

Faits marquants édition 2001

Plus de transparence, plus de qualité

L'Assurance Maladie se place résolument dans une perspective d'actions et de progrès collectifs. Déjà l'an dernier, l'introduction des *Faits marquants 2000* précisait la finalité et l'objectif concret de cette publication : **engager un dialogue entre l'Assurance Maladie et ses différents partenaires à partir de données concrètes, vérifiées, plutôt que sur la base "d'opinions"**.

Publié pour la deuxième année consécutive, *Faits marquants*, rassemble 22 études réalisées par l'ensemble des organismes d'Assurance Maladie. Ces travaux apportent un éclairage objectif sur des sujets de santé publique, sur les pratiques médicales et l'organisation des soins qui sont mis à la disposition de tous les acteurs du système de santé français, (institutionnels, agences, professionnels, assurés,...) afin de les aider à rechercher des solutions et des améliorations.

Des progrès significatifs

Preuve de la pertinence de cette démarche, des progrès significatifs ont déjà été accomplis sur un certain nombre de sujets présentés en 2000. Ils se vérifient concrètement sur le terrain, à la fois en termes d'information des acteurs et d'amélioration des pratiques et des conditions de prise en charge.

Ces acquis concernent :

- **le choix du cancer du sein pour la mise en œuvre d'un programme national de santé publique** en 2002 ;
- **le diabète de type 2** et les progrès constatés dans la prise en charge des malades ;
- la mise en place **d'un groupe « insuffisance rénale/dialyse »** par le ministère de la Santé avec, entre autres, l'Assurance Maladie ;

Fortes des résultats déjà obtenus, l'Assurance Maladie poursuit la démarche qu'elle a initiée.

Sont prévus en 2002 des programmes destinés à améliorer le recours aux médicaments hypolipémiants (qui permettent de lutter contre le cholestérol) et l'usage des antibiotiques chez les enfants de moins de 15 ans.

Faits marquants édition 2001

Riche de vingt-deux articles, la présente édition des *Faits marquants* poursuit l'exploration du système de santé entreprise en 2000.

Ces 22 études sont réparties en cinq chapitres correspondant aux différents types d'activité¹ - qui s'adressent aux assurés sociaux, aux professionnels de santé libéraux ou aux établissements de soins - dans lesquels le service médical s'investit en collaboration avec les Caisses d'Assurance Maladie.

Certains des sujets étudiés concernent un très large public : la **chirurgie de la cataracte**, le **traitement de l'acné**, celui de l'hypertension artérielle, du diabète, ou bien de **l'asthme** ; alors que d'autres touchent une population plus circonscrite : les traitements de substitution chez les toxicomanes, ou l'audit des prises en charge dans un hôpital psychiatrique et la réorganisation qui en a débouché.

Morceaux choisis des pratiques de notre système de santé, *Faits marquants* permet à un public plus large de partager la connaissance dont disposent l'Assurance Maladie et un cercle d'initiés. Ainsi, chacun peut à partir des observations présentés dans ces études, apprécier les pratiques et les comportements au regard des recommandations élaborées par les professionnels de santé eux-mêmes.

Dans la présente édition des *Faits marquants*, dix sujets, exemplaires de la démarche entreprise par l'Assurance Maladie en matière de promotion de la qualité des soins, sont particulièrement signalés. Véritables « points saillants », ceux-ci font l'objet d'une fiche dans ce dossier de presse.

Tous participent d'une même démarche qui a déjà été mise en pratique dans les premiers programmes de santé publique consacrés à la prise en charge du diabète et de l'hypertension artérielle : **donner des indicateurs de qualité aux professionnels de santé et des repères aux patients**. Inciter les uns et les autres à s'y reporter et s'y conformer et les aider en mettant en œuvre des programmes d'action adaptés. L'étude concernant l'asthme est représentative de cette démarche qualité associant malades, professionnels de santé et organismes d'Assurance Maladie.

Contact presse :

Cnamts : Dorothée Hannotin et Patrick Bellon

Tel. 01 42 79 30 02 / 36 58

Email dorothee.hannotin@cnamts.fr - patrick.bellon@cnamts.fr

¹ Ces types d'activité sont : le pilotage de programmes de santé publique, l'audit des pratiques, le contrôle des professionnels, l'avis individuel sur prestations, la planification hospitalière.

Faits marquants sommaire des fiches synthétiques

Hystérectomie chez la jeune femme : le choix de la technique dépend du niveau de pratique du chirurgien	p. 4
L'asthme en France : une maladie à prendre au sérieux	p. 5
Toxicomanie et traitement de substitution par Subutex® : un bilan globalement positif	p. 6
Programme sur l'hypertension artérielle : vers une meilleure prise en charge des hypertendus diabétiques	p. 7
Diabète de type 2 : des résultats prometteurs	p. 8
Acné et isotrétinoïne : des prescriptions sous très haute surveillance	p. 9
L'invalidité : les maladies en cause	p. 10
Hospitalisation en psychiatrie : un exemple d'amélioration des pratiques de prise en charge	p. 11
Chirurgie de la cataracte : pour un accès équitable aux meilleures conditions et techniques d'intervention	p. 12
Cancer colorectal : mieux respecter les recommandations scientifiques	p. 13

Hystérectomie chez la jeune femme : le choix de la technique dépend du niveau de pratique du chirurgien

Le fibrome de l'utérus est une tumeur bénigne très fréquente qui touche pour partie des femmes jeunes. Cette pathologie est susceptible d'être traitée, si nécessaire, par des traitements médicamenteux. **Ce n'est qu'en cas d'échec de ces traitements que l'indication d'ablation de l'utérus (hystérectomie) peut être envisagée.** Il s'avère que cette opération chirurgicale est couramment pratiquée en France : 60 000 à 70 000 ablations sont ainsi réalisées chaque année.

L'étude réalisée par l'Assurance Maladie en Bretagne a permis de dresser un état des lieux de l'hystérectomie dans cette région. Elle montre d'une part que des interventions chirurgicales interviennent trop souvent sans qu'il y ait eu de traitement médicamenteux au préalable et d'autre part **que plus le nombre d'interventions pratiquées par chaque chirurgien était importante, plus le choix de la technique opératoire était ajusté à la situation personnelle de la patiente.**

La finalité de cette étude est de participer à l'amélioration des indications pour cette opération chirurgicale et d'informer les femmes sur le fibrome de l'utérus, son caractère de gravité, les traitements nécessaires. L'hystérectomie est en effet une intervention dont le retentissement, tant physique que psychique, est important pour la patiente.

L'Assurance Maladie, reprenant les conclusions des experts de gynécologie-obstétrique, recommande que les femmes soient pleinement associées à des choix thérapeutiques qui les concernent au premier chef. Il faut pour cela qu'elles soient informées des règles de bonne pratique qui prévoient notamment que :

- Ce n'est qu'en cas d'échec du traitement médicamenteux que le geste chirurgical s'impose ; sauf indication thérapeutique contraire, l'hystérectomie ne doit être proposée qu'aux patientes ne souhaitant plus de grossesse et averties des conséquences de l'intervention.
- la chirurgie par voie vaginale (dite « voie basse ») doit être privilégiée, sauf contre-indications spécifiques (déterminées par le volume de la tumeur, des antécédents de césarienne ou de chirurgie pelvienne, etc.);
- l'ablation des trompes et des ovaires doit être limitée, en l'absence de facteurs de risque.

L'asthme en France : une maladie à prendre au sérieux

L'asthme ne mérite pas la réputation d'affection banale, voire bénigne, qu'il conserve parfois. Sa fréquence et sa gravité n'ont cessé d'augmenter au cours des dernières décennies. De 1 500 à 2 500 personnes en meurent chaque année en France. Ses mécanismes sont pourtant de mieux en mieux compris, sa prise en charge codifiée, et les médicaments qui permettent de le traiter de plus en plus efficaces.

C'est dans ce contexte que l'Assurance Maladie a réalisé au cours des deux dernières années des études sur la prise en charge en ambulatoire des asthmatiques dans plusieurs régions de France. Cinq de ces enquêtes, qui ont concerné plus de 2 500 patients, ont été menées en inter-régimes, sous l'égide des Unions régionales des caisses d'Assurance Maladie (URCAM) d'Aquitaine, du Centre, de Franche-Comté, de Haute-Normandie et d'Île-de-France. Leurs résultats sont convergents et révèlent des insuffisances pour lesquelles des améliorations sont nécessaires :

- les connaissances des asthmatiques sur leur maladie, de même que leur implication dans le suivi du traitement sont insuffisantes ;
- les malades ne sont pas suffisamment l'objet d'évaluation et de réévaluation : environ un tiers d'entre eux n'avait jamais fait d'épreuves fonctionnelles respiratoires au moment des études ;
- les traitements, pour une partie des malades, ne sont pas conformes aux recommandations (jusqu'à 28 % des asthmatiques présentant un asthme persistant modéré et jusqu'à 17 % des malades atteints d'un asthme persistant sévère ne bénéficiaient pas d'une corticothérapie inhalée, base du traitement de fond selon les consensus internationaux).

Ces enquêtes ont permis à l'Assurance Maladie de mettre en œuvre des actions en direction des médecins et des asthmatiques. Celles-ci ont pour objet de :

- favoriser l'application des référentiels scientifiques relatifs à l'évaluation, au suivi et au traitement de cette maladie, en sensibilisant les professionnels aux recommandations de bonne pratique,
- parvenir à une éducation plus satisfaisante des patients, notamment par des actions d'information, à l'initiative des professionnels de santé libéraux et hospitaliers. Ces actions peuvent être soit individuelles, soit collectives dans le cadre de structures comme les "écoles du souffle" ou les réseaux de soins.

Toxicomanie et traitement de substitution par Subutex® : un bilan globalement positif

La buprénorphine haut dosage (Subutex®) fait partie des traitements de substitution qui s'adressent aux héroïnomanes et, de façon plus générale, aux personnes pharmacodépendantes aux opiacés. A ce titre et dans cette indication, elle est prise en charge par l'Assurance Maladie depuis février 1996.

Près de 90 000 personnes sont ainsi traitées en France aujourd'hui.

Après cinq ans de prescription, le bilan de la pratique de la substitution par buprénorphine en médecine de ville est globalement positif, même s'il existe à un niveau limité une utilisation détournée du produit (pouvant dépasser néanmoins 10 % dans certaines régions) et des addictions² médicamenteuses multiples (plus de 25 % dans certaines régions).

Pour remédier aux dérives constatées, les Services médicaux de l'Assurance Maladie se sont investis activement dans une démarche partenariale avec les différents acteurs concernés, dont les médecins généralistes. L'objectif de ces interventions était de limiter les comportements abusifs (notamment le nomadisme médical) ainsi que les risques iatrogènes liés à la consommation de produits pharmaceutiques détournés de leur usage.

Dans les régions d'Alsace et du Nord-Pas-de-Calais, en Charente-Maritime, à Pau et à Rouen, des interventions ont été menées et des moyens d'actions mis en œuvre, en concertation avec les réseaux de soins existants, les conseils ordinaires des médecins et des pharmaciens et les comités départementaux de suivi. A Pau, par exemple, la mobilisation des réseaux et la concertation avec les patients ont permis un arrêt du nomadisme, une meilleure observance du traitement et une amélioration de l'état sanitaire et social de 81% des patients.

Ces interventions portent leurs fruits en terme de respect du cadre de prescription et d'amélioration de la situation sanitaire et sociale des patients. Elles soulignent également le rôle de régulation qualitative que l'Assurance Maladie peut jouer dans une filière de soins réputée complexe.

² L'addiction se caractérise par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives.

La pharmacodépendance est une addiction.

Programme sur l'hypertension artérielle : vers une meilleure prise en charge des hypertendus diabétiques

Une des préoccupations de l'Assurance Maladie est d'améliorer la qualité des soins, particulièrement lorsqu'il s'agit de la prise en charge médicale de pathologies chroniques. Ainsi, en 1999, deux programmes d'interventions de portée nationale ont été mis en œuvre. L'un porte sur le diabète et le second sur l'hypertension artérielle.

Ces programmes de santé publique s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques publiées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Dans le cadre de l'hypertension artérielle, une enquête nationale de l'Assurance Maladie a permis de répondre à différentes questions sur les modalités thérapeutiques et leurs résultats au plan tensionnel comparativement aux recommandations publiées par l'ANAES en 1997.

Il en ressort notamment :

- *qu'il existe une population d'hypertendus à haut risque cardio-vasculaire....*

63% des malades suivis au cours de l'enquête présentaient au moins un des trois cofacteurs de risque cardio-vasculaire majeurs suivants : dyslipidémie, diabète, tabac. Une pathologie coronarienne était associée à l'hypertension chez 14% des malades et un accident ou un antécédent cérébro-vasculaire dans 13% des cas.

- *dans laquelle seulement quatre malades sur dix ont une pression artérielle strictement normalisée*

l'insuffisance du contrôle tensionnel reste préoccupante pour certaines catégories de malades. Dans la population des moins de 60 ans, le contrôle tensionnel strict n'est constaté que pour 27% des malades. Des chiffres insuffisants sont également rapportés en ce qui concerne les diabétiques et les insuffisants rénaux.

- *que les malades ne participent pas suffisamment à la prise en charge hygiéno-diététique de leur hypertension*

cette situation préoccupante explique l'intensification des interventions menées par l'Assurance Maladie. C'est pourquoi elle a décidé de développer à la fin de l'année 2000 une deuxième campagne de rencontres entre médecins conseils et médecins traitants, en insistant notamment sur les possibilités d'amélioration qui existent en matière de traitements.

Diabète de type 2 : des résultats prometteurs

Le diabète non insulino-dépendant (également appelé diabète de type 2) représente autour de 90 % des cas de diabète en France, soit environ 1 600 000 personnes. C'est le « diabète de l'âge mûr » auquel s'associe souvent une surcharge pondérale. Son traitement repose sur l'adoption de règles hygiéno-diététiques simples et la prescription d'hypoglycémifiants oraux.

Au second semestre 1999, près de 23 000 médecins traitants ont été rencontrés ou contactés par les médecins conseils de l'Assurance Maladie dans le cadre d'un programme de santé publique, lancé par les trois principaux régimes d'Assurance Maladie. Ces visites confraternelles avaient pour but de promouvoir les recommandations de bonne pratique formalisées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Les premiers résultats de ce programme sont encourageants. Ils révèlent que la prise en charge des malades est davantage conforme aux recommandations des experts qu'elle ne l'était un an plus tôt.

Nous pouvons notamment retenir :

- Dosage de l'hémoglobine glyquée : une prescription qui s'améliore

Conformément aux préconisations de l'ANAES, l'Assurance Maladie s'est fixé comme objectif prioritaire de substituer progressivement les glycémies par des dosages de l'hémoglobine glyquée (HbA1c), mieux indiqués. Le taux de diabétiques non insulino traités bénéficiant, en ambulatoire, de dosages de l'HbA1c est passé de 41,3 % en 1998 à 55,0 % en 1999. Le taux de malades ayant été remboursés d'une glycémie est par ailleurs passé de 79,1 % en 1998 à 74,9 % en 1999 soit un recul de 4,2 points. De même, le taux de malades ayant été remboursés d'au moins quatre glycémies au cours des six derniers mois est passé de 20,2 % en 1998 à 15,8 % en 1999.

- Davantage de progrès pour les malades exonérés du ticket modérateur

Ces progrès, qui concernent tous les paramètres sans exception (dosages d'HbA1c, suivi et dépistage des complications dégénératives (avec des proportions moindres), résultent principalement du programme de santé publique de l'Assurance Maladie puisque les échanges avec les médecins traitants ont eu lieu à l'occasion de ces demandes d'exonération du ticket modérateur en 1999.

- Des actions à diversifier et des relais à développer

La disparité géographique observée en 1998 dans la prise en charge des malades persistait en 1999 mais avec des évolutions différentes selon les régions. L'ensemble de ces résultats est toutefois positif partout en France, même s'il n'est pas encore suffisant.

Les résultats définitifs du programme seront connus fin 2001. Il reste, d'ici là, à diversifier les interventions et à trouver des relais pour amplifier les progrès déjà obtenus. C'est précisément le sens des actions de communication et de formation engagées par les Unions régionales des caisses d'Assurance Maladie (URCAM) avec la participation des Unions régionales de médecins libéraux (URML). La réussite d'un programme de santé publique passe en effet par l'appropriation par l'ensemble des acteurs du système de santé, de ses objectifs et de ses actions.

Acné et isotrétinoïne : des prescriptions sous très haute surveillance

Commercialisé depuis 1984 sous le nom de Roaccutane[®], l'isotrétinoïne est un traitement contre les formes d'acné sévères et résistantes. Ses effets secondaires, et en premier lieu le risque tératogène, c'est-à-dire susceptible d'engendrer des malformations, encouru par les patientes, imposent au médecin, comme au pharmacien, le strict respect de règles draconiennes de prescription et de suivi médical. La prévention du risque tératogène est l'élément majeur des précautions d'emploi de ce produit.

L'isotrétinoïne expose en effet les patients à de nombreux effets secondaires et fait courir aux femmes en âge de procréer un risque grave. En 10 ans, 318 grossesses sous traitement ont été recensées par le laboratoire qui commercialise ce médicament. Elles ont abouti à une interruption thérapeutique de grossesse dans 80 % des cas.

Des premiers travaux sur le sujet menés en 1995 et 1996 notamment par le Service Médical de l'Assurance Maladie avaient participé à une première prise de conscience des professionnels et des pouvoirs publics, qui ont classé l'isotrétinoïne dans la catégorie des médicaments à prescription restreinte en 1997.

S'il arrive que les patientes soient parfois seules responsables d'une grossesse débutée sous isotrétinoïne (contraception négligée, etc.), la précision et l'extrême rigueur des conditions de prescription énumérées dans l'autorisation de mise sur le marché de cette substance font peser sur les médecins et pharmaciens une très lourde responsabilité si, en cas d'accident, ils sont dans l'impossibilité d'établir qu'ils les ont strictement respectées.

Des études menées par le Service médical de l'Assurance Maladie en 1997 et 1998 sur 860 prescriptions ont montré qu'un test de grossesse n'était réalisé au rythme prévu (tous les deux mois) que chez une patiente sur deux. D'autre part, il manquait des mentions (telles que la réalisation d'un test de grossesse, l'engagement de la patiente à suivre une contraception) dans l'ordonnance qui leur était remise (une fois sur trois lors de la première prescription et une fois sur cinq lors des renouvellements). Enfin, la prévention des risques (autres que tératogènes) peut être aussi bien insuffisante que souvent excessive : dans tel endroit 1 patient sur 6 bénéficie d'un suivi biologique, ailleurs ils sont 65%.

Sur la base de cette analyse, des actions de communication ont été menées en direction des professionnels médecins et des pharmaciens pour les inciter à une plus grande rigueur lors de la prescription et de la délivrance de ce produit, afin d'éviter des drames pouvant entraîner la mise en cause de leur responsabilité.

Invalidité : les maladies en cause

En 1998, les médecins conseils de l'Assurance Maladie ont reconnu un état médical justifiant pour la première fois le versement d'une pension d'invalidité à près de 51 000 salariés. Ces pensions sont versées aux assurés de moins de 60 ans en compensation de la perte de salaire résultant, pour raisons médicales, d'une réduction d'au moins deux tiers des capacités de travail et de gain. Parmi les pathologies les plus fréquemment en cause se trouvent les affections psychiatriques et les maladies du système ostéo-articulaire (arthrose, affections rachidiennes et discales).

Les affections psychiatriques : première cause médicale d'invalidité en 1998

Les affections psychiatriques ont représenté 26,7% de l'effectif soit près de 14 000 pensionnés dont 5 500 (10,8 %) souffraient de troubles dépressifs ou névrotiques. Viennent ensuite les maladies du système ostéo-articulaire, essentiellement l'arthrose, les affections rachidiennes et discales, soit plus de 10 000 pensionnés (20,2 % de l'effectif). Enfin, les tumeurs malignes sont à l'origine de l'invalidité pour près de 6 400 personnes (12,5 %). Parmi celles-ci, les cancers des voies aériennes et digestives supérieures, bronchopulmonaires et de la trachée, concernent un peu plus de 1 300 personnes (2,7 %), tandis que les cancers du sein touchaient près de 1 600 personnes (3,1 %). Les maladies infectieuses et parasitaires (hépatites virales, infection à VIH) représentent un peu plus de 1 000 pensionnés. La répartition des causes médicales à l'origine de l'invalidité diffère, toutefois, selon l'âge et surtout le sexe.

Une majorité des cas d'invalidité de deuxième catégorie

Les pensionnés d'invalidité de deuxième catégorie, reconnus absolument incapables d'exercer une activité professionnelle quelconque, représentent un peu plus de deux tiers des effectifs. Près des trois quart des admissions dans cette catégorie en 1998 sont représentées par les affections psychiatriques, les maladies de l'appareil ostéo-articulaire et de l'appareil circulatoire et les tumeurs.

Invalidité de troisième catégorie : plus de la moitié ont une maladie du système nerveux

Les pensionnés d'invalidité de troisième catégorie (invalidité sévère nécessitant une tierce personne pour les actes courants de la vie) ne représentent que 1 % des effectifs. Les affections en cause en matière d'invalidité de troisième catégorie sont, en majorité, les maladies du système nerveux. Ces pathologies dont les principales causes sont les paraplégies et les tétraplégies représentent 54 % des nouveaux invalides de 1998 .

Ces informations permettent d'enrichir la connaissance épidémiologique de l'état de santé de la population, notamment pour les pathologies à fort impact médico-social :

- impact médical car la plupart de ces pathologies sont à l'origine de handicaps et de décès prématurés dont beaucoup seraient évitables avec une meilleure stratégie d'actions en amont des soins ou au moment des soins ;
- impact social car le coût humain et financier de l'invalidité est élevé. Le montant total des pensions d'invalidité versées par l'Assurance Maladie était, en 1997, de 17,3 milliards de Francs (2,6 milliards d'Euros) pour 443 599 bénéficiaires d'une pension.

Ces informations sont aussi utiles à la recherche en économie de la santé dans la perspective d'estimer le coût du handicap lié à certaines pathologies. Elle a enfin et surtout pour objectif de constituer une aide à la décision pour le lancement et la conduite des politiques de prévention et de santé publique.

Hospitalisation en psychiatrie : un exemple d'amélioration des pratiques de prise en charge

Le Service médical de l'Assurance Maladie de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur a procédé à l'analyse de l'activité, sur le plan médical, d'un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie de cette région (conformément à l'article L 315.1 du code de la Sécurité Sociale). Cette étude, réalisée en 1998, après une première enquête de 1996 ayant montré que les personnes âgées sous psychotropes peuvent être exposées au risque d'hypotension orthostatique, a permis d'identifier des dysfonctionnements dans le management des soins auxquels des solutions ont pu être apportées.

Ces dysfonctionnements ont permis d'établir que, selon le service d'hospitalisation, les soins étaient plus ou moins conformes aux recommandations de pratique clinique élaborées par l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM). La conformité des soins vis-à-vis des référentiels juridiques portant sur la prescription était aussi très variable :

- plus d'un patient sur cinq, hospitalisé dans un service de psychiatrie, était en attente d'une place pour sortir. L'attente pouvait durer plusieurs mois. Plus d'un patient sur huit attendait une clarification d'une situation administrative ou financière ;
- certains hypnotiques sortaient de la pharmacie dans des quantités moyenne pouvant atteindre le double des quantités moyennes prescrites;
- le laboratoire d'analyses biomédicales avait une faible activité intra-muros et ne pouvait répondre aux urgences. Les conditions de réalisation des analyses n'avaient pas une fiabilité suffisante pour garantir sa pérennité.

Des améliorations ont pu être apportées

Des actions consensuelles, suite à l'analyse du Service médical et aux préconisations du directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur qui en ont résultées, sont actuellement en cours avec les professionnels concernés.

Une réflexion a été engagée sur l'accueil des malades et la prise en charge à l'arrivée, la réévaluation des traitements et des prescriptions, l'informatisation de la pharmacie, la relance des conventions avec les établissements de post-cure du département.

Les professionnels de l'établissement ont su modifier leur pratique. La prescription et la dispensation nominative de traitements ont été mises en place pendant l'année 2000. Elles seront totalement informatisées durant l'année 2001. L'action pour le regroupement des laboratoires d'analyses a abouti : le laboratoire du centre hospitalier spécialisé a été transféré vers celui du centre hospitalier voisin. Certains hypnotiques dont le mésusage était flagrant ont été quasiment exclus de la pharmacie. L'hospitalisation a été largement réorganisée. Le centre hospitalier spécialisé a élaboré un projet de prise en charge des "exclus de la réhabilitation sociale". Les échanges confraternels réalisés à la suite de ce travail entre les médecins conseils et les praticiens hospitaliers ont permis à ces derniers de disposer aisément des références de pratique clinique réalisées par les sociétés savantes et l'ANAES³ via internet. L'évaluation de l'intervention de l'Assurance Maladie a montré que tous les participants avaient acquis les procédures de recherche de ces références de pratique clinique et la méthode d'analyse des interactions médicamenteuses d'une ordonnance.

Les procédures ainsi mises en place par les praticiens hospitaliers constituent un élément important de l'amélioration de la qualité des soins dans cet établissement.

³ Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé qui a remplacé l'agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) en 1997

Chirurgie de la cataracte : pour un accès équitable aux meilleures conditions et techniques d'intervention

Entre 1984 et 1998, le nombre d'interventions de la cataracte a plus que triplé. L'amélioration des techniques a permis de rendre cette intervention plus accessible à une population vieillissante. Pourtant, des efforts sont encore à faire pour que les patients bénéficient toujours des possibilités accrues de confort, des avancées techniques et de la bonne application des critères d'indications opératoires.

Deux études réalisées en 1999 par l'Assurance Maladie en Bretagne et dans le Languedoc-Roussillon indiquent que :

- la prise en charge ambulatoire est encore trop limitée (seulement 22% en Bretagne en 1999 où le surcoût de l'hospitalisation revient à 1 784 F par opération) ;
- la persistance de techniques opératoires moins performantes et sûres que la phaco-émulsification (qui permet de fragmenter le cristallin et d'en extraire les fragments). Globalement celle-ci était bien utilisée dans 95% des cas, mais ce pourcentage était beaucoup plus faible dans certains établissements (jusqu'à 67 %) ;
- les interventions réalisées sous anesthésie générale sont encore importantes, atteignant 17 % en Languedoc-Roussillon alors que celles-ci peuvent être avantageusement remplacées par une anesthésie loco-régionale ;
- des interventions injustifiées au regard de référentiels pour lesquels, sauf exception, elles ne sont pas recommandées au-dessus d'un niveau d'acuité visuelle de 5/10^{ème}.

Dans les établissements de ces régions les plus concernés par ces pratiques inadaptées, les médecins conseils de l'Assurance Maladie ont mené des échanges confraternels avec les professionnels pour promouvoir les recommandations et les techniques les plus récentes.

La meilleure efficacité en matière de chirurgie de la cataracte est aujourd'hui obtenue par phaco-émulsification sous anesthésie loco-régionale au cours d'une prise en charge en ambulatoire. L'insuffisance du développement de cette alternative à l'hospitalisation représente, outre un surcoût à la charge de l'Assurance Maladie, une perte de qualité de service pour les patients.

Cancer colorectal : mieux respecter les recommandations scientifiques

Le cancer colorectal, 1^{er} cancer en France, atteint chaque année 33 000 nouveaux patients. Il est responsable de 16 000 décès par an, soit deux fois plus que les accidents de la route. La mortalité n'a pas diminué depuis 20 ans, malgré un nombre de coloscopies annuel supérieur à 1,1 million, l'ablation chaque année de 300 000 polypes et les progrès de la chimiothérapie.

Deux études réalisées en 1998 par le Service médical de l'Assurance Maladie dans les Côtes d'Armor et en Charente-Maritime montrent que les procédures de diagnostic et de suivi du cancer du côlon n'étaient pas toujours conformes aux consensus professionnels. Deux types de référentiels ont été utilisés : celui de la Société nationale française de gastro-entérologie (SNFGE) de juillet 1998 et celui issu de la conférence de consensus de l'Agence nationale d'accréditation et de l'évaluation de santé (ANAES) de janvier 1998 sur le dépistage du cancer du côlon. Au total, les 3/4 des coloscopies sont apparues conformes aux recommandations, et 1/4 non conformes.

En Côtes d'Armor, un nombre important d'actes était associé à la coloscopie. Les biopsies pratiquées ne correspondaient pas aux recommandations de la SNFGE pour 39 % d'entre elles (27,5 % en secteur public, 44,7 % en secteur privé). Toutes les biopsies non justifiées étaient normales. La fibroscopie oesogastroduodénale était associée dans 31% des cas. Ce taux est important au regard de l'étude nationale de la Société française d'endoscopie digestive (SFED) qui ne trouve cette association que dans 16% des situations. Le motif de ces examens n'était pas argumenté dans plus d'un quart des cas.

En Charente-Maritime : le consensus était peu suivi en matière de dépistage des patients de moins de 60 ans (non respect du consensus dans trois quarts des cas). La surveillance de polypes était réalisée à un rythme plus fréquent que celui préconisé par les recommandations ; c'était également le cas pour le suivi de certains cancers. Des objections au consensus ont été également exprimées ou constatées. Le médecin était d'accord avec le consensus mais l'estimait inadapté à la situation clinique à laquelle il était confronté. Il s'autorisait donc à en sortir. Chaque fois que le praticien sortait du consensus, l'examen était normal : aucun cancer sur 64 examens hors consensus.

Le dossier médical était d'autre part très souvent insuffisamment détaillé ce qui peut entraîner une perte de chance de guérison pour le patient. Certains éléments sont pourtant essentiels comme le signalement de la taille du polype enlevé qui conditionne toute la surveillance ultérieure. Les praticiens doivent se donner les moyens du suivi du patient par un dossier médical complet.

Les résultats des deux études de l'Assurance Maladie ont été communiqués aux professionnels concernés. Si le consensus est en général accepté, il reste insuffisamment appliqué. Cette pratique est source d'examen non indispensables ; elle génère des coûts inutiles sans amélioration de la santé des individus et de la collectivité. Les conséquences pour le patient du recueil incomplet d'informations sur la lésion doivent aussi inciter les professionnels à une réflexion sur leur pratique.