

ACTES DU CONGRÈS 2012



RECOURS AUX SOINS HOSPITALIERS ET TERRITOIRES

www.odisse.fr

 **Odissé**
Observation des indicateurs
et statistiques de santé,
épidémiologie

Congrès Odissé « Recours aux soins hospitaliers et territoires »

13 novembre 2012, Angers

Programme

Le [Pr Victor RODWIN](#), professeur de Gestion et politiques de santé à la Wagner School (New York University) et professeur invité au Cnam (Paris), sera présent comme " grand témoin " tout au long de la journée.

9h20 : Ouverture du congrès

[Marie-Sophie DESAULLE](#), Directrice générale de l'ARS Pays de la Loire

9h30 > 10h45 : Disparités des recours hospitaliers : de nouveaux indicateurs de pilotage

Président de séance > [Dr Denis LEGUAY](#), Président de la CRSA et de l'ORS des Pays de la Loire

- Évolution des taux de recours hospitaliers depuis dix ans, et des disparités interrégionales

[Marie-Claude MOUQUET](#), Drees

- La pertinence des soins, un enjeu du pilotage de l'activité

[Cécile BEHAGHEL](#), [Odile TILLON-FAURE](#), DGOS

- Analyse des taux de recours hospitaliers : quelle utilisation en Agence régionale de santé ?

[Dr Isabelle JAMET](#), ARS Aquitaine

11h15 > 12h30 : Communications

Présidente de séance > [Dr Anne BOUDET](#), DIM, Centre hospitalier de Niort

- Comparaisons régionales de consommation hospitalière : le code géographique du PMSI est-il source de biais d'interprétation ?

[Dr François LAURENCEAU](#), [Annick LE PAPE](#), ARS Languedoc-Roussillon, COSAD (Cellule Observation, Statistique, Aide à la Décision)

- Difficultés à comparer les pratiques à partir des bases PMSI : l'exemple des fractures de l'extrémité supérieure du fémur

[Dr Philippe OBERLIN](#), Drees

- De l'analyse des taux de recours à la projection d'activité en 2016 des soins hospitaliers en psychiatrie : mieux comprendre pour mieux suivre et agir

[Dr Anne LECOQ](#), ARS Bretagne

- Analyser la variabilité des prises en charge de la schizophrénie : essai de typologie des parcours de soins

[Magali COLDEFY](#), [Clément NESTRIGUE](#), Irdes

12h30 > 14h : Repas

14h > 15h20 : Hospitalisations évitables, concept et comparaisons européennes

Présidente de séance > [Dr Laure COM-RUELLE](#), Directeur de recherche, Irdes

- Les hospitalisations pour des conditions propices aux soins ambulatoires : importance croissante dans le système de santé en Angleterre

[Pr John WILKINSON](#), North-east PHO (Angleterre)

- Les hospitalisations évitables en Italie. Un indicateur pour décrire et comparer les systèmes de santé

[Matilde KARAKACHOFF](#), IFC-CNR (Italie)

- Les hospitalisations potentiellement évitables en Ile-de-France : un indicateur du retard à l'accès aux soins

[Robert-Jean FREUND](#), EHESP

- Hospitalisations évitables en 2010-2011 : Premiers résultats d'une comparaison effectuée entre la France et l'Angleterre

[Dr Jean-François BUYCK](#), ORS Pays de la Loire

15h40 > 16h45 : Communications

Président de séance > [Dr Paolo BERCELLI](#), DIM, Centre hospitalier de Bretagne-Sud

- Indicateurs de précarité en périnatalité selon le territoire des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) en Pays de la Loire

[Dr Bernard BRANGER](#), Réseau Sécurité Naissance - Naître ensemble Pays de la Loire

- Étude des possibilités d'exploitation du PMSI MCO pour l'étude des récidives suicidaires hospitalisées

[Philippe CLAPPIER](#), ORS Bretagne

- Coopération hospitalière : modèle matriciel pour l'analyse des flux de patients diabétiques entre établissements de soins bretons

[Nolwenn LE MEUR](#), EHESP

- Utilité des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information pour le suivi épidémiologique des cancers. Comparaison avec les données des registres au niveau individuel

[Dr Anne COWPLI-BONY](#), Registre des cancers Loire-Atlantique/Vendée

16h45 : Clôture du congrès

[Pr Pierre INGRAND](#), Président de l'ORS et du Registre des cancers de Poitou-Charentes

Sommaire

1. L'évolution régionale du recours au MCO entre 1998 et 2008	2
2. La pertinence des soins, un enjeu du pilotage de l'activité	3
3. Analyse des taux de recours hospitaliers : quelle utilisation en Agence régionale de santé ?	4
4. Comparaisons régionales de consommation hospitalière : le code géographique du PMSI est-il source de biais d'interprétation ?	5
5. Difficultés à comparer les pratiques à partir des bases PMSI : l'exemple des fractures de l'extrémité supérieure du fémur	6
6. De l'analyse des taux de recours à la projection d'activité en 2016 des soins hospitaliers en psychiatrie : mieux comprendre pour mieux suivre et agir	6
7. Analyser la variabilité des prises en charge de la schizophrénie : essai de typologie des parcours de soins	7
8. Admissions évitables en Angleterre	9
9. Les hospitalisations évitables en Italie. Un indicateur pour décrire et comparer les systèmes de santé.	10
10. Les hospitalisations potentiellement évitables en Ile-de-France : un indicateur du retard à l'accès aux soins	10
11. Hospitalisations évitables en 2010-2011 : premiers résultats d'une comparaison effectuée entre la France et l'Angleterre	12
12. Indicateurs de précarité en périnatalité selon le territoire des établissements publics de coopération intercommunal (EPCI) en Pays de la Loire	13
13. Étude des possibilités d'exploitation du PMSI MCO pour l'étude des récives suicidaires hospitalisées	14
14. Coopération hospitalière : modèle matriciel pour l'analyse des flux de patients diabétiques entre établissements de soins bretons	15
15. Utilité des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information pour le suivi épidémiologique des cancers. Comparaison avec les données des registres au niveau individuel.	15

1. L'évolution régionale du recours au MCO entre 1998 et 2008

MC. MOUQUET

Drees

Ma présentation portera sur une analyse descriptive des motifs de recours aux soins de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) entre 1998 et 2008 sur l'ensemble de la France métropolitaine et les départements d'Outre-Mer. La Drees a utilisé les données du PMSI MCO et les a redressées pour les rendre comparables. Les séjours pour grossesse, accouchement ou périnatalité ont été exclus de l'étude, tout comme les séances. La Drees a travaillé à partir des diagnostics principaux des RSA (et non des regroupements de GHM).

1) Principaux résultats de l'analyse

Pour les deux sexes, les deux principaux motifs de recours aux soins hospitaliers sont les motifs autres que maladie ou traumatisme et les maladies de l'appareil digestif. Viennent ensuite les troubles de l'appareil circulatoire et les tumeurs, qui ont un poids plus important chez les hommes que chez les femmes.

En revanche, l'étude fait apparaître des différences en fonction des catégories d'âge. Ainsi, les principaux motifs de recours pour les hommes sont respectivement :

- les maladies respiratoires pour les moins de 15 ans ;
- les maladies de l'appareil digestif et les traumatismes et empoisonnements pour les 15-44 ans ;
- les motifs autres que maladie ou traumatisme et les maladies de l'appareil digestif pour les 45-64 ans ;
- les maladies de l'appareil circulatoire pour les plus de 65 ans.

Les taux de recours les plus hauts concernent les âges extrêmes ; de même, ils sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes (à l'exception de la tranche 15-44 ans). Entre 1998 et 2008, ils ont augmenté pour les plus de 55 ans (quel que soit le sexe).

Sur la période, le taux brut d'hospitalisation a augmenté progressivement (et dans une plus grande proportion pour les femmes), ce qui s'explique principalement par des effets démographiques. En effet, le taux standardisé a diminué dans le même temps.

Au niveau national, le nombre de séjours a augmenté de 11 % mais leur durée moyenne s'est réduite pour toutes les tranches d'âge. Pour les plus âgés en revanche, le nombre de séjours et l'équivalent-journées ont augmenté de 42 et 14 % ; ce phénomène s'explique en partie par la fin des classes creuses liées à la Première guerre mondiale.

2) Disparités régionales

Les régions ayant une proportion plus importante de personnes âgées de plus de 64 ans ont généralement un taux brut d'hospitalisation en MCO plus élevé.

Pour 2008, l'analyse des taux bruts et des taux standardisés montre l'influence de la démographie sur les disparités de recours aux soins hospitaliers chez les hommes. Par ailleurs, les taux standardisés restent relativement plus élevés en Nord-Pas-de-Calais pour les hommes et en Alsace pour les femmes. Par rapport à la moyenne nationale, les écarts restent par ailleurs assez contenus.

a) Cas des hospitalisations pour fractures

Les taux d'hospitalisation pour des fractures ont diminué entre 1998 et 2008, notamment pour les personnes âgées (ce qui semble lié à la nette réduction du nombre de fractures du col du fémur). Les disparités entre régions sont assez importantes en taux bruts et ont tendance à disparaître en taux standardisés (uniquement pour les femmes). La variabilité des taux standardisés apparaît moins importante en 2008 qu'en 1998.

b) Cas des cardiopathies ischémiques

Les taux d'hospitalisation sont largement plus élevés pour les hommes que pour les femmes. Néanmoins, les écarts ont diminué en 10 ans (sauf pour les hommes très âgés). En termes de taux bruts, les disparités entre les régions tiennent en grande partie à des différences de structures démographiques.

3) Conclusion

La variabilité des taux bruts d'hospitalisation est assez importante en fonction des régions. Elle s'explique très souvent par des différences de structures démographiques. L'amplitude des écarts entre les valeurs régionales et la valeur nationale est très différente selon les pathologies étudiées. Le classement des régions varie lui aussi en fonction de ce facteur. Il convient de noter que certaines évolutions peuvent être dues à des changements de codage dans le PMSI.

Au-delà des caractéristiques démographiques, d'autres facteurs peuvent expliquer les différences de taux de recours : l'incidence et la prévalence des maladies, les taux de mortalité, des facteurs socio-économiques ou encore des éléments ayant trait à l'offre de soins.

D'autres regroupements géographiques peuvent être choisis en fonction des objectifs fixés. Enfin, la pertinence du choix de la valeur nationale se pose.

2. La pertinence des soins, un enjeu du pilotage de l'activité

C. BEHAGHEL, O. TILLON-FAURE

Direction générale de l'offre de soins – bureau Evaluation, modèles et méthodes

► Cécile BEHAGHEL

Comme l'indique le document introductif au congrès, l'hétérogénéité des taux de recours n'est parfois pas expliquée par des caractéristiques populationnelles (âge, sexe, état de santé, précarité).

Notre présentation se déroulera en deux temps : le premier portera sur les outils de pilotage de l'activité – que nous avons proposés aux ARS – fondés sur l'analyse des taux de recours ; le second traitera des travaux que nous menons pour doter les acteurs régionaux d'outils sur la pertinence des soins.

1) Outils d'analyse des taux de recours aux soins hospitaliers proposés aux ARS

Dans le cadre de l'élaboration des SROS-PRS, la démarche proposée aux ARS était articulée autour de deux enjeux : la réponse aux besoins de soins et la répartition de l'offre de soins d'une part ; l'organisation de l'efficacité de l'offre de soins d'autre part.

La relation entre le besoin, la demande et la consommation de soins apparaît complexe à appréhender du fait de l'incertitude de la décision médicale, de la préférence des patients ou encore de l'existence même d'un tiers (le médecin) dans la transposition de la demande de santé en demande de soins. A notre sens, la consommation de soins constitue le point de rencontre entre les besoins du patient et l'offre (disponible sur son territoire ou en dehors).

Les outils d'organisation de l'offre de soins sont passés d'une logique d'équipement (avec la carte sanitaire établie en 1991) à une logique de consommation de soins (avec les IPA), en passant par une logique d'utilisation de l'équipement (avec les OQOS).

Ce basculement vers une vision fondée sur la consommation plutôt que sur la production de soins permet d'approcher le besoin de soins et d'éviter des stratégies de récupération des taux de fuites lorsqu'elles ne sont pas utiles pour l'amélioration de l'accès aux soins (les « fuites » étant liées à l'implantation et à l'attractivité des territoires pour les professionnels).

Même si leurs facteurs explicatifs sont relativement nombreux, les taux de recours aux soins hospitaliers constituent pour les ARS un bon point de départ pour définir une stratégie de production de soins plus pertinente. Par ailleurs, ils sont – au minimum – un outil d'alerte servant entre autres au repérage des atypies.

Les taux de recours aux soins hospitaliers (taux de recours standardisés) sont mis à disposition sur SNATIH, en corrigeant les données de l'impact de la structure de la population (l'âge et le sexe). Des taux de recours ajustés ont également été calculés en tenant compte de l'état de santé des populations (qui a été approché par le taux de mortalité standardisé). A titre d'illustration, la région Ile-de-France, qui apparaît en sous-consommation de soins sur la base des taux de recours bruts, se rapproche de la moyenne nationale grâce aux corrections sur la structure de la population puis

sur l'état de santé (la population francilienne étant plus jeune et en meilleure santé qu'en moyenne en France).

En complément de ces analyses macroéconomiques, il apparaît nécessaire de descendre à un niveau plus fin, que ce soit à l'échelle de territoires plus réduits ou à propos de spécialités médicales.

Depuis 18 mois, des travaux nationaux sont menés sur les enjeux de pertinence des soins. Un comité national pilote ces travaux et s'appuie sur un groupe de travail constitué de la DGOS, la HAS, l'ATIH, la CNAM et six ARS (Alsace, Aquitaine, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, Pays de la Loire, PACA)

► Odile TILLON-FAURE

2) Présentation des travaux sur la pertinence des soins

Ces travaux ont été lancés en juin 2011 et s'appuient sur 3 leviers : le développement d'outils d'amélioration continue des pratiques professionnelles ; la mise à disposition de données sur la consommation de soins ; la mise en place d'une démarche régionale de mobilisation des établissements et des professionnels de santé pour améliorer la pertinence des soins.

Une prise en charge pertinente est considérée comme la réalisation d'un soin en adéquation avec les besoins du patient et conforme aux données actuelles de la science.. Cette notion comprend à la fois la pertinence des actes, de l'utilisation des produits de santé, des modalités de prise en charge, des séjours et des parcours de soins. L'objectif d'amélioration de la pertinence des soins concerne donc l'ensemble de ces éléments.

La démarche régionale de mobilisation se décompose schématiquement en trois phases.

a) 1ère phase : le repérage

Le diagnostic doit s'appuyer sur des données quantitatives et qualitatives. En complément des taux de recours, les matrices de consommation / production permettent de donner une vision de la répartition de l'offre de soins de la région et de son utilisation. Les autres données quantitatives sont les indicateurs de comparaison des pratiques (propres à certaines thématiques).

Les données qualitatives sont les outils développés par la HAS, qui sont complétés par les outils des sociétés savantes.

Il est primordial que les professionnels de santé prennent part à ce diagnostic. Aussi, un groupe de concertation régionale – et le cas échéant des sous-groupes thématiques – peut être créé. La démarche explicative permet avant tout d'écarter certains champs (qui ne relèvent pas de la pertinence des soins) et d'identifier des leviers d'actions en vue des étapes suivantes.

b) 2ème phase : l'élaboration d'un plan régional de mobilisation

Ce plan peut contenir des initiatives locales comme par exemple, la création de groupes de pairs, l'organisation de réunions de concertation pluridisciplinaires, la mise en place

de registres de suivi d'activité ou l'auto-évaluation organisationnelle (menée par un établissement). Il peut également s'appuyer sur des programmes d'analyse et d'amélioration des pratiques initiés au niveau national (par la HAS ou la CNAMTS). Toutes ces actions peuvent être valorisées dans le cadre du développement professionnel continu ou de la démarche de certification. Dans cette dernière, il est prévu que l'item sur la pertinence des soins soit relié au profil de risques de l'établissement à partir de 2014.

c) 3ème phase : la mise en œuvre des actions et le suivi des plans de mobilisation

Le suivi de ces plans de mobilisation est réalisé dans le cadre des CPOM entre les ARS et les établissements de santé. Au niveau national, le suivi sera effectué dans le cadre d'un programme de gestion des risques spécifique (qui sera mis en place en 2013) et des CPOM entre l'Etat et les ARS. Le guide méthodologique, fruit des travaux présentés, sera diffusé aux ARS en décembre 2012. La mise en place des programmes d'accompagnement permettra d'organiser un retour d'expérience et le développement d'outils nationaux sur d'autres axes de la pertinence des soins.

3. Analyse des taux de recours hospitaliers : quelle utilisation en Agence régionale de santé ?

Dr I. JAMET (1), Dr MP. BENETIER (1), G. GROS (1), C. ROLLAND (1)
et les ARS du groupe de travail DGOS sur la pertinence des soins

(1) ARS d'Aquitaine

L'objet de ma présentation est de montrer l'utilisation concrète des taux de recours en ARS et de faire part du retour d'expérience des six agences qui ont participé aux travaux du groupe coordonné par la DGOS.

Les ARS utilisent les taux de recours pour recueillir des informations sur la consommation de soins hospitaliers des résidents d'une région, pour mettre en exergue des disparités à l'intérieur d'une même région ou des différences par rapport aux autres régions. Ces indicateurs peuvent en outre permettre d'orienter des études complémentaires afin de faire ressortir d'éventuels problèmes de non-pertinence des soins.

Les taux de recours peuvent également être utilisés par les ARS au travers de différents leviers d'action – les SROS, les CPOM et les IPA – ou pour répondre à des objectifs d'amélioration de la pertinence des soins.

Les taux de recours mis à disposition des ARS par l'ATIH sont calculés à partir des bases PMSI nationales. Il s'agit du ratio du nombre de séjours ou de journées de soins hospitaliers sur le nombre d'habitants du territoire concerné. Ces indicateurs sont disponibles pour les régions mais également pour les territoires de santé définis dans les SROS.

Au niveau des ARS, les taux de recours permettent tout d'abord un partage avec les établissements de santé et leurs personnels soignants, notamment lors de la préparation des SROS ou au travers d'une instance régionale (qui réunit les fédérations hospitalières et les unions régionales des professionnels de santé). Par ailleurs, des groupes de travail spécifiques peuvent être mis en place pour analyser certaines atypies régionales.

Par ailleurs, les taux de recours permettent de réaliser des analyses complémentaires. Grâce à eux, les ARS peuvent confronter les données dont elles disposent sur l'offre de santé avec d'autres sources d'information sur le parcours de soins des patients (les RPPS ou les travaux épidémiologiques menés par les ORS par exemple).

Exemple de l'utilisation des taux de recours hospitaliers en Aquitaine

L'ARS d'Aquitaine a choisi de travailler à l'analyse du taux de recours concernant la chirurgie de la bouche et des dents.

En effet, l'Aquitaine avait sur cette activité le taux de recours le plus élevé des régions françaises en 2009 et il existait par ailleurs une grande dispersion au sein même de la région.

Les analyses complémentaires ont permis de se rendre compte que plus de 75 % des actes concernaient l'avulsion des dents de sagesse, avec des volumes importants au niveau de certains établissements. Par ailleurs, la démographie des professionnels de santé explique en partie la forte activité en termes d'extraction des dents de sagesse. Des études réalisées au niveau régional (et en lien avec l'Assurance Maladie) afin de connaître la consommation de soins de ville ont fait ressortir que les chirurgiens-dentistes et les stomatologues pratiquaient très peu l'avulsion des dents de sagesse en cabinet libéral.

L'ensemble des analyses ont permis de caractériser le fait que l'extraction des troisièmes molaires chez les adolescents était généralement pratiquée sur les quatre dents simultanément lors d'une hospitalisation de jour.

Nous nous sommes demandés si les disparités entre régions étaient uniquement dues aux différences de démographie des professionnels et si l'hospitalisation et l'intervention sous anesthésie étaient réellement nécessaires. Les résultats ont également été confrontés aux informations de la faculté dentaire de Bordeaux.

L'analyse des taux de recours doit tenir compte du contenu des données, de la spécificité de certains codes de résidence, des disparités territoriales en termes d'offre et du découpage des territoires.

En conclusion, certaines atypies peuvent refléter ou non une pratique non conforme nécessitant une action correctrice des ARS. Par ailleurs, les professionnels ont besoin de s'approprier cette démarche relativement nouvelle. Ces travaux peuvent donner lieu à des changements de pratiques.

4. Comparaisons régionales de consommation hospitalière : le code géographique du PMSI est-il source de biais d'interprétation ?

Dr F. LAURENCEAU, A. LE PAPE, Dr D. HÈVE

ARS Languedoc-Roussillon, COSAD (Cellule Observation, Statistique, Aide à la Décision)

► Annick LE PAPE

Nous allons vous présenter un travail méthodologique qui a trait à l'interprétation des taux de recours et des biais qu'elle peut induire. Au niveau de l'ARS Languedoc-Roussillon, nous avons cherché à approfondir la question de la définition des populations. La région apparaît assez fortement surconsommatrice de soins en MCO par rapport à la moyenne nationale (à raison de 17 000 séjours supplémentaires), ce qui ne préjuge en rien de la pertinence des soins. En fonction des types (déterminés par le troisième caractère du GHM), les écarts peuvent être plus ou moins importants par rapport à cette moyenne nationale. Ainsi, les taux de recours font apparaître en 2009, une sous-consommation de 7,7 % s'agissant de séjours médicaux, une surconsommation de 5,9 % pour les séjours chirurgicaux et de 17,6 % pour les séjours actes classant non chirurgicaux. Le Languedoc-Roussillon figure dans les quatre régions pour lesquelles le recours aux actes chirurgicaux est le plus important, avec un taux de 88 séjours pour 1 000 habitants (contre 86 pour la France entière). L'analyse infrarégionale qui a découlé de cette observation montre que les séjours « en trop » se situent avant tout dans les communes littorales. Cette répartition nous a paru – pour partie au moins – due à un problème d'interprétation et de mesure. En effet, un patient disposant d'une résidence secondaire en Languedoc-Roussillon peut déclarer lors d'une hospitalisation habiter dans la région alors qu'il a été recensé hors région par l'INSEE. Ces éléments créent un double biais, sur le numérateur et sur le dénominateur. Le Docteur Laurenceau va vous expliquer plus en détail ces biais d'interprétation.

► Dr François LAURENCEAU

Certaines villes de Languedoc-Roussillon (telles qu'Agde ou La Grande Motte) ont une part relativement importante de résidences secondaires (jusqu'à 80%). Le PMSI tient compte du lieu de résidence du malade. Or cette notion de résidence peut être multiple (contrairement au domicile) ; elle peut être principale, habituelle, permanente, au sens de l'INSEE, fiscale, juridique, etc. Les situations de multi-résidence apparaissent donc difficiles à prendre en compte. Nous avons réalisé une enquête auprès des patients hospitalisés durant l'été 2012 au sein de 25 établissements, pour distinguer d'éventuels écarts entre la résidence du malade (celle sur laquelle se base l'INSEE) et celle qu'il a déclarée. Il en ressort que près de 4 % des répondants ont indiqué résider en Languedoc-Roussillon alors qu'ils étaient recensés hors de la région (cette part pouvant monter jusqu'à 10 % pour Agde). Lorsque le patient déclare plusieurs adresses, les établissements retiennent le plus souvent le domicile correspondant au lieu d'implantation de la caisse. Les écarts révélés par l'enquête restent une estimation basse puisqu'il n'est pas certain que les patients

aient indiqué l'adresse à laquelle ils ont été recensés. Par conséquent, l'impact apparaît significatif mais il est impossible de le quantifier précisément.

Il serait intéressant d'élargir ce type d'enquêtes à d'autres régions, afin notamment de savoir si ce phénomène se compense ou non entre zones géographiques.

► Annick LE PAPE

Concernant les données disponibles sur SNATIH, il existe généralement un décalage de deux ans entre la mesure d'activité de soins et celle de la population de référence. Cet écart peut conduire à sous-estimer le dénominateur dans les régions à fort dynamisme démographique (telles que le Languedoc-Roussillon) et donc à surestimer le taux de recours.

A partir des données de population mises à disposition cet été, la nouvelle estimation fait passer la surconsommation de 2,3 % à 0,5 % et le nombre de séjours supplémentaires de 17 000 à 3 000. Pour la chirurgie, la consommation des soins reste élevée par rapport à la moyenne nationale (à +4,5 % contre +5,9 % auparavant). Malgré tout, il apparaît clairement que les contraintes méthodologiques ont eu un effet non négligeable sur le calcul des taux de recours de la région Languedoc-Roussillon. En effet, un impact direct de l'ordre de 4 % pour la question des résidences secondaires (pouvant être ramené à 2 % pour tenir compte d'une éventuelle compensation entre les régions) et un effet indirect de 1,4 % pour la prise en compte de la population de référence se cumulent.

La mesure actuelle des taux de recours semble sous-estimer la consommation des régions à décroissance démographique et à faible taux de résidences secondaires et surestimer les résultats des régions se trouvant dans la situation inverse.

► Dr François LAURENCEAU

Dans le cadre des recensements qu'elle conduit, l'INSEE s'est penchée sur les situations de résidences multiples, qui touchent 5 à 7 % des personnes recensées en France (principalement des jeunes et des retraités).

Par ailleurs, l'INSEE estime que la population présente en moyenne sur une année dans la région Languedoc-Roussillon est supérieure de 11 % à la population résidente INSEE du recensement officiel.

Nous suggérons de faire évoluer la définition actuelle du code géographique de résidence PMSI et de communiquer auprès des établissements pour qu'ils fassent ressortir – dans la mesure du possible – le lieu de résidence réel des patients. Enfin, il apparaît important d'actualiser les données de consommation standardisées sur les populations de référence de la même année.

5. Difficultés à comparer les pratiques à partir des bases PMSI : l'exemple des fractures de l'extrémité supérieure du fémur

P. OBERLIN, MC. MOUQUET, L. GONZALEZ

Drees

Avec Marie-Claude Mouquet, nous avons travaillé durant plusieurs années sur les fractures du col du fémur. Au cours de nos travaux sur l'incidence de cette fracture et sur l'évolution des pratiques, nous avons été confrontés à des difficultés importantes du fait de problèmes de codification. On distingue deux types de fractures du col du fémur : celle du col lui-même et celle du massif trochantérien. La première se traite le plus souvent par la pose d'une prothèse tandis que la seconde fait l'objet d'une ostéosynthèse.

Dans la CIM-10, les codes S72.1 et S72.2 identifient les fractures « trochantériennes », alors que le code S.72.0 se rapporte aussi bien aux fractures cervicales qu'aux fractures du col dont le type n'est pas précisé.

Notre étude a porté sur les patients âgés de plus de 55 ans, sur l'ensemble du territoire français et sur la période 1998-2010.

Il faut noter que, bien que la population vieillisse, le nombre de fractures du col du fémur augmente peu (75 000 en 1998 et 82 000 en 2010). En revanche, son incidence a chuté de 9 points en 12 ans, alors que les caractéristiques des patients (âge et sexe notamment) ont peu évolué.

Concernant le codage du type de fracture, le pourcentage de fractures codées comme « trochantériennes » varie

fortement en fonction des types d'établissements et selon les années. La dispersion est importante puisque, dans les 69 % des établissements qui réalisent 80 % des séjours, la part de fractures trochantériennes varie de 20 à 60 %. Une étude scandinave précise a fait état d'un taux de 40 %, ce qui semble être un repère fiable.

Le codage des actes a lui aussi évolué : il relevait du CdAM avant 2001, puis de la CCAM à partir de 2006 ; pendant 5 ans, les deux systèmes ont cohabité, ce qui n'a pas facilité les analyses. Les effets du changement de codage se sont fait ressentir entre 2002 et 2004 pour les prothèses : la part des prothèses totales a diminué alors que celle des prothèses céphaliques augmentait, cela vraisemblablement à cause d'un codage plus précis des prothèses intermédiaires et des prothèses à cupules.

En conclusion, s'il n'est pas possible de connaître le type de fractures rencontrées en France via le PMSI, celui-ci montre que des différences entre régions et entre établissements peuvent simplement résulter de problèmes de codage. Toute étude basée sur les données du PMSI doit tenir compte des imprécisions de codage dues à la structure des classifications et à leurs évolutions.

6. De l'analyse des taux de recours à la projection d'activité en 2016 des soins hospitaliers en psychiatrie : mieux comprendre pour mieux suivre et agir

P. BERTRAND (1), S. DUGAS (1), A. LECOQ (1), F. MILLE (1), V. MOLINA (1),
L. PENNOGNON (2), I. TRON (2)

(1) ARS Bretagne ; (2) ORS Bretagne

Ma présentation vise à montrer comment l'ARS utilise les taux de recours dans son travail de planification. Le pilotage de l'offre de soins hospitaliers doit répondre à deux objectifs : répondre aux besoins de la population (en tenant compte des spécificités du territoire) et respecter l'ONDAM (grâce à l'utilisation de l'IPA).

Nous avons choisi de nous intéresser au domaine de la psychiatrie car le taux de consommation de ce type de soins est très élevé en Bretagne par rapport à la moyenne nationale. Cette tendance est encore plus forte au niveau de trois territoires : Brest, Pontivy – Loudéac et Vannes – Auray. Afin de mieux comprendre ces taux de recours, il convient d'analyser l'accès aux soins et d'en saisir les déterminants (qu'ils soient populationnels ou liés à l'offre).

1) Principaux résultats de l'étude

A l'exception de celui de Rennes, tous les territoires bretons se situent au-dessus de la moyenne nationale en matière de mortalité générale. De même, la Bretagne présente une

surmortalité par suicide et par psychose alcoolique. Néanmoins, aucune corrélation nette n'a été identifiée entre ces facteurs et la consommation de journées hospitalières. Sur la base de l'indicateur composite testé au niveau de la région Nord-Pas-de-Calais, les territoires bretons apparaissent moins précaires que la moyenne nationale. Par conséquent, aucune corrélation entre précarité et consommation de soins en psychiatrie n'a été mise en évidence.

L'approche en termes d'offre de soins nous a amenés à regarder la démographie médicale, les équipements hospitaliers et médico-sociaux et la caractéristique des pratiques professionnelles. Ainsi, la densité de psychiatres et de psychologues est moins élevée en Bretagne que pour l'ensemble du territoire français, sauf sur les territoires de Brest et Rennes. Les taux d'équipements en hôpitaux spécialisés et en foyers d'accueil médicalisés sont dans les plus élevés au niveau national, ce qui cache des disparités

entre les différents territoires bretons. En termes de pratiques professionnelles, il apparaît intéressant de signaler que la part de journées de psychiatrie relative à la prise en charge hospitalière de l'addictologie en Bretagne est l'une des plus élevées de France. Le recours aux consultations de médecine psychiatrique de ville semble quant à lui largement corrélé à la densité de praticiens. De plus, l'offre de soins ambulatoires a tendance à se substituer à la médecine de ville dans les territoires moins pourvus.

2) Limites de l'étude

Les taux ont été calculés à partir du RIM-P. Or, cette base est jeune et le recueil n'est pas exhaustif dans toutes les régions. De plus, le codage est particulièrement hétérogène sur le plan de la psychiatrie. En outre, il manque à cette analyse des indicateurs, sur la prévalence des maladies psychiatriques ou dans le domaine médico-social notamment.

3) Constats

La surconsommation globale a clairement un lien avec l'offre en lits et places. De même, la prise en charge des patients

en soins hospitaliers ambulatoires est d'autant plus importante que l'offre en médecine de ville est faible. Par ailleurs, il convient de noter que le poids des soins en addictologie est loin d'être négligeable en Bretagne.

4) Perspectives

Nous souhaitons compléter cette étude en travaillant de manière plus approfondie sur la prévalence des pathologies et sur la prescription des psychotropes. Les données de 2010 et 2011 nous permettront en parallèle de voir comment évolue l'activité.

Cette étude alimente la réflexion du groupe de travail mis en place dans le cadre du volet santé mentale du projet régional de santé. Ce groupe a d'ores et déjà mis en évidence le paradoxe entre la saturation ressentie sur la disponibilité de lits et le taux d'équipement nettement supérieur à la moyenne nationale. Le travail mené débouchera peut-être sur une étude concernant le repérage des inadéquations hospitalières.

Enfin, il paraît intéressant d'intégrer les résultats mis en évidence dans la projection de l'activité à l'horizon 2016..

7. Analyser la variabilité des prises en charge de la schizophrénie : essai de typologie des parcours de soins

M. COLDEFY, C. NESTRIGUE

Irdes

► Magali COLDEFY

Notre projet est actuellement en cours et fait suite à une étude de faisabilité que nous avons réalisée pour la Drees. Celle-ci consistait à savoir s'il était possible à partir du système d'information national actuellement disponible d'analyser la variabilité des prises en charge en psychiatrie sur deux pathologies : la dépression et la schizophrénie. Les disparités d'offre de soins en psychiatrie sont relativement bien connues et documentées ; cependant, l'absence d'un recueil équivalent au PMSI en MCO ne permettait jusqu'ici pas de disposer de données sur l'impact de ces disparités d'offre sur les prises en charge des patients selon les territoires.

La schizophrénie concerne 1 à 2 % de la population française (soit 400 000 personnes environ) et représente plus d'un quart des personnes hospitalisées en psychiatrie à un jour donné. Cette pathologie débute le plus souvent à l'adolescence et elle entraîne généralement un handicap psychique majeur, qui constitue un facteur de désocialisation. Il s'agit en outre d'une maladie complexe aux causes multiples. Les recherches actuelles sur la schizophrénie explorent l'interaction de facteurs de différentes natures : génétique, neurobiochimiques, neurodéveloppementaux, psychologiques et socio-environnementaux.

Du fait du caractère chronique et évolutif d'une partie des pathologies mentales, des modes de prise en charge variés se sont développés en psychiatrie. Ainsi, des alternatives à

l'hospitalisation (à temps plein ou partiel) existent : l'accueil familial thérapeutique, les centres de cures, les centres de crise, les différents types de consultation (à domicile, en CMP, dans une unité de soins somatiques, dans les services d'urgences), ou encore les prises en charge en ateliers thérapeutiques ou en CATTP. Les prises en charge ambulatoires sont très majoritaires en psychiatrie (y compris pour la schizophrénie). Ces modalités de prise en charge ont été très inégalement développées par les établissements. Par conséquent, les prises en charge proposées pour une pathologie donnée peuvent fortement différer entre les territoires et posent la question de l'équité d'accès à des soins de qualité pour la population sur le territoire.

Le système d'information est lui aussi spécifique à la psychiatrie ; il comprend la SAE, les RAPS et le RIM-P, pour les prises en charge en établissement de santé. Ce recueil très riche permet de bien qualifier le type d'actes réalisés. Néanmoins, il ne s'est généralisé qu'en 2007 et il manque encore de qualité et d'exhaustivité. De plus, l'identifiant national permettant de chaîner les prises en charge d'un patient n'est pas généré – dans le domaine de la psychiatrie – lorsque cette personne reçoit uniquement des soins en ambulatoire (soit 65 % des cas). Cet inconvénient nous a conduits à limiter notre étude au parcours d'un patient au sein d'un même établissement de santé. Nous avons inclus toutes les personnes ayant fait l'objet d'un diagnostic principal de schizophrénie à l'exception des schizophrénies résiduelles.

Mesurer l'activité psychiatrique devient une question complexe, peu comparable au champ MCO. L'activité n'est pas mesurable en actes, mais plutôt en termes de prises en charge ou encore de « mises en relation », elle est diversifiée selon des séquences, avec des modes de prise en charge tantôt hospitaliers, tantôt ambulatoires, définissant des « trajectoires de soins » pour un patient.

► Clément NESTRIGUE

Je vais vous présenter les premiers résultats de l'analyse des prises en charge que nous menons. Les données étudiées concernent strictement l'année 2010, ce qui peut poser certains problèmes méthodologiques sachant que les patients atteints de schizophrénie font l'objet d'un suivi dans la durée.

Sur les 130 495 patients identifiés (soit près de 9% des patients suivis en psychiatrie), près des deux tiers de ces patients sont des hommes. Le taux de recours maximal correspond à la tranche d'âge 36-40 ans. La très grande majorité des patients (82%) sont pris en charge dans les établissements publics. Concernant les types de prises en charge, les soins ambulatoires concernent 60 % des cas, contre 17 % pour l'hospitalisation temps plein et 23 % pour une prise en charge mixte. De façon plus précise, les modalités de prise en charge auxquelles recourent le plus souvent les patients sont à 62 % des consultations médicales, à 36 % des consultations soignantes et à 27 % un suivi social.

Dans le cadre de l'hospitalisation à temps plein, les séjours durent en moyenne 44 jours et le temps moyen d'hospitalisation sur une année est de 80 jours. 20 % des séjours sont compris entre 0 et 3 jours, 50 % entre 0 et 15 jours, 10 % durent plus de 4 mois. 10% des durées annuelles d'hospitalisation dépassent les 300 jours. La durée moyenne de séjour est plus faible dans le secteur public (42 jours) que dans le secteur privé (53 jours) ou dans les établissements Espic (51 jours). En revanche, le nombre de séjours par patient est plus important dans les établissements publics et Espic (1,9) que dans le secteur privé (1,5), ce qui explique que la durée moyenne d'hospitalisation est la plus élevée pour les établissements Espic (97 jours) et qu'elle soit

similaire pour les secteurs publics (76 jours) et privés (78 jours). Quant au taux de réadmission à 15 jours, il est deux fois plus important dans le secteur privé (9,7%) que dans le secteur public (5,0%).

► Magali COLDEFY

Etant donnée la diversité des modes de prise en charge en matière de schizophrénie (une prise en charge va pouvoir associer, sur une période souvent longue, de nombreuses modalités de soins ambulatoires, à temps partiel ou complet), nous nous sommes attachés à définir une typologie exploratoire de la prise en charge de cette pathologie. Pour ce faire, nous avons utilisé une méthode d'analyse multivariée sur la base d'un suivi des patients sur une période de 6 mois.

Nous avons distingué 5 groupes de prises en charge-types :

- les prises en charge permanentes avec hospitalisation à temps plein ou temps partiel, relativement longues et souvent exclusives qui concernent 10% des patients ;
- les prises en charge permanentes de patients difficiles, fréquemment hospitalisés sans leur consentement, placés en isolement thérapeutique, avec des passages plus fréquents par les urgences (4% des patients);
- les prises en charge permanentes ambulatoire à forte intensité (à raison de plus d'un acte par semaine) et diversité des intervenants (5% des patients) ;
- les prises en charge permanentes et ambulatoires à faible intensité (avec un suivi mensuel) et moindre diversité des intervenants. Ce groupe est majoritaire avec 44% des patients de la cohorte ;
- les prises en charge ponctuelles aux urgences ou en institution concernant quant à elles 37% des patients de la cohorte.

Ces typologies sont à mettre en regard avec des caractéristiques des individus (des troubles addictifs ou des difficultés sociales par exemple), des établissements de santé ou des territoires. Les premiers résultats montrent que certains types de prise en charge vont être plus ou moins fréquents selon les territoires, questionnant ainsi l'équité d'accès aux soins psychiatriques des populations concernées.

8. Admissions évitables en Angleterre

Pr J. WILKINSON

Durham University

Les évolutions du National Health Service (NHS)

En introduction, je vais commencer par vous présenter des éléments de contexte relatifs aux modifications intervenues dans l'organisation du NHS récemment. Une précision tout d'abord : les éléments présentés ici ne concernent que la situation anglaise, le Pays de Galles, l'Ecosse et l'Irlande ne disposant pas de la même organisation en matière de santé publique.

Avant la réforme, le NHS était structuré en Angleterre autour de dix administrations régionales de santé (Strategic Health Authorities-SHA) et 152 Primary Care Trusts – PCT qui administraient les services de santé en médecine générale (General practitioner) les services hospitaliers (Hospital services), les services de santé communautaires (Community services), et la santé publique.

Le ministère de la santé a décidé de réduire le nombre de SHA, qui doivent passer de dix à quatre, et qui deviennent les NHS Commissioning Board. Par ailleurs, les PCT seront dissous pour laisser la place à 211 Clinical Commissioning Groups, chargés d'administrer les services de santé. La santé publique est également concernée par ces changements avec la création d'une structure nationale de santé publique (« Public Health England »), à laquelle sont rattachés les observatoires de la santé, les registres des cancers, les organismes de surveillance des maladies...

Les admissions évitables en Angleterre

Chaque année, la NHS édite un Guide opérationnel, dans lequel sont présentées les orientations stratégiques en matière d'« admissions évitables ». Les Commissioning Board sont en charge quant à elles de réduire les hospitalisations dites évitables.

En Angleterre, nous utilisons une définition différente des hospitalisations évitables. Nous préférons parler de « Ambulatory Care Sensitive Admissions », que l'on peut traduire comme les « Hospitalisations sensibles à l'organisation des soins de premier recours ».

On dénombre environ cinq millions d'hospitalisations non programmées chaque année en Angleterre, dont une sur six environ peut être considérée comme « évitable ». Ces hospitalisations concernent principalement les nouveau-nés, les enfants et les personnes âgées, groupes de population qui ont les taux d'hospitalisation évitables les plus élevés. La majorité de ces hospitalisations concernent des problèmes de santé qui pourraient être prévenus par la vaccination (grippe par exemple).

Il y a des écarts très importants selon les autorités locales, le taux d'hospitalisation variant de 9 à 25 pour mille habitants. Autre caractéristique importante, les admissions sont en

général deux fois plus fréquentes dans les zones les plus défavorisées.

Le coût supplémentaire pour le système de soins est estimé à 1,4 milliard de livres, 40 % de ces dépenses concernant les plus de 75 ans. La grippe et les pneumopathies sont les problèmes de santé les plus en lien avec ces admissions évitables. En réduisant de 8 à 18 % le nombre d'hospitalisations évitables, l'économie attendue serait de l'ordre de 96 à 238 millions de livres chaque année.

Les données présentées ici sont toutes disponibles sur le site du Kings Fund. Ces données illustrent d'une part les deux pics d'hospitalisation évitable, chez les plus jeunes et les plus âgés, ainsi que les problèmes de santé associés : la grippe et les affections respiratoires (en lien notamment avec les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO)). Nous avons l'habitude de présenter ce type de résultats à l'aide d'une représentation statistique en funnel plot (graphique en entonnoir*), ce qui permet d'illustrer les différences réellement significatives sur le plan statistique. En abscisse figure l'effectif de population de chacune des Local authorities, et en ordonnée le taux d'hospitalisation évitable des soins non programmés. Chaque point représente une autorité locale. Seuls les points situés à l'extérieur du funnel plot ont un taux d'hospitalisation évitable différent significativement par rapport à la moyenne nationale.

Quelques conclusions

Il est nécessaire de poursuivre les investigations autour de la problématique des HPE, notamment car les pratiques de prise en charge de certaines pathologies évoluent. Comme par exemple l'angine de poitrine, pour laquelle les cardiologues sont de plus en plus "proactifs" ("interventionnistes"). Par ailleurs, l'intérêt des HPE ne se mesure pas seulement en termes économiques, mais tout simplement pour le bien des patients.

** Un funnel plot (graphique en entonnoir) est une méthode graphique permettant, par exemple, de rechercher les biais de publication lors de la réalisation d'une méta-analyse. Pour chaque étude, l'effet trouvé mis en évidence est mis en relation avec le nombre de personnes incluses dans l'étude (taille de l'échantillon). La distribution des points dans ce graphique devrait être disposée en entonnoir (Engl. : funnel), la dispersion étant plus grande au fur et à mesure que la taille de l'échantillon diminue. Une asymétrie dans la forme de l'entonnoir indique que des études manquent (par exemple : études non publiées ou non identifiées par la stratégie de recherche).*

9. Les hospitalisations évitables en Italie. Un indicateur pour décrire et comparer les systèmes de santé

M. KARAKACHOFF

Istituto di Fisiologia Clinica IFC - CNR (Italie)

Je tiens tout d'abord à remercier l'ORS des Pays de la Loire pour son invitation. Ma présentation portera sur un travail intéressant mené à l'échelle de l'Italie. Entre le nord et le sud du pays, il existe une vraie disparité en termes de risque d'avoir à être hospitalisé un jour. Le système de santé italien présente deux différences importantes vis-à-vis du système français : d'une part, les médecins généralistes sont employés au niveau national ; d'autre part, l'accès à l'hôpital est conditionné par l'aval du généraliste (hormis dans les cas d'urgence).

L'analyse a été réalisée par un groupe de travail composé de différents organismes de recherche. Dans le cadre de la production d'un atlas ERA (Epidémiologie en recherche appliquée), il s'est penché sur la question des hospitalisations évitables.

Les hospitalisations inappropriées comprennent celles qui sont susceptibles d'être évitées grâce à la prévention primaire et les actes pouvant être dispensés en trop grand nombre (tels que les césariennes par exemple). Il s'agit de diagnostics pour lesquels la recherche scientifique a trouvé des solutions différentes de l'hospitalisation. Leur réduction peut être permise par un contrôle pré-hospitalier des épisodes aigus et par une gestion extrahospitalière adaptée des maladies chroniques.

Le groupe ERA a réalisé une revue des pathologies considérées comme inappropriées dans le contexte italien. Ensuite, des experts ont retravaillé cette liste en s'appuyant sur les travaux de Weissman en particulier. Pour ce faire, ils ont tenu compte du diagnostic principal mais aussi de certains critères d'exclusion (ou de sélection) du diagnostic associé.

L'étude réalisée fait ressortir que 6,4 millions de journées d'hospitalisations apparaissent évitables pour l'année 2008 (soit environ une sur 10). Les personnes âgées et les enfants (âgés de plus de 14 ans) représentent la majorité de ces hospitalisations. Ainsi, si les personnes âgées passent 3 jours par an à l'hôpital, une demi-journée peut être considérée comme évitable. Par ailleurs, près de 50 % des journées d'hospitalisations évitables sont dues à des pathologies respiratoires chez les hommes. Les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (parmi lesquelles figure le diabète) tiennent également une place importante dans ces hospitalisations inappropriées. La polarisation nord-sud est moins marquée lorsque l'on se focalise sur les hospitalisations évitables. Enfin, la répartition est assez proche pour les hommes et pour les femmes. Les hospitalisations évitables sont un indicateur pouvant aider à identifier des situations critiques dans certaines régions et à orienter les décisions d'allocation des dépenses médicales.

La base de données étant très similaire à celle du PMSI, les limites sont sensiblement les mêmes. Par exemple, il est très difficile de travailler par patient puisque les données sont disponibles par séjour. Concernant l'indicateur, je pense que le manque de consensus scientifique au niveau international est regrettable. Enfin, il est indispensable de prendre en compte le contexte épidémiologique et socio-économique dans l'interprétation des résultats. La standardisation des diagnostics permise par CIM-10 (voire CIM-9) ouvre la voie à des comparaisons internationales.

10. Les hospitalisations potentiellement évitables en Ile-de-France : un indicateur du retard à l'accès aux soins

F. TONNELIER (1), R.J. FREUND (2), J.F. PHILIPPON (3)

(1) Directeur de recherche honoraire à l'Irdes ; (2) EHESP, département d'épidémiologie, Rennes ; (3) département d'information médicale, CH d'Agen.

Ce travail – mené en collaboration avec Robert-Jean Freund et Jean-François Philippon – a été réalisé pour l'ARS d'Ile-de-France dans le cadre de la définition des territoires de santé.

Les « hospitalisations potentiellement évitables » (HPE) sont des admissions à l'hôpital que l'on aurait pu éviter par des soins primaires efficaces délivrés au moment opportun.

Le concept HPE apparaît dès 1990 dans les pays anglophones, avec des nomenclatures, permettant de les extraire des données hospitalières et de caractériser les zones à risque. En outre, l'hypothèse d'un lien entre HPE et accès aux soins de santé primaires a été établie aux USA (Weissman, 1992).

Objectifs

Les objectifs de cette recherche sont de mesurer le niveau des HPE en Ile-de-France, de les caractériser en termes médicaux, socio-économiques, démographiques et spatiaux. Ensuite d'étudier les liens avec l'offre de soins, de décrire les caractéristiques des zones à risque élevé et de produire des recommandations d'actions ciblées de prévention.

Matériel et méthodes

La nomenclature retenue est celle, modifiée, de l'Etat du New South Wales en Australie et les données sont celles du PMSI pour les années 2006 et 2007. La population retenue est celle des patients résidant en Ile-de-France, quel que soit

leur lieu d'hospitalisation. Une base de données socio-économiques a été constituée à partir du recensement de 2006 et d'autres indicateurs (la composition sociale, la structure par âge, les données fiscales notamment). L'échelle géographique est le code postal, (505 pour l'IdF)

Résultats

Les HPE représentent 5,7% des séjours, et 10% des journées : ce n'est donc pas un phénomène marginal. Les durées moyennes de séjour (DMS) sont de 5.6 jours pour les HPE contre 3,8 pour les autres hospitalisations, soit près de 50% plus élevées, les cas traités sont donc plus graves, et il serait intéressant de faire une étude de coûts. Plus de 50% des HPE se concentrent sur 3 pathologies : complications du diabète (34 %), insuffisance cardiaque (10,6 %), problèmes liés à l'asthme (7,6 %). Les HPE sont élevées dans les zones défavorisées. (taux de chômage élevé, pourcentage élevé de foyers non imposables), versus faibles dans les zones favorisées (pourcentage de cadres élevé, revenu imposable élevé). Sur les cartes, l'opposition classique entre l'ouest francilien (favorisé) et les zones est/nord-est de la région est très manifeste (voir diaporama). La corrélation entre les HPE par individu et le pourcentage de personnes sans diplôme est de 0,68, et de 0,65 pour le taux de chômage (soit deux indices utilisés pour caractériser classiquement la défaveur). Pour 30 % de la population d'Ile-de-France, l'indice HPE à âge égal est 20 % supérieur à la moyenne ; ce qui confirme que ce type d'hospitalisations ne représente pas un phénomène marginal. Les liens entre structures sociales, environnement économique, territoires et HPE ont été mis en évidence avec une classification hiérarchique ascendante. Une organisation de l'espace en 8 classes illustre la structuration sociale de l'Ile de France (revenu, taux de chômage) avec les classes favorisées (à l'ouest et au centre) et les classes défavorisées à l'est.

Discussion

- Les taux élevés d'HPE sont observés dans les zones défavorisées.
- Il faut noter que ni la densité de généralistes, ni la distance d'accès ne sont des facteurs explicatifs.
- Hospitalisation potentiellement évitable ne signifie pas « hospitalisation non justifiée médicalement » mais retard à l'accès aux soins. Plusieurs éléments peuvent expliquer ce retard (ou renoncement) : d'abord l'importance du facteur financier (couverture complémentaire, complexité du système français avec les dépassements ou les franchises), ensuite la distance culturelle, la différence de sensibilité aux

symptômes, le manque d'information sanitaire, ou la mauvaise observance de traitements prescrits.

- On peut se poser la question de la prévalence des pathologies sur le territoire observé : mais des pathologies comme l'asthme sont plus fréquentes dans les zones défavorisées.

- Pour le choix de la nomenclature, nous avons testé la nomenclature de Weissman qui désigne les mêmes territoires, mais avec des taux différents.

De façon générale, nous ne pensons pas que les HPE soient un indicateur de qualité des soins, ou un indicateur de performance.

Conclusions

Les hospitalisations potentiellement évitables représentent un marqueur du retard à l'accès aux soins, et montrent que l'accessibilité financière est plus importante en France que l'accessibilité géographique ou la disponibilité des professionnels, ce qui est une problématique proche de celle des urgences. Les résultats confirment l'importance du facteur financier, dû au manque de couverture complémentaire, à la complexité du système de santé français, à la distance culturelle, à un manque d'information sanitaire ou encore à une mauvaise observance des prescriptions.

La connaissance précise du territoire et de la pathologie permet d'envisager des actions de prévention ciblées. Il serait utile d'intégrer l'indicateur HPE dans le tableau de bord des ARS. Une enquête auprès des personnes hospitalisées pourrait permettre de préciser les causes ou les raisons du retard à l'accès aux soins.

Bibliographie

- Gusmano MK, Rodwin VG, Weisz D. «A New Way To Compare Health Systems: Avoidable Hospital Conditions In Manhattan And Paris», vol 25: Health Affairs, 2006: 510-520
- Ricketts TC, Randolph R, Howard HA, Pathman D, Carey T., «Hospitalization rates as indicators of access to primary care. » Health & Place 7 (2001) 7-38
- Tonnellier F., Freund R.J. et Philippon JF, « Les hospitalisations potentiellement évitables en Ile de France », Cahiers de santé et de protection sociale, Fondation Gabriel Péri, 01/2012, 125-134.
- Vigneron E., 2011, « Les inégalités de santé dans les territoires français, Etat des lieux et voies de progrès », Elsevier Masson
- Weissman J.L., Gatsonis C., Epstein A.M.. 1992, « Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland », JAMA, Vol 268, p 2388 : 2393.

11. Hospitalisations évitables en 2010-2011 : premiers résultats d'une comparaison effectuée entre la France et l'Angleterre

JF. BUYCK (1), F. LELIEVRE (1), B. COYLE (2), P. BERCELLI (1,3), A. TALLEC (1), F. TUFFREAU (1), J. WILKINSON (2,4)

(1) ORS Pays de la Loire ; (2) North East Public Health Observatory, United Kingdom ; (3) CH Bretagne Sud Lorient, département d'information médicale ; (4) Northern and Yorkshire Cancer Registry, United Kingdom

En collaboration avec l'équipe de John Wilkinson, l'ORS des Pays de la Loire a réalisé une étude pour comparer les indicateurs d'hospitalisations évitables entre la France et l'Angleterre. Comme toutes les analyses de ce type, elle n'a pas vocation à juger du caractère justifié ou non des hospitalisations. Le terme utilisé par les Anglais – Ambulatory care sensitive conditions – semble à ce titre plus approprié que celui d'hospitalisations évitables.

Contexte

A l'international, il n'existe pas de consensus sur une méthodologie de repérage de ces hospitalisations. Néanmoins, quelques listes de pathologies à admission évitable existent. Au niveau national, quelques études – dont les travaux de Victor Rodwin et Michael Gusmano – ont abordé cette problématique en se basant sur la liste de Weissman. Cependant, l'utilisation des indicateurs d'hospitalisations évitables reste assez confidentielle en France, contrairement aux pays anglo-saxons où elle est très développée.

C'est dans ce contexte que l'ORS Pays de la Loire s'est intéressé à cette thématique et a souhaité mettre à profit ses relations avec l'équipe de John Wilkinson. La comparaison entre la France et l'Angleterre est intéressante dans le sens où les deux pays présentent certains points de convergence (en termes de socio-démographie, d'état de santé, d'offre de soins). Cependant, il convient de noter que l'articulation entre les systèmes ambulatoire et hospitalier est largement différente. Ainsi, la densité de médecins généralistes est plus faible en Angleterre. Les praticiens sont généralement organisés en cabinets de groupe et rémunérés par capitation. Par ailleurs, le médecin généraliste est un gate keeper – un filtre pour accéder à des soins spécialisés à l'hôpital – et les spécialistes sont tous salariés.

Méthodologie

En amont de l'étude, un travail méthodologique a été nécessaire pour s'assurer que les comparaisons étaient bien valides. Ensuite, des hypothèses explicatives ont été formulées, avec la perspective de dégager des pistes de recherches ou d'actions. L'analyse s'est basée sur la liste de Weissman, qui répertorie 12 pathologies ou groupes de pathologies. Les séjours évitables ont été repérés par le biais des codes CIM-10 (en diagnostic principal). Les données choisies sont celles du PMSI MCO de 2010 pour la France et de la base HES pour l'Angleterre. Les séjours couverts concernent les patients âgés de 20 ans et plus. Le champ des hospitalisations étudié excluait les séjours et les séjours en maternité pour accouchement.

Résultats

En France, le nombre de séjours évitables s'élève à 571 239 sur un total de 12,8 millions (soit 4,4 % des hospitalisations). En Angleterre, il est de 436 450 sur 11,2 millions (soit un

taux de 3,9 %). La durée moyenne des séjours évitables se situe autour de 9 jours dans les deux pays.

Certains points de convergence apparaissent en termes de répartition des séjours par pathologies : en France comme en Angleterre, ils concernent essentiellement des pneumopathies bactériennes et des insuffisances cardiaques congestives (la part de ces dernières étant malgré tout largement supérieure en France).

Après standardisation, les taux d'hospitalisations évitables sont très proches (8,7 % en France contre 8,9 % en Angleterre). Ils évoluent de manière similaire en fonction du sexe et de l'âge, même s'ils sont plus élevés pour les personnes âgées en France.

Les profils d'évolution des taux avec l'âge sont relativement proches entre les deux pays pour 3 pathologies de la liste de Weissman (pneumopathies bactériennes, insuffisance cardiaque congestive et ulcère gastroduodénal). En revanche, ces profils diffèrent nettement pour l'asthme, les infections de la peau, et les pyélonéphrites.

Hypothèses explicatives

Nous avons dégagé 4 grands facteurs d'explication des écarts de taux importants entre la France et l'Angleterre sur certaines pathologies :

1. la méthodologie (avec des différences dans les systèmes d'information et dans les pratiques de codage) ;
 2. l'épidémiologie (dans le cas de l'asthme par exemple) ;
 3. les facteurs socioculturels qui interviennent dans la décision d'hospitaliser ;
 4. la prise en charge ambulatoire, le parcours de soins du patient, qu'il serait intéressant d'étudier dans le cas de pathologies chroniques telles que l'insuffisance cardiaque.
- En outre, il est intéressant de remarquer qu'en Angleterre, les primary care trusts organisent la permanence des soins et constituent un échelon supplémentaire dans la prise en charge des patients en ambulatoire par rapport à la France. Outre-Manche, il existe également des incitations financières pour que les médecins généralistes suivent un certain nombre de bonnes pratiques. Enfin, de nouveaux métiers – dont celui de community matron – sont apparus assez récemment en Angleterre.

Perspectives

En France, l'indicateur ne bénéficie pas encore d'une réelle validation, du fait notamment de la coexistence de plusieurs listes de pathologies. De plus, les taux d'hospitalisations évitables ont tendance à s'élever fortement pour les personnes âgées. Des réflexions infra-territoriales pourraient dès lors permettre de faire émerger des pistes d'amélioration.

Pour terminer, je tiens à remercier John Wilkinson, Barbara Coyle et l'équipe de North-East PHO pour leur aide, ainsi que Victor Rodwin et Daniel Weisz pour leurs conseils précieux.

12. Indicateurs de précarité en périnatalité selon le territoire des établissements publics de coopération intercommunal (EPCI) en Pays de la Loire

B. BRANGER (1), MC. GOUPIL (2), JP. BROSSIER (1), F. TUFFREAU (2), A. TALLEC (2)

(1) Réseau de périnatalité « Sécurité Naissance » des Pays de la Loire ; (2) ORS des Pays de la Loire

Le réseau de santé en périnatalité des Pays de la Loire regroupe des professionnels dont les objectifs résident dans l'amélioration de la qualité des soins auprès des nouveau-nés et des femmes enceintes. Sur les 46 réseaux de ce type, seuls 3 ont malheureusement un dossier commun ; c'est pourquoi nous utilisons le PMSI comme base de données. Environ 46 000 accouchements ont lieu chaque année en Pays de la Loire. Au niveau individuel, la précarité est un facteur de mauvaise santé obstétricale et néo-natale. En effet, les personnes dont la principale source de revenus est issue des aides publiques présentent un risque supplémentaire de prématurité, d'hypotrophie et de surveillance prénatale insuffisante.

A partir de la base du PMSI utilisée en lien avec l'ORS, nous avons sélectionné les actes correspondant au code Z37 et aux césariennes. La CIM-10 ne faisant aucune référence à des facteurs de précarité, nous avons procédé à une analyse au niveau territorial et populationnel, à l'échelle des 128 EPCI (établissements publics de coopération intercommunale) que compte la région. Le problème que nous avons rencontré tient au fait qu'un même code géographique du PMSI peut être relié à deux EPCI différents. L'INSEE a établi 8 familles d'indicateurs ayant trait aux difficultés de revenu. Nous nous sommes basés sur les trois premiers – à savoir « Précarité globale », « Marché du travail fragile pour les jeunes » et « Territoires ruraux avec emplois peu nombreux » – pour caractériser des zones rouges, oranges et roses et pour les comparer aux autres territoires. Dans les EPCI dits précaires, les femmes sont beaucoup plus jeunes et le taux de grossesse à bas risque est plus

élevé. En revanche, aucune différence n'est à noter en termes de mortalité et de prématurité. Les risques de rupture prématurée des membranes (RPM) et d'utérus cicatriciel sont respectivement plus faibles et plus élevés pour les femmes des zones précaires. Enfin, le taux de césariennes est légèrement plus important tandis que le taux d'hémorragie du post-partum est plus bas.

L'analyse multivariée (basée sur une régression logistique simple entre les EPCI « précaires » et les autres) met en évidence des différences assez faibles entre les territoires ; il apparaît plausible qu'elles ne soient en grande partie liées qu'à l'âge des mères. En effet, le taux de césarienne progresse par exemple de manière linéaire par rapport à l'âge.

Face à ces résultats, nous avons émis l'hypothèse que la précarité individuelle pouvait être différente de la précarité collective. L'interaction entre le jeune âge, les « petites maternités », l'offre de soins et la ruralité apparaît complexe à mettre en évidence. Dans les territoires précaires, le fait que le taux de césarienne soit plus élevé semble être lié à une planification plus importante de ces actes.

La possibilité que la précarité rurale n'ait pas les mêmes caractéristiques que la précarité urbaine peut être envisagée. De même, le fait que les Pays de la Loire aient un taux de chômage et des indices de précarité bas par rapport à la moyenne nationale peut conduire à gommer certains effets. En matière obstétrique, la région ne semble pas confrontée à des problèmes majeurs d'accès aux soins tels que les déserts médicaux.

13. Étude des possibilités d'exploitation du PMSI MCO pour l'étude des récurrences suicidaires hospitalisées

P. CLAPPIER, L. PENNOGNON

ORS Bretagne

En 2009, l'ORS Bretagne a mené une étude soutenue par le Conseil régional et l'ARS de Bretagne concernant les récurrences suicidaires hospitalisées en court séjour. Le taux régional de mortalité par suicide étant l'un des plus élevés en France, nous avons en effet considéré qu'il n'était pas suffisant d'approcher ce phénomène par le seul angle de la mortalité. Au-delà de l'amélioration de la connaissance de ces comportements, cette analyse revêt également un caractère exploratoire concernant les possibilités et les limites méthodologiques de l'exploitation pérenne du PMSI court séjour pour l'observation du phénomène des récurrences suicidaires.

Cette étude exploratoire a concerné l'ensemble des patients récidivistes sur la période 2004-2007 domiciliés au niveau des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo, quel que soit leur lieu d'hospitalisation. A partir de la base PMSI MCO de 2006 et pour ces patients, tous les séjours présentant un code d'auto-intoxications et de lésions auto-infligées en diagnostic associé ou relié durant la période 2004-2007 ont été pris en compte et chaînés (afin de pouvoir observer les patients concernés sur un temps plus long).

Une fois la cohorte constituée, nous avons posé des hypothèses d'inclusion-exclusion de façon à tenter de différencier les tentatives de suicide considérées comme certaines, d'hospitalisations pour suivi faisant suite à une première tentative. De fait et en l'absence d'homogénéité quant au codage de l'admission via un service d'urgence, nous avons été contraints d'émettre deux types d'hypothèses relatifs d'une part au délai entre deux hospitalisations, d'autre part aux trajectoires des patients vis-à-vis des modes d'entrée et de sortie.

Pour un séjour donné, la date précise de sortie n'étant pas disponible, le délai entre deux hospitalisations s'est révélé impossible à caractériser précisément. Nous avons donc

considéré qu'une tentative pouvait être considérée comme une récurrence certaine à partir du moment où un délai supérieur à 2 mois pleins s'écoule entre la tentative et le séjour précédent. Nous avons en outre considéré comme récurrences certaines les séjours avec entrée en provenance du domicile qui respectaient les critères de délai vis-à-vis de l'hospitalisation précédente.

Au final et du fait des contraintes d'hypothèses posées, les patients considérés comme récidivistes « certains » représentent environ 85% des patients de la cohorte initiale pour environ deux tiers des séjours.

En termes de résultats, on observe une nette prédominance féminine et le phénomène est davantage marqué dans les tranches d'âge de la population active. Dans 83 % des cas, l'hospitalisation fait suite à une intoxication. Dans plus de 70 % des cas, les patients retournent à leur domicile. Sur l'ensemble de la période 2004-2007, le nombre de séjours par personne est en moyenne de 2,8 et 20 % des patients ont commis entre 4 et 6 tentatives avérées de suicide.

Les difficultés ont en grande partie résidé dans la nécessité de poser des hypothèses d'inclusion-exclusion qui restent relativement fragiles, notamment en termes de délais. Nous avons également rencontré des problèmes liés au codage ; l'ajout d'une décimale au code permettant de distinguer les primo-tentatives des récurrences intervenues en 2007 est semble-t-il encore peu connu. Enfin, la reconstitution des parcours s'est révélée extrêmement chronophage tant elle a dû s'effectuer de façon quasi individualisée.

L'étude a au final été soumise à un comité d'expert composé notamment de psychiatres et de médecins DIM. Du fait de sa complexité de mise en œuvre, il a été décidé de ne pas élargir cette méthode à l'ensemble de la région dans le cadre du suivi des récurrences suicidaires tant que les pratiques de codage n'auront pas été améliorées et harmonisées.

14. Coopération hospitalière : modèle matriciel pour l'analyse des flux de patients diabétiques entre établissements de soins bretons

B. RIERA (1), N. LE MEUR (2)

(1) Ensai ; (2) Département Epidémiologie et Biostatistiques, EHESP

L'étude pilote que je m'apprête à vous présenter a été menée avec Bastien Riera (stagiaire issu de l'Ensai de Rennes). Nous avons souhaité connaître les apports éventuels de la coopération hospitalière pour les patients, alors que des efforts importants sont réalisés depuis 10 ans afin de territorialiser la santé.

L'analyse a été basée sur une approche statistique des données du PMSI concernant les transferts de patients entre les établissements bretons, en prenant l'exemple des patients sujets au diabète, cette pathologie pouvant donner lieu à des hospitalisations potentiellement évitables. Si le taux d'admission brut des affections de longue durée pour diabète est plus faible en Bretagne, la région est proche de la moyenne nationale en termes de taux spécifiques de recours aux hospitalisations.

A l'échelle des 94 établissements bretons du périmètre de l'étude, 3 456 observations ont été relevées au cours de l'année 2008. Au-delà des transferts entre hôpitaux, nous avons pris en compte les mouvements vers ou à partir du domicile, ainsi que les décès. Après avoir exploré différents modèles matriciels, nous avons retenu celui des chaînes de Markov et nous sommes ensuite attachés à élaborer un indice de collaboration. A partir des données du PMSI, nous avons constitué une matrice et mesuré la probabilité pour un patient d'être transféré d'un établissement à un autre. Ensuite, nous avons visualisé ces données sous la forme d'un graphe qui met en évidence le réseau de transfert des

patients diabétiques hospitalisés en Bretagne pour l'année 2008. Chaque arc (plus ou moins foncé) matérialise les transferts effectifs de patients entre établissements. Les CHU de Rennes, de Brest et de Saint-Brieuc dans une moindre mesure constituent des hubs. Les flux ont été mesurés uniquement pour la région Bretagne, même si des transferts peuvent évidemment intervenir avec les départements voisins (la Loire-Atlantique en particulier).

L'efficacité des interactions entre établissements a été caractérisée par un coefficient de collaboration, qui a été mis en lien avec la durée moyenne d'hospitalisation (cette hypothèse pouvant être discutée). Certains établissements échangent de nombreux patients. De même, des collaborations public / privé existent ; dans ce cas, la durée moyenne de séjour est plus faible (ce qui peut notamment s'expliquer par l'équipement spécifique dont disposeraient certains établissements privés).

Les limites de l'analyse tiennent à la qualité des données du PMSI (les entrées et les sorties n'étant pas toujours bien annotées) ou encore à la définition des territoires (qu'il serait probablement judicieux d'affiner). En outre, nous travaillons à l'amélioration de l'indice de collaboration et nous souhaiterions élargir la recherche aux caractéristiques des patients et aux inégalités socio-territoriales de santé. Enfin, nous développons actuellement un outil informatique sur la collaboration hospitalière.

15. Utilité des données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information pour le suivi épidémiologiques des cancers. Comparaison avec les données des registres au niveau individuel

A. COWPLI-BONY (1), C. DENTAN (2), B. TRETARRE (3), M. VELTEN (4), E. FOURNIER (5), F. MOLINIÉ (1), P. GROSCLAUDE (2)

(1) Registre des cancers de Loire-Atlantique et Vendée, Nantes ; (2) Registre des cancers du Tarn, Albi ; (3) Registre des cancers de l'Hérault, Montpellier ; (4) Registre bas-rhinois des cancers, Strasbourg ; (5) Registre des cancers du Doubs, Besançon

Les registres des cancers constituent des outils de référence pour la surveillance épidémiologique des cancers. Ils répertorient de manière continue et exhaustive les cas de cancers sur une zone géographique donnée mais ils présentent certaines limites. Premièrement, ils couvrent moins de 20 % de la population française, ce qui pose des problèmes d'exhaustivité nationale. Deuxièmement, ils sont relativement complexes puisqu'ils nécessitent de croiser plusieurs sources. Deux ans sont ainsi nécessaires pour valider les données pour une année.

Du point de vue de la surveillance épidémiologique à l'échelon national, le PMSI présente l'avantage de couvrir l'ensemble du territoire national. Par ailleurs, les données PMSI sont disponibles assez rapidement. Néanmoins, il n'est pas certain que l'incidence des cancers calculée à partir des données PMSI reflète l'incidence réelle des cancers. Aucune

étude n'a comparé les cas de cancers incidents et les patients des fichiers PMSI.

L'objectif de l'étude était donc d'évaluer la possibilité d'utiliser les données contenues dans le PMSI pour réaliser le suivi épidémiologique des cancers en dehors d'une zone couverte par les registres. Il s'agissait de comparer les nouveaux cas de cancers (cas incidents) recensés par les registres et les patients atteints de cancer signalés par le PMSI.

L'étude a porté sur les cancers diagnostiqués en 2004.

Pour la base Registres, nous avons sélectionné les nouveaux cas de cancers diagnostiqués dans 4 départements (Tarn, Doubs, Bas-Rhin et Hérault) au cours de l'année 2004.

Pour constituer la base PMSI, nous avons utilisé les Résumés de sortie standardisés (RSS) des patients habitant dans les zones couvertes par les registres participants, et

ayant un diagnostic principal ou relié de cancer et une date de début de séjour en 2004. Dans la base PMSI, chaque cas de cancer se rapportait à une ligne et la date de début du 1er séjour lié à un cancer a été choisie comme date de diagnostic

Nous avons considéré qu'il y avait une concordance entre les 2 bases (PMSI et Registre) dans les cas où (en dehors de l'année de diagnostic 2004), l'identité de la personne et la localisation de la tumeur (définie par un code CIM-10 à 2 digits) était identique.

Des méthodes d'évaluation des tests de dépistage ont été utilisées pour l'analyse statistique. Nous avons ainsi cherché à évaluer les performances du PMSI pour identifier les cas incidents (nouveaux cas de cancer) par rapport à une référence, les registres. Le tableau de contingence (issu du croisement des 2 bases) a ainsi permis de définir les « vrais positifs » (les cas de cancers figurant dans les 2 bases), les « faux positifs » (les cas signalés par le PMSI mais absents de la base des registres) et les « faux négatifs » (les cas présents dans la base des registres mais ne figurant pas dans le PMSI). Nous avons ensuite calculé la sensibilité (rapport des vrais positifs sur l'ensemble des cas de la base des registres) et la valeur prédictive positive (rapport des vrais positifs sur l'ensemble des cas de la base du PMSI). La sensibilité reflète l'exhaustivité du PMSI pour l'enregistrement des cancers incidents. La VPP correspond à la fréquence des vrais signalements de cancers incidents par le PMSI et permet de déduire celle des faux signalements. Pour l'année 2004, 16 066 cas de cancers ont été recensés dans la base des registres. A partir des 68 établissements ayant transmis leurs fichiers PMSI, 26 294 cas de cancers ont été recensés. Parmi eux, 11 286 cas étaient des vrais positifs, 15 008 cas étaient des faux positifs et 4 780 cas étaient des faux négatifs. La sensibilité s'élevait à 0,70, ce qui signifiait que 70 % des cas incidents pour l'année 2004 étaient présents dans la base PMSI. La sensibilité diminuait avec l'âge et était plus élevée chez les femmes. La VPP était quant à elle estimée à 0,43, ce qui veut dire que 43 % des cas signalés par le PMSI étaient effectivement des cancers incidents pour l'année 2004. La VPP était plus élevée chez les hommes et augmentait avec l'âge. La sensibilité était plus élevée pour les cancers ORL, pulmonaires, digestifs et génitaux et plus faible pour les mélanomes cutanés, les cancers de la prostate et les leucémies. La VPP était supérieure pour les cancers génitaux, de la prostate ou du rein et inférieure pour les cancers de la vessie, de l'œil, certaines hémopathies malignes (leucémie, myélome) et les sarcomes/os/tissus mous.

Les faux positifs étaient principalement liés à une différence de date de diagnostic entre le PMSI et les registres (66% des cas dont 65% de cas signalés par le PMSI avec une date de

diagnostic antérieure à 2004) et secondairement à des erreurs de codage de la tumeur (22% des cas).

La faible sensibilité du PMSI pour identifier les cas incidents traduit une sous-déclaration des cas incidents, qui peut être liée à l'absence d'hospitalisation pour certains cancers (par exemple les mélanomes et les cancers de la prostate). Sur les 85 établissements contactés, 68 ont participé à l'étude. Les établissements n'ayant pas participé étant de petite taille et mineurs dans la prise en charge cancérologique, nous avons estimé que l'exhaustivité de la transmission des fichiers PMSI était bonne. La faible VPP montre quant à elle la difficulté à repérer les cas incidents à partir du PMSI, ce qui peut être lié à la difficulté à distinguer les séjours liés à un diagnostic de ceux liés aux traitements. L'utilisation des actes réalisés au cours du séjour pourrait pallier à ces difficultés. Il est important de souligner que la sensibilité et la VPP dépendent de la définition des vrais positifs, c'est-à-dire du niveau de concordance entre les 2 bases. Pour rappel, la concordance a été considérée bonne si l'identité, la localisation tumorale et l'année de diagnostic étaient identiques. La date de début du 1er séjour ayant été considérée comme la date du diagnostic dans le PMSI, cette approximation a pu être préjudiciable dans certains cas (par exemple cancers diagnostiqués en début et fin d'année), conduisant à une différence d'année de diagnostic entre les 2 bases et à des faux positifs/négatifs. Nous avons ainsi recalculé la sensibilité et la VPP avec une définition moins stricte des vrais positifs. Le fait de considérer les vrais positifs comme des cancers de même appareil retrouvés dans les deux bases en 2004 n'améliore pas la sensibilité (0,71) ni la VPP (0,43). En revanche, en incluant les cas prévalents c'est-à-dire en considérant les vrais positifs comme les cas présents dans la base PMSI 2004 et dans les registres quelque soit l'année de diagnostic, la pseudo-VPP s'élève à 0,80, ce qui montre une bonne capacité du PMSI à identifier les cas prévalents. Enfin, en considérant les vrais positifs comme les cas de cancers incidents en 2004 pour le registre et présents dans le PMSI des années 2003 à 2005, la pseudo-sensibilité s'élève à 0,76.

En conclusion, il semble difficile d'utiliser le PMSI seul pour la surveillance épidémiologique des cancers à l'échelon national du fait de l'hétérogénéité dans le codage des diagnostics, de la prise en charge éclatée des cancers conduisant à une définition souvent difficile de la localisation tumorale, et des difficultés à définir la date de diagnostic du cancer. On peut cependant envisager d'utiliser le PMSI pour certaines localisations tumorales ou tranches d'âge et en utilisant d'autres informations tels que les ALD et les actes réalisés au cours des séjours. Malgré ces résultats, le PMSI représente une source majeure de signalement de cas potentiels de cancers pour les registres.

**Actes du congrès Odissé 2012 « Recours aux soins hospitaliers et territoires »
13 novembre 2012, Angers**

Publié en octobre 2013

Téléchargeable sur www.santepaysdelaloire.fr

Observatoires régionaux de la santé des régions Bretagne,
Pays de la Loire et Poitou-Charentes



Associations de médecins des départements d'information
médicale (DIM) des régions Bretagne, Pays de la Loire
et Poitou-Charentes



Registres des cancers du Finistère, de Loire-Atlantique/Vendée
et de Poitou-Charentes

