

# ***Faits marquants*** édition 2003

**Juin 2003**

**Contacts presse :**

Dorothée Hannotin  
Tél. 01 42 79 30 02  
e-mail : dorothée.hannotin@cnamts.fr

Sandra Garnier  
Tél. 01 42 79 42 66  
e-mail : sandra.garnier@cnamts.fr

# **Faits marquants**

## édition 2003

### **Ensemble, vers un meilleur système de soins**

Depuis plus de dix ans, l'Assurance Maladie s'est résolument tournée vers l'analyse du système de soins français en offrant, à l'ensemble des acteurs concernés, un tour d'horizon régulier de la pratique médicale et de l'organisation de ce système. Depuis 2000, elle publie annuellement dans les *Faits marquants* les résultats de ses travaux les plus significatifs. En voici l'édition 2003.

Avec cette orientation fondée sur l'évaluation collective, l'Assurance Maladie a ouvert une nouvelle voie qui complète son action traditionnelle de contrôles ; ces derniers visant à corriger des pratiques ou des comportements individuels non conformes à la réglementation, voire dangereux.

#### **Evaluer les actions menées**

En tant qu'acteur responsable du monde de la santé, l'ambition de l'Assurance Maladie est de contribuer à la nécessaire amélioration des pratiques médicales.

Et, cette 4<sup>ème</sup> édition de *Faits Marquants* témoigne des changements tangibles qui ont pu être réalisés. Pour la première fois, elle présente des « mesures d'impact », c'est-à-dire les résultats obtenus à la suite des études présentées précédemment. On peut ainsi évaluer les progrès constatés dans la prise en charge de certaines populations (**enfants, femmes enceintes**) ou de certaines pathologies (**infarctus du myocarde, chirurgie de la cataracte, cancer colo-rectal, ...**).

Ces avancées témoignent de la nécessité et de l'efficacité de la concertation entre tous les acteurs du système de soins pour tendre vers plus de qualité. Elles démontrent aussi leur impact sur les décideurs par les modifications d'ordre réglementaire et/ou législative qui ont été obtenues.

#### **Poursuivre le travail engagé**

Mais les évolutions enregistrées ne doivent pas occulter l'étendue du travail restant à accomplir, afin que notre système de soins réponde de mieux en mieux aux besoins de toutes les personnes qu'il doit protéger. Dans cette optique, les *Faits marquants* 2003 rassemblent quinze nouvelles études, qui explorent des domaines pour lesquels des progrès restent encore à faire.

Ces synthèses sont réparties en quatre chapitres correspondant à des types d'activité<sup>1</sup> dans lesquels les Service médicaux de l'Assurance Maladie s'investissent, en collaboration avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie et les Urcam.

Certains sujets démontrent que les pratiques ou l'organisation des soins peuvent être améliorées par la concertation avec les professionnels de santé concernés (**prise en charge du cancer du sein ou des excès de cholestérol, prescription de médicaments anti-ulcéreux, fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile,...**). D'autres soulignent les disparités de prises en charge : **chimiothérapie anticancéreuse, nouvelles techniques d'endoprothèses aortiques abdominales, stimulation cardiaque, etc.**

---

<sup>1</sup> Ces types d'activité sont : l'audit des pratiques, le contrôle des professionnels et des établissements, l'avis individuel sur prestations, la planification hospitalière.

## **Engager un dialogue**

Ainsi, depuis quatre ans, les constats de *Faits Marquants* permettent d'entretenir un dialogue productif et performant entre l'Assurance Maladie et ses partenaires à partir de données objectives et vérifiées. L'Assurance Maladie apporte sa contribution à la régulation du système de soins en agissant sur les déterminants de la qualité, pour obtenir les soins les plus efficaces, le meilleur confort au moindre risque pour tous les patients et au meilleur coût pour la collectivité.

En mettant à votre disposition ces nouveaux constats et l'état des lieux des progrès accomplis, l'Assurance Maladie entend poursuivre et développer un travail constructif.

### **Contacts presse :**

CNAMTS : Dorothée Hannotin (01 42 79 30 02) et Sandra Garnier (01 42 79 42 66)  
Email : [dorothee.hannotin@cnamts.fr](mailto:dorothee.hannotin@cnamts.fr)-[sandra.garnier@cnamts.fr](mailto:sandra.garnier@cnamts.fr)

# **Faits marquants**

## sommaire des fiches synthétiques

### Partie 1 : évaluation des actions menées à la suite des précédentes éditions

<b>Chirurgie de la cataracte</b> <i>De meilleures conditions et techniques d'intervention accessibles à tous</i>	p. 5
<b>Cancer colo-rectal</b> <i>Mieux respecter les recommandations scientifiques</i>	p. 6
<b>Cardiologie</b> <i>Améliorer l'efficacité et l'égalité des soins</i>	p. 7
<b>Iatrogénie médicamenteuse</b> <i>Toujours plus de vigilance</i>	p. 8
<b>Psychiatrie</b> <i>Une réorganisation en marche</i>	p. 10
<b>Hospitalisation en psychiatrie</b> <i>Un exemple d'amélioration des pratiques de prise en charge</i>	p. 11
<b>La prise en charge de l'alendronate</b> <i>Une situation complexe</i>	p. 13

### Partie 2 : les études de l'année

<b>Cancer du sein</b> <i>Des soins à améliorer</i>	p. 15
<b>Chimiothérapie anticancéreuse</b> <i>Un état des lieux préoccupant</i>	p. 17
<b>Services de soins infirmiers à domicile</b> <i>Des progrès à faire dans la prise en charge</i>	p. 19
<b>Prescription d'antiulcéreux</b> <i>Un partenariat au service de la qualité des soins</i>	p. 20
<b>Nouvelles techniques d'endoprothèses aortiques</b> <i>Une évaluation et un suivi indispensables</i>	p. 21
<b>Stimulation cardiaque</b> <i>Des pratiques, des soins, des coûts très disparates</i>	p. 22

## **1<sup>ère</sup> partie**

Evaluation des actions menées à la suite des précédentes éditions

# Chirurgie de la cataracte

## De meilleures conditions et techniques d'intervention accessibles à tous

(édition 2001 – pages 49 à 52)

---

### Rappel de l'étude

La technique moderne de phaco-émulsification consiste à fragmenter le cristallin et à en extraire les fragments. Elle permet une incision cornéenne de petite dimension et réduit donc les risques d'astigmatisme post-opératoire ainsi que le temps de récupération visuelle. Cette technique de référence est recommandée par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes).

Une enquête portant sur les modes de prise en charge des patients et les techniques de chirurgie de la cataracte a été réalisée en 1999, en Languedoc Roussillon. Elle a porté sur 9 656 interventions, tirées au sort, pratiquées en 1999.

### Constats initiaux

- La prise en charge en ambulatoire (sans hospitalisation) peut être plus généralement développée, notamment dans les établissements publics qui l'utilisent dans 24% des cas seulement.
- La technique de phaco-émulsification s'impose majoritairement (96 % des interventions), mais les techniques plus anciennes sont encore utilisées dans quelques établissements.

### Actions de l'Assurance Maladie et modifications intervenues

- A la suite de cette enquête, des **échanges confraternels s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques** (conférences de consensus Andem 1995 et Anaes 2000) ont eu lieu, entre les médecins conseils et les médecins hospitaliers, dans les établissements qui n'ont pas eu recours à l'ambulatoire alors que des places étaient libres. La promotion de la technique par phaco-émulsification a également été abordée au cours de ces échanges.
- En **2002, une nouvelle analyse**, menée par le Service médical de l'Assurance Maladie en Languedoc Roussillon, a concerné 35 établissements dont 7 de statut public. Elle a mis en évidence **des changements en matière de mode de prise en charge**. Celle-ci s'est faite en ambulatoire dans 74 % des cas, contre 49 % initialement avec une nette progression des établissements publics qui sont passés de 24% à 42%
- Enfin, la phaco-émulsification, recommandée par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), est toujours très largement utilisée en Languedoc Roussillon (97 % des interventions).

# Cancer colo-rectal

## Toujours plus de vigilance

(édition 2001 – pages 73 à 77)

---

### Rappel de l'étude

Un échantillon de 274 coloscopies a été étudié en 1998 dans les Côtes-d'Armor.

#### Constat initial

- Dans 26 % des cas, les indications retrouvées ne répondaient pas aux recommandations de la Société nationale française de gastro-entérologie (SNFGE). Ainsi, les recommandations concernant les coloscopies en cas d'apparition de troubles fonctionnels avant 50 ans n'étaient pas suivies dans 29% des cas.
- Un manque d'informations a été relevé dans les dossiers médicaux, comme par exemple les antécédents personnels ou familiaux du patient, la caractéristique des polypes retrouvés, risquant de réduire les chances de guérison des patients. Or la tenue d'un dossier médical complet par les praticiens est une garantie de suivi optimal, compte tenu des conséquences possibles pour les patients concernés.

### Actions de l'Assurance Maladie et modifications intervenues

- Les constats de cette étude ont été diffusés en 1999 à l'ensemble des professionnels concernés et des établissements du département dans le cadre **d'actions d'information et de sensibilisation réalisées par l'Assurance Maladie**.
- Une nouvelle étude a été menée en 2000 qui fait apparaître que **seules 7% des indications retrouvées ne répondaient pas aux recommandations** de la Société nationale de gastro-entérologie. Cette seconde enquête a permis de mesurer l'évolution positive des pratiques des professionnels en matière d'indication des coloscopies.
- En revanche, l'étude de 2000, comme celle de 1998, relève un **manque d'informations dans les dossiers médicaux**. Les caractéristiques des polypes antérieurs analysés n'ont ainsi pas pu être retrouvées dans près de la moitié des dossiers concernés, quel que soit le type de structure. L'âge d'atteinte du parent du patient (à la date du diagnostic les concernant) n'est pas renseigné dans les trois quarts des cas dans les structures privées. Il est rarement retrouvé dans les structures publiques, de même que le degré de parenté.
- Le 10 janvier 2003, les caisses nationales d'assurance maladie et les syndicats représentatifs des médecins libéraux sont convenus de mettre en place avant la fin de l'année **un accord de bon usage des soins portant sur le suivi par coloscopie totale des patients ayant subi une ablation de polype(s)**.

# Cardiologie

## Améliorer l'efficacité et l'égalité des soins

(édition 2001 – pages 159 à 166)

---

### Rappel de l'étude

La planification hospitalière en cardiologie est étroitement liée à l'organisation de la prise en charge des urgences cardiologiques. Dans ce domaine, l'infarctus du myocarde fait partie des cas les plus fréquents. L'Assurance Maladie, responsable du volet cardiologie du Schéma régional d'organisation sanitaire (Sros) 2<sup>e</sup> génération dans la région Centre, a mené et coordonné plusieurs enquêtes sur les conditions de prise en charge en cardiologie. C'est ainsi qu'en 1998, le Service médical de l'Assurance Maladie a étudié la prise en charge de l'infarctus du myocarde dans les 41 structures de la région accueillant des urgences.

### Constats initiaux

- La qualité de cette prise en charge pouvait être améliorée en raccourcissant les délais et en procédant rapidement au traitement de vascularisation le plus adapté.
- Selon l'étude, 56 % seulement des malades étaient pris en charge en moins de 6 heures. Dans l'ordre, le premier intervenant était un médecin généraliste (57 % des cas), un spécialiste (21 %), le Smur (12 %). Seuls 36 % des transports étaient médicalisés.

### Actions de l'Assurance Maladie et modifications intervenues

- L'enquête a été le point de départ d'initiatives **d'information et de formation** auprès du grand public et des professionnels de santé.
- Des conventions inter-établissements ont été formalisées, aboutissant en avril 2001 à la mise en place d'un **réseau cardiologique régional** qui s'appuie sur un ensemble de cardiologues fortement impliqués dans l'analyse de leurs pratiques et leur amélioration au bénéfice des patients.
- A travers le suivi des patients atteints d'un infarctus aigu du myocarde, le Service médical de l'Assurance Maladie s'est attaché à analyser et **améliorer le maillage interprofessionnel et inter-établissements** dans la région Centre.
- Entre 2001 et 2002, **le délai d'intervention entre l'apparition des premiers signes douloureux et l'arrivée à l'hôpital a été réduit d'une heure et quarante minutes**, ce délai étant passé de 5 heures et 40 minutes en 2001 à 4 heures en 2002. Ce raccourcissement significatif semble actuellement résulter davantage des initiatives menées en direction du grand public. Le suivi de la pathologie permettra de confirmer l'impact positif de ces campagnes mais aussi celle des actions de formation réalisées auprès des professionnels de santé.

Le Service médical de l'Assurance Maladie, responsable de l'élaboration et de la réalisation de ce travail, a ainsi contribué, par son rôle fédérateur, à **améliorer la qualité de la prise en charge** des patients de cette région.

# iatrogénie médicamenteuse

## Toujours plus de vigilance

(édition 2002 – pages 46 à 61)

---

### Contexte

Des prescriptions potentiellement dangereuses ont été observées et étudiées en 2000 et 2001 dans plusieurs régions de France. Certaines de ces prescriptions étaient liées soit à une pathologie (la rhinopharyngite de l'enfant) soit à des populations (les femmes enceintes).

### Rappel de l'étude portant sur la rhinopharyngite de l'enfant

Des effets rares, mais graves, peuvent être imputés à certains médicaments décongestionnants permettant de déboucher le nez qui sont fréquemment utilisés dans le traitement des rhinopharyngites.

Une enquête a été réalisée à Colmar (Haut-Rhin) entre novembre 2000 et février 2001.

#### Constat initial

Plus de 800 prescriptions contre-indiquées ont été recensées (soit 16 %) sur les 5 100 prescriptions de vasoconstricteurs.

### Actions de l'Assurance Maladie et modifications intervenues

- Depuis le 16 juillet 2001, toutes les spécialités comportant de la phénylpropanolamine sont inscrites sur la liste I des substances vénéneuses.
- Depuis le 10 septembre 2001, le Rinutan® suspension buvable est contre-indiqué chez les enfants de moins de 12 ans.
- **Une information a été faite vers les médecins.**
  - Les résultats de l'étude ont été diffusés par le Service médical de l'Assurance Maladie à l'ensemble des médecins de cette circonscription, accompagnés d'un rappel des règles de prescription et d'une information précisant les effets peu connus, susceptibles de survenir en cas de non-respect.
  - Un courrier a aussi été adressé aux médecins chez lesquels avait été constaté le plus fort taux d'anomalies.
- A Colmar, un an après l'étude initiale, une seconde analyse a été menée entre novembre 2001 et février 2002. Elle a recensé 357 prescriptions contre-indiquées, soit 11 % des prescriptions totales de vasoconstricteurs (3 183), contre 16 % lors de la précédente étude. La différence est significative.

Les résultats de cette seconde étude mettent ainsi en évidence **une évolution positive des pratiques en matière de prescriptions de produits décongestionnants, à la suite des interventions de sensibilisation menées, après l'étude initiale, par le Service médical de l'Assurance Maladie.**

## Rappel de l'étude sur les précautions thérapeutiques chez la femme enceinte

Le médicament peut induire deux types d'effets chez la femme enceinte :

- l'effet tératogène qui entraîne des malformations chez l'enfant lorsque le médicament est prescrit durant les deux premiers mois de grossesse,
- l'effet toxique par atteinte des diverses fonctions de l'enfant lorsque le médicament est absorbé en fin de grossesse.

Une enquête a été réalisée dans l'Aube au mois de mars 2000 sur les 2 262 femmes enceintes recensées dans le département.

### Constat initial

1 313 femmes enceintes avaient demandé un remboursement de médicaments. 21 ordonnances (pour 20 femmes) comportaient une ou deux spécialités avec une contre-indication absolue durant la grossesse. Ce qui correspond à **9 femmes enceintes sur 1 000, par mois, exposées à la prise d'un médicament absolument contre-indiqué.**

## Actions de l'Assurance Maladie et modifications intervenues

- Une **information des médecins** a été mise en place.
  - Les résultats de cette étude ont été présentés à l'ensemble des professionnels concernés lors d'un colloque en septembre 2000.
  - Un article de synthèse a été publié dans la Revue médicale de l'Assurance Maladie (N°1/2001) et son résumé a été envoyé à tous les gynécologues de la circonscription.
- Une seconde étude a été menée dans l'Aube sur le suivi de la totalité des femmes enceintes, dont le début de grossesse était compris entre le 1<sup>er</sup> décembre 2000 et le 30 novembre 2001. Cette étude a révélé que 3,5 femmes enceintes sur 1 000, par mois, étaient exposées à la prise d'un médicament absolument contre indiqué durant la grossesse.  
**Le progrès réalisé 3,5, par rapport au chiffre de 9 pour 1000 constaté lors de l'étude initiale témoigne de l'impact des interventions menées par le Service médical, à la suite du premier constat.**

# Psychiatrie

## Une réorganisation en marche

(édition 2002 – pages 169 à 175)

---

### Rappel de l'étude

Pour préparer la révision du Schéma régional d'organisation sanitaire (Sros) de première génération concernant la psychiatrie, l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) de la région Centre a confié en 1997, au Service médical de l'Assurance Maladie, la mission d'analyser toutes les structures existantes. **L'objectif était de réviser l'offre de soins relative aux établissements de court séjour psychiatrique adulte et d'assurer aux patients en hospitalisation à temps complet une trajectoire de soins adaptée.**

#### Constats initiaux

- Le Service médical avait constaté **qu'un tiers des patients ne relevaient pas du maintien dans ces structures**. Il avait donc proposé une révision à la baisse de l'indice des besoins.
- Dans le département du Cher, **près des deux tiers des malades ne nécessitaient pas une hospitalisation** dans la structure où ils se trouvaient.
- Sur l'ensemble de la région Centre, l'étude a montré également que parmi les 2 225 patients présents, **765 d'entre eux (34 %) ne relevaient pas du court séjour psychiatrique adulte**, mais d'une autre structure de soins.

### Actions de l'Assurance Maladie et modifications intervenues

- **Adaptation des capacités autorisées**

La proposition de révision de l'indice des besoins a été intégrée lors de la révision de la carte sanitaire par l'Agence régionale d'hospitalisation. Le bilan de la carte sanitaire de psychiatrie générale, en avril 2002, montrait que **quatre départements étaient conformes aux propositions du Service médical** : le Cher, l'Indre, l'Indre-et-Loire et le Loir-et-Cher.

- **Département du Cher**

Un syndicat inter-hospitalier a été créé, réunissant les trois établissements psychiatriques de ce département. Les analyses et conclusions du Service médical ont été reprises lors de l'élaboration du projet médical préalable au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de ce syndicat. **Parmi les patients inadéquats, un grand nombre était pris en charge dans des unités d'accueil familial thérapeutique ; 36 d'entre eux ont pu, grâce à la démarche menée par le Service médical, retourner à leur domicile ou en maison de retraite.**

- **Structures de sortie**

Le Service médical a proposé à l'Agence régionale d'hospitalisation d'engager une réflexion sur la création de structures de sortie pour le suivi des patients hospitalisés en court séjour psychiatrique et atteints de pathologies lourdes stabilisées. A la suite de ce travail, les établissements ont, dans leur contrat d'objectifs et de moyens (COM), déjà réorganisé leurs capacités disponibles en respectant ces recommandations..

# Hospitalisation en psychiatrie

## Un exemple d'amélioration des pratiques de prise en charge

(Edition 2001 - pages 79 à 85)

---

### Rappel de l'étude

Dans le cadre du plan de contrôle 1998 de l'Agence régionale de l'hospitalisation de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, le Service médical de l'Assurance Maladie a procédé à l'analyse de l'activité, sur le plan médical, d'un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie (CHS) de la région. Il s'agissait

- d'analyser l'activité médicale de l'établissement ;
- d'étudier la dispensation des médicaments ;
- d'évaluer la nécessité de maintenir le laboratoire d'analyses biomédicales au CHS.

### Constat initial

De manière générale, les anomalies de pratiques constatées chez les différents acteurs découlaient autant de leur comportement dans le processus de soins que de déficiences dans leur organisation :

- dysfonctionnements dans l'usage des médicaments liés à des prescriptions non nominatives et à des délivrances peu contrôlées ;
- absence d'un comité du médicament ;
- séjours de patients inadaptés, en partie en raison de l'absence de convention avec des structures d'aval ;
- faible activité, incitation à la prescription d'examens superflus, ouverture sur des plages horaires limitées ...du laboratoire d'analyses biologiques.

### Actions de l'Assurance Maladie et modifications intervenues

- Le Service médical a mis en œuvre des formations à l'utilisation des ressources d'Internet pour améliorer la qualité des soins sous forme d'échanges confraternels ; a participé régulièrement à la Commission médicale d'établissement de l'hôpital ; est intervenu dans différentes manifestations (congrès national des hôpitaux de jour organisé par les praticiens hospitaliers du CHS, séminaire de formation à la recherche clinique dans l'établissement)
- Avec le concours de l'ARH, le CHS a mis en place une informatisation de la pharmacie et instauré des prescriptions nominatives pour conformer les délivrances aux prescriptions. Ce processus commencé en juillet 1999 a abouti, au début de l'année 2002, avec l'utilisation d'un réseau intranet. Dans la même période, une délivrance contrôlée a été organisée. **Le circuit du médicament a donc été entièrement sécurisé.**
- Instauration d'un comité du médicament dans l'établissement avec pour mission la standardisation des pratiques.
- Signature d'une **convention avec les deux établissements de post-cure** du département pour recevoir les patients ainsi pris en charge de manière coordonnée.
- Fermeture du laboratoire du CHS avec transfert de ses activités au centre hospitalier voisin. Une convention a été signée entre le CHS et cet établissement.

**Ces modifications de l'organisation des soins, se sont réalisées progressivement avec la collaboration de tous les professionnels de l'établissement de ce centre hospitalier spécialisé en psychiatrie de la région Paca.**

# La prise en charge de l'alendronate

## Une situation complexe

(édition 2001 – pages 67 à 71)

---

### Rappel des études

L'alendronate\*, commercialisé depuis 1997, fait partie des traitements de l'ostéoporose. La prescription de cette molécule et ses modalités de prise en charge sont très encadrées et complexes. Selon son autorisation de mise sur le marché (AMM), cette molécule était réservée au « traitement de l'ostéoporose post-ménopausique avérée ». Elle n'était remboursable que pour les patientes présentant au moins une fracture ostéoporotique. Elle ne possédait pas d'indication thérapeutique chez l'homme.

Le Service médical de l'Assurance Maladie a mené plusieurs enquêtes en 1999 et 2000 sur les conditions de prescriptions d'alendronate.

#### Constats initiaux :

- Plus de **10 % des prescriptions n'étaient pas conformes** aux indications de l'autorisation de mise sur le marché.
- Près d'un tiers des prescriptions étaient présentées au remboursement alors qu'elles ne rentraient pas dans le cadre des indications thérapeutiques remboursables.
- En 2000, ces études soulignaient la difficulté de faire appliquer les textes et posaient le problème de leur justification.

### Actions de l'Assurance Maladie et modifications intervenues

Depuis ces constats, des modifications sont intervenues, notamment en matière de comportement des prescripteurs, de réglementation et de prise en charge par l'Assurance Maladie.

- **Une amélioration de la pratique des prescripteurs**

Des actions de sensibilisation et d'information ont été menées par les médecins conseils auprès des médecins traitants. De nouvelles enquêtes menées en 2001 montrent une amélioration de la prescription de l'alendronate. **Une forte baisse du taux de prescriptions** hors autorisation de mise sur le marché et des prescriptions chez l'homme a notamment été observée :

- à Dunkerque, le taux de prescriptions, hors autorisation de mise sur le marché, est passé de 12,5 à 5,9 %, et le taux de prescriptions chez l'homme de 10 à 3,5 % ;
- dans le Vaucluse, sur les 42 femmes pour lesquelles, en 2000, de l'alendronate avait été prescrit en dehors des indications thérapeutiques remboursables, 30, soit 71,5 %, ne faisaient plus l'objet de prescriptions de ce produit. Sur les 13 hommes concernés en 2000, on ne comptait plus qu'une seule prescription d'alendronate.

- **Une réglementation qui évolue**

En janvier 2002 est intervenue **une révision de l'autorisation de mise sur le marché**. La prise en charge de l'alendronate est maintenant permise non seulement en cas d'ostéoporose post-ménopausique avérée, mais aussi pour l'ostéoporose masculine.

---

\* Spécialité commerciale : Fosamax®.

- **Proposition de remboursement des examens nécessaires au diagnostic**

Le diagnostic d'ostéoporose repose sur la réalisation d'un examen (absorptiométrie biphotonique aux rayons X), pour définir une ostéoporose et prévoir, en l'absence de tout symptôme, le risque de fracture ultérieure. Cet acte, qui n'était pas pris en charge par l'Assurance Maladie, vient de faire l'objet d'une proposition d'inscription à la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). Son remboursement concernera aussi, dès publication de l'arrêté modifiant la NGAP, les hommes répondant à certains critères.

**2<sup>ème</sup> partie**  
Les études 2003

# Cancer du sein

## Des soins à améliorer

---

### Contexte

Le cancer du sein est responsable de 12 000 décès par an et représente 36% des cancers féminins. 42 000 nouveaux cas de cancer du sein ont été diagnostiqués en 2000. L'Assurance Maladie a, dans l'édition 2000 de « *Faits marquants* », rapporté des résultats d'études menées en France sur le dépistage et les modalités de soins, très disparates selon les secteurs géographiques. L'Assurance Maladie a poursuivi ses travaux sur cette affection en examinant les modalités de sa prise en charge.

### Etude

**L'enquête menée en Aquitaine** en 1999 avait pour objet d'établir un état des lieux des pratiques diagnostiques et thérapeutiques en les comparant aux référentiels des standards, options et recommandations (SOR) publiés par la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer et à ceux de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). Cette enquête a mis en évidence des écarts entre les pratiques observées et les référentiels, traduisant une pratique médicale inadéquate.

- **Des comptes-rendus anatomopathologiques perfectibles**

L'examen anatomopathologique est déterminant pour orienter la stratégie thérapeutique. Certains critères indiqués dans les SOR comme devant figurer sur un compte rendu histologique étaient insuffisamment renseignés (notamment certains facteurs prédictifs de récurrence tels que la présence d'envahissement vasculaire, lymphatique ou sanguin par des cellules tumorales, en périphérie de la tumeur, signalée dans seulement 52 % des cas).

- **Des actes chirurgicaux incomplets**

Lors d'un traitement conservateur, les critères de qualité relatifs à l'ablation de la tumeur n'étaient pas respectés dans un cas sur cinq.

- **Curage axillaire : la nécessité de prélever un nombre suffisant de ganglions**

Le curage ganglionnaire axillaire<sup>2</sup> reste à ce jour l'examen de référence de l'exploration axillaire des cancers invasifs. D'après les SOR, dix ganglions, au moins, doivent être prélevés. Dans 27% des cas, ce seuil n'était pas atteint.

- **La radiothérapie des aires ganglionnaires devrait être plus utilisée**

Conformément aux SOR, lors d'un envahissement ganglionnaire axillaire, la radiothérapie de certains ganglions est préconisée. Or, leur irradiation n'a pas été réalisée dans environ un quart des cas.

- **Des disparités constatées en France**

Ces écarts de pratiques dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique du cancer du sein ne sont pas l'apanage de la région Aquitaine : d'autres études les ont également soulignés. L'enquête effectuée en Bretagne en 1999 et 2000 a également mis en évidence des pratiques inadéquates et disparates selon les établissements, faisant apparaître que les femmes ne sont pas assurées de bénéficier toujours et partout des soins les plus adaptés :

- 16 % des interventions se sont révélées inadéquates.

---

<sup>2</sup> Le curage ganglionnaire axillaire est l'ablation des relais ganglionnaires situés au niveau de l'aisselle

- près de 44 % des dosages de marqueurs tumoraux étaient inutiles ou non adaptés au risque d'extension métastatique.
- Selon les établissements : le taux de chirurgie radicale d'emblée variait de 38,5 à 13 % ; le dosage à bon escient des marqueurs tumoraux de 78 % à 29 % ; le pourcentage d'évidements ganglionnaires présentant au moins 10 ganglions de 92 à 59 %.

## **Actions de l'Assurance Maladie**

S'appuyant sur ces constats, l'Assurance Maladie a mis en œuvre des actions régionales et nationales :

- **En Aquitaine comme en Bretagne**, les conclusions des enquêtes ont été communiquées aux professionnels afin de favoriser l'évolution des pratiques et les inciter à mieux se conformer aux référentiels des standards, options et recommandations (SOR) publiés par la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer.
- **Au plan national**  
L'Assurance Maladie prévoit la mise en place d'un programme national interventionnel en santé publique, comme elle l'a déjà fait pour le diabète de type 2 et l'hypertension artérielle, visant à améliorer la prise en charge du cancer du sein.

## **Actions de portée nationale**

Début 2003, la Commission d'orientation sur le cancer a remis au Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées et à la ministre déléguée à la Recherche et aux Nouvelles Technologies, **10 propositions, certaines reprenant des constats de l'Assurance Maladie, visant à :**

- améliorer le système d'information épidémiologique
- renforcer la politique de prévention des cancers
- favoriser la diffusion du dépistage
- améliorer la qualité du système de soins par des mesures structurelles fortes
- refondre le système de valorisation financière de la prise en charge du cancer
- améliorer la disponibilité de moyens diagnostiques et thérapeutiques
- développer les actions de support et d'information des patients
- favoriser l'insertion sociale et soutenir les associations
- développer, de façon exceptionnelle, la recherche sur le cancer
- réformer la démographie des professions de santé actives en cancérologie.

A ces propositions s'ajoute celle de la Commission d'orientation sur le cancer, visant à créer un Institut national du cancer.

**Ces propositions ont été largement reprises dans « le plan cancer », présenté par le Président de la République au mois de Mars 2003.**

# Chimiothérapie anticancéreuse

## Un état des lieux préoccupant

---

### Contexte

Le cancer est responsable de 150 000 décès, chaque année en France. La chimiothérapie anticancéreuse constitue avec la chirurgie et la radiothérapie, une des armes principales de lutte contre cette maladie. La chimiothérapie anticancéreuse est une discipline en constante évolution où l'innovation thérapeutique et la place de l'expérimentation sont particulièrement importantes. Sa complexité et sa toxicité potentielle nécessitent une organisation optimale des soins. Cette exigence passe par le double respect des dispositions réglementaires de prescription et de conditions sécurisées de préparation. Le service médical de l'Assurance Maladie (régime général) a procédé à des enquêtes pour analyser les conditions d'utilisation de la chimiothérapie anticancéreuse.

### Etude

Les enquêtes ont été réalisées en 2001 dans les régions Limousin, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse et Languedoc-Roussillon. Leur objectif était de mesurer le respect des recommandations de bonne pratique par les prescripteurs de chimiothérapie anticancéreuse. Ces enquêtes ont permis les constats suivants.

- Les **protocoles thérapeutiques** doivent être adaptés aux recommandations. Les standards, options et recommandations (SOR) définissant des traitements standardisés ou des recommandations fondées sur les résultats d'essais thérapeutique contrôlés et diffusés par la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) sont **incomplètement appliqués**.
- La **prise en charge multidisciplinaire** est insuffisamment développée. Les dossiers d'un patient sur deux atteint d'un cancer du côlon et du poumon avaient fait l'objet, en Languedoc-Roussillon, d'un examen par une unité de concertation pluridisciplinaire.
- Les **stratégies thérapeutiques** (nombre de séances et de cures, durée des traitements, fréquence d'utilisation des spécialités) varient, dans les Alpes-Maritimes, selon les établissements.
- Les indications thérapeutiques figurant dans les **autorisations de mise sur le marché (AMM)** ne sont suivies que dans moins d'un cas sur deux.
- Les **prescriptions sont imparfaitement conformes** aux référentiels réglementaires. En Languedoc-Roussillon, une ordonnance sur trois a été jugée imprécise par les praticiens conseils au regard des dispositions réglementaires de sécurité ; en particulier, il manquait le poids ou la taille du malade, ou bien encore les modalités précises d'administration des cytotoxiques.
- Les **conditions de préparation des chimiothérapies anticancéreuses** (étape de reconstitution des cytotoxiques<sup>3</sup>) ne répondent pas toujours aux normes.

### Actions de l'Assurance Maladie

#### En Limousin

- Ces constats ont été présentés en commission exécutive de l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) qui a formulé des **recommandations mises en œuvre en 2002**

---

<sup>3</sup> cytotoxiques : anticancéreux qui provoquent des altérations de la cellule conduisant à sa mort

**visant à améliorer les conditions de reconstitution des cytotoxiques dans les établissements.**

- L'ARH a contribué à la **constitution d'une tumorothèque** régionale, c'est à dire une banque de tissus tumoraux congelés permettant des analyses en vue du diagnostic, du pronostic, ou de la mesure de l'efficacité des traitements
- Le Service médical de l'Assurance Maladie a mené des **actions d'information** afin de sensibiliser les directeurs des établissements concernés, les chefs de service et les présidents des commissions médicales d'établissement, aux démarches d'assurance qualité et d'évaluation.

### **En région PACA**

- L'ARH a mis en place en 2001 un **observatoire du médicament et de l'innovation thérapeutique** (OMIT) dont l'une des missions est l'encadrement des prescriptions par le développement de référentiels de bonne pratique.
- Les résultats de l'étude ont été pris en compte au niveau des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) signés avec les établissements en introduisant un **volet d'évaluation des pratiques**.
- La synthèse des résultats a été adressée à la **Direction des hôpitaux et à la Cour des comptes par les régions PACA et Corse**.

### **En Languedoc-Roussillon**

- Un **retour d'information** sur les écarts constatés a été effectué par les praticiens conseil. Cette action a suscité des modifications de pratique, notamment à partir du réseau Onco-Languedoc-Roussillon.
- Les **résultats de l'enquête ont été pris en compte par l'ARH** pour la définition et la mise en œuvre de la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, la coordination des établissements et la détermination des ressources.
- **L'ARH a formulé des recommandations** visant à la diffusion d'un thésaurus des protocoles utilisés au sein de tous les établissements et l'amélioration des conditions de préparation des cytotoxiques.

### **Au plan national**

L'Assurance Maladie a lancé en 2003 une évaluation nationale de la chimiothérapie anticancéreuse.

# Services de soins infirmiers à domicile

## Des progrès nécessaires dans la prise en charge

---

### Contexte

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) sont des structures dont la vocation est de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et d'éviter leur hospitalisation. La prise en charge d'une personne âgée par un SSIAD relève d'une prescription médicale, le plus souvent effectuée par un médecin généraliste.

Depuis plusieurs années, l'Etat favorise le développement d'une assistance adaptée. En 2000, il a lancé un plan de médicalisation qui vise à doubler le rythme de création de places nouvelles en SSIAD. D'ici à 2005, il est prévu de créer 20 000 nouvelles places. **L'importance grandissante de ces services a conduit l'Assurance Maladie à s'intéresser à leur fonctionnement.**

### Etudes

Une première enquête a été menée en Bretagne en 1999, suivie d'une seconde menée en janvier 2002 dans le Var. Malgré la satisfaction des personnes âgées prises en charge, des dysfonctionnements ont été identifiés.

#### Dans le Var,

- un tiers des patients ne relevaient pas d'une prise en charge en SSIAD, compte tenu de leur état de dépendance et de leurs besoins en soins.
- des actes infirmiers prescrits par le médecin n'étaient pas réalisés dans un tiers des cas.
- Chez 28 % des patients, les familles participaient aux soins d'hygiène, alors que ces soins constituent la principale prise en charge des patients à domicile.

#### En Bretagne

- 80 % des infirmières coordinatrices estimaient être mal renseignées sur les maladies de leurs patients
- parmi les 113 SSIAD de la région, les dossiers de soins infirmiers au domicile étaient insuffisamment renseignés pour 106 d'entre eux et absents dans les 7 autres.

### Actions de l'Assurance Maladie

Le service de soins infirmiers à domicile est devenu incontournable pour la prise en charge des personnes âgées. C'est pourquoi l'Assurance Maladie a mis en œuvre plusieurs actions :

- **information et sensibilisation des professionnels de santé** dans les régions concernées par les études. Ces actions portent principalement sur la qualité de la prise en charge, la bonne tenue des dossiers de soins infirmiers et l'importance de la communication avec le médecin traitant ;
- **élaboration d'un référentiel de qualité** reposant sur un cahier des charges et un projet d'établissement définissant les actions à mettre en œuvre pour améliorer le fonctionnement des SSIAD.

# Prescription d'antiulcéreux

## Un partenariat au service de la qualité des soins

---

### Contexte

Le reflux gastro-oesophagien<sup>4</sup> constitue une affection fréquente, caractérisée par des symptômes et/ou des lésions œsophagiennes en rapport avec ce reflux. **Sa prise en charge est un enjeu économique fort qui fait l'objet d'un référentiel récent, dont les recommandations offrent une réelle alternative thérapeutique.** Parmi les médicaments antiulcéreux, les Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP) représentent 80% des prescriptions. Les situations cliniques où la demi-dose suffit sont nombreuses. L'utilisation injustifiée du médicament à pleine dose double donc inutilement le coût du traitement.

### Action de l'Assurance Maladie

En Bretagne, les anti-ulcéreux représentaient en 2000 4,3% des dépenses de pharmacie remboursables (2,38 millions d'euros) et avaient progressé de 30% entre 1999 et 2000. Un constat similaire avait été dressé au niveau national.

En 2001, l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) de Bretagne a mis en place une action de promotion de la qualité des prescriptions d'antiulcéreux. Cette action menée en partenariat avec l'Union régionale des médecins libéraux, s'est traduite par des rencontres entre des médecins conseils et un groupe de médecins traitant sélectionnés en fonction de la quantité de leurs prescriptions d'antiulcéreux et de la fréquence d'utilisation des IPP pleine dose. L'évolution des pratiques a été mesurée par la comparaison de différents indicateurs de prescription avant et après l'échange (juin 2001 – avril 2002). Exemples des résultats obtenus :

- 71 % des médecins du groupe ont diminué leur pourcentage de prescriptions d'IPP pleine dose par rapport au total de leurs prescriptions totales d'IPP ;
- une diminution de 43% du nombre de médecins de ce groupe prescrivant une association de deux anti-ulcéreux a été observée.

### En conclusion

L'amélioration des pratiques sur les points discutés au cours des échanges médecin conseil / médecin traitant **montre l'intérêt d'une démarche de promotion de la qualité des soins menée par l'Assurance Maladie en collaboration avec les professionnels de santé.**

**Le dialogue constructif** autour des référentiels, la possibilité donnée au médecin de se situer par rapport aux autres généralistes et le fait qu'il ne se trouvait pas face à un choix « de tout ou rien », mais devant un véritable choix thérapeutique (IPP pleine dose ou demi-dose) ont été des éléments de la réussite de cette action.

**Le partenariat Assurance Maladie-Union régionale des médecins libéraux de Bretagne** a facilité la prise de contact et favorisé l'adhésion des professionnels rencontrés. Ce partenariat se poursuit cette année avec un plan de communication sur ce sujet destiné à l'ensemble des généralistes bretons.

---

<sup>4</sup> Le reflux gastro-oesophagien (RGO) correspond au passage d'une partie du contenu gastrique dans l'œsophage. En pratique clinique, il désigne une affection fréquente, caractérisée par des symptômes et/ou des lésions œsophagiennes en rapport avec ce reflux.

# Nouvelles techniques d'endoprothèses aortiques

## Une évaluation et un suivi indispensables

---

### Contexte

L'anévrisme de l'aorte abdominale est une dilatation de l'aorte qui entraîne le décès du patient dans 80 à 90 % des cas. Cette pathologie grave est assez fréquente, on estime le nombre de patients atteints entre 300 000 et 350 000 personnes. Le traitement de référence est la chirurgie. **L'endoprothèse aortique, utilisée en France depuis 1991, est présentée comme une alternative** aux méthodes classiques. Ses avantages : une moindre perte sanguine et une durée de séjour plus courte en établissement. **L'évaluation complète de cette technique n'avait jamais été réalisée.**

### Etude

L'Assurance Maladie a mené une enquête dans tous les établissements où des endoprothèses étaient susceptibles d'être posées afin d'évaluer la qualité des soins relatifs à cette technique récente et le respect des conditions de prise en charge par l'Assurance Maladie.

Résultats :

- **les référentiels étaient imparfaitement respectés.** Si les contraintes liées à l'environnement et à la qualité du bilan préopératoire sont globalement suivies l'enquête met en évidence le non-respect des recommandations dans les autres domaines parmi lesquels l'information du patient (non retrouvée dans 60 % des cas), la prise en charge (20 % seulement d'actes réalisés dans le cadre d'un protocole d'expérimentation), l'indication médicale (30 % d'inadéquation), la surveillance des patients (une absence totale de surveillance est retrouvée à 1 mois dans 18 % des cas.)...
- **La technique est trop souvent diffusée sans évaluation et en dehors de tout contexte d'expérimentation encadré.** Ainsi sur 2 ans, les professionnels ont posé au moins 627 endoprothèses aortiques pour anévrisme de l'aorte abdominale, en dehors du cadre légal de l'expérimentation, malgré les recommandations de l'Anaes et les conditions de prise en charge par l'Assurance Maladie.

### Actions de l'Assurance Maladie

**Les conclusions de l'enquête ont d'ores et déjà été prises en compte :**

- par la Commission permanente de la nomenclature générale des actes professionnels. Celle-ci souhaite des précisions sur les indications médicales avant de proposer l'inscription de l'acte de pose à la nomenclature ;
- par la Commission d'évaluation des produits et prestations lors de la demande de prise en charge d'une endoprothèse aortique par l'Assurance Maladie. Celle-ci a proposé l'inscription sur la liste des produits et prestations remboursables d'une première endoprothèse, avec précision concernant les indications médicales à remplir.

Cette enquête va, par ailleurs, faire l'objet d'une publication dans la revue scientifique « Journal of vascular surgery ».

### **Des modifications des pratiques sont déjà perceptibles**

Dans la région PACA, une mesure d'impact a été réalisée en 2002, un an après la restitution des résultats. Cette mesure d'impact met en évidence une **amélioration des pratiques** .

Par ailleurs, la diffusion des constats de cette enquête et les échanges qui en ont résulté avec les professionnels ont notamment concouru à la **mise en place d'une étude nationale pour une nouvelle technologie médicale : le stent carotidien** (utilisé dans les sténoses comme alternative à la chirurgie), avant la diffusion de la méthode.

# Stimulation cardiaque

## Des pratiques, des soins, des coûts très disparates

---

### Contexte

Plus de 40 000 stimulateurs cardiaques (*pacemaker*) sont implantés annuellement en France, situant notre pays au troisième rang mondial derrière les Etats-Unis et la Belgique. Afin de garantir des soins de qualité, ce type d'intervention bénéficie d'indications et de conditions de réalisation définies précisément par la Société française de cardiologie.

### Etudes

Deux enquêtes ont été menées par le Service médical de l'Assurance maladie, l'une en Alsace en 2000, l'autre en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) en 2002. Leur objectif : **évaluer les conditions d'implantation des stimulateurs cardiaques au regard des référentiels existants.**

#### Conclusions des études

- **Il est nécessaire de mieux respecter les recommandations de la Société française de cardiologie.**
  - L'activité par centre d'implantation atteignait le seuil minimum recommandé (50 implantations par centre) dans un cas sur deux en Alsace et trois cas sur cinq en PACA.
  - Les conditions d'implantation des stimulateurs étaient satisfaisantes dans moins d'un cas sur deux.

#### En Alsace, d'autre part,

- **Des indications de pose globalement respectées mais un suivi des patients à améliorer.**
  - 7% des implantations ont été estimées inutiles.
  - Un problème de surveillance des malades et du matériel a été mis à jour.
- Des prix des stimulateurs pouvant varier du simple au quadruple (de 1 198 à 5 098 euros).
- Une durée d'hospitalisation variant du simple au triple (de 2,6 à 9,2 jours) non susceptible d'être motivée par une situation particulière susceptible d'interférer dans la durée du séjour.

### Actions de l'Assurance Maladie

Une réflexion menée en concertation avec les professionnels, les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) d'Alsace et de Provence-Alpes-Côte d'Azur et l'Union régionale des caisses d'assurance maladie d'Alsace a été initiée afin de mieux adapter le nombre de sites aux besoins de la population et d'apporter des soins de qualité.

- **En Paca**, l'ARH mène actuellement, en partenariat avec les établissements, une réflexion sur le regroupement des sites d'implantation de stimulateurs cardiaques. Trois centres sur 69 ont arrêté leur activité dans ce domaine.
- **En Alsace**, à la suite de ce travail, deux centres sur 17 ont cessé d'implanter des stimulateurs; un troisième centre a vu son effectif renforcé afin d'améliorer son activité.
- **Au plan national**

Les résultats de ces enquêtes, et notamment le constat selon lequel des progrès doivent

être réalisés en matière de suivi des patients appareillés, ont conduit les ARH à préconiser, dans le cadre du Schéma national d'organisation sanitaire, des **recommandations aux établissements et aux professionnels.**