


aussi de supprimer les pratiques inutiles ou obsolètes en commençant par dresser une liste d'actes qui peuvent être qualifiés de « faible valeur ajoutée » (*low-value procedures*) au regard des évaluations de leur balance bénéfique/risque, des recommandations de bonne pratique et des stratégies thérapeutiques *evidence-based*. Les prostatectomies réalisées pour

hypertrophie bénigne de la prostate ou les césariennes faites chez des patientes à bas risque pourraient faire partie de cette liste, par exemple. Ces actes pourront évidemment toujours être réalisés dès lors que l'état d'un patient le nécessitera, mais ils devront devenir marginaux car il ne s'agit pas, dans la plupart des cas, de la pratique la plus pertinente. 

Que sait-on des variations des pratiques en établissements ?

Les variations de pratique médicale découlent des différentes stratégies thérapeutiques qui peuvent être utilisées par les médecins pour traiter un patient. Plusieurs facteurs interviennent dans ce choix de la part du médecin, à commencer par son expérience et sa formation. Mais ce ne sont pas les seuls, des facteurs liés au patient sont également à prendre en compte, comme son état clinique, ses préférences devant les différentes thérapeutiques... D'autres facteurs indépendants de ces deux acteurs peuvent également intervenir, comme la disponibilité de l'offre de soin, l'existence de recommandations de bonnes pratiques...

Comme on le voit cette variabilité des pratiques est plurifactorielle et si on veut la mesurer objectivement il faut une base de données dans laquelle on peut rattacher un médecin à un patient, et qui comporte des informations sur l'état clinique du patient et sur les actes réalisés permettant d'analyser les choix thérapeutiques en fonction des recommandations, lorsqu'elles existent. En routine, la seule base permettant de faire ce type d'analyse est le Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (Sniiram). Cependant elle est d'utilisation complexe et ne permet d'analyser que la pratique des médecins du secteur libéral.

La question qui est posée ici concerne les variations des pratiques en établissement, et donc pour ce faire on va considérer un établissement comme une seule entité médicale, en faisant abstraction du fait qu'en son sein les médecins pourraient avoir des pratiques médicales différentes.

L'habitude depuis les années 1970-80, avec les travaux de Wennberg *et al.* sur ce sujet, est d'utiliser les variations de taux de recours sur des zones géographiques données.

Le taux de recours mesure la consommation de soins hospitaliers des habitants d'une zone géographique donnée, rapportée à la population domiciliée dans cette zone. Il a l'avantage de se calculer facilement à partir des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), pour la consommation

de soins, et des données de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) pour la population des zones géographiques. Il faut noter que dans ce cadre, sur une zone géographique, plusieurs établissements peuvent être présents et ce faisant on analyse en fait la pratique moyenne des médecins de l'ensemble de ces établissements.

Les conditions pour que deux zones géographiques aient les mêmes taux de recours pour une activité donnée sont, sans essayer d'être exhaustif :

- le fait que leur population soit comparable pour ce qui est de l'âge et du sexe. Ces paramètres peuvent être contrôlés en réalisant une standardisation (on parlera de taux de recours standardisés) ;
- le fait que l'état de santé supposé des populations soit équivalent : en particulier qu'il n'y ait pas de facteurs épidémiologiques ou environnementaux impactant l'activité analysée qui diffèrent entre les deux zones. On pourra citer la consommation d'alcool, ou l'ensoleillement, comme facteurs pouvant influencer sur certaines activités par exemple ;
- le fait qu'il n'y ait pas de facteurs socio-économiques et culturels trop différents entre les zones comparées. On peut évoquer ici, comme exemple, le caractère rural ou urbain des zones ;
- un accès aux soins équivalent pour les deux zones. On pourra citer ici, l'existence d'un CHU dans une des zones par exemple ;
- l'accessibilité géographique et la disponibilité de l'offre ;
- le fait que tous les médecins concernés aient les mêmes pratiques en moyenne.

Une variation d'un taux de recours standardisé n'est donc pas synonyme d'une différence de pratique et nécessite une analyse complémentaire afin de vérifier qu'il n'y a pas de facteur confondant pouvant biaiser les conclusions.

Ces préalables ayant été posés, les taux de recours par zone géographique sont-ils disponibles en France ?

Depuis plusieurs années l'ATIH propose une application sur son site de restitution Scansanté

Max Bensadon
Directeur adjoint,
chef de service,
Service Architecture
et production
informatiques,
Agence technique
de l'information sur
l'hospitalisation
(ATIH)



(<http://www.scansante.fr>) offrant plus de 40 000 cartes et plus du double de tableaux permettant de présenter les taux de recours bruts et standardisés par âge et par sexe (lire p. 22).

Les zones géographiques pouvant être interrogées sont les régions, les territoires de santé ou des zonages spécifiques réalisés à la demande des agences régionales de santé (ARS).

Les activités pour lesquelles les taux de recours sont présentés concernent tous les champs de l'hospitalisation (maladie, chirurgie, obstétrique – MCO ; hospitalisation à domicile – HAD ; soins de suite et réadaptation – SSR) ; psychiatrie et « ensemble des champs ») avec un développement plus important pour le champ MCO pour lequel on peut analyser, outre le taux de recours global, les activités suivantes :

- Activités liées aux indicateurs de pilotage de l'activité (IPA) définis par le ministère dans le cadre du suivi de l'activité des ARS.
- Activité de soins (MCO – hors séances) correspondant à des regroupements de groupes homogènes de malades (GHM) tentant de s'approcher de l'activité des services de médecine, chirurgie ou obstétrique.
- Catégories d'activités de soins (CAS) : correspondant à des regroupements de GHM liés à la réalisation des actes (chirurgie, petit interventionnel, obstétrique, sans actes et séances).
- Domaines d'activité (DoAc) : au nombre de 28, ils correspondent à des regroupements de GHM permettant de se caler sur des spécialités médicales.
- Groupes Planification (GP) : au nombre de 82, ils

déclinent les catégories d'activités de soins par groupes dans une logique de planification.

- Groupes Activités (GA) : au nombre de 218, qui sont une déclinaison des groupes Planification.
- Activités ciblées pertinence des soins dans les programmes nationaux : au nombre de 33, elles correspondent à des activités choisies sur des arguments de fréquence, d'évolution et de variabilité importantes du taux de recours. Elles sont complétées par des activités notées comme importante dans ce cadre au niveau national ou international (chirurgie bariatrique par exemple).
- Par actes classants : permettant de choisir une famille, une sous-famille voire un acte de la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Les tableaux présentés permettent d'avoir les évolutions des taux de recours sur cinq ans et présentent un autre indicateur en fonction du choix : le nombre de séjours, si analyse de taux bruts, un indice national permettant l'interprétation, si taux standardisés.

En complément le site ScanSanté permet d'accéder à des tableaux d'analyse croisant l'activité des établissements de santé de la région choisie et la consommation des habitants de chaque territoire de santé. Les taux d'attractivité et taux de fuite interrégionaux et intra-régionaux (par territoire) sont également disponibles.


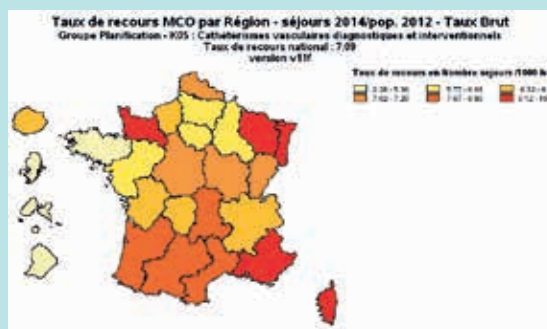
Cet ensemble d'applications, même s'il n'a évidemment pas l'envergure de l'Atlas de Dartmouth qui a une vocation d'information du public, permet de fournir un ensemble d'éléments importants pour les décideurs, en particulier les ARS, dans le cadre des analyses des problèmes de recours à l'offre de soins. 

figure 1

À titre illustratif : le type de carte qui est produit et le type de tableau présentant les évolutions de taux de recours brut sur 5 ans



Code	Région	Taux brut					Nombre de séjours				
		2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014
1	Guadeloupe	2,47	2,49	2,65	3,32	3,71	993	998	1067	1342	1496
2	Martinique	3,63	3,74	3,72	3,99	4,08	1443	1481	1467	1566	1585
3	Guyane	2,53	2,78	2,45	2,51	2,28	554	625	562	596	547