

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/221-l-acces-aux-soins-en-cancerologie-evolution-de-l-offre-et-recours-aux-soins-entre-2005-et-2012.pdf>

L'accès aux soins en cancérologie : évolution de l'offre et recours aux soins entre 2005 et 2012

Julia Bonastre (Inserm, Institut Gustave Roussy), Virginie Mobillion (Upec, Irdes),
Zeynep Or (Irdes), Mariama Touré (Irdes)

Avec près de 355 000 nouveaux cas par an, la prise en charge des cancers représente un défi tant en termes médical qu'économique. Au cours des dix dernières années, l'offre de soins en cancérologie a connu une importante restructuration, d'une part sous l'effet de la Tarification à l'activité (T2A) comme mode de financement des hôpitaux, d'autre part à la suite de la mise en place de seuils d'activité minimale, sans que l'on ne connaisse aujourd'hui les répercussions en termes de redistribution des activités de cancérologie sur le territoire, d'accès géographique et de qualité des soins.

L'évolution de l'offre de soins hospitaliers en cancérologie entre 2005 et 2012 est décrite ici pour les structures pratiquant la chirurgie des cancers et la chimiothérapie. Les effets de la recomposition de l'offre en cancérologie sont examinés à partir de l'évolution des distances d'accès et des taux de recours départementaux.

Sur la période étudiée, une centaine d'établissements pratiquant la chirurgie carcinologique mais ayant un faible volume d'activité a disparu alors que le nombre de séjours par établissement a augmenté, notamment dans le secteur public. En revanche, les distances parcourues par les patients concernés par une chirurgie carcinologique ou une chimiothérapie ont été peu modifiées. Des disparités de recours à ces deux types de soins persistent entre les départements.

Un prochain *Questions d'économie de la santé*, consacré à la chirurgie des cancers du sein, étudiera ces disparités territoriales de pratiques qui interrogent sur l'égalité d'accès et de qualité des soins.

Avec près de 355 000 nouveaux cas par an, la prise en charge des cancers représente un défi tant en termes médical qu'économique. Environ 3 millions de personnes sont touchées par un cancer en France (Inca, 2014). Si la probabilité de survivre après

un diagnostic de cancer est de plus en plus élevée grâce aux progrès médicaux, le cancer reste la première cause de mortalité prématurée (avant 65 ans), et il existe de fortes inégalités sociales de mortalité (Inca, 2013). L'arrivée régulière de nouveaux traitements et de nouvelles techno-

logies explique en partie l'augmentation des taux de survie mais pose également la question de l'accessibilité à des traitements de qualité sur l'ensemble du territoire et pour tous les patients. Entre 2011 et 2013, les dépenses d'assurance maladie liées au cancer ont augmenté beaucoup

SOURCES ET MÉTHODES

Les données utilisées proviennent du Programme de médicalisation des systèmes d'information en Médecine, chirurgie et obstétrique (PMSI-MCO) appariées à la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) afin d'identifier individuellement chaque établissement (et pas seulement les entités juridiques enregistrées dans le PMSI) pour analyser les transformations de l'offre de soins à une échelle fine. Le champ de l'étude a été limité à la France métropolitaine car les questions de choix de recours aux soins sont différentes dans les départements d'outre-mer (Dom).

Les séjours de chimiothérapie correspondent aux séjours ayant pour diagnostic principal une séance de chimiothérapie pour tumeur et un diagnostic relié de cancer. Les séjours de chirurgie carcinologique regroupent les séjours de chirurgie ayant un code diagnostic principal de cancer.

La caractérisation de l'offre et le calcul des distances de recours et d'accès aux soins potentiel ont nécessité de localiser, d'une part, les établissements de santé dans lesquels se sont déroulés les séjours et, d'autre part, la commune de résidence des patients. L'identification géographique des établissements de santé a été réalisée grâce à l'appariement du PMSI avec les données de la SAE. Celle-ci comprend plusieurs variables – telles que le nombre d'équivalents temps plein d'oncologues et de chirurgiens spécialistes en cancérologie et le nombre de venues en séances de chimiothérapie – qui ont permis de sélectionner parmi les établissements enregistrés sous la même entité juridique ceux offrant un service de cancérologie. L'adresse de chaque établissement a été obtenue grâce à un appariement avec la base de données Finess. Afin d'étudier uniquement les établissements ayant une activité effective en cancérologie, les établissements « extrêmes » sont exclus des analyses (moins de 20 chirurgies par an, tous cancers confondus, et moins de 300 séances de chimiothérapie annuelles).

Pour calculer les distances d'accès aux soins, les codes de résidence des patients, qui sont enregistrés sous formes de codes postaux ou de codes PMSI élaborés par l'Agence technique de l'information des hôpitaux (ATIH) dans le PMSI, sont transformés en codes Insee (Institut national de la statistique et des études économiques). Le calcul des distances de recours aux soins parcourues par les patients a été réalisé grâce au distancier Odomatix et correspond à la distance en kilomètres par la route entre la commune de résidence des patients et la commune d'implantation de l'établissement de santé.

plus vite que les effectifs de personnes prises en charge (4,3 % par an *versus* 0,7 %). En 2014, les dépenses publiques liées au cancer dépassaient 15 milliards d'euros, soit 10 % de la dépense de l'Assurance maladie (Hcaam, 2016). Les soins hospitaliers concentrent la majorité de ces dépenses qui sont suivies par les dépenses de médicaments. Au cours des dix dernières années, les Plans cancer successifs ont œuvré au renforcement de la qualité et de la sécurité des soins en cancérologie. Par ailleurs, plusieurs réformes hospitalières ont été introduites pour améliorer la qualité et l'efficacité de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire. Parmi elles, deux sont particulièrement importantes.

Tout d'abord, comme dans d'autres domaines thérapeutiques, une politique de concentration de l'offre de soins en cancérologie a été conduite dans le but d'améliorer la qualité des soins. Depuis 2009, les établissements de santé doivent disposer d'une autorisation spécifique délivrée par leur Agence régionale de santé (ARS) afin d'être autorisés à traiter les cancers pour les activités de chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie. Le ministère de la Santé et l'Institut national du cancer (Inca) ont défini des critères d'agrément intégrant des seuils d'activité minimale par type de traitement. Ainsi, les autorisations délivrées aux établissements sont conditionnées à un niveau d'activité minimale compris entre 20 et 30 interventions chirurgicales par an selon les types de cancers, au moins 80 patients par an pour la chimiothérapie et au moins 600 patients pour la radiothérapie externe (Inca, 2010). Par ailleurs, l'introduction de la Tarification à l'activité (T2A) à partir de 2005 a intensifié la concurrence entre les établissements, modifiant de façon significative l'offre de soins hospitaliers. Ces deux politiques sont susceptibles d'être à l'origine d'une redistribution des activités en cancérologie entre les établissements et sur le territoire français, sans que l'on connaisse aujourd'hui les effets en termes de recomposition de l'offre de soins, d'accès géographique ou de qualité des soins.

Dans ce premier *Questions d'économie de la santé*, l'offre de soins en cancérologie est décrite à travers l'évolution des

structures pratiquant la chirurgie des cancers et la chimiothérapie entre 2005 et 2012, c'est-à-dire avant et après l'application des seuils d'activité minimale et l'introduction progressive de la T2A. L'enregistrement de l'activité de radiothérapie étant incomplet pour le secteur libéral dans les bases de données hospitalières, les analyses se concentrent uniquement sur la chirurgie et la chimiothérapie, deux traitements majeurs dans la prise en charge des cancers. Ainsi, nous décrivons tout d'abord l'évolution du nombre de structures proposant ces traitements et l'évolution du volume d'activité entre 2005 et 2012. Nous examinerons ensuite les effets de la recomposition de l'offre en cancérologie sur l'accès potentiel et le recours aux soins sur le territoire. Pour ce faire, nous décrivons l'évolution des distances d'accès et les taux de recours départementaux. Sur cette même période, un prochain *Questions d'économie de la santé* sera consacré à une analyse plus fine des variations de prises en charge chirurgicales des cancers du sein.

Le nombre d'établissements pratiquant la chirurgie des cancers a diminué alors que l'activité de chimiothérapie s'est développée

Entre 2005 et 2012, le nombre d'établissements pratiquant la chirurgie des cancers a sensiblement diminué, passant de 1 057 à 924 structures (soit une réduction de 133 établissements), alors que le nombre de structures proposant la chimiothérapie a légèrement augmenté (+32 établissements) [tableaux 1 et 2]. Ces évolutions peuvent refléter un regroupement des activités de chirurgie au sein d'établissements de plus grande taille. Il est probable que les critères d'agrément spécifiques à la chirurgie des cancers (le volume d'activité mais aussi l'accès *in situ* aux techniques d'imagerie médicale, de chirurgie complémentaire, etc.) sont plus exigeants pour la pratique de cette activité que celles autorisant les établissements à pratiquer la chimiothérapie. De plus, les établissements ont pu être incités à maintenir ou à développer leur volume d'activité en chimiothérapie dans le contexte concurrentiel de la T2A.

T1

Distribution des établissements et des séjours de chirurgie des cancers par type de structures en 2005 et 2012

	Distribution des établissements				Distribution des séjours			
	2005		2012		2005		2012	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Secteur public								
Centre hospitalier, autres	322	30,5	293	31,7	62 424	15,7	73 465	17,6
Centre hospitalier régional	87	8,2	88	9,5	74 545	18,7	89 087	21,3
Secteur privé								
Centre de lutte contre le cancer	20	1,9	20	2,2	26 334	6,6	31 034	7,4
Privé lucratif	561	53,1	447	48,4	213 786	53,6	192 107	46
Privé non lucratif	67	6,3	76	8,2	21 385	5,4	32 134	7,7
Total	1 057	100	924	100	398 474	100	417 827	100

... avec une nette augmentation des séjours et des séances dans le secteur public

La diminution du nombre d'établissements pratiquant la chirurgie carcinologique s'est accompagnée d'une hausse de cette activité dans tous les secteurs hospitaliers. Mais si le nombre total de séjours de chirurgie carcinologique a augmenté de 5 % entre 2005 et 2012, ce sont surtout les établissements publics et privés non lucratifs qui ont augmenté leur activité et leur part de marché. En 2012, les établissements publics (CH et Centres hospitaliers universitaires-CHU) assuraient près de 40 % des chirurgies carcinologiques contre 34 % en 2005. En dépit de ce recul du secteur privé lucratif dans l'offre de chirurgie carcinologique, les cliniques privées, encore très nombreuses en 2012 (447 établissements), réalisent toujours l'essentiel des chirurgies carcinologiques : en 2012, 46 % des chirurgies sont réalisées dans les cliniques privées (contre 54 % en 2005).

L'évolution de l'activité de chimiothérapie en milieu hospitalier a été beaucoup plus frappante sur cette période. Le nombre de séances de chimiothérapie s'est accru de près de 60 % en sept ans. Le tableau 2 montre que cette évolution est surtout liée à l'augmentation de l'activité dans les établissements publics (CH et CHU) dans lesquels le nombre de séances a doublé et la part de marché progressé de 43 à 50 % entre 2005 et 2012. À l'inverse, la part de marché des cliniques privées a reculé de 37 % à 28 % sur cette période. Cette augmentation du nombre de séances de

Concernant la chirurgie, le tableau 1 suggère qu'il s'agit surtout de la fermeture des petits établissements privés lucratifs : entre 2005 et 2012, le nombre de cliniques privées pratiquant la chirurgie des cancers a baissé de plus de 20 %, et le nombre de Centres hospitaliers (CH) de 9 %, au profit des établissements privés non lucratifs dont le nombre a augmenté de 13 %. Cette réduction a principalement concerné des établissements de petite taille (moins de 100 lits) dont la proportion est passée de 40 % en 2005 à 32 % en 2012. Sur l'ensemble du territoire national, 68 départements sont concernés par une recomposition de l'offre de chirurgie, dont 61 sont affectés

par la diminution de 1 à 11 structures de chirurgie carcinologique et 7 départements par la dotation d'une structure supplémentaire.

En ce qui concerne la chimiothérapie, la recomposition de l'offre concerne surtout le secteur public et, en particulier, les CH : le nombre d'établissements pratiquant cette activité a augmenté de 218 à 246 entre 2005 et 2012 (tableau 2). Sur la même période, le nombre d'établissements privés lucratifs a diminué légèrement tandis que le nombre d'établissements privés non lucratifs délivrant des chimiothérapies a augmenté de 24 % (passant de 37 à 46 établissements).

T2

Évolution de la distribution des établissements et des séances de chimiothérapie par type de structures, en 2005 et 2012

	Distribution des établissements				Distribution des séances			
	2005		2012		2005		2012	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Secteur public								
Centre hospitalier, autres	218	41,3	246	43,9	346 193	24,9	644 995	29,2
Centre hospitalier régional	77	14,6	78	13,9	261 767	18,8	472 166	21,3
Secteur privé								
Centre de lutte contre le cancer	20	3,8	20	3,6	212 985	15,3	333 087	15,1
Privé lucratif	176	33,3	170	30,4	508 965	36,6	624 879	28,2
Privé non lucratif	37	7	46	8,2	60 957	4,4	136 858	6,2
Total	528	100	560	100	1 390 867	100	2 211 985	100

REPÈRES

Cette publication s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche financé par l'Institut de recherche en santé publique (Iresp) et développé conjointement par l'Institut Gustave Roussy, l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) et le laboratoire d'urbanisme Lab'Urba. Ce projet vise à étudier les impacts des outils de régulation en cancérologie sur l'offre de soins, son accessibilité et ses pratiques.

Sources : PMSI MCO, SAE (2005, 2012).

Champ : Établissements réalisant plus de 300 séances de chimiothérapie annuelles.

À noter : Les établissements sont identifiés par leur entité géographique.

Télécharger les données

chimiothérapie semble être liée non seulement à l'augmentation du nombre de patients recevant ce type de traitement mais aussi à l'accroissement du nombre de séances par patient. Entre 2005 et 2012, le nombre de séances de chimiothérapie par patient est passé de 6,6 à 8,2, alors que le nombre de patients traités par chimiothérapie a crû de 202 736 à 269 403. L'augmentation de l'incidence de certains cancers (notamment les cancers de la prostate, du sein et du poumon chez les femmes) et l'apparition de nouvelles molécules sur cette période, dont certaines sont administrées sur un temps long, peuvent expliquer en partie cette forte augmentation de l'activité de chimiothérapie en termes de séances. En revanche, les variations importantes entre les territoires questionnent.

Les distances d'accès peu affectées par la recomposition de l'offre

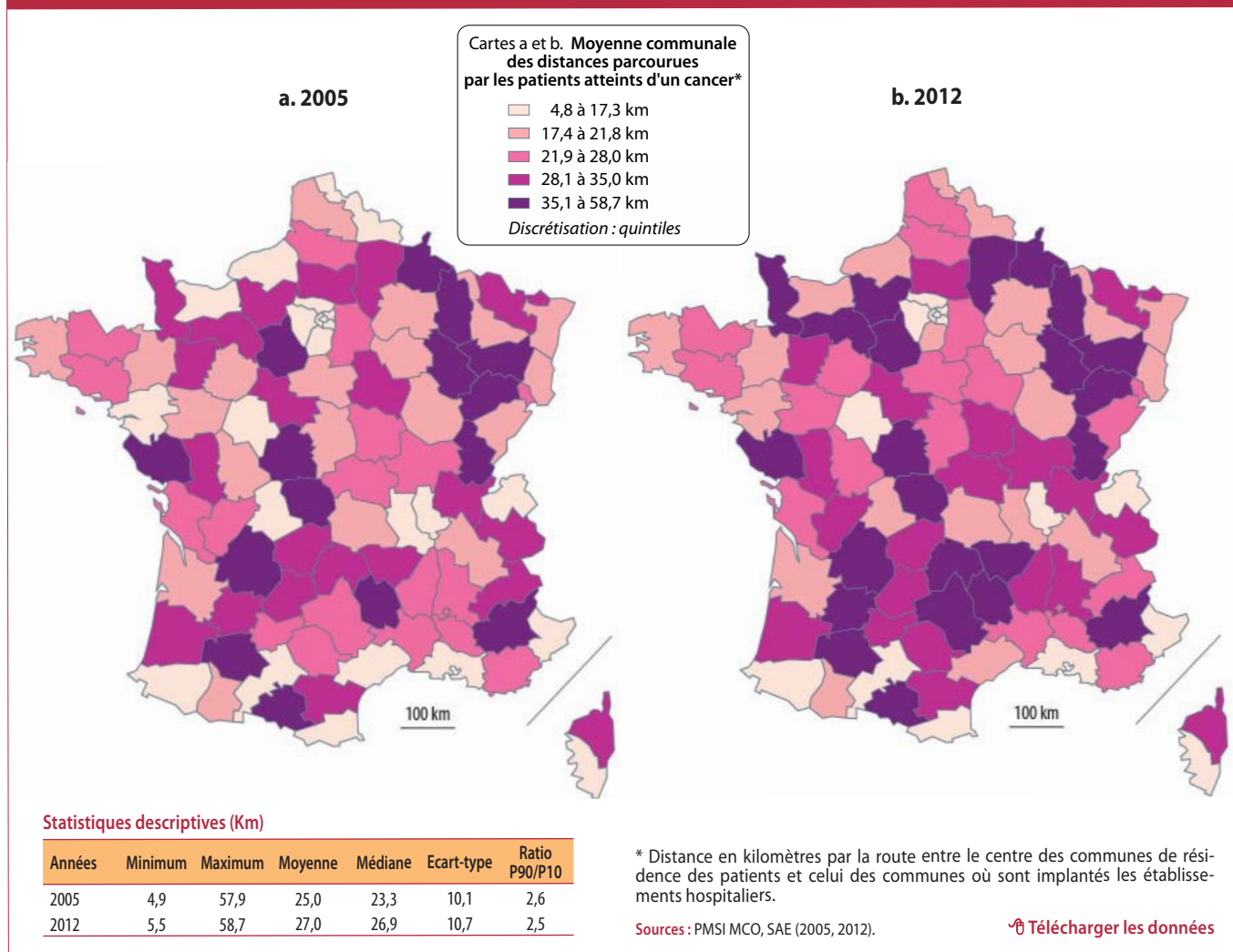
L'augmentation des volumes d'activité avec la diminution du nombre d'établissements pratiquant la chirurgie carcinologique évoque une concentration du marché (réduction du nombre de fournisseurs de soins dans un territoire) qui peut avoir des conséquences en termes d'accès aux soins. L'évaluation des distances parcourues par les patients concernés par la chirurgie et la chimiothérapie en 2012 (par rapport à 2005) tend à montrer qu'aux échelles nationales et départementales, les distances ont été peu modifiées.

Pour la chirurgie carcinologique, à l'échelle nationale, la distance moyenne parcourue augmente de deux kilomètres entre 2005 et 2012, passant de 25 à

27 kilomètres. Les chirurgies de cancer étant le plus souvent des interventions programmées, l'impact d'une telle augmentation de la distance parcourue peut être limité. A l'échelle départementale, la distance augmente dans les deux tiers des départements mais cette augmentation reste faible, inférieure à 3 kilomètres en moyenne. Si la distance moyenne parcourue dans les départements compris dans le dixième décile s'accroît légèrement, de 44 à 47,3 kilomètres, on n'observe pas de creusement des disparités (écart-type et étendue) entre les départements. En effet, cette distance a légèrement augmenté dans les départements où les distances étaient les plus courtes. Globalement, la cartographie des distances de recours aux soins reste inchangée entre 2005 et 2012 : les départements présentant les distances de recours les plus longues sont les mêmes en 2005 et en 2012 (carte 1).

C1

Distances de recours aux soins en chirurgie carcinologique en 2005 et 2012



Concernant la chimiothérapie, en revanche, la distance moyenne parcourue par les patients reste stable et s'élève à 25 kilomètres. Dans 70 % des départements, la distance parcourue par les patients a faiblement varié (écart compris entre 3 kilomètres ou moins), et dans sept départements, les distances ont été raccourcies de plus de 5 kilomètres dont, pour deux (Lozère et Corrèze), de plus de 10 kilomètres. De plus, entre 2005 et 2012, les disparités départementales (écart-type et rapport interdécile) diminuent légèrement. Toutefois, le traitement par chimiothérapie nécessitant de nombreuses visites à l'hôpital, les distances d'accès peuvent être préoccupantes dans certains départements ou communes. Par exemple, en 2012, la distance moyenne parcourue pour suivre des séances de chimiothérapie est de plus de 35 kilomètres dans quatorze départements, voire de plus de 45 kilomètres

pour trois d'entre eux (l'Ariège, l'Orne et le Gers) [carte 2].

De fortes disparités entre les départements pour le recours à la chirurgie et à la chimiothérapie

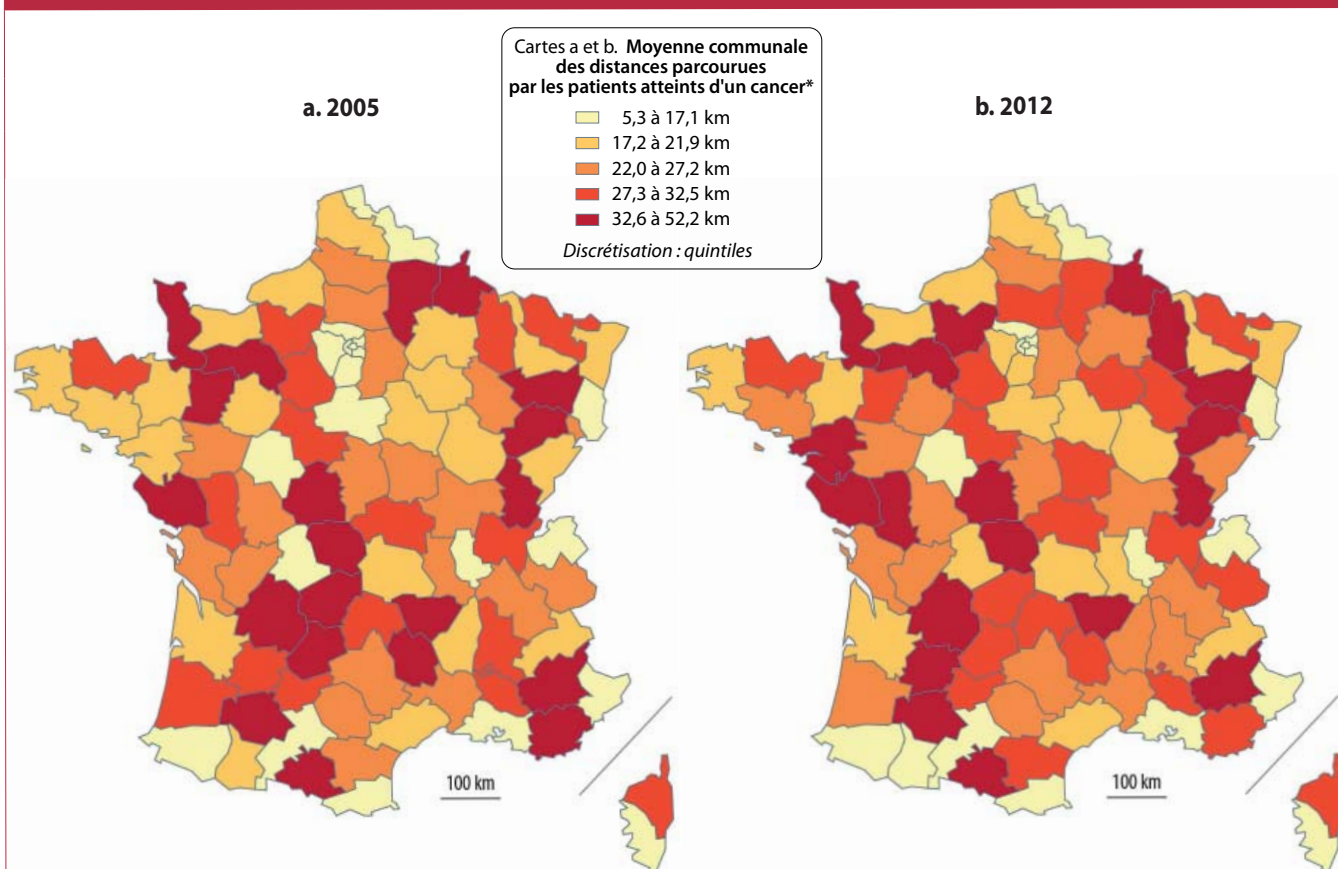
L'évolution des taux de recours à la chirurgie et à la chimiothérapie a été comparée au niveau départemental pour décrire les variations de recours à ces traitements. Ces taux rapportent le nombre de séjours ou de séances à la population du département selon le lieu de résidence du patient (et non selon le département où le traitement est fourni). Ils sont standardisés pour corriger l'effet de la structure d'âge du département par rapport à la population nationale. Cette standardisation ne prend pas en compte les différences épidémiologiques (incidence des cancers), et les

disparités territoriales observées reflètent en partie les différences d'état de santé de la population locale. Mais elles sont aussi le reflet des écarts dans la capacité de prévention, de dépistage et des variations dans la composition de l'offre de soins en cancérologie sur le territoire. Les études réalisées à l'étranger et en France ont montré que les pratiques médicales en cancérologie (la décision de chirurgie, de chimiothérapie et le type ainsi que le lieu de traitement) peuvent être liées à la disponibilité de l'offre hospitalière et des alternatives (Corralo *et al.* 2014 ; Richardson *et al.* 2015 ; Or et Verboux, 2015).

Au niveau national, le taux moyen standardisé de recours à la chirurgie carcinologique est resté stable entre 2005 et 2012, s'élevant à 12 chirurgies pour 1 000 personnes âgées de 40 ans et plus. Malgré des variations importantes entre

C2

Distances de recours aux soins en chimiothérapie en 2005 et 2012



Statistiques descriptives (Km)

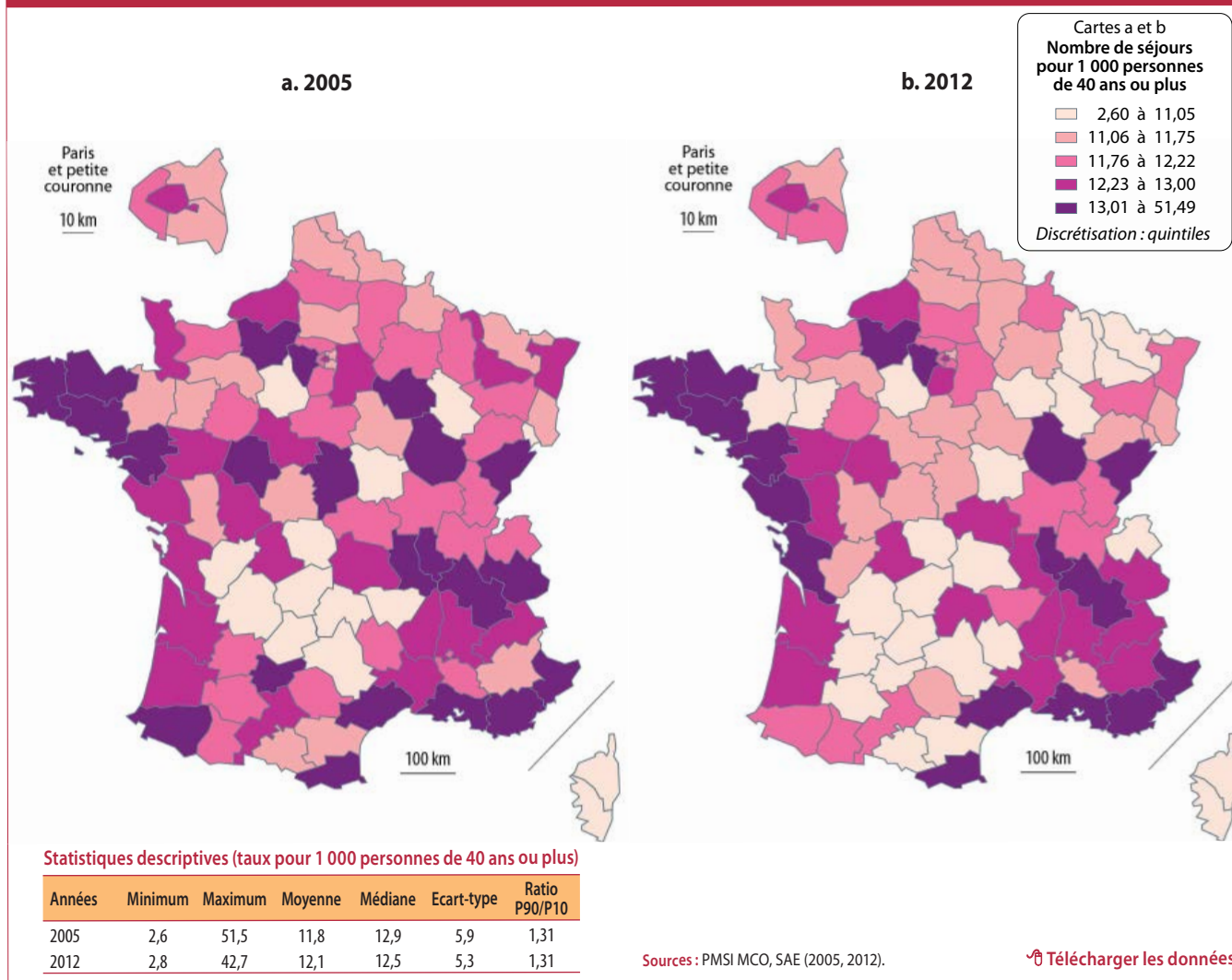
Années	Minimum	Maximum	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Ratio P90/P10
2005	5,3	52,2	25,4	24,6	10,0	2,8
2012	5,9	50,7	25,6	25,3	9,2	2,5

* Distance en kilomètres par la route entre le centre des communes de résidence des patients et celui des communes où sont implantés les établissements hospitaliers.

Sources : PMSI MCO, SAE (2005, 2012).

[Télécharger les données](#)

Taux de recours à la chirurgie de cancer en 2005 et 2012



les départements, l'étendue des variations interdépartementales diminue (rapports de déciles extrêmes, cartes 3 et 4) sur la période étudiée.

Concernant la chimiothérapie, le taux moyen de recours pour 1 000 personnes âgées de 40 ans ou plus est passé de 45 en 2005 à 68 en 2012. Si on observe également une légère diminution des variations interdépartementales sur la période, en 2012, les taux de recours à la chimiothérapie en milieu hospitalier varient de moins de 25 en Corse à plus de 230 en Côte-d'Or et Côtes d'Armor. Ces importantes différences entre les départements peuvent indiquer des besoins et des choix différents des patients et des cliniciens, ainsi que la diversité des structures de l'offre de soins en cancérologie. Dans cette étude, les divers types de cancer ne sont pas distingués et les différences d'incidence des cancers ne sont pas ajustées

entre les départements. Néanmoins, concernant les taux de recours à la chimiothérapie en milieu hospitalier, les différences peuvent refléter en partie des stratégies thérapeutiques distinctes (recours plus ou moins fréquent aux thérapies ciblées orales pour certains cancers) et le niveau de développement des alternatives à l'hôpital tel que l'hospitalisation à domicile. Il est important de comprendre les déterminants de ces variations et d'interroger les situations dans les départements où les taux sont très faibles ou très élevés.

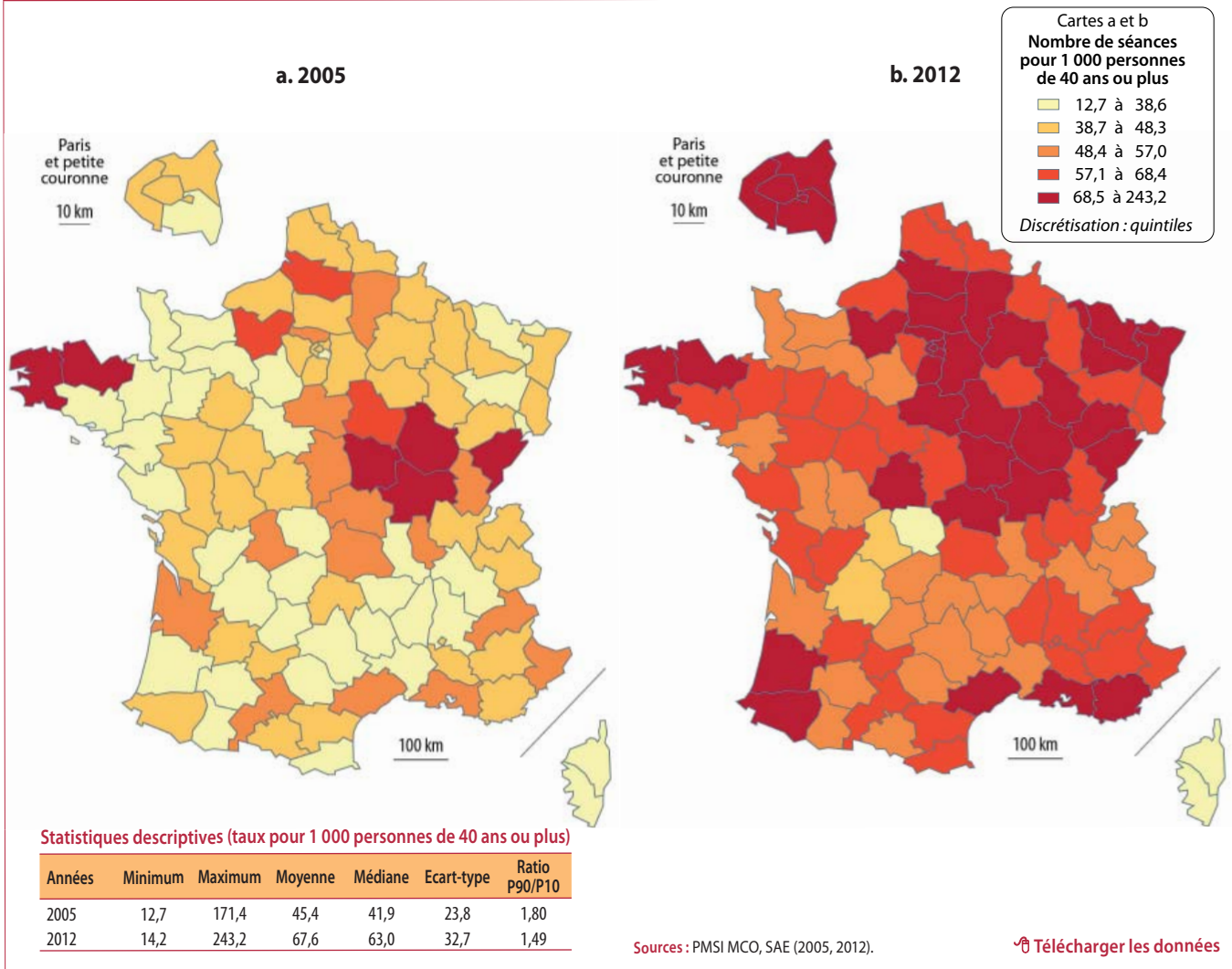
Entre 2005 et 2012, l'offre de soins en cancérologie a connu des modifications notables. La mise en place de seuils d'activité minimale et la T2A se sont accompagnées de la disparition d'une centaine d'établissements de chirurgie carcinolo-

gique ayant un faible volume d'activité et majoritairement issus du secteur privé lucratif. De manière concomitante, une augmentation de l'activité par établissement est observée du fait de cette concentration de l'offre de soins. Si l'analyse des distances de recours montre une faible répercussion de ces restructurations pour les patients, les distances d'accès au traitement par chimiothérapie (nécessitant de nombreuses visites à l'hôpital) peuvent être préoccupantes dans certains départements ou communes en 2012.

Par ailleurs, cette étude met en évidence des variations importantes entre les départements en termes de recours à la chirurgie et à la chimiothérapie à l'hôpital, même si l'augmentation de l'activité de chimiothérapie est un phénomène global attribuable en partie à l'augmentation de l'incidence de certains cancers et à l'apparition de nouvelles molécules sur

C4

Taux de recours à la chimiothérapie en 2005 et 2012



la période d'étude. Les variations inter-départementales des taux de recours des patients à la chirurgie et à la chimiothérapie, qui reflètent en partie les différences de la capacité de prévention, de dépistage et d'offre de soins en cancérologie, interrogent sur de possibles inégalités de traitement de cancer selon le lieu d'habitation des patients ainsi que sur des variations de la qualité de prise en charge et de l'efficacité des soins fournis.

Reste toutefois à définir si, *in fine*, les politiques de régulation et de finance-

ment de l'offre de soins hospitaliers ont permis d'améliorer la qualité des soins en cancérologie : quelles sont les conséquences de la recomposition de l'offre de soins sur la qualité de la prise en charge des patients ? La concentration de l'activité de chirurgie carcinologique induite par le dispositif d'autorisation conduit-elle à une amélioration des pratiques chirurgicales et à une réduction des variations entre territoires ? Cette réflexion fera l'objet d'un prochain numéro de *Questions d'économie de la santé* consacré à la chirurgie des cancers du sein. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- 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.
- Hcaam (2016). *Innovation et système de santé*, Rapport 2016, Tome 2.
- Inca (2014). *Les données : les cancers en France*. Institut national du cancer (téléchargeable sur www.e-cancer.fr).
- Inca (2013). *Accélérons les progrès face aux cancers*, Rapport d'activité 2013, Institut national du cancer.
- Or Z., Verboux D. (2016). « La pertinence des pratiques d'hospitalisation : une analyse des écarts départementaux de prostatectomies ». *Revue Economique*, vol 67, n°2, 2016/03, 337-354.

IRDES

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ •
117bis, rue Manin 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 •
www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr

Directeur de la publication : Denis Raynaud • Rédactrice en chef technique : Anne Evans •
Secrétaire de rédaction : Anna Marek • Recteurs : Damien Bricard, Véronique Lucas-Gabrielli •
Infographiste : Franck-Séverin Clérembault • Assistant à la mise en page : Damien Le Torrec •
Imprimeur : Imprimerie Peau (Berd'huis, 61) • Dépôt légal : janvier 2017 •
Diffusion : Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui • ISSN : 1283-4769 (papier), 2498-0803 (PDF).

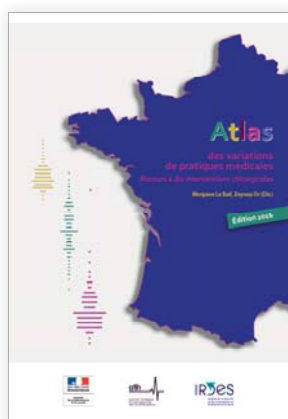
Vient de paraître

Atlas des variations de pratiques médicales Recours à dix interventions chirurgicales

Édition 2016

Morgane Le Bail, Zeynep Or, Dir.

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 et de comparer 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 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.



Ouvrages de l'Irdes n° 2, série Atlas
novembre 2016, 56 pages
11 cartes, 11 illustrations médicales
Prix net : 25 euros

www.irdes.fr/recherche/ouvrages.html

Sommaire

Remerciements • Préface • Introduction • Clés de lecture

Pratiques médicales

Intervention de référence : chirurgie de la fracture de hanche
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
Thyroidectomie ou ablation de la thyroïde

Bibliographie • Annexe : Codes d'actes et procédures utilisés pour identifier les interventions • Abréviations et sigles • Glossaire

Collection Ouvrages de l'Irdes

La série Atlas offre une représentation synthétique et visuelle (cartes et graphiques) de données rassemblées autour d'une thématique dans la perspective d'analyses et de comparaisons territoriales.

Diffusée aux formats papier et électronique, sa version papier est payante.

Contact et abonnement

Service Publications et Communication
117bis, rue Manin 75019 Paris

Tél : 01 53 93 43 02/06

Espace Internet : www.irdes.fr/presse/actualites.html Courriel : presse@irdes.fr