devient impossible. Une césarienne programmée peut être proposée lorsque des difficultés dans le déroulement de l'accouchement par voie basse sont prévisibles et susceptibles d'entraîner des risques pour la mère ou l'enfant.



Quelles variations des pratiques ?

Les taux de césariennes pour grossesse unique ont augmenté régulièrement dans les années 2000 (près de 10 % entre 2005 et 2010). Pourtant, depuis 2010 en France, le nombre de séjours pour césariennes a diminué d'un peu plus de 4 % passant de 159 742 à 152 679 en 2014 (Tableau), pour un peu plus de 800 000 accouchements. Avec un taux de recours moyen national de 18,7 pour 100 naissances en 2014, la France se situe nettement en dessous des pays comme l'Allemagne et l'Australie (plus de 30 pour 100 naissances).

Toutefois, les taux standardisés (par l'âge des mères) de césariennes pour grossesse unique varient de 12,9 pour 100 naissances en Guadeloupe à 24,7 % en Haute-Corse. Les départements présentant les taux les plus élevés sont la Guyane, les Alpes de Haute-Provence, la Lozère et la Haute-Corse (plus de 23 séjours pour 100 naissances). Les départements caractérisés par les taux les plus faibles sont l'Yonne, le Loir-et-Cher, le Doubs, la Guadeloupe, le Jura et la Haute-Saône (moins de 15 pour 100 naissances).

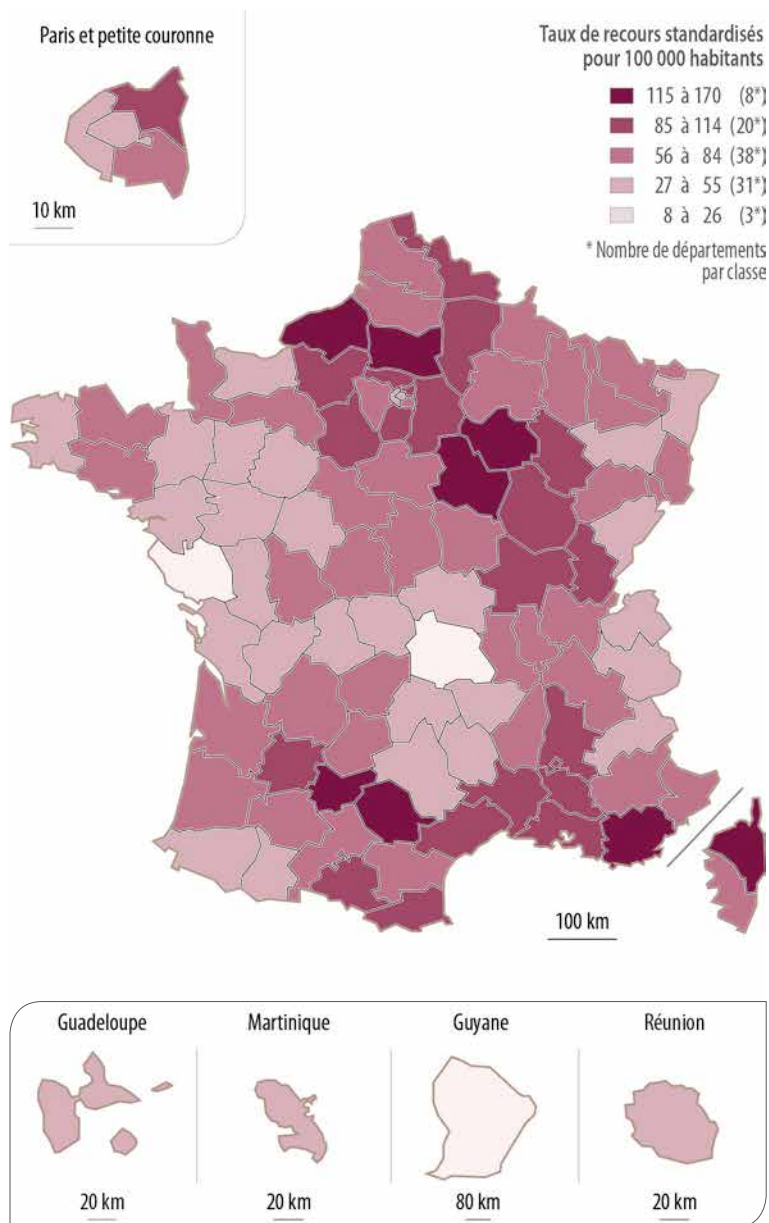
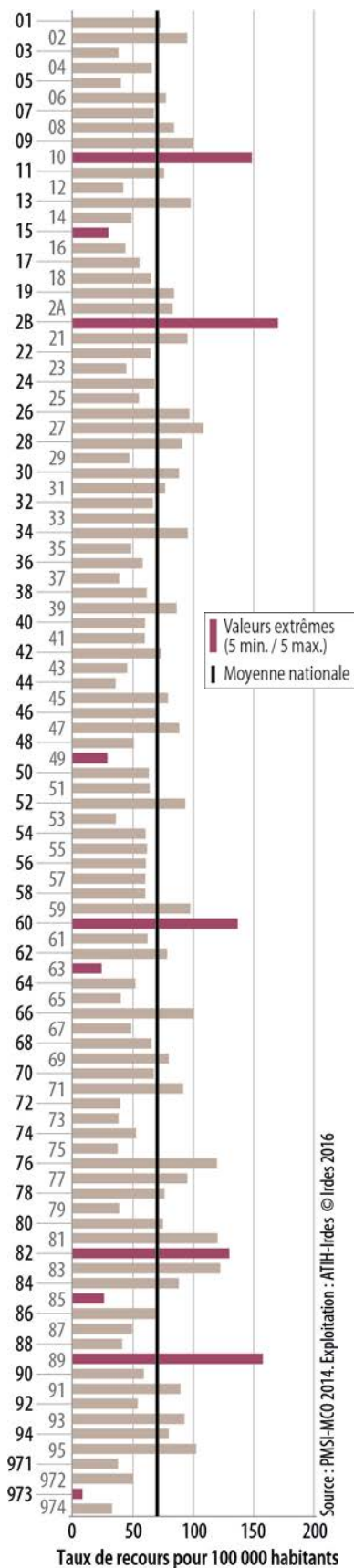
En France, en 2009, on constate une hétérogénéité des pratiques de césariennes programmées, leurs taux variant de 2 à 20 %. Les taux sont

plus élevés dans les maternités de type 1 qui prennent en charge les cas les moins compliqués et dans les maternités privées après ajustement au niveau de complications de l'accouchement (Milcent et Rochut, 2009).

Un programme national d'optimisation de la pertinence des césariennes a ainsi été mis en place, s'appuyant sur des recommandations de la HAS, des guides patients et de professionnels (HAS, 2013) et sur une expérimentation nationale menée entre janvier 2013 et mi-novembre 2014 (HAS, 2014). Cette expérimentation avait pour objectifs de tester un guide d'analyse et d'amélioration des pratiques, de partager les retours d'expériences, outils d'analyse et d'amélioration des pratiques développés par les équipes de terrain. Elle a fait l'objet d'une forte mobilisation avec la participation de 165 maternités volontaires. Entre 2011 et 2014, le taux national annuel de césariennes à terme a légèrement diminué, mais la variabilité intermaternité persiste : en 2014, on observe toujours un taux de césariennes beaucoup plus important dans les maternités privées que dans les maternités publiques ainsi que dans les maternités de niveau 1 par rapport à celles de niveau 3* (HAS, 2016). ■

Chirurgie bariatrique ou de l'obésité

Taux de recours départemental standardisé pour 100 000 habitants en 2014



Source : PMSI-MCO 2014. Exploitation : ATIH-Irdes © Irdes 2016

Données synthétiques

Chirurgie bariatrique ou de l'obésité en 2014	Nombre de séjours	46 861
	Taux de recours national	72
	Taux de recours minimum*	8
	Taux de recours maximum*	170
	Ratio (P90-P10)	2,67
	Coefficient de variation (%)	42,3
	Écart-type	0,30
	Ratio maximum/minimum	20,68

Source : PMSI-MCO 2014
Exploitation : ATIH-Irdes

* Les taux par département sont standardisés par sexe et âge.

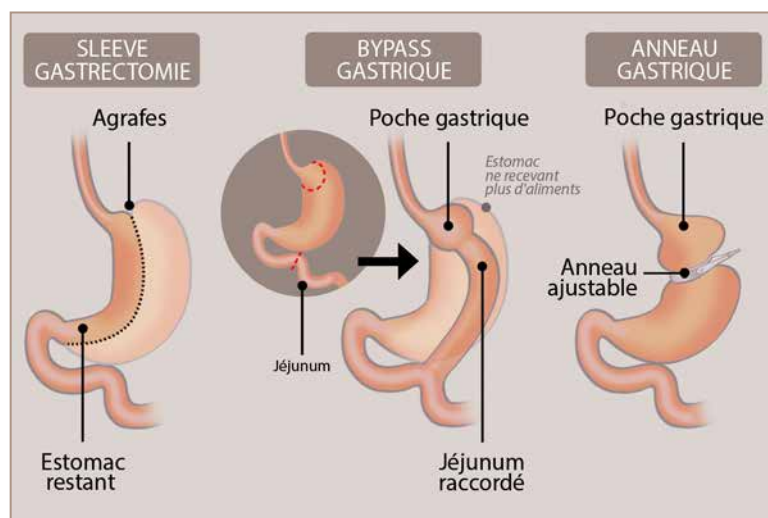
Chirurgie bariatrique ou de l'obésité

De quoi s'agit-il ?

La chirurgie bariatrique, ou chirurgie de l'obésité, permet un traitement chirurgical de l'obésité grave (sévère ou compliquée) qui est considérée comme une maladie chronique. Elle peut être indiquée en cas d'indice de masse corporelle supérieur à 40 kg/m² ou à 35 kg/m² lorsqu'il existe une maladie associée susceptible d'être améliorée par le traitement chirurgical. L'intervention peut être uniquement envisagée chez des personnes dont l'obésité est installée depuis plusieurs années, qui ont déjà été suivies pendant au moins un an pour leurs problèmes de poids, et pour lesquelles un traitement diététique et une activité physique s'avèrent inefficaces.

La chirurgie bariatrique est une intervention lourde qui consiste à réduire la capacité de l'estomac par la diminution de sa taille. Les trois techniques d'interventions chirurgicales les plus couramment pratiquées pour y parvenir sont : la *sleeve* gastrectomie qui consiste à enlever les 4/5^e de l'estomac pour ne conserver qu'un tube étroit, le *bypass*, ou court-circuit gastrique, réduisant ainsi la taille de l'estomac et modifiant le circuit alimentaire, et la pose d'un anneau gastrique autour de la jonction entre l'œsophage et l'estomac. Les habitudes alimentaires des patients opérés doivent ensuite être profondément modifiées.

La chirurgie permet une perte de poids importante (environ 30 %) et une régression des pathologies associées (hypertension artérielle, diabète, arthrose...). Toutefois, elle n'est pas anodine. Elle peut entraîner de multiples complications, susceptibles d'intervenir à tout moment, même de nombreux mois après l'intervention : des carences nutritionnelles multiples, des problèmes psychologiques et aussi digestifs (occlusion intestinale, ulcération* à l'endroit où l'estomac et le jéjunum* sont reliés, hernie hiatale*...) qui peuvent nécessiter une réintervention. Les complications immédiates (fistules* et hémorragies) pro-



voquent un taux relativement élevé de mortalité postopératoire (1 pour 1 000 cas opérés).

Quelles variations des pratiques ?

La chirurgie de l'obésité est actuellement en plein essor avec une incidence qui a presque doublé entre 2010 et 2014, passant de 26 405 à 46 861 séjours.

Cette chirurgie est réalisée de façon inégale sur le territoire français : de très fortes variations sont observées entre les départements et se sont intensifiées ces dernières années. En 2014, toutes techniques chirurgicales confondues, les taux de recours standardisés varient de 8 séjours pour 100 000 habitants en Guyane et 24 dans le Puy-de-Dôme à 170 en Haute-Corse et plus de 140 dans l'Yonne et l'Aube. Le taux de recours moyen au niveau national est, quant à lui, de 72 pour 100 000 habitants. Des variations importantes existent également entre les taux de recours aux différentes techniques chirurgicales employées.

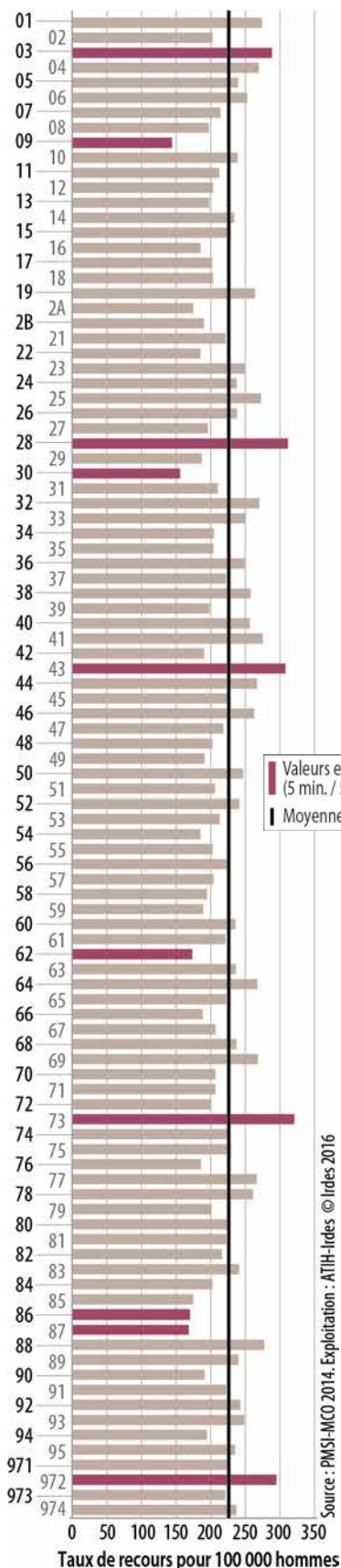
Les différences ne s'expliquent pas par la prévalence de l'obésité, puisque les zones géographiques où cette chirurgie est la plus souvent réalisée ne correspondent pas aux zones où l'obésité est la plus fréquente.

En France, des référentiels sur la prise en charge de cette pathologie et les parcours des patients ont été élaborés et mis à disposition par la HAS (HAS, 2009, 2011a et 2011b). La prise en charge de cette pathologie est ainsi inscrite dans le cadre d'un projet personnalisé pour le patient réalisé au sein d'équipes pluridisciplinaires, en lien avec le médecin traitant.

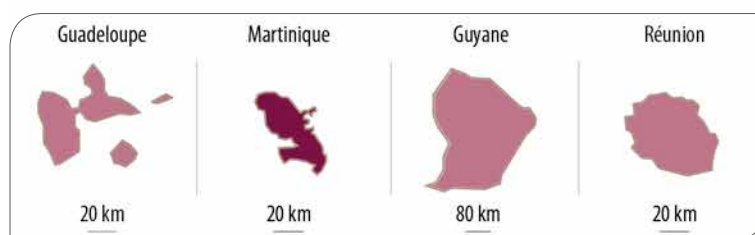
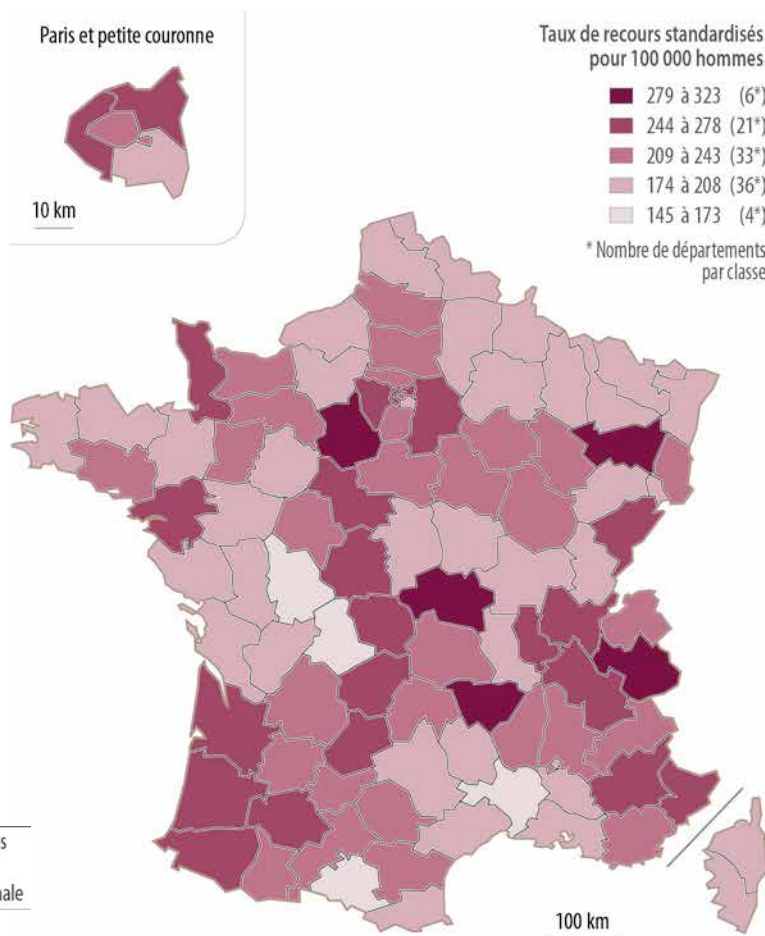
Le parcours préopératoire du patient doit intégrer une information renforcée afin d'obtenir son consentement éclairé pour le geste chirurgical, mais aussi pour favoriser l'adhésion aux recommandations postopératoires. La Cnamts suit actuellement une cohorte de 14 609 patients opérés d'une chirurgie bariatrique en 2009 (à partir des données issues du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram)) permettant une analyse des suites des différentes techniques (bénéfices, complications, suivi...).

Chirurgie de la tumeur bénigne de la prostate

Taux de recours départemental standardisé pour 100 000 hommes en 2014



Source : PMSI-MCO 2014. Exploitation : ATIH-Irdes © Irdes 2016



Source : PMSI-MCO 2014. Exploitation : ATIH-Irdes © Irdes 2016

Données synthétiques

Chirurgie de la tumeur bénigne de la prostate en 2014	Nombre de séjours	69 657
	Taux de recours national	221
	Taux de recours minimum*	145
	Taux de recours maximum*	323
	Ratio (P90-P10)	2,23
	Coefficient de variation (%)	15,5
	Écart-type	0,35
	Ratio maximum/minimum	2,23

Source : PMSI-MCO 2014
Exploitation : ATIH-Irdes

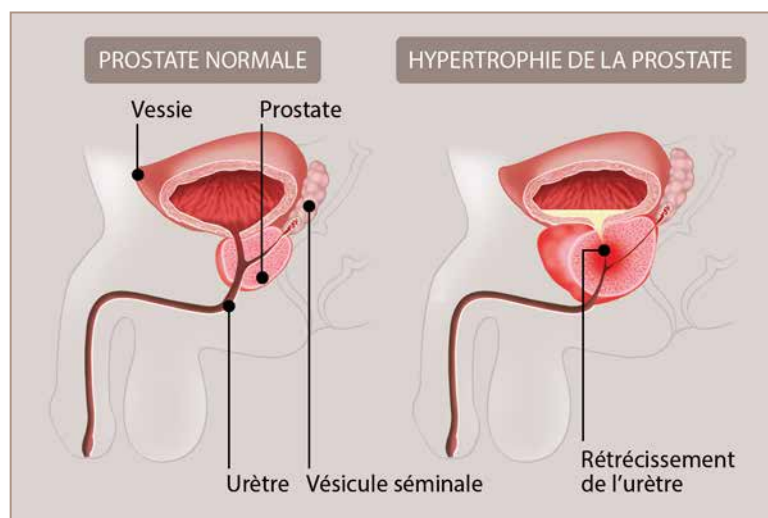
* Les taux par département sont standardisés par sexe et âge.

Chirurgie de la tumeur bénigne de la prostate

De quoi s'agit-il ?

En France, après 50 ans, deux hommes sur trois sont concernés par des troubles urinaires liés à une hypertrophie bénigne de la prostate (HBP)*, c'est-à-dire l'augmentation du poids et du volume de la prostate liée à l'âge (HAS, 2013). L'HBP ou adénome prostatique* ne menace que très rarement le pronostic vital, mais peut impacter de manière non-négligeable la qualité de vie des patients et la consommation des soins. En premier lieu, la prise en charge consiste en la surveillance de l'HBP et son traitement médicamenteux. En cas d'échec du traitement médical ou en cas de complications, le traitement chirurgical est proposé. Du point de vue clinique, il n'y a pas de lien entre la sévérité des troubles urinaires et le volume de la prostate. Par ailleurs, l'HBP n'augmente pas le risque de cancer prostatique (Anaes, 2003). L'utilité du dosage du *Prostate Specific Antigen* (PSA)* n'est pas totalement établie dans la prise en charge de l'HBP. Ce dosage pourrait uniquement être indiqué chez les patients pour lesquels le diagnostic d'un cancer modifierait la prise en charge des symptômes du bas appareil urinaire (Descazeaud, 2012 ; CFU), mais la pertinence du dépistage du cancer *via* le dosage du PSA est mise en doute (HAS, 2012) à cause notamment d'un risque de sur-diagnostic des cas du fait de nombreux faux-positifs* (Schróder *et al.*, 2009 ; Etzioni *et al.*, 2002).

Dans les cas d'une HBP symptomatique, il est recommandé d'évaluer la gêne du patient liée aux troubles urinaires par un questionnaire standardisé (*International Prostate Symptom Score*, IPSS) et de surveiller l'évolution des symptômes par une consultation annuelle. En dehors de la survenue de complications ou d'une aggravation des symptômes, il n'est pas recommandé d'effectuer des examens complémentaires pour la surveillance de l'HBP ou de proposer un traitement chirurgical (Anaes, 2003). Dans le cas contraire, après avoir évalué l'impact clinique sur la miction*, plusieurs types de



prises en charge chirurgicales sont possibles, soit par voie endoscopique* (résection électrique transurétrale ou laser), soit par incision de l'abdomen (adénectomie par voie haute). Le principal effet secondaire du traitement chirurgical de l'HBP est l'éjaculation rétrograde*. Contrairement à la prostatectomie totale indiquée pour le traitement d'un cancer de la prostate, les risques de dysfonction érectile* et d'incontinence urinaire* sont faibles (Descazeaud, 2012 ; CFU). Le patient doit être informé des modalités existantes et de leurs risques afin d'aboutir à une décision partagée avec le médecin.

Quelles variations des pratiques ?

En France, plus d'un million d'hommes âgés de 50 ans et plus sont concernés par l'HBP (HAS 2013). En 2014, le traitement chirurgical d'une tumeur bénigne de la prostate représente près de 70 000 séjours en France *versus* plus de 60 000 séjours en 2010, soit une augmentation de 14 % pour ces quatre dernières années (Tableau).

Cette augmentation peut notamment s'expliquer par le vieillissement de la population et le développement de la chirurgie laser.

Le taux standardisé de chirurgies varie de 145 pour 100 000 hommes

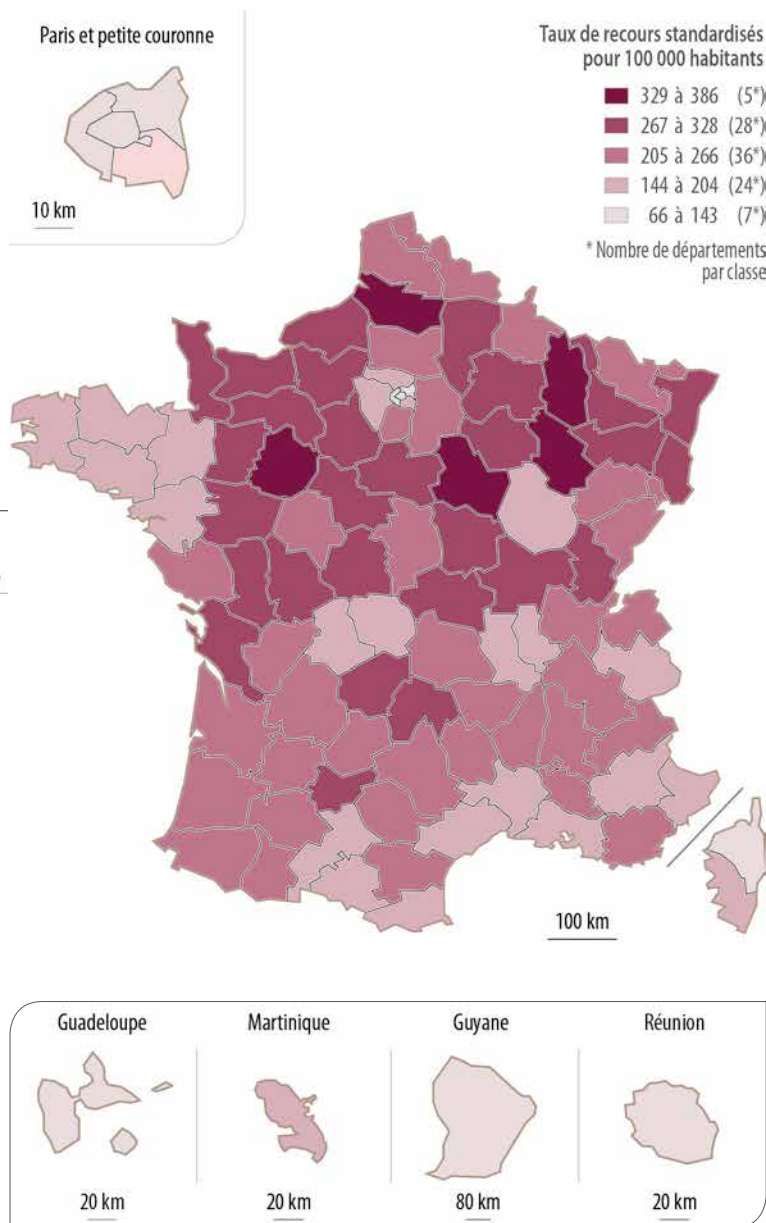
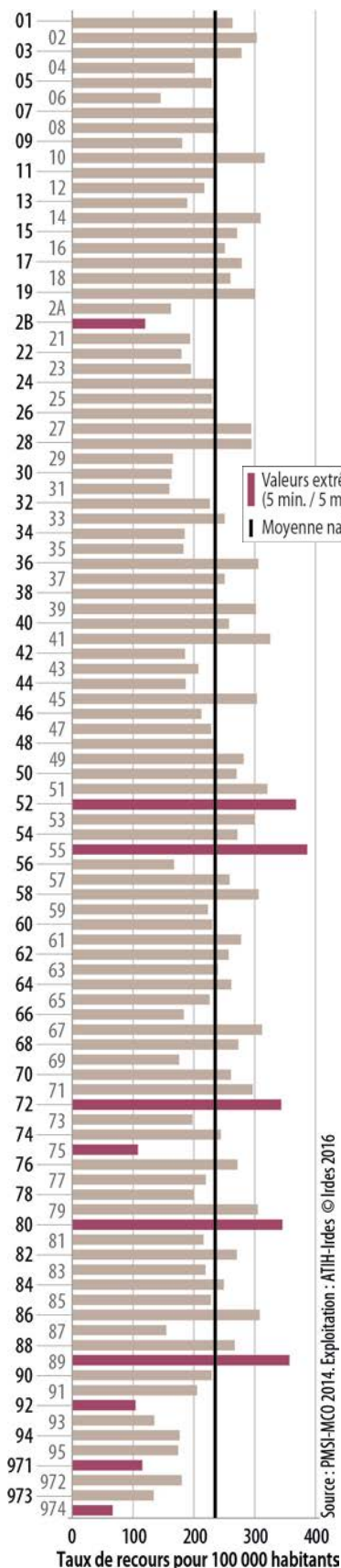
en Ariège, et 157 dans le Gard, à 323 en Savoie, avec un taux moyen de recours au niveau national de 226 pour 100 000 hommes. Les départements présentant les taux les plus élevés sont l'Eure-et-Loir, la Haute Loire et la Savoie (plus de 300 recours pour 100 000 hommes).

Les départements caractérisés par les taux les plus faibles sont la Corse du sud, le Pas-de-Calais, la Vendée, la Haute-Vienne et la Vienne (moins de 180 pour 100 000 hommes).

Les variations de prises en charge de l'HBP sont également très étudiées à l'international. Ainsi, aux Etats-Unis, le taux de résection transurétrale de prostate varie du simple au quadruple : de 100 pour 100 000 hommes à Rochester (MN) à 410 pour 100 000 hommes à Boston (MA) [Dartmouth, 2016]. ■

Chirurgie du syndrome du canal carpien

Taux de recours départemental standardisé pour 100 000 habitants en 2014



Données synthétiques

Chirurgie du syndrome du canal carpien en 2014	Nombre de séjours	143 744
	Taux de recours national	220
	Taux de recours minimum*	66
	Taux de recours maximum*	386
	Ratio (P90-P10)	1,90
	Coefficient de variation (%)	26,4
	Écart-type	0,62
	Ratio maximum/minimum	5,88
	Source : PMSI-MCO 2014 Exploitation : ATIH-Irdes	
	* Les taux par département sont standardisés par sexe et âge.	

Chirurgie du syndrome du canal carpien

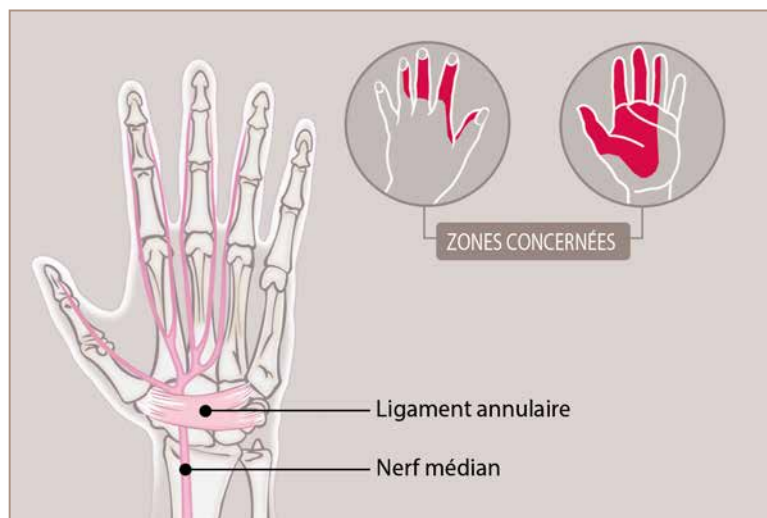
De quoi s'agit-il ?

Le syndrome du canal carpien correspond à la compression du nerf médian à la face antérieure du poignet, nerf qui assure la sensibilité des quatre premiers doigts et la motricité du pouce. Il survient, en particulier, chez les femmes dans la période proche de la ménopause, mais aussi suite à des microtraumatismes ou des gestes répétés (musicien, ouvrier manuel, tricot, tapisserie, repassage, etc.). Il est aussi fréquemment observé chez la femme enceinte du fait de l'imprégnation hormonale et régresse spontanément après l'accouchement. Il se manifeste essentiellement par des fourmillements nocturnes invalidants s'accompagnant de lâchages d'objets ou de crampes. En l'absence de traitement à long terme, il peut se compliquer d'anesthésie des trois premiers doigts et d'une paralysie du mouvement d'opposition du pouce parfois irréversibles.

La chirurgie du syndrome du canal carpien a pour objectif de sectionner un ligament qui est en contact avec le nerf médian à la face antérieure et peut le comprimer en s'épaississant. En l'absence de troubles neurologiques de la sensibilité et de la motricité, un traitement médical par attelle nocturne et/ou infiltration de corticoïdes à libération lente doit être réalisé.

L'avantage de la chirurgie est la disparition instantanée de la douleur et de la majorité des fourmillements. Toutefois, si le nerf est resté comprimé trop longtemps, les fourmillements peuvent perdurer de façon très atténuée durant plusieurs mois. La perte de force temporaire dont la vitesse de récupération est variable, est un inconvénient lié à l'intervention. Le risque d'infection est faible mais un hématome peut parfois survenir juste après l'intervention.

Si le but de l'intervention chirurgicale est toujours le même, sectionner le ligament en avant des tendons fléchisseurs, les techniques employées sont variables (mini-incision ou en-



doscopie*), sans qu'aucune n'ait fait la preuve de sa supériorité. L'anesthésie est le plus souvent locorégionale (au bras).

Quelles variations des pratiques ?

Le syndrome du canal carpien représente environ 200 000 nouveaux cas par an (Ha *et al.*, 2010). En 2014, 143 744 hospitalisations ont été réalisées pour prise en charge chirurgicale du canal carpien. En 2010, le nombre de séjours était sensiblement comparable à celui de 2014 (143 685). Des variations dans la prise en charge chirurgicale du canal carpien sont observées entre les départements. En 2014, on observe des taux de recours standardisés variant de 66 séjours pour 100 000 habitants dans le département de la Réunion à 386 dans la Meuse. Les départements présentant les taux les plus élevés sont l'Yonne, la Haute-Marne et la Meuse (plus de 350 recours pour 100 000 habitants). Les départements caractérisés par les taux les plus faibles sont la Réunion, les Hauts-de-Seine, Paris et la Guadeloupe (moins de 120 pour 100 000 habitants).

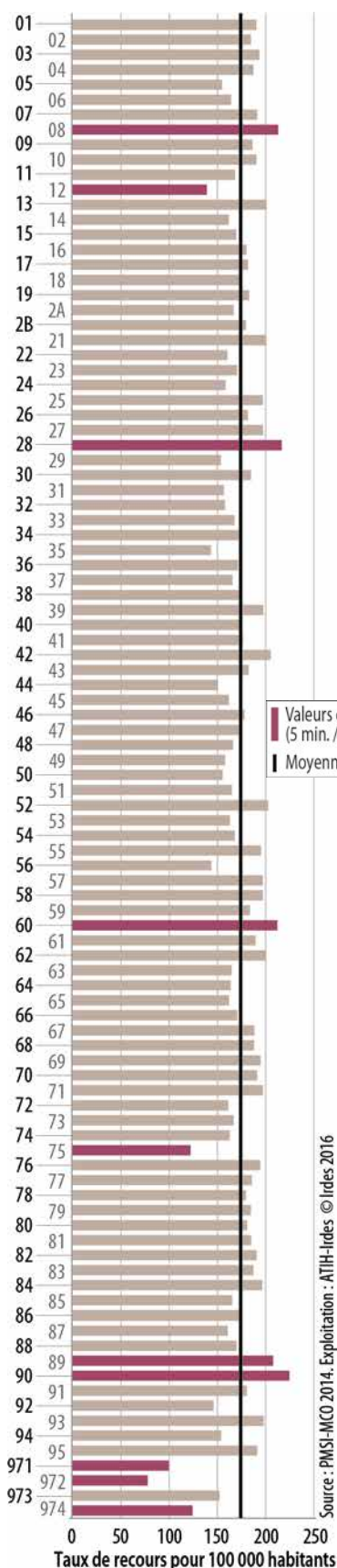
Certaines études montrent une hétérogénéité territoriale de la prise en charge du canal carpien, avec notamment une disparité du taux d'interventions de libération du nerf médian. Seul un quart des patients

opérés a bénéficié d'infiltrations de corticoïdes ou d'attelle préalable (Tuppin *et al.*, 2011). D'autres traitements non interventionnels pourraient être utilisés, seuls ou de façon complémentaire, et font l'objet de publications et débats dans la littérature (O'Connor *et al.*, 2012) : corticothérapie orale, ultrasonothérapie, acupuncture, diurétiques, etc.

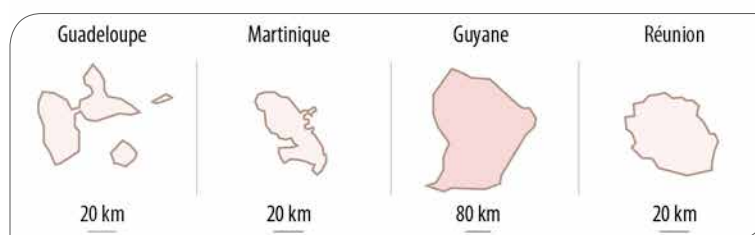
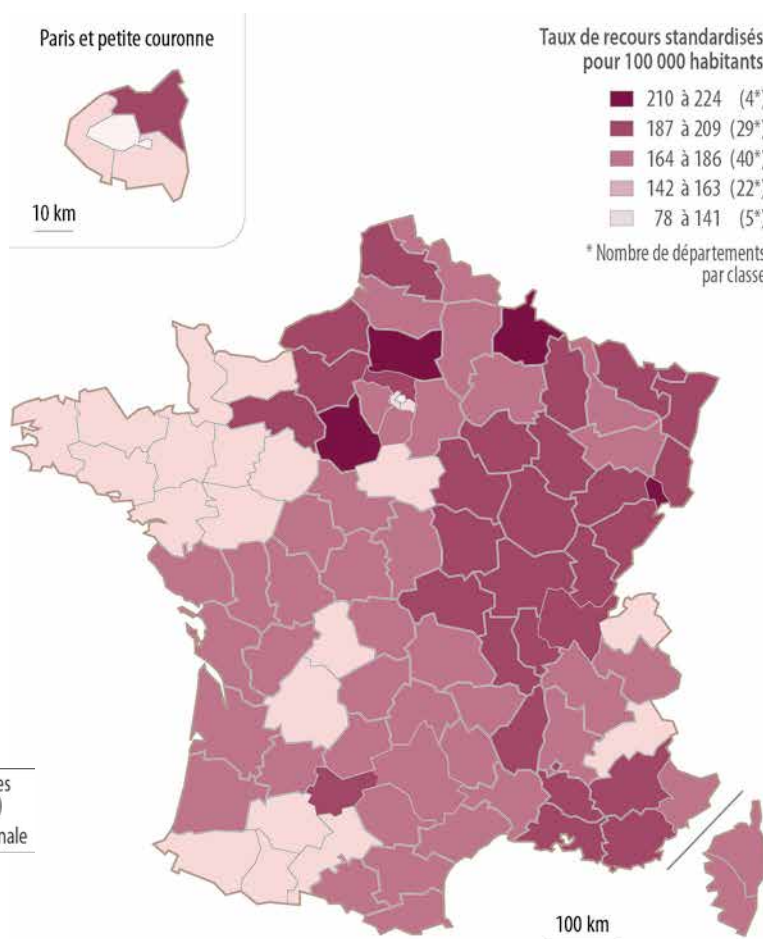
En France, des référentiels sur la prise en charge de cette pathologie et le parcours des patients ont été élaborés et mis à disposition par la HAS (2012 et 2013) : l'intervention chirurgicale est la prise en charge ultime du syndrome du canal carpien après un traitement médical bien conduit, et après la réalisation d'un électroneuromyogramme (ENMG)* qui permet de confirmer le diagnostic et d'évaluer l'importance de la lésion. La Cnamts a par ailleurs élaboré et mis à disposition des régions différents outils : un référentiel de bonne pratique destiné aux professionnels (2013a) et des livrets d'information à destination des patients (2013b). ■

Cholécystectomie ou ablation de la vésicule biliaire

Taux de recours départemental standardisé pour 100 000 habitants en 2014



Source : PMSI-MCO 2014. Exploitation : ATIH-Irdes © Irdes 2016



Source : PMSI-MCO 2014. Exploitation : ATIH-Irdes © Irdes 2016

Données synthétiques

Cholécystectomie ou ablation de la vésicule biliaire en 2014	Nombre de séjours	113 426
	Taux de recours national	175
	Taux de recours minimum*	78
	Taux de recours maximum*	224
	Ratio (P90-P10)	1,30
	Coefficient de variation (%)	13,0
	Écart-type	0,23
	Ratio maximum/minimum	2,89

Source : PMSI-MCO 2014
Exploitation : ATIH-Irdes

* Les taux par département sont standardisés par sexe et âge.

Cholécystectomie ou ablation de la vésicule biliaire

De quoi s'agit-il ?

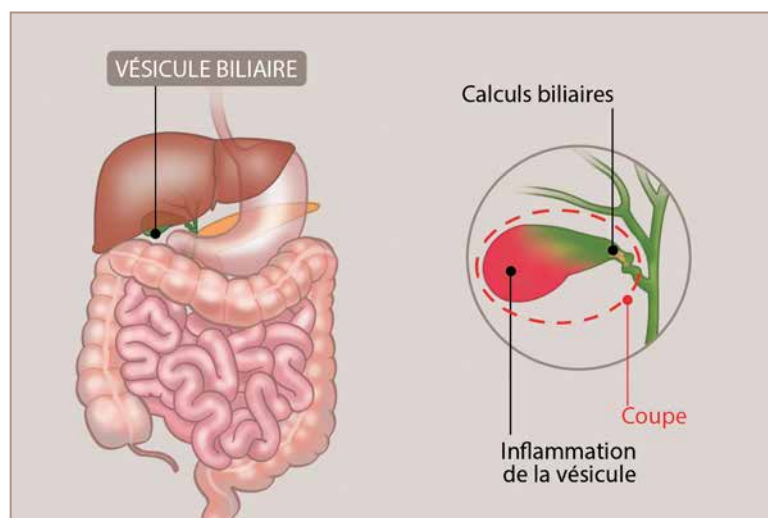
La cholécystectomie, ou ablation de la vésicule biliaire, est un acte chirurgical consistant à enlever la vésicule biliaire. Ses indications sont les coliques hépatiques*, l'inflammation de la vésicule biliaire, un risque de cancer de la vésicule biliaire, et la pancréatite causée par des calculs biliaires* (Société nationale française de gastro-entérologie-SNFGE, 2009). Elle est pratiquée le plus souvent sous coelioscopie*, au cours d'une hospitalisation brève, voire en ambulatoire*.

Si l'ablation de la vésicule biliaire est une méthode efficace pour traiter les manifestations cliniques des calculs biliaires, aucune recommandation en faveur de l'intervention n'est précisée en cas d'absence de symptôme (SNFGE, 2009). L'intervention n'est donc pas toujours justifiée, notamment en raison de son impact sur le régime alimentaire. La persistance de symptômes postopératoires témoigne *a posteriori* de la non pertinence de l'indication. La complication opératoire redoutée est la plaie de la voie biliaire principale* dont le risque est estimé entre 0,5 et 1 %.

Tous les calculs biliaires ne nécessitent pas une opération. Seuls les calculs responsables de symptômes (douleurs dont l'origine biliaire est reconnue par le médecin) ou de complications aiguës (infections) justifient une opération au regard du rapport bénéfices/risques. Le diagnostic clinique est confirmé par une échographie abdominale. La traçabilité de la douleur biliaire dans le dossier des patients et la prévention des plaies biliaires sont les deux indicateurs de la qualité de la prise en charge.

Quelles variations des pratiques ?

En 2014, plus de 113 400 cholécystectomies ont été réalisées, dont 70 % hors affections aiguës. Le nombre de cholécystectomies pour affections aiguës a baissé de 13 % au cours des cinq dernières années tandis que celui pour les cas non-ai-



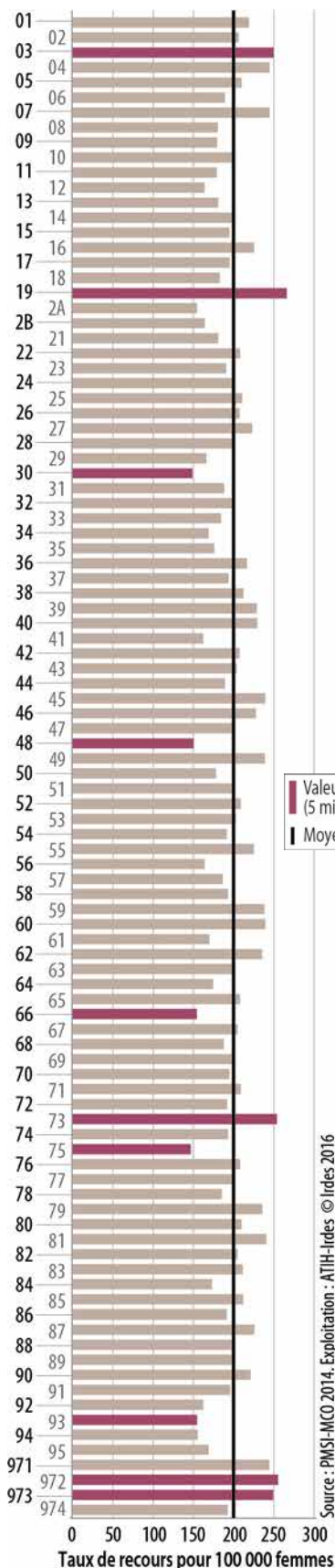
gus a augmenté de plus de 18 %. Environ 25 % de la population présentent des calculs biliaires dans la vésicule qui ne se manifestent pas systématiquement (SNFGE, 2009). Les taux de recours pour opérations hors urgence et pour complications aiguës doivent être analysés simultanément. Le taux de recours pour cholécystectomie quel que soit le type d'affection (aiguë ou non) varie entre 78 séjours pour 100 000 habitants en Martinique et 224 séjours dans le Territoire de Belfort, avec une moyenne nationale de 175 séjours pour 100 000 habitants. Les départements présentant les taux les plus élevés sont le Territoire de Belfort, l'Eure-et-Loir et les Ardennes (plus de 200 recours pour 100 000 habitants). Les départements caractérisés par les taux les plus faibles sont la Martinique et la Guadeloupe. Pour les cholécystectomies hors affections aiguës, ce taux varie de 41 séjours pour 100 000 habitants en Martinique à 165 dans l'Yonne, avec une moyenne nationale de 124.

En France, des recommandations ont été publiées par la HAS (2012, 2013a 2013b). Elles sont complétées par deux outils élaborés par la Cnamts et mis à disposition des régions : un référentiel de bonnes pratiques destiné aux professionnels (Cnamts, 2015a) et un livret d'information à destination des patients (2015b).

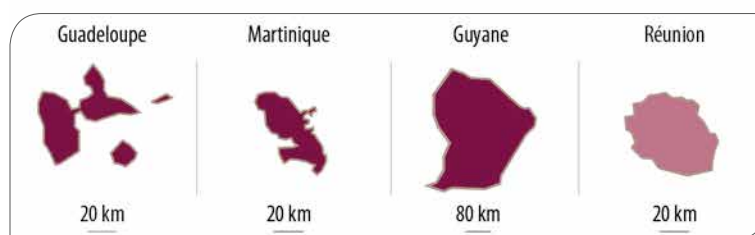
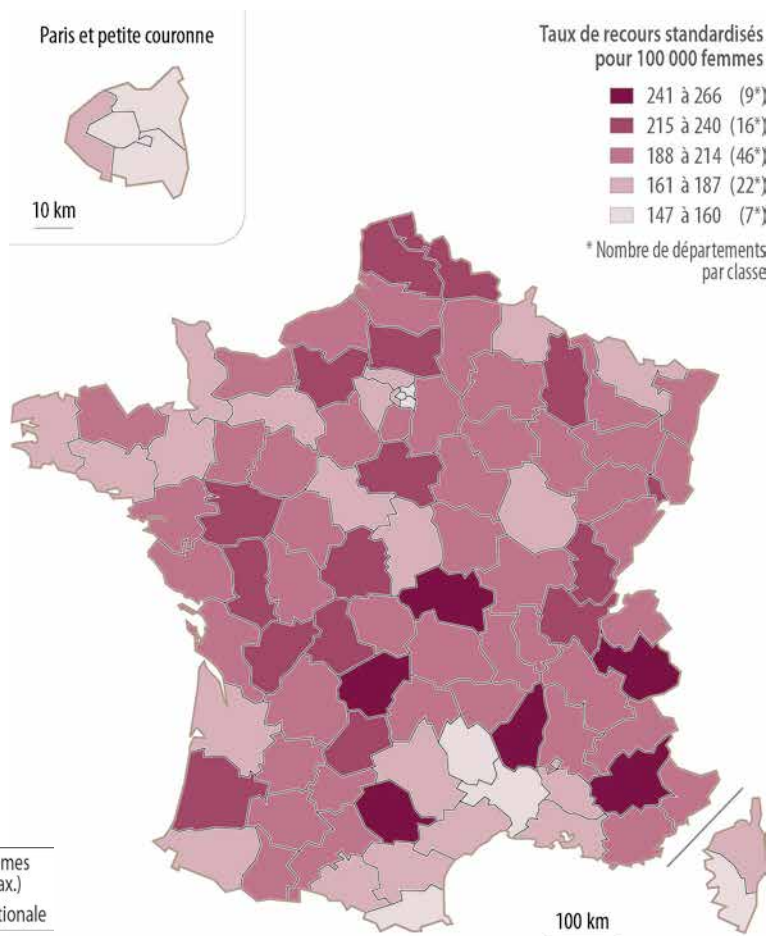
La littérature et les recommandations sont unanimes concernant l'indication de cholécystectomie en cas de lithiase symptomatique* (Sales, Pelletier, 2008 ; SNFGE, 2009). Cependant, l'indication des cholécystectomies hors urgence (sans complication aiguë) reste à adapter en fonction du rapport bénéfice/risque de chaque situation individuelle. ■

Hystérectomie ou ablation de l'utérus

Taux de recours départemental standardisé pour 100 000 femmes en 2014



Source : PMSI-MCO 2014. Exploitation : ATIH-Irdes © Irdes 2016



Source : PMSI-MCO 2014. Exploitation : ATIH-Irdes © Irdes 2016

Données synthétiques

Hystérectomie ou ablation de l'utérus en 2014	Nombre de séjours	64 612
	Taux de recours national	192
	Taux de recours minimum*	147
	Taux de recours maximum*	266
	Ratio (P90-P10)	1,46
	Coefficient de variation (%)	13,5
	Écart-type	0,27
	Ratio maximum/minimum	1,81

Source : PMSI-MCO 2014
Exploitation : ATIH-Irdes

* Les taux par département sont standardisés par sexe et âge.

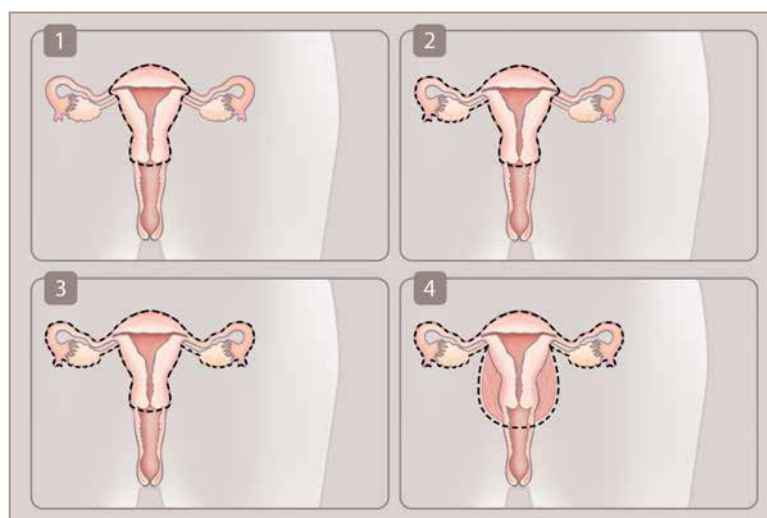
Hystérectomie ou ablation de l'utérus

De quoi s'agit-il ?

L'hystérectomie consiste en l'ablation chirurgicale de l'utérus. Parfois, les trompes et les ovaires sont également retirés. L'hystérectomie subtotale ou partielle consiste à enlever uniquement la partie supérieure de l'utérus et laisser le col de l'utérus en place tandis que l'hystérectomie totale enlève le corps de l'utérus, le col (figure 1), ainsi que les ovaires et les trompes de Fallope (figures 2 et 3). L'hystérectomie radicale (figure 4), généralement effectuée pour traiter les cancers gynécologiques invasifs, associe l'hystérectomie totale plus l'ablation du tiers supérieur du vagin et des ganglions lymphatiques pelviens*. Les antécédents médicaux et la raison de l'opération déterminent le choix du type d'hystérectomie à pratiquer. L'intervention peut être réalisée sous anesthésie générale ou locorégionale (péridurale ou rachianesthésie*) et peut se réaliser par voie abdominale (voie haute), par cœlioscopie* ou par les voies naturelles (voie vaginale ou voie basse) [CNGOF, 2015].

Le choix et le type d'intervention dépendent de l'âge, du désir de grossesse et de la pathologie de la patiente. L'opération supprime notamment toute perspective de grossesse. Cette intervention peut parfois être indiquée, dans le cas de complications ou d'une résistance au traitement médical ou chirurgical conservateur, pour fibromes, règles abondantes responsables d'anémie et pour certaines hémorragies du *post-partum**.

L'hystérectomie est une intervention courante dont le déroulement est simple dans la majorité des cas, mais comme pour toute intervention chirurgicale, certains inconvénients ou risques existent. A court terme, elle peut se traduire par un saignement ou une infection ou, très exceptionnellement, par des blessures des organes voisins (vessie, voies urinaires, intestins ou vaisseaux sanguins). A long terme, elle peut être à l'origine de douleurs et troubles sexuels (CNGOF, 2004). Lorsque



les ovaires ne sont pas conservés, des symptômes de la ménopause peuvent apparaître plus précocement ou être accentués. Le déséquilibre hormonal faisant suite à certaines hystérectomies peut également avoir des conséquences psychologiques à ne pas négliger (Vomvolaki *et al.*, 2006).

Si les indications concernant les hystérectomies font globalement consensus, en revanche, leur pratique varie fortement d'une équipe à l'autre en fonction des différents professionnels de santé les réalisant et du recours aux techniques chirurgicales conservatrices (CNGOF, 1996). En effet, depuis plusieurs années, différentes alternatives à l'hystérectomie sont proposées pour le traitement de certaines conditions bénignes comme l'embolisation des artères utérines, l'endométrectomie*, la myomectomie*, ou la thermocoagulation* (CNGOF, 1999).

Quelles variations des pratiques ?

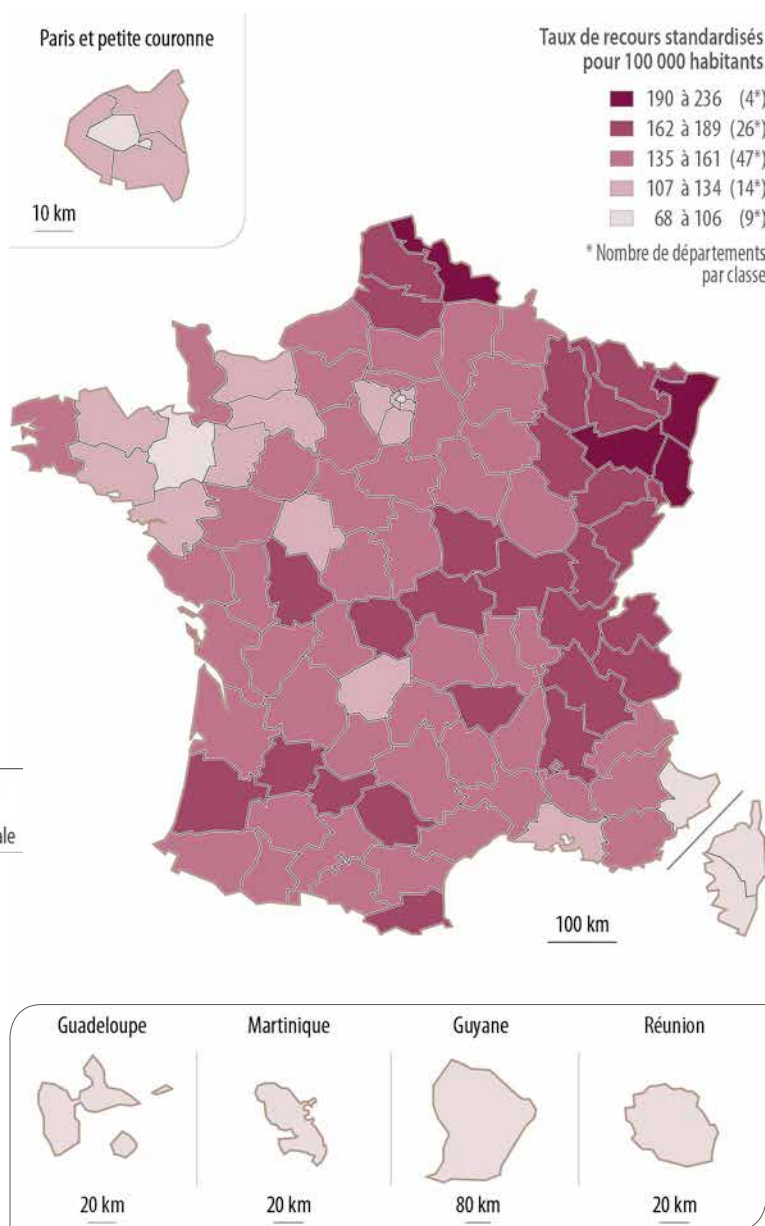
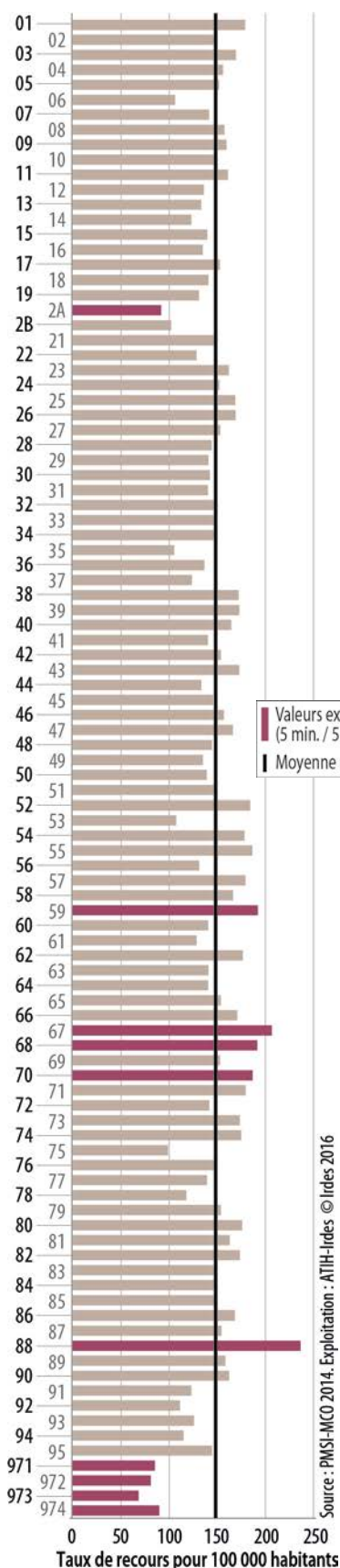
Depuis 2010, le nombre de séjours pour hystérectomies en France est en légère diminution (- 6 %) passant de 68 936 à 64 612 en 2014 (Tableau). Le taux standardisé d'hystérectomies varie de 147 pour 100 000 femmes à Paris à 266 en Corrèze, avec un taux de recours moyen national de 192 pour 100 000 femmes. Les départements présentant les

taux les plus élevés sont la Savoie, la Martinique et la Corrèze (> 250 recours pour 100 000 femmes). Les départements caractérisés par les taux les plus faibles sont Paris, le Gard et la Lozère (≤ 150 pour 100 000 femmes).

Les études effectuées dans d'autres pays montrent que l'Australie, le Canada mais aussi l'Allemagne réalisent davantage d'hystérectomies que la France : entre 300 et 400 /100 000 femmes contre 209 en France (OCDE, 2014). De plus, il a également été démontré que les femmes présentant un niveau d'éducation moins élevé et moins favorisées sur le plan socio-économique ont plus de probabilité d'être opérées d'une hystérectomie (OCDE, 2014). À ce jour, aucune étude sur ce lien n'existe en France. ■

Pose d'une prothèse du genou

Taux de recours départemental standardisé pour 100 000 habitants en 2014



Source : PMSI-MCO 2014. Exploitation : ATIH-Irdes © Irdes 2016

Données synthétiques

Pose d'une prothèse du genou en 2014	Nombre de séjours	95 966
	Taux de recours national	147
	Taux de recours minimum*	68
	Taux de recours maximum*	236
	Ratio (P90-P10)	1,61
	Coefficient de variation (%)	18,4
	Écart-type	0,27
	Ratio maximum/minimum	3,46

Source : PMSI-MCO 2014
Exploitation : ATIH-Irdes

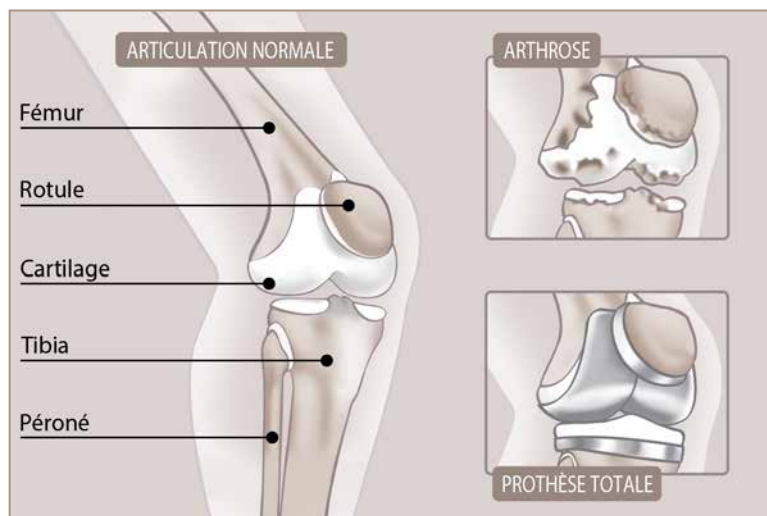
* Les taux par département sont standardisés par sexe et âge.

Pose d'une prothèse du genou

De quoi s'agit-il ?

La pose de prothèse totale du genou (PTG) ou tri-compartimentale (tibia, fémur, rotule) consiste à remplacer les surfaces cartilagineuses du genou par un implant métallique ou en matière proche du plastique (polyéthylène). Elle est réalisée lorsque l'usure du genou est importante, la mobilité fortement diminuée, les douleurs fortes et que les traitements non chirurgicaux sont insuffisants. D'autres critères sont à prendre en considération : le mode de vie, la crainte de perte d'autonomie, l'âge, le poids, l'état général. Les usures mono-compartimentales* se traitent plutôt par modification de l'axe de la jambe (résection* d'un coin osseux) chez le sujet de moins de 55 ans ou par prothèse partielle uni-compartimentale (PUC) si le patient est peu actif. Cette intervention lourde occupe la dernière place dans la stratégie thérapeutique de l'arthrose du genou qui correspond à l'usure des cartilages du genou (tibia, fémur, rotule), surtout observée chez les femmes de plus de 55 ans et les personnes souffrant d'un surpoids chronique, d'une déformation des membres inférieurs ou d'une hyperactivité sportive.

Les buts de la prothèse sont de retrouver un genou indolore et une mobilité suffisante dans la vie courante. La durée de vie moyenne de la PTG est de quinze ans et le taux moyen de satisfaction des patients de 90 %, cinq ans après l'intervention. La décision finale de l'intervention revient au patient après que le praticien lui en ait exposé les risques (hémorragie, infection nosocomiale* (HAS, 2015)...) ainsi que les bénéfices attendus. Le patient doit également être informé du risque d'usure et de descellement des pièces de la prothèse. Ce risque augmente avec l'âge de la prothèse et certaines activités physiques. Un programme de surveillance postopératoire régulière et prolongée est préconisé afin de suivre l'usure de la prothèse.



Quelles variations des pratiques ?

Depuis 2010, le nombre de séjours pour poses de prothèses du genou a augmenté passant de 74 373 à 95 966 en 2014. Des variations sont observées entre les départements avec des taux de recours standardisés variant de 68 séjours pour 100 000 habitants en Guyane à 236 dans les Vosges. Le taux moyen de recours est de 147 pour 100 000 habitants. Les départements présentant les taux les plus élevés sont le Bas-Rhin et les Vosges (plus de 200 recours pour 100 000 habitants). Les départements caractérisés par les taux les plus faibles sont les départements d'outre-mer (≤ 90 pour 100 000 habitants).

Si une partie de ces variations peut être liée à l'état de santé de la population, notamment aux taux d'obésité, les études nord-américaines montrent que l'avis des médecins joue un rôle important dans l'explication des variations des pratiques (OCDE, 2014). En Angleterre et en Australie, il a également été montré que les patients habitant dans les territoires moins favorisés du point de vue socio-économique ont plus de probabilité d'avoir une prothèse du genou (Dixon *et al.*, 2011 ; Cookson, 2007).

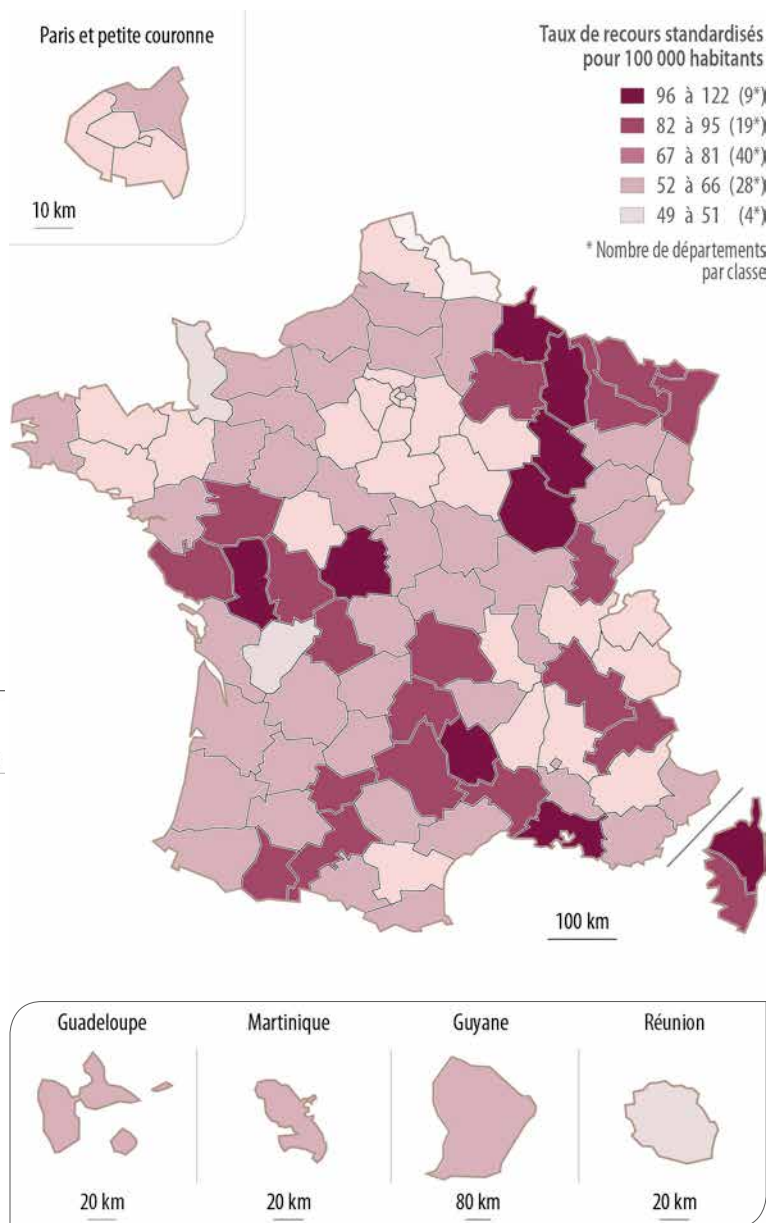
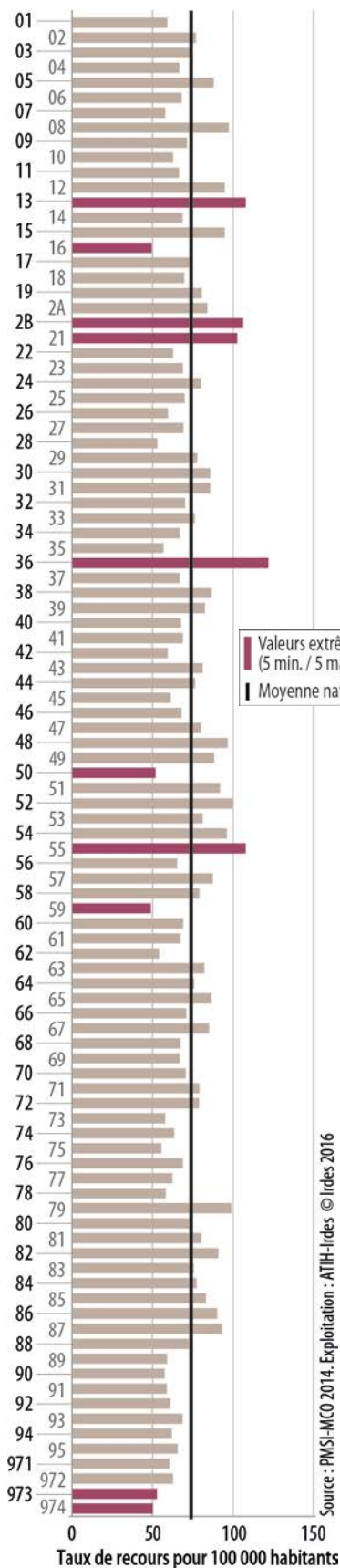
Face à l'augmentation rapide des prothèses du genou, l'HAS a été sollicitée pour fournir des recomman-

datations cliniques afin de préciser les conditions d'intervention pour pose de prothèse du genou (HAS, 2013) La HAS précise que si l'arthroplastie est l'étape ultime de la prise en charge d'un patient atteint d'une pathologie articulaire du genou, la décision d'intervention est dépendante de critères cliniques et radiologiques spécifiques au patient. Concernant la prise en charge à la suite de l'intervention, deux tiers des patients opérés sont aujourd'hui orientés vers une prise en charge en soins de suite et de réadaptation (SSR), mais les taux varient sensiblement d'une région à l'autre, de 51 % à 81 % en 2009. La HAS (2008) signale par ailleurs que certains patients pourraient être pris en charge en ville pour leur rééducation.

Des protocoles de chirurgie ambulatoires*, qui peut dans certaines conditions être plus avantageuse du point de vue du patient, sont en cours de développement dans de nombreux pays, mais peu développés en France (Kolisek *et al.*, 2009). ■

Thyroïdectomie ou ablation de la thyroïde

Taux de recours départemental standardisé pour 100 000 habitants en 2014



Données synthétiques

Thyroïdectomie ou ablation de la thyroïde en 2014	Nombre de séjours	46 477
	Taux de recours national	71
	Taux de recours minimum*	49
	Taux de recours maximum*	122
	Ratio (P90-P10)	1,65
	Coefficient de variation (%)	20,1
	Écart-type	0,15
	Ratio maximum/minimum	2,50

Source : PMSI-MCO 2014
Exploitation : ATIH-Irdes

* Les taux par département sont standardisés par sexe et âge.

Thyroïdectomie ou ablation de la thyroïde

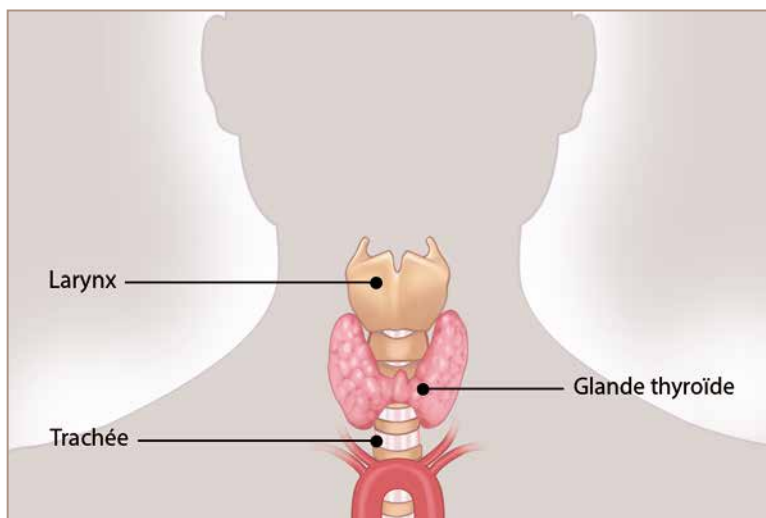
De quoi s'agit-il ?

La thyroïdectomie, ou chirurgie de la thyroïde, consiste à enlever la totalité (thyroïdectomie totale) ou une partie de la thyroïde (lobectomie) par incision horizontale à la base du cou. Elle est proposée lorsque la thyroïde est le siège de nodules gênants, lorsqu'elle se met à fonctionner exagérément (maladie de Basedow), ou lorsqu'il existe une suspicion de cancer à l'analyse au microscope de cellules prélevées par ponction. Dans ce cas, le geste peut être complété par le curage des ganglions lymphatiques autour de la thyroïde. Dans la grande majorité des cas, les maladies thyroïdiennes progressent lentement et un traitement freinateur par hormones, ou une simple surveillance de l'évolution de la maladie, est proposé aux patients.

Les maladies thyroïdiennes surviennent le plus souvent chez les femmes, quel que soit leur âge. Les cancers de la thyroïde ont habituellement un bon pronostic. Grâce à l'amélioration de la détection de cellules cancéreuses au microscope, leur augmentation au cours des deux dernières décennies est faible. Ces cancers ne nécessitent aucun traitement complémentaire après chirurgie.

Une thyroïdectomie, même réalisée dans les meilleures conditions, peut néanmoins se compliquer d'une baisse de calcium ou de troubles de la voix. En cas d'ablation complète, un traitement hormonal est indispensable. Certaines formes rares de cancers sont héréditaires et imposent une prise en charge spécifique.

Si les thyroïdectomies permettent de traiter de façon radicale certains cancers, nodules et dysfonctionnements thyroïdiens, les recommandations récentes émises par les sociétés savantes s'orientent vers des gestes plus conservateurs. Ainsi, une lobectomie sans curage peut être réalisée pour les cancers de bon pronostic, s'ils ne dépassent pas 2 cm de diamètre.



Quelles variations des pratiques ?

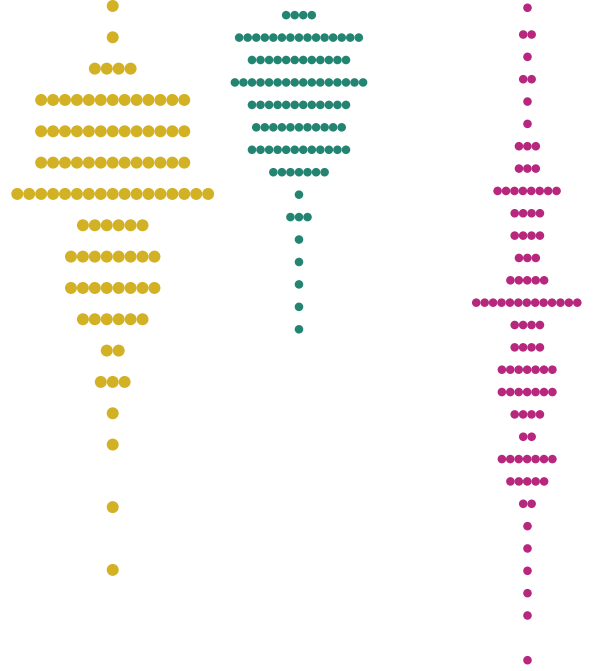
En France, l'incidence globale des dysthyroïdies* est estimée à 2,0 % (Estaquio *et al.*, 2009) : 0,5 % pour les hommes de 45 à 60 ans, 2,3 % pour les femmes de 35 à 44 ans et 3,6 % pour les femmes 45 à 60 ans. Depuis 2010, le nombre de séjours pour thyroïdectomies a légèrement diminué passant de 48 081 à 46 477 thyroïdectomies en 2014.

Les variations entre départements ont diminué depuis quelques années. En 2014, les taux de recours standardisés varient de 49 séjours pour 100 000 habitants dans le Nord et en Charente, à 122 pour 100 000 dans l'Indre. Les départements présentant les taux les plus élevés sont la Côte-d'Or, la Haute-Corse, les Bouches-du-Rhône, la Meuse et l'Indre (> 100 recours pour 100 000 habitants). Les départements caractérisés par les taux les plus faibles sont le Nord, la Charente et la Réunion (< 50 pour 100 000 habitants).

Selon l'Assurance maladie, en France en 2013, pour 9 patients opérés, 4 l'ont été pour cancers et 5 pour nodules bénins. Ce rapport est variable entre les départements. La cytoponction* est capitale pour orienter la prise en charge mais reste insuffisamment réalisée : seuls 40 % des patients en ont bénéficié (44 % des patients atteints d'un cancer et

34 % des patients porteurs d'un nodule bénin). Ce taux de cytoponction varie également d'un département à l'autre.

En France, des recommandations ont été publiées par la HAS et l'Institut national du cancer (Inca) [2007, 2010 a et b, 2013] : elles privilégient une prise en charge de plus en plus conservatrice en incitant à réduire le risque de complications et de séquelles thérapeutiques et à préserver la qualité de vie du patient. La Cnamts a aussi élaboré des outils (validés par la HAS) : un référentiel de bonne pratique destiné aux professionnels (2015a) et un livret d'information à destination des patients (2015b). ■



Bibliographie

Préface

- McPherson K., Wennberg J.E., Hovind O.B., Clifford P. (1982). "Small-area Variations in the Use of Common Surgical Procedures: An International Comparison of New England, England, and Norway". *N Engl J Med.*;307(21):1310-1314.
- OCDE (2014). "Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can be Done to Improve Health Care Performance?"

Introduction

- Bensadon M. (2015). « Que sait-on des variations des pratiques en établissements ? », *Actualité et dossier en santé publique (ADSP)*, septembre.
- Corallo A., Croxford R., Srivastava D., Goodman D., Stukel T. (2014). "A Systematic Review of Medical Practice Variation in OECD Countries", *Health Policy*, 114 (1), p. 5-14.
- Fouchard A. (2015). « La pertinence : une nouvelle justification pour faire des économies ou nouvelle dimension de la qualité des soins ? », *Actualité et dossier en santé publique (ADSP)*, septembre.
- Lavis N.J., Anderson G.M. (1996). "Appropriateness in Health care Delivery: Definitions, Measurement and Policy Implications", *Canadian Medical Assoc. Journal*, Feb. 1, 1996; 154 (3) 321-28.
- Le Bail M. (2015). « La démarche nationale de la pertinence des soins », *Actualité et dossier en santé publique (ADSP)*, septembre.
- NHS (1993). "What Do We Mean by Appropriate Health Care?"; Report of a working group prepared for the Director of Research and Development of the NHS Management Executive. *Qual Health Care* ;2 (2):117-23.

- OCDE (2014). "Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can be Done to Improve Health Care Performance?"
- Or et Verboux (2015). « La pertinence des pratiques d'hospitalisation : une analyse des écarts départementaux de prostatectomies », *Revue Economique*, vol. 66.
- Skinner (2012). "Causes and Consequences of Regional Variations in Health Care", Pauly M. V., McGuire T. G., Barros P. P. (eds), *Handbook of Health Economics*, Oxford, North-Holland, Volume 2, p. 45-95.
- Wennberg J.E. (2016). *Small Area Analysis and the Challenge of Practice Variation*, MPV Book.
- Wennberg J.E., Fisher E.S., Skinner J.S., et al. (2002). "Geography and the Debate over Medicare Reform", *Health Affairs, Suppl Web* exclusive, W96-114.
- Wennberg J.E. (1993). "Future Directions for Small Area Variations", *Medical Care Supplement*, 31 (5), YS75-80.
- WHO (2000). "Appropriateness in Health Care Services, Report on a WHO Workshop", Koblenz, Germany, 23-25 March 2000 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/119936/E70446.pdf

Amygdalectomie ou ablation des amygdales

- Appleby J., Raleigh V., Frosini F., Bevan G. et al. (2011). "Variations in Health Care: The Good, the Bad and the Inexplicable", The King's Fund London, 2011. www.kingsfund.org.uk/publications
- Burkinshaw J. (1956). "Is Tonsillectomy Necessary?" *British Medical Journal*, vol. 2, no 4994, pp 713. www.bmj.com/cgi/pdf_extract/2/4994/713

- Burton M.J., Glasziou P.P., Chong L., Venekamp R.P. (2014). "Tonsillectomy or Adenotonsillectomy versus Non-surgical Treatment for Chronic/ Recurrent Acute Tonsillitis". *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 11. Art. No.: CD001802. DOI: 10.1002/14651858.CD001802.pub3
- Cnamts (2015). « Référentiel de bonne pratique. Amygdalectomie avec ou sans adénoïdectomie chez l'enfant ou l'adolescent (moins de 18 ans) », novembre.
- Dauvilliers Y. *et al.* (2010). « Quelle évaluation pré-thérapeutique d'un patient avec SAHOS nouvellement diagnostiqué ? Syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil de l'adulte. Recommandations pour la pratique clinique », *Revue des maladies respiratoires* 27, 806-833.
- Glover A.J. (1938). "The Incidence of Tonsillectomy in Schoolchildren". *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, vol 31, no 10, pp 1219-36.
- HAS (2012). « Note de problématique. Amygdalectomie avec ou sans adénoïdectomie chez l'enfant ou l'adolescent (moins de 18 ans) ». Haut Autorité de santé, décembre 2012.
- Stuck B.A., Windfuhr J.P., Genzwürker H., Schrotten H., Tenenbaum T., Götte K. (2008). "Tonsillectomy in Children". *Deutsches Ärzteblatt International*. 105(49):852-861. doi:10.3238/arztebl.2008.0852
- SFORL (2009). « Recommandation pour la pratique clinique. Amygdalectomie de l'enfant », SFORL, 2009.
- Suleman M., Clark M.P.A., Goldacre M., Burton M. (2010). "Exploring the Variation in Paediatric Tonsillectomy Rates between English Regions: A 5-year NHS and Independent Sector Data Analysis". *Clinical Otolaryngology*, vol 35, no 2, pp 111-17.

Appendicectomie ou chirurgie de l'appendicite

- Cnamts (2011). « Améliorer la pertinence des actes. Focus sur deux interventions courantes : appendicectomie et césarienne programmée ». *Point d'information*. 29 septembre.
- HAS (2012). « Rapport d'évaluation technologique. Appendicectomie : éléments décisionnels pour une indication pertinente », novembre.
- Oberlin P., Mouquet M.C. (2014). « La longue diminution des appendicectomies en France », *Drees, Études et résultats*, n° 868, février.

- OCDE (2014). "Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can be Done to Improve Health Care Performance?"

Césarienne

- Cnamts (2011). « Améliorer la pertinence des actes : focus sur deux interventions courantes. Appendicectomie et césarienne programmée ».
- CNGOF (2000). « Recommandations pour la pratique clinique. Césarienne : conséquences et indications ».
- HAS (2016). « Analyse et amélioration des pratiques. Programme d'optimisation de la pertinence des césariennes programmées à terme ».
- HAS (2014). « Analyse et amélioration des pratiques. Césarienne programmée à terme. Synthèse de l'expérimentation de 2013 à 2014 ». Haute Autorité de santé.
- HAS (2013). « Ce que toute femme enceinte devrait savoir... ».
- HAS (2012). « Recommandations de bonnes pratiques. Indications de la césarienne programmée à terme », janvier.
- Hansen A.K., Wisborg K., Ulbjerg N., Henriksen T.B. (2008). "Risk of Respiratory Morbidity in Term Infants Delivered by Elective Caesarean Section: Cohort Study". *BMJ*. Jan 12;336(7635):85-7. Epub 2007 Dec 11.
- Informations patients (CNGOF) www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PUFIC_06.HTM
- Milcent C., Rochut J. (2009). « Tarification hospitalière et pratique médicale : la pratique de la césarienne en France », *Revue Economique*, 69(2) : 489-506.

Chirurgie bariatrique ou de l'obésité

- HAS (2011). « Recommandations de bonnes pratiques. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours ». Haute Autorité de santé, septembre.
- HAS (2009). « Recommandations de bonnes pratiques. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte - Synthèse des recommandations ». Haute Autorité de santé, janvier.
- HAS (2009a). « Chirurgie de l'obésité : ce qu'il faut savoir avant de se décider ».

Chirurgie de la tumeur bénigne de la prostate

- Anaes (2003). « Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'hypertrophie bénigne de la prostate, Recommandations ».
- [CFU] Collège français des urologues. Référentiel du collège : <http://urofrance.org/congres-et-formation/formation-initiale/referentiel-du-college/hypertrophie-benigne-de-la-prostate.html>
- [CFU] Collège français des urologues. Référentiel du collège : <http://urofrance.org/congres-et-formation/formation-initiale/referentiel-du-college/tumeurs-de-la-prostate.html>
- Dartmouth (2016). *The Dartmouth Atlas of Health Care. Variation in Surgical Procedures* : http://www.dartmouthatlas.org/pages/variation_surgery_2
- Descazeaud A. *et al.* (2012). « Recommandation : Bilan initial, suivi et traitement des troubles mictionnels en rapport avec hyperplasie bénigne de prostate : recommandations du CTMH de l'AFU ». *Prog Urol*, 2012, 22, 16, 977-988.
- Etzioni R., Penson D.F., Legler J.M. *et al.* (2002). "Overdiagnosis Due to Prostatespecific Antigen Screening: Lessons from U.S. Prostate Cancer Incidence Trends", *Journal of the National Cancer Institute*, 94 (13), p. 981-990.
- European Association of Urology. *Guidelines on Prostate Cancer* : EAU; 2014.
- HAS (2012). « Cancer de la prostate : identification des facteurs de risque et pertinence d'un dépistage par dosage de l'antigène spécifique prostatique (PSA) de populations d'hommes à haut risque ? », février 2012.
- HAS (2013). « Traitement des symptômes du bas appareil urinaire liés à l'hypertrophie bénigne de la prostate par laser – Rapport d'évaluation technologique », Service des actes professionnels, novembre.
- Or Z., Verboux D. (2015). « La pertinence des pratiques d'hospitalisation : une analyse des écarts départementaux de prostatectomies », *Revue Economique*, vol. 66.
- Schröder F.H., Hugosson J., Roobol M.J., Tammela T.L.J *et al.* (2009). « Screening and Prostate-Cancer Mortality in a Randomized European Study", *New England Journal of Medicine*, 360 (13), p. 1320-1328.

Chirurgie du syndrome du canal carpien

- Cnamts (2013a). « Syndrome du canal carpien ». www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/aide-a-la-pratique-memos/les-memos-de-bonne-pratique/syndrome-du-canal-carprien.php. Octobre.
- Cnamts (2013b). « Qu'est-ce que le syndrome du canal carpien ? » : www.ameli-sante.fr/syndrome-du-canal-carprien/definition-syndrome-du-canal-carprien.html. Décembre.
- Ha C., Bello P.Y., Sinno-Tellier S. (2010). « TMS d'origine professionnelle : une préoccupation majeure ». *INVS, BEH* ; (5-6) :33-56.
- HAS (2013). « Analyse et amélioration des pratiques, syndrome du canal carpien, optimiser la pertinence du parcours patient », février.
- HAS (2012). « Rapport d'évaluation technologique. Chirurgie du syndrome du canal carpien : approche multidimensionnelle pour une décision pertinence », septembre.
- O'Connor D., Marshall S.C., Massy-Westropp N., Pitt V. (2012). "Non-surgical Treatment (Other than Steroid Injection) for Carpal Tunnel Syndrome". *Cochrane Database of systematic reviews 2003*; issue 1. Mise à jour 2012.
- Tuppin P., Blotière P.-O., Weill A., Ricordeau P., Allemand H. (2011). "Syndrome du canal carpien opéré en France en 2008 : caractéristiques des malades et de leur prise en charge". *Revue neurologique* : 167, 905-915.

Cholécystectomie ou ablation de la vésicule biliaire

- Cnamts (2015a). « Lithiase biliaire : quand réaliser une cholécystectomie ? ». *Pertinence des soins*, février : www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/aide-a-la-pratique-memos/les-memos-de-bonne-pratique/lithiase-biliaire.php
- Cnamts (2015b). « Lithiase vésiculaire ou calculs biliaires ». www.ameli-sante.fr/lithiase-vesiculaire-ou-calculs-biliaires/les-soins-prescrits-en-cas-de-colique-hepatique.html;
- HAS (2012). « Note de problématique pertinence. Cholécystectomie », décembre.
- HAS (2013a). « Points-clés et solutions. Pertinence des soins : quand faut-il faire une cholécystectomie ? », Janvier.
- HAS (2013b). « Note méthodologique. Programme pertinence Cholécystectomie », Février.

- Sales J.P., Pelletier G. (2008). « Indications des méthodes thérapeutiques de la lithiase biliaire », *EMC, Hépatologie*, 7-047-E-10,2008
- Société nationale française de gastroentérologie (SNFGE) (2009). « Prise en charge de la lithiase biliaire. Recommandations de pratique clinique ».

Hystérectomie ou ablation de l'utérus

- CNGOF (2015). « Recommandations pour la pratique clinique. Hystérectomie pour pathologie bénigne ».
- CNGOF (2004). « Les complications de l'hystérectomie sont-elles liées à la voie d'abord ? ».
- CNGOF (1999). « Recommandations pour la pratique clinique, Alternatives à l'hystérectomie pour pathologies bénignes de l'utérus ».
- CNGOF (1996). « Hystérectomies : indications, voies, conservations annexielles ou cervicales ».
- Information patients CNGOF : www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PUFIC_02.HTM
- OCDE (2014). "Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can be Done to Improve Health Care Performance?"
- Vomvolaki E., Kalmantis K., Kioses E., Antsaklis. (2006). "The Effect of Hysterectomy on Sexuality and Psychological Changes", *European Journal of Contraceptive Reproduct. Health Care*. 2006 Mar;11(1):23-7.

Pose d'une prothèse du genou

- Cookson R., Dusheiko M., Hardman G. (2007). "Socio-economic Inequality in Small Area Use of Elective Total Hip Replacement in the English NHS in 1991 and 2001", *Journal of Health Services Research and Policy*; 12 suppl 1, p. 10-17.
- Dixon T., Urquhart D.M., Berry P., Bhatia K. et al. (2011). "Variations in Rates of Hip and Knee Joint Replacement in Australia Based on Socio-economic Status, Geographical locality, Birthplace and Indigenous Status", *ANZ Journal of Surgery*, 81(1-2): 26-31.
- HAS (2015). « Prothèse de hanche ou de genou : diagnostic et prise en charge de l'infection dans le mois suivant l'implantation. Méthode Recommandation pour la pratique clinique ».
- HAS (2013). « Éléments concourant à la décision d'arthroplastie du genou et du choix de la prothèse, Rapport d'évaluation ».

- HAS (2008). "Orientation en rééducation après prothèse totale du genou : série de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles", novembre.
- Kolisek F.R., McGrath M.S., Jessup N. M.J., Monesmith E.A., and Mont M.A. (2009). "Comparison of Outpatient versus Inpatient Total Knee Arthroplasty", *Clin Orthop Relat Res*. Jun; 467(6): 1438–1442. Published online 2009 Feb 18. doi: 10.1007/s11999-009-0730-0 PMID: PMC2674170
- OCDE (2014). "Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can be Done to Improve Health Care Performance?"

Thyroïdectomie ou ablation de la thyroïde

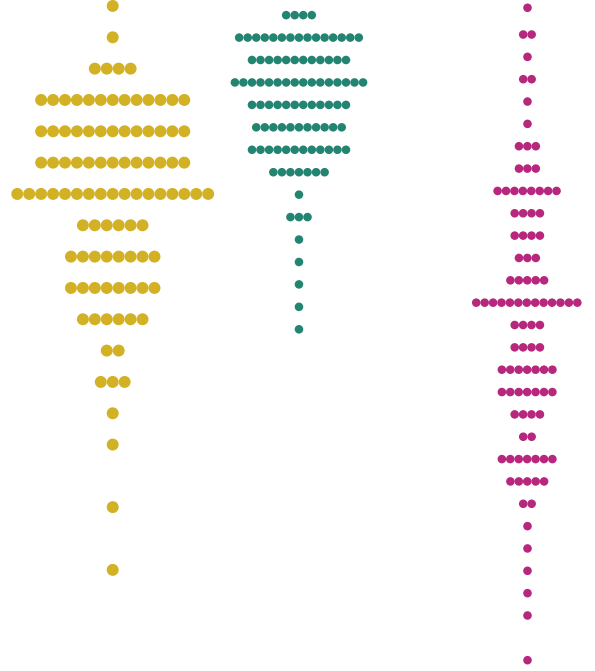
- Cnamts (2015a). « Nodule thyroïdien (sans hyperthyroïdie) : www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/aide-a-la-pratique-memos/les-memos-de-bonne-pratique/nodule-thyroïdien-sans-hyperthyroïdie.php
- Cnamts (2015b). « Nodule thyroïdien : définition, symptômes et facteurs favorisants » : www.ameli-sante.fr/nodule-thyroïdien/nodule-thyroïdien-definition-symptomes-et-facteurs-favorisants.html
- Estaquio C., Valeix P., Leenhardt L., Modigliani E., Boutron-Ruault M.C., Chérié-Challine L., Legrand M., Hercberg S., Castetbon K. (2009). « Maladies thyroïdiennes dans la cohorte SU.VI.MAX : estimation de leur incidence, 1994-2002 ». *INVS, BEH*, novembre.
- HAS (2013). « Note de synthèse et rapport. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la décision médicale partagée », octobre.
- HAS (2007). « Recommandations de bonne pratique : Diagnostic et prise en charge de l'hypothyroïdie frustrée chez l'adulte », avril.
- HAS, Inca (2010a). « Guide ALD. La prise en charge du cancer de la thyroïde », septembre.
- HAS, Inca (2010b). « Guide Affection longue durée. ALD 30 – Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique – Cancer de la thyroïde », mai.

Annexe - Codes d'actes et procédures utilisés pour identifier les interventions

Activité	Identification PMSI
Intervention de référence : Chirurgie de la fracture de la hanche	Racines de GHM 08C47 ou 08C49 avec un diagnostic principal S72.0xx (Fracture du col du fémur), S72.1xx (Fracture du trochanter), S72.2x (Fracture sous-trochantérienne) 08C47 Prothèse de hanche pour traumatisme récent 08C49 Intervention sur la hanche et le fémur pour traumatisme récent (moins de 17 ans)
Amygdalectomie ou ablation des amygdales	Geste (liste d'actes) FAFA014 Amygdalectomie par dissection FAFA015 Amygdalectomie par dissection, avec adénoïdectomie FAFA006 Amygdalectomie par dissection, avec adénoïdectomie et myringotomie unilatérale ou bilatérale FAFA005 Amygdalectomie par dissection, avec adénoïdectomie et pose unilatérale d'aérateur transtympanique FAFA010 Amygdalectomie par dissection, avec adénoïdectomie et pose bilatérale d'aérateur transtympanique FAFA007 Exérèse de moignon amygdalien
Appendicectomie ou chirurgie de l'appendicite	Geste (liste d'actes) HHFA016 Appendicectomie, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie HHFA011 Appendicectomie, par laparotomie HHFA001 Appendicectomie, par abord de la fosse iliaque HHFA025 Appendicectomie avec toilette péritonéale pour péritonite aiguë généralisée, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie HHFA020 Appendicectomie avec toilette péritonéale pour péritonite aiguë généralisée, par laparotomie
Césarienne	Racine de GHM 14C08 Césarienne pour grossesse unique

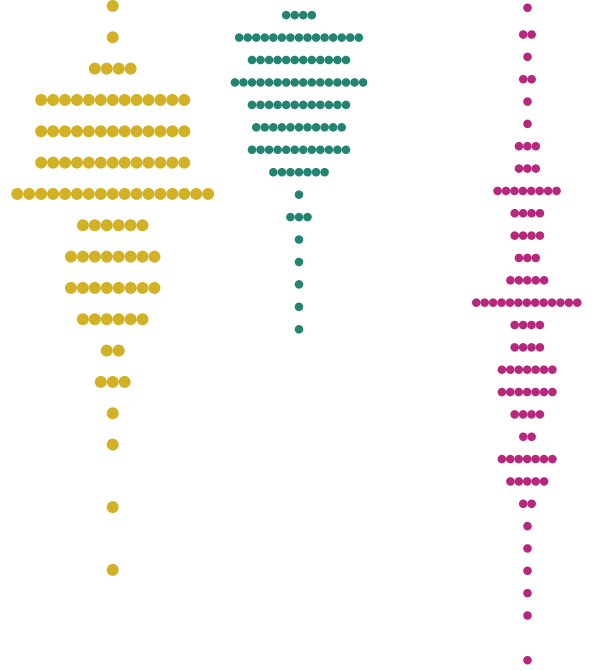
Activité	Identification PMSI
Chirurgie bariatrique ou de l'obésité	Racine de GHM
	10C09 Gastroplastie pour obésité
	10C13 Intervention digestive autre que les gastroplasties pour obésité
Chirurgie de la tumeur bénigne de la prostate	Geste (liste d'actes)
	JGFA015 Résection d'une hypertrophie de la prostate, par urétrocystoscopie
	JGFA005 Adénomectomie transvésicale de la prostate, par laparotomie
	JGFA009 Adénomectomie rétropubienne ou transcapsulaire de la prostate, par laparotomie
Chirurgie du syndrome du canal carpien	Geste (liste d'actes)
	AHPC001 Libération du nerf médian au canal carpien, par vidéo-chirurgie
	AHPA009 Libération du nerf médian au canal carpien, par abord direct
Cholécystectomie ou ablation de la vésicule biliaire	Racine de GHM
	07C13 Cholécystectomie sans exploration de la voie biliaire principale pour affections aiguës
	07C14 Cholécystectomie sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës
Hystérectomie ou ablation de l'utérus	Geste (liste d'actes)
	JKFA003 Exérèse d'un hémio-utérus malformé [Hémi-hystérectomie], par laparotomie
	JKFC002 Hystérectomie subtotale, par coelioscopie
	JKFA024 Hystérectomie subtotale, par laparotomie
	JKFA014 Hystérectomie subtotale avec suspension postérieure du col de l'utérus [colposuspension], par laparotomie
	JKFA012 Hystérectomie subtotale avec suspension postérieure du col de l'utérus [colposuspension] et cervicocystopexie indirecte au ligament pectinéal [de Cooper], par laparotomie
	JKFC006 Hystérectomie subtotale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie
	JKFA032 Hystérectomie subtotale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par laparotomie
	JKFA001 Hystérectomie subtotale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et suspension postérieure du col de l'utérus [colposuspension], par laparotomie
	JKFA029 Hystérectomie subtotale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, suspension postérieure du col de l'utérus [colposuspension] et cervicocystopexie indirecte au ligament pectinéal [de Cooper], par laparotomie
	JKFC005 Hystérectomie totale, par coelioscopie
	JKFA018 Hystérectomie totale, par coelioscopie et par abord vaginal
	JKFA026 Hystérectomie totale, par abord vaginal
	JKFA015 Hystérectomie totale, par laparotomie
	JKFA025 Hystérectomie totale avec colpopérinéorraphie antérieure ou postérieure, par abord vaginal
	JKFA002 Hystérectomie totale avec colpopérinéorraphies antérieure et postérieure, par abord vaginal
JKFA013 Hystérectomie totale avec suspension postérieure du dôme du vagin, par laparotomie	

Activité	Identification PMSI
Hystérectomie ou ablation de l'utérus (suite)	JKFC003 Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie
	JKFA006 Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie et par abord vaginal
	JKFA005 Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par abord vaginal
	JKFA028 Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par laparotomie
	JKFA021 Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et colpopérinéorraphie antérieure ou postérieure, par abord vaginal
	JKFA007 Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et colpopérinéorraphies antérieure et postérieure, par abord vaginal
	JKFA004 Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et suspension postérieure du dôme du vagin, par laparotomie
	JKFA020 Colpohystérectomie totale élargie aux paramètres, par coelioscopie et par abord vaginal
	JKFA023 Colpohystérectomie totale élargie aux paramètres, par abord vaginal
	JKFA027 Colpohystérectomie totale élargie aux paramètres, par laparotomie
Pose d'une prothèse du genou	Racine de GHM
	08C24 Prothèses de genou
Thyroïdectomie ou ablation de la thyroïde	Geste (liste d'actes)
	KCGA001 Énucléation de nodule de la glande thyroïde, par cervicotomie
	KCFA004 Isthmectomie de la glande thyroïde, par cervicotomie
	KCFA001 Lobectomie unilatérale de la glande thyroïde, par cervicotomie
	KCFA008 Lobo-isthmectomie unilatérale de la glande thyroïde, par cervicotomie
	KCFA010 Thyroïdectomie subtotale, par cervicotomie
	KCFA009 Thyroïdectomie subtotale, par cervicothoracotomie
	KCFA005 Thyroïdectomie totale, par cervicotomie
	KCFA007 Thyroïdectomie totale, par cervicothoracotomie
	KCFA002 Thyroïdectomie totale avec résection partielle de cartilage du larynx, par cervicotomie
	KCFA003 Thyroïdectomie totale avec résection non interruptrice de la trachée, par cervicotomie
	KCFA006 Thyroïdectomie totale avec résection interruptrice et anastomose de la trachée, par cervicotomie
KCMA001 Totalisation secondaire de thyroïdectomie, par cervicotomie	



Abréviations et sigles

Anaes	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé	FFRSP	Fédération française des réseaux de santé en périnatalité
AFU	Association française d'urologie	FHF	Fédération hospitalière de France
AP-HP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris	FHP	Fédération de l'hospitalisation privée
ARS	Agence régionale de santé	FNCLCC	Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	Fnehad	Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
BPCO	Broncho-pneumopathie chronique obstructive	GHM	Groupe homogène de malades
CFU	Collège français des urologues	HAS	Haute Autorité de santé
CH	Centre hospitalier	HBP	Hypertrophie bénigne de la prostate
CHU	Centre hospitalier universitaire	Inca	Institut national du cancer
CLAHP	Comité de liaison et d'action de l'hospitalisation privée	IPPS	International Prostate Symptom Score
CNGOF	Collège national des gynécologues obstétriciens français	Irdes	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
Cnamts	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés	OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
DGS	Direction générale de la santé	OMS	Organisation mondiale de la santé
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques	ORL	Oto-rhino-laryngologie/laryngologue
DSS	Direction de la Sécurité sociale	PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
DGOS	Direction générale de l'offre de soins	PSA	Prostate Specific Antigen
ENMG	Electroneuromyogramme	PTG	Prothèse totale du genou
FCVD	Fédération de chirurgie viscérale et digestive	PTH	Prothèse totale de hanche
Fehap	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne	SCGP	Société de chirurgie gynécologique et pelvienne
		SNFGE	Société nationale française de gastro-entérologie
		SO.FF.CO.MM	Société française et francophone de chirurgie de l'obésité et des maladies métaboliques



Glossaire

A

Adénome prostatique

Voir hypertrophie bénigne de la prostate* (HBP).

Ambulatoire (hospitalisation ou chirurgie)

Est une prise en charge à l'hôpital de jour, c'est-à-dire que le patient ne passe pas de nuit à l'hôpital : le traitement médical ou chirurgical et la sortie se font le même jour.

Aménorrhée

Est l'absence de cycle menstruel chez la jeune fille âgée de plus de 16 ans – aménorrhée primaire – ou par son interruption chez une femme préalablement réglée – aménorrhée secondaire. L'absence de règles est normale pendant la grossesse, l'allaitement et la ménopause (CNGOF). Les obstétriciens comptent souvent en semaines d'aménorrhée, c'est-à-dire en semaines d'absence de règles : le début de la grossesse est alors fixé au premier jour des dernières règles normales, sa durée étant de 41 semaines d'aménorrhée (Larousse).

Amygdales palatines

Organes lymphoïdes* en forme d'amande, au nombre de deux, situées de chaque côté de l'oropharynx (Larousse) [cf. illustration p. 21].

Amygdalectomie

Intervention chirurgicale qui consiste en l'ablation des amygdales palatines* (HAS).

Anévrisme de l'aorte abdominale

Est une dilatation localisée d'un segment plus ou moins long de l'aorte* dans sa portion abdominale, avec perte du parallélisme de ses bords. Les conséquences, en cas de rupture anévrysmale, peuvent être fatales (HAS).

Anorexie

Diminution ou arrêt de l'alimentation par perte d'appétit (Larousse). Ce terme est à différencier de l'anorexie mentale qui est un trouble du comportement alimentaire d'origine multiple (HAS).

Aorte

Principale artère de l'organisme, naissant à la base du cœur et distribuant le sang oxygéné par les poumons dans tout le corps (Larousse).

Appendice

Segment d'intestin mesurant une dizaine de centimètres de long sur quelques millimètres de large. Il est situé au niveau de la première partie du gros intestin, appelée *cæcum* (ameli-santé) [cf. illustration p. 23].

Appendicite

Inflammation brutale de l'appendice. Des résidus de matières fécales, un corps étranger ou une compression extérieure peuvent obstruer l'appendice et provoquer une multiplication bactérienne et une inflammation (ameli-santé) [cf. illustration p. 23].

Appendicectomie

Intervention consistant à retirer l'appendice infecté (ameli-santé).

Artères coronaires

Artères qui assurent l'irrigation du muscle cardiaque (ameli-santé).

Arthroscopie

Consiste à explorer et visionner l'intérieur d'une articulation par l'intermédiaire d'un petit tube rigide, l'arthroscope, relié à une caméra (ameli-santé).

B

Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)

Maladie respiratoire chronique définie par une obstruction permanente et progressive des voies aériennes (HAS).

Bronchiolite

Infection virale aiguë qui touche les bronchioles (petites bronches) des nourrissons et des jeunes enfants. Elle sévit par épidémies en automne et en hiver (ameli-santé).

C

Calculs biliaires vésiculaires

Voir lithiase vésiculaire*.

Canaux biliaires

Canaux libérant la bile stockée dans la vésicule biliaire (Cnamts).

Cataracte

Opacification du cristallin principalement due au vieillissement. Elle peut aussi être due à des maladies ou faire suite à un traumatisme (ameli-santé).

Césarienne

Intervention chirurgicale qui permet l'accouchement par incision de l'abdomen et de l'utérus (HAS) [cf. illustration p. 25].

Chirurgie de la cataracte

Traitement chirurgical visant à extraire le cristallin* opacifié de l'œil pour rétablir la transparence et le remplacer par une lentille artificielle (ameli-santé).

Cholécystectomie

Ablation chirurgicale de la vésicule biliaire (SNFGE).

Cholécystite

Inflammation de la vésicule biliaire (SNFGE).

Cœlioscopie

Technique chirurgicale permettant de réaliser une intervention sans ouvrir l'abdomen. Quatre petites incisions sont pratiquées dans la paroi abdominale. Par une incision, on introduit un gaz dans le ventre qui va soulever la paroi abdominale. Par les trois autres incisions, le chirurgien introduit

une caméra reliée à un écran vidéo et les instruments chirurgicaux (ameli-santé).

Colectomie

Ablation chirurgicale du côlon ou de l'un de ses segments (Larousse).

Colique hépatique

Douleur abdominale soudaine, puis de plus en plus forte, qui peut durer plusieurs heures. Elle siège dans le creux de l'estomac ou sous les côtes, du côté droit, irradiant vers l'épaule et l'omoplate et peut être augmentée par la respiration (ameli-santé).

Cristallin

Lentille naturelle de l'œil (ameli-santé).

Cytoponction

Prélèvement de cellules à l'aide d'une aiguille très fine afin de les analyser. Cet examen simple est réalisé avec ou sans anesthésie locale. Il peut être couplé avec une échographie qui permet au praticien de mieux se repérer pour prélever l'échantillon (ameli-santé).

D

Défense abdominale

Contraction douloureuse des muscles de la paroi abdominale (Larousse).

Déshydratation

Manque d'eau et de sels minéraux dans le corps (ameli-santé).

Drains transtympaniques (ou aérateurs transtympaniques ou diabolos ou yoyos)

Dispositifs permettant une aération directe des cavités de l'oreille moyenne pour traiter essentiellement les otites séro-muqueuses* (SFORL).

Duodénum

Première partie de l'intestin grêle (ameli-santé).

Dysfonction érectile

Dysfonction sexuelle définie par l'incapacité persistante ou récurrente à obtenir ou maintenir une érection permettant un rapport sexuel satisfaisant (Urofrance).

Dysménorrhées

Douleurs abdomino-pelviennes cycliques, rythmées par les règles survenant juste avant leur

début, durant le plus souvent un jour ou deux, parfois jusqu'après les règles, et allant alors en crescendo (CNGOF).

Dyspareunie

Rapports sexuels douloureux ou difficiles (CNGOF).

Dysthyroïdie

Dysfonctionnement de la glande thyroïde. On parle d'hypothyroïdie lorsque la glande thyroïde sécrète une trop faible quantité d'hormones thyroïdiennes et d'hyperthyroïdie lorsqu'elle en produit trop (ameli-santé).

E

Éjaculation rétrograde

Emission de sperme vers la vessie lors de l'orgasme masculin (ameli-santé).

Électroneuromyogramme (ENMG)

Permet de mesurer, à l'aide d'électrodes placées sur le trajet du nerf médian de la main, la transmission de l'activité électrique du nerf (ameli-santé).

Embolie pulmonaire

Consiste en l'obstruction partielle ou totale d'une artère des poumons par un caillot de sang. Le caillot se forme au cours d'une phlébite*, en général au niveau des jambes (ameli-santé).

Endométriose

Présence de tissu endométrial* en dehors de la cavité utérine. Les lésions d'endométriose peuvent être responsables de symptômes douloureux divers. Le caractère cyclique des symptômes est évocateur d'endométriose, mais aucun symptôme douloureux (dysménorrhée, dyspareunie, etc.) n'est spécifique de cette affection (CNGOF).

Endoscopie digestive

Consiste à observer la partie supérieure ou inférieure du système digestif, grâce à un tube souple muni d'une petite caméra. Cet acte se pratique à jeûn, sous anesthésie locale ou générale (ameli-santé).

Endoprothèse vasculaire coronaire

voir stent*.

F

Faux-positif

Résultat positif d'un examen ou d'un test alors que le patient est indemne de la pathologie recherchée.

Fistule

Communication entre un orifice d'organe et un autre, par exemple, entre le gros intestin et la vessie. On parle alors de fistule colo-vésicale (SNFGE).

G

Ganglions lymphatiques

Petits organes lymphoïdes* couramment appelés ganglions et souvent disposés en chaînes ou groupés en amas. Ils sont placés sur le trajet de la lymphe circulant des tissus vers le sang : aine, aisselle, cou, etc. (Larousse).

H

Hernie hiatale

Passage permanent ou intermittent d'une portion de l'estomac à travers l'orifice œsophagien du diaphragme (SNFGE).

Hypertrophie bénigne de la prostate

Désigne l'augmentation du poids et du volume de la prostate avec l'âge (HAS) [cf. illustration p. 29].

Hypophyse

Glande de petite taille située à la base du cerveau.

Hystérectomie

Procédure chirurgicale qui consiste à enlever l'utérus (CNGOF) [cf. illustration p. 35].

I

Incontinence urinaire

Perte involontaire des urines (ameli-santé).

Infection nosocomiale

infection contractée au cours d'une hospitalisation. Elle est donc absente au moment de l'admission du patient dans l'établissement et se déclare au minimum 48 heures après l'admission, ou au-delà (Inserm).

Interventions sur le cristallin

Voir chirurgie de la cataracte*.

J

Jéjunum

Segment de l'intestin situé entre le duodénum et l'iléon. Le jéjunum constitue avec le duodénum et l'iléon l'ensemble de l'intestin grêle (Larousse).

L

Ligamentoplastie du genou

Intervention du ligament du genou par arthroscopie* (ameli-santé).

Lithiase vésiculaire ou biliaire

Formation de dépôts de consistance pierreuse, à partir de la bile, dans la vésicule biliaire (ameli-santé) [cf. illustration p. 33].

Lithotritie ou lithotripsie extracorporelle

Méthode extracorporelle qui permet de fragmenter le calcul grâce à des ondes de choc générées par un lithotriteur (Urofrance).

Lymphoïde (organe ou tissu)

Tissu dans lequel les globules blancs de type lymphocyte séjournent et se multiplient (Larousse).

M

Maternité de niveau 1, 2 ou 3

Maternité de niveau 1 : Comporte une unité d'obstétrique seule et assure les accouchements simples et les urgences imprévisibles.

Maternité de niveau 2 : Assure la prise en charge de la prématurité moyenne et des nouveaux-nés malades, avec un service de soins intensifs néonataux à proximité.

Maternité de niveau 3 : Assure la prise en charge de toutes les pathologies graves de la mère et de l'enfant, avec un service de réanimation néonatale à proximité (ameli.fr).

Ménopause

Période de la vie d'une femme lors de laquelle les règles s'arrêtent définitivement. Elle intervient généralement vers 50 ans (entre 45 et 55 ans). La ménopause est un phénomène naturel. Elle sur-

vient lorsque les ovaires arrêtent leur sécrétion hormonale (œstrogènes et progestérone) et la formation d'un ovule chaque mois (ameli-santé).

Miction

Action d'uriner (ameli-santé).

O

Occlusion intestinale

Interruption partielle ou totale du transit intestinal (ameli-santé).

Œsophagectomie

Ablation chirurgicale partielle ou totale de l'œsophage (Larousse).

Oreillettes

Cavités cardiaques qui reçoivent le sang veineux provenant du corps et des poumons et le propulsent dans les ventricules (ameli-santé).

Otite moyenne aiguë

Infection virale ou bactérienne de l'oreille moyenne constituée d'une petite cavité osseuse (« caisse du tympan »), située juste derrière le tympan. Elle fait le plus souvent suite à une rhinopharyngite (ameli-santé).

P

Pancréatectomie

Ablation chirurgicale de tout ou partie du pancréas (Larousse).

Péridurale

Méthode d'anesthésie régionale par injection d'un produit anesthésiant dans l'espace péridural, espace compris entre la dure-mère (membrane qui entoure la moelle épinière) et les vertèbres (ameli-santé).

Péritonite

Est une inflammation ou une infection aiguë du péritoine qui est la membrane interne tapissant la cavité abdominale et les viscères. Elle peut être due à une infection de l'appendice ou de la vésicule biliaire, ou encore à une perforation du tube digestif (SNFGE).

Phlébite

Est due à la présence d'un caillot de sang dans une veine, le plus souvent des membres inférieurs, et peut provoquer une embolie pulmonaire* (ameli-santé).

Placenta prævia

Le placenta est normalement inséré dans le fond de l'utérus ; il est dit *prævia* lorsque ce n'est pas le cas. Dans ce cas il est localisé sur le segment inférieur et peut alors être latéral (CNGOF).

Placenta accreta

Adhérence anormale du placenta à l'utérus.

Pontage aorto-coronarien

Intervention chirurgicale consistant à faire dériver le flux sanguin entre l'aorte* (artère la plus volumineuse de l'organisme) et l'artère coronaire* obstruée, au moyen d'un fragment de veine ou d'artère qui aura été prélevé. Le sang pourra ainsi circuler au-delà de l'obstruction de l'artère coronaire malade (HAS).

Post-partum

Après l'accouchement (ameli-santé).

Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

Données issues du codage des actes et des diagnostics pour chaque séjour hospitalier.

Prolapsus génital ou génito-urinaire

Se caractérise, chez la femme, par le glissement vers le bas, transitoire ou permanent, d'un ou plusieurs organes pelviens (situés dans le bassin). Ceux-ci appuient et déforment la paroi vaginale, jusqu'à s'extérioriser au-delà de la vulve (ameli-santé).

Prostate

La prostate est une glande située sous la vessie et en avant du rectum (cf. illustration p. 29).

Prostate Specific Antigen (PSA)

Protéine appelée antigène prostatique spécifique, marqueur de l'activité de la prostate. Tous les hommes ont dans leur sang du PSA fabriqué par la prostate. Le PSA agit comme un marqueur tumoral, c'est-à-dire que sa présence en quantité plus grande que la normale peut signaler la présence d'un cancer (www.e-cancer.fr).

R

Rachianesthésie

voir Péridurale*.

Rachis

Synonyme de colonne vertébrale (Larousse).

Résection

Ablation chirurgicale d'une partie d'un organe en conservant et en rétablissant, s'il y a lieu, leur continuité (Larousse).

Rhinopharyngite

Appelée couramment rhume, est une infection virale bénigne de la muqueuse qui tapisse l'intérieur du nez (cavité nasale) et le pharynx (situé à l'arrière des fosses nasales) [ameli-santé].

S

Stent

Dispositif métallique en forme de ressort que l'on introduit dans une artère qui présente un rétrécissement afin de la maintenir dilatée (ameli-santé).

T

Thyroïde

Située à l'avant du cou, la thyroïde est une petite glande contrôlée par l'hypophyse* (cf. illustration p. 39).

Thyroïdectomie

Ablation de la glande thyroïde (ameli-santé).

Tissu endométrial

Dans le cadre de l'endométriose, maladie gynécologique fréquente, tissu semblable à celui de la muqueuse utérine (endomètre) qui se développe hors de la cavité utérine, provoquant des lésions des organes du bassin chez la femme en âge de procréer (ameli-santé).

Travail (accouchement)

Phase de l'accouchement marquée par l'association de contractions utérines douloureuses de plus en plus rapprochées et par le raccourcissement et la dilatation du col de l'utérus (Larousse).

Troubles obstructifs chroniques

Obstruction permanente et progressive des voies aériennes (HAS).

Voie endoscopique

Exploration visuelle d'une cavité par l'intermédiaire d'un tube optique muni d'un système d'éclairage appelé endoscope. Elle peut être diagnostique ou opératoire (Larousse).

U**Ulcération gastro-duodénale**

Plaie profonde qui se forme dans la paroi interne de l'estomac ou dans la première partie de l'intestin appelée duodénum* (améli-santé).

V**Valve aortique**

Valve cardiaque* située au niveau du ventricule* gauche du cœur et à l'origine de l'aorte* (améli-santé).

Valves cardiaques

Replis membraneux qui séparent les différentes cavités du cœur et empêchent le sang de refluer (améli-santé).

Varice

Dilatation permanente d'une veine du réseau veineux superficiel des membres inférieurs. Cette veine se déforme en devenant tortueuse et allongée de façon anormale (améli-santé)

Ventricules

Cavités cardiaques qui reçoivent le sang des oreillettes et qui le propulsent dans les organes par l'aorte* et dans les poumons par l'artère pulmonaire (améli-santé).

Vésicule biliaire et voies biliaires

Située sous le foie, la vésicule biliaire stocke la bile qu'il produit. Lors de la digestion, la vésicule se contracte pour libérer une petite quantité de bile. Celle-ci passe alors dans les canaux ou voies biliaires pour être déversée dans le duodénum* (améli-santé) [cf. illustration p. 33].

Vésicule séminale


Glande de forme allongée, située chez l'homme en arrière de la vessie et de la prostate et participant à l'élaboration du sperme (Larousse) [cf. illustration p. 29].

Atlas

des variations de pratiques médicales

Recours à dix interventions chirurgicales

Édition 2016

- 
- Premier Atlas français des variations de pratiques médicales, cet ouvrage propose un panorama de dix interventions chirurgicales parmi 33 thématiques déclarées prioritaires par les pouvoirs publics en termes de pertinence et de qualité des soins, d'équité d'accès à l'offre de soins sur le territoire et d'efficacité dans l'allocation de ressources humaines et financières. Ces interventions chirurgicales ont été sélectionnées
 - car elles sont identifiées dans la littérature internationale comme
 - sensibles à l'offre de soins et parce que leurs prises en charge varient
 - selon les patients.

Cet Atlas permet d'illustrer les écarts de pratiques chirurgicales existant entre les départements et d'interroger leurs causes afin de réduire celles qui ne correspondent pas aux besoins. Il s'adresse tant aux professionnels de santé qu'aux usagers du système de soins, aux institutions de santé et aux chercheurs : les premiers pour les inciter à questionner et comparer leurs pratiques, les deuxièmes pour leur apporter des informations transparentes, les derniers pour les encourager à alimenter la réflexion par la production de données objectives afin de mieux comprendre les déterminants et les conséquences des variations observées.

Atlas of Medical Practice Variations The Use of Ten Common Surgical Procedures

The first French Atlas of variations in medical practice, this book offers an overview of ten surgical procedures among 33 topics identified at the national level as priority in terms of appropriateness and quality of care, equity of access to healthcare on the territory and efficiency in the allocation of human and financial resources. The Atlas focuses on these ten high volume surgical procedures because they were recognized in the international literature as sensitive to supply of specific resources as well as patients' preferences.

The Atlas illustrates the differences in surgical practices between departments and questions their causes with the objective of reducing unwarranted variations. It targets health professionals and users of the healthcare system, health institutions, and researchers: the first, to encourage them to compare their own practices, the second to provide them with transparent information, and the last to stimulate them to produce objective information to better understand the causes and consequences of the variations observed.

Collection Ouvrages – série Atlas, n° 2

Irdes
117bis rue Manin
75019 Paris
Tél. : 01 53 93 43 00
www.irdes.fr

IRD
Institut de recherche
et documentation en
économie de la santé

Version reliée – Prix : 25 €
ISBN : 978-2-87812-419-4

Version PDF – Gratuite
ISBN : 978-2-87812-420-0