

*Les interventions de chirurgie fonctionnelle ont pour but de corriger un état physique qui s'altère progressivement, entraînant une gêne fonctionnelle croissante. Cette chirurgie s'adresse essentiellement à des adultes, parfois très âgés. Parmi ces interventions, cette étude en a sélectionné certaines, fréquentes et relatives à plusieurs domaines de la pathologie : les interventions pour adénomes de la prostate, cataractes, hernies de l'aîne, hémorroïdes, troubles de la statique pelvienne, syndromes du canal carpien, varices et les arthroplasties de hanche et de genou. Cela représente plus d'un million de séjours en 1999, soit le quart des séjours chirurgicaux des personnes de 15 ans ou plus. L'augmentation est de 31 % par rapport à 1993, alors que l'activité hospitalière de court séjour n'a progressé que de 11 % dans le même temps. Les différences régionales des taux de recours sont importantes jusqu'à s'écarter de plus de 40 % de la valeur nationale. Elles varient selon les pathologies et s'accompagnent de différences de pratiques, comme un recours plus ou moins important à la chirurgie ambulatoire ou l'utilisation de techniques différentes. Lorsque la pathologie le permet, la fréquence de la chirurgie ambulatoire augmente, de même que les séjours de très courte durée. Les établissements privés occupent une position dominante dans ce type d'interventions.*

**Philippe OBERLIN**

Centre hospitalier de Villeneuve Saint Georges et ENSP-  
Groupe IMAGE

**Marie-Claude MOUQUET**

Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité  
Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées  
DREES

## Les interventions de chirurgie fonctionnelle : une activité programmée importante mais hétérogène

Certaines interventions chirurgicales ont un caractère « quasi obligatoire », qu'il s'agisse de la chirurgie des traumatismes ou de celle des affections potentiellement mortelles : le choix du patient intervient alors peu dans la décision opératoire. À l'inverse, d'autres interventions visent à corriger une gêne subjective, c'est-à-dire inhérente à un état ressenti comme anormal par certains patients mais normal par d'autres. Ce type de demande se rencontre en chirurgie correctrice des anomalies mineures ou en chirurgie esthétique. Entre ces deux extrêmes, de nombreuses interventions ont pour but de restaurer un état fonctionnel altéré, entraînant une gêne objective, parfois quantifiable, susceptible de s'aggraver progressivement. La chirurgie de la cataracte ou celle de l'arthrose de la hanche ou du genou correspondent par exemple à des interventions de ce type. La gêne qu'entraînent ces pathologies dans les actes de la vie quotidienne peut être très importante et les interventions qui ont pour but de la corriger sont au vrai sens du terme des interventions de « chirurgie fonctionnelle ».



Plus largement, le choix des affections retenues pour cette étude tient à leur fréquence et au fait que tous les types d'établissements, publics ou privés<sup>1</sup>, sont amenés à les réaliser. Il s'agit des interventions faites pour traiter les troubles urinaires dus à un adénome de la prostate, les cataractes, les hernies de l'aîne, les hémorroïdes, les troubles de la statique pelvienne<sup>2</sup>, les compressions nerveuses au niveau du poignet (syndrome du canal carpien), pour réaliser l'ablation des varices des membres inférieurs ou le remplacement par une prothèse de l'articulation de la hanche ou du genou détruite par l'arthrose (arthroplastie) [encadré 1]. Elles ont aussi en commun d'être réalisées le plus souvent au moment où la gêne fonctionnelle du patient devient invalidante, et de pouvoir être programmées en fonction des disponibilités des patients et de celles des structures de soins. Elles s'adressent à des adultes dans plus de 99 % des cas. Seules les cures des hernies de l'aîne sont fréquen-

tes chez les enfants de moins de 15 ans (13 %), ce sont donc les séjours des patients de 15 ans ou plus qui ont été retenus pour cette étude.

Le développement de cette chirurgie va en général de pair avec une espérance de vie élevée et une offre de soins suffisante. Avec le vieillissement de la population et l'élévation générale du niveau socioculturel, ces pathologies ne sont plus, en effet, considérées comme la suite logique de l'évolution d'un état physique mais comme une gêne à corriger, ce qui explique l'augmentation de la demande et de l'activité médicale en ce domaine.

Les interventions de chirurgie fonctionnelle de loin les plus nombreuses sont celles de la cataracte (près de 400 000 séjours en 1999). Viennent ensuite les interventions pour varices et pour hernies de l'aîne (environ 180 000 et 140 000 séjours). Les interventions pour syndromes du canal carpien et les arthroplasties de hanche induisent chacune environ

100 000 séjours et les autres pathologies sont responsables de 40 000 à 60 000 séjours chacune (tableau 1).

### *Une chirurgie dont la fréquence augmente rapidement...*

En 1999, l'ensemble de ces interventions a donné lieu à 1 110 100 séjours chirurgicaux de patients de 15 ans ou plus, contre 845 200 en 1993 (+31,3 %). Le quart des séjours chirurgicaux des patients de 15 ans ou plus était donc dû en 1999 à ces interventions. Leur croissance est supérieure à celle de l'activité hospitalière totale de courte durée (MCO) qui, pendant la période 1993-1999, a été de 10,6 %.

Le vieillissement de la population n'explique qu'en partie les variations des taux de recours. En effet, sur l'ensemble de la période 1993-1999, les taux de recours standardisés par sexe et âge (encadré 2), qui permettent de retracer les évolutions indépendamment des modifications des structures démographiques de la population, augmentent pour la plupart des interventions étudiées. Le nombre de séjours pour traitement d'un syndrome du canal carpien a été, par exemple, multiplié par quatre en sept ans. Les autres évolutions notables concernent les séjours pour interventions de la cataracte (+44 %) et pour arthroplasties du genou (+36 %), qui sont des pathologies du vieillissement. De 1993 à 1999, le taux de croissance annuel moyen a été de 25 % pour les syndromes du canal carpien, de 6 % pour les cataractes et de 5 % pour les arthroplasties du genou. Trois autres types d'interventions (arthroplasties de hanche, varices et hernies de

## E•1

### Les différentes pathologies étudiées

**L'adénome de la prostate :** *au cours de la vie, la prostate augmente progressivement de volume, et peut gêner l'émission des urines. Les médicaments peuvent ne pas suffire ; il est alors nécessaire de réséquer la prostate par les voies naturelles en contrôlant le déroulement de l'intervention grâce à une caméra vidéo (résection endoscopique) ou de l'enlever par une incision abdominale (voie ouverte).*

**Les arthroplasties de genou et de hanche :** *le remplacement de l'articulation du genou ou de la hanche par une prothèse est la solution ultime du traitement de l'arthrose lorsque les médicaments sont devenus inefficaces.*

**La cataracte est l'opacification progressive du cristallin au cours du vieillissement. Il n'y a pas de prévention ni de traitement médical efficace. Pour récupérer une vision correcte, il faut enlever le cristallin (destruction par phakoémulsification) et le remplacer par un cristallin artificiel.**

**Les hémorroïdes sont dues à la dilatation des veines de la jonction ano-rectale, entraînant douleurs et saignements, qui ne sont pas toujours supprimés par les médicaments ou les traitements instrumentaux (ligature, sclérose, etc.). Le traitement chirurgical, seul étudié ici, est alors indiqué.**

**Les hernies de l'aîne :** *Les hernies surviennent quand une partie des viscères passe à travers un orifice de la paroi musculaire abdominale et vient se loger sous la peau. Elles se rencontrent le plus souvent au niveau de l'aîne. Le seul traitement efficace est chirurgical, la cure pouvant se faire avec ou sans la mise en place d'une prothèse, celle-ci étant placée par une incision locale (voie ouverte) ou par coelioscopie, technique qui consiste à réaliser la cure en introduisant les instruments à travers la paroi abdominale et en contrôlant le déroulement de l'intervention grâce à une caméra vidéo.*

**Le syndrome du canal carpien :** *C'est la compression d'un des nerfs de la main, entre les os et le ligament annulaire du carpe, qui entraîne douleurs et faiblesse musculaire. On assiste à une augmentation très importante de la fréquence de cette pathologie depuis une dizaine d'années, que l'on n'explique pas totalement. Les efforts répétitifs, comme par exemple les activités de bureautique, en seraient une des causes par les microtraumatismes du poignet qu'elles entraînent. Lorsque les médicaments ou le port d'une attelle sont inefficaces, la section chirurgicale du ligament annulaire permet de décompresser le nerf.*

**Les troubles de la statique pelvienne sont dus à des modifications des rapports anatomiques des organes pelviens (vessie, utérus, rectum) entre eux. Ils sont essentiellement observés chez les femmes chez lesquelles ils entraînent des incontinences urinaires et des prolapsus génitaux (« descentes d'organes ») ; les prolapsus rectaux atteignent aussi les hommes. La correction de ces troubles de la statique est nécessairement chirurgicale.**

**Les varices des membres inférieurs sont dues à une mauvaise circulation veineuse, qui entraîne une dilatation des veines sous-cutanées, douloureuse et inesthétique. Elles sont traitées par les médicaments veinotoniques, les scléroses locales ou l'ablation chirurgicale des veines, qui est étudiée ici.**

1. Les établissements hospitaliers se différencient en fonction de leur mode de financement. Les centres hospitaliers publics et les établissements privés non lucratifs participant au service public hospitalier (PSPH) reçoivent une dotation annuelle globale ; ils sont dénommés dans l'étude « secteur public ou établissements publics ». Les établissements privés à but lucratif sont financés dans le cadre de l'Objectif quantifié national (OQN) ; ils sont dénommés dans l'étude « secteur privé ou établissements privés ».

2. Ce terme recouvre l'ensemble des anomalies de fixation des organes du petit bassin (encadré 1).

l'aine) augmentent de 2 à 4 % par an. À l'inverse, le taux d'incidence des interventions pour adénomes de la prostate et pour hémorroïdes a diminué de 1993 à 1999. En ce qui concerne les troubles de la statique pelvienne, les changements du système de codage, survenus en 1996, rendent difficile l'interprétation des variations du taux d'incidence. Cependant, celui-ci a augmenté d'environ 12 % entre 1998 et 1999, et cela à cause de la brusque augmentation des interventions pour incontinence urinaire.

Le recours à ce type de chirurgie semble augmenter d'autant plus que les pathologies bénéficient d'innovations qui facilitent les techniques opératoires. Pour la cataracte, la phakoémulsification a ainsi fortement simplifié les interventions et les suites opératoires, et la diffusion de cette technique a entraîné un mouvement de « rattrapage ». Pour les troubles de la statique pelvienne, les nouvelles techniques de traitement des incontinenances urinaires par bandelette sous-urétrale expliquent l'importante augmentation récente des interventions. Par contre, le traitement du syndrome du canal carpien n'a pas connu de changement important du mode de prise en charge et l'augmentation du recours à la chirurgie, observée dans tous les pays industrialisés, semble être la conséquence directe de la plus grande fréquence de cette pathologie (encadré 1).

### ... pour une population d'adultes d'âge mûr et de personnes âgées

Les cures de hernies et d'hémorroïdes sont majoritairement pratiquées chez des hommes. Les arthroplasties de genou et de hanche, les interventions pour syndrome du canal carpien et cataracte concernent en revanche surtout les femmes.

Les interventions pour troubles de la statique pelvienne, hernies de l'aine, syndromes du canal carpien, varices ou hémorroïdes sont des interventions qui concernent surtout les patients d'âge mûr. Leur moyenne d'âge reste toutefois inférieure à 60 ans, avec une proportion de patients âgés de moins de 55 ans variant de 39 % à 73 % (tableau 2 et graphique 1a). Les interventions pour syndromes du canal carpien recouvrent deux populations différentes. Entre 35 et 60 ans, les taux d'incidence les plus élevés sont marqués par une très forte

T  
01

### recours des personnes de 15 ans ou plus aux interventions de chirurgie fonctionnelle – évolution 1993-1999

|                                   | 1999              |                                   | Variation 1993-1999 (%) |                                |
|-----------------------------------|-------------------|-----------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
|                                   | Nombre de Séjours | Taux bruts pour 100 000 habitants | Taux Bruts              | Taux Standardisés <sup>1</sup> |
| Adénomes de la Prostate           | 57 200            | 251,6 <sup>2</sup>                | -24,8                   | -26,7                          |
| Arthroplasties de Genou           | 43 700            | 92,2                              | 38,9                    | 36,1                           |
| Arthroplasties de Hanche          | 90 300            | 190,4                             | 28,4                    | 26,5                           |
| Cataractes                        | 399 700           | 843,0                             | 47,7                    | 43,6                           |
| Hémorroïdes                       | 39 300            | 82,9                              | -11,2                   | -13,4                          |
| Hernies de l'Aine                 | 137 800           | 290,6                             | 10,2                    | 8,2                            |
| Syndromes du Canal Carpien        | 101 900           | 214,9                             | 297,2                   | 285,4                          |
| Troubles de la Statique Pelvienne | 62 300            | 131,4                             | -8,1 <sup>3</sup>       | -10,5 <sup>3</sup>             |
| Varices                           | 177 900           | 375,2                             | 19,5                    | 17,3                           |

1. Sur la population de l'estimation localisée de population 1990, les deux sexes réunis, rétropléée à partir du recensement de 1999 de l'INSEE.

2. Pour 100 000 hommes.

3. Ces diminutions sont vraisemblablement surestimées, car le codage de ces actes a été profondément modifié en 1996.

Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES, enquête de morbidité hospitalière 1992-1993 et base nationale PMSI.

E•2

### Sources et définitions

Les résultats présentés dans cet article portent sur les unités de soins de courte durée relevant des disciplines MCO (médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique), à l'exclusion des unités psychiatriques. Ils concernent les patients accueillis en hospitalisation conventionnelle (au moins 24 heures) et chirurgie ambulatoire (moins de 24 heures).

Pour 1993, ils sont issus de l'exploitation de l'enquête de morbidité hospitalière réalisée par le Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (SESI) en 1992-1993, enquête par sondage sur un échantillon de 66 789 séjours représentatifs des patients hospitalisés en France métropolitaine.

Pour 1998 et 1999, ils proviennent d'une exploitation des bases nationales annuelles, publique et privée, constituées dans le cadre du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI). Ces bases sont redressées pour corriger leurs défauts d'exhaustivité calculés par rapport à la Statistique annuelle des établissements (SAE). En 1998, cette exhaustivité est de 95 % pour les établissements sous dotation globale et de 87 % pour les établissements privés. En 1999, l'exhaustivité globale s'élève à 94 %.

Les résultats concernent la France métropolitaine.

Les taux d'incidence correspondent au nombre d'actes réalisés pour 100 000 personnes (synonyme : taux de recours).

Les taux standardisés de recours permettent de réaliser des comparaisons spatiales ou temporelles en supprimant l'effet des différences de structure de sexe et d'âge des populations. Ce sont ceux que l'on observerait dans une population considérée, si elle avait la même structure d'âge qu'une population de référence.

La durée moyenne de séjour est calculée sur les séjours ayant duré au moins 24 heures.

Les séjours sélectionnés sont ceux qui contiennent au moins un des actes chirurgicaux retenus. Ils ont été codés avec le Catalogue des actes médicaux (CdAM) du PMSI édition 1991 pour l'année 1993 et édition 1996 pour les années 1998 et 1999. Ils diffèrent des Groupes homogènes de malades (GHM), unités médico-économiques utilisées par le PMSI.

prédominance des femmes, chez qui le rôle des facteurs hormonaux est démontré dans cette pathologie. Entre 65 et 84 ans, les taux de recours redeviennent comparables pour les deux sexes.

L'âge moyen des patients opérés de la cataracte, d'un adénome de la prostate ou d'une arthroplastie de hanche ou de genou est beaucoup plus élevé, supé-

rieur à 70 ans. Dans ce groupe, où les interventions sont en nombre très réduit jusqu'à 45 ans, la proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus est de 29 % pour les arthroplasties de hanche, de 34 % pour celles de genou et pour les interventions de la prostate ; elle atteint 54 % pour les interventions de la cataracte (tableau 2 et graphique 1b).

T  
02

recours aux interventions de chirurgie fonctionnelle  
selon l'âge en 1999

| Patients de 15 ans ou plus        | Proportion de Femmes (%) | Age Moyen (années) | Proportion de Séjours pour des Patients âgés de (%) |                |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------|---|----------------|
|                                   |                          |                    | 15 à 54 ans   | 75 ans ou plus |
| Adénomes de la Prostate           | ///                      | 70,8               | 3,8   | 34,3           |
| Arthroplasties de Genou           | 67,7                     | 70,4               | 5,7   | 34,1           |
| Arthroplasties de Hanche          | 55,3                     | 67,5               | 14,3  | 29,2           |
| Cataractes                        | 63,0                     | 73,7               | 5,2   | 53,5           |
| Hémorroïdes                       | 43,4                     | 47,0               | 73,0  | 3,6            |
| Hernies de l'Aine                 | 15,1                     | 57,7               | 41,5  | 17,3           |
| Syndromes du Canal Carpien        | 72,8                     | 52,7               | 60,9  | 10,9           |
| Troubles de la Statique Pelvienne | 99,2 <sup>1</sup>        | 59,7               | 38,9  | 15,0           |
| Varices                           | 73,1                     | 51,5               | 59,1  | 4,8            |

1. Dans ce groupe, sont inclus les prolapsus rectaux, qui sont les seuls troubles de la statique pelvienne chez l'homme.

Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES, base nationale PMSI.

**Les établissements privés ont, en matière de chirurgie fonctionnelle, une position dominante**

En 1999, les établissements privés ont réalisé 59,2 % de l'ensemble des séjours chirurgicaux des patients de plus de 14 ans, les centres hospitaliers régionaux (CHR) 14,8 % et les autres établissements publics 26 %. Pour les interventions de chirurgie fonctionnelle étudiées, cette prépondérance est encore plus marquée (tableau 3) puisque les établissements privés réalisent 73,5 % des séjours correspondants tandis que les CHR en réalisent 7,5 % et les autres établissements publics 19 %. On retrouve cette prédominance du secteur privé à des degrés divers pour toutes les interventions. Les établissements privés traitent plus des trois quarts des varices, des cataractes et des syndromes du canal carpien. Ces interventions sont celles qui donnent le plus souvent lieu à une chirurgie ambulatoire (graphique 2). Avec moins des deux tiers des patients traités, c'est pour les troubles de la statique pelvienne et les hernies de l'aine que la part de l'activité des établissements privés est la moins élevée.

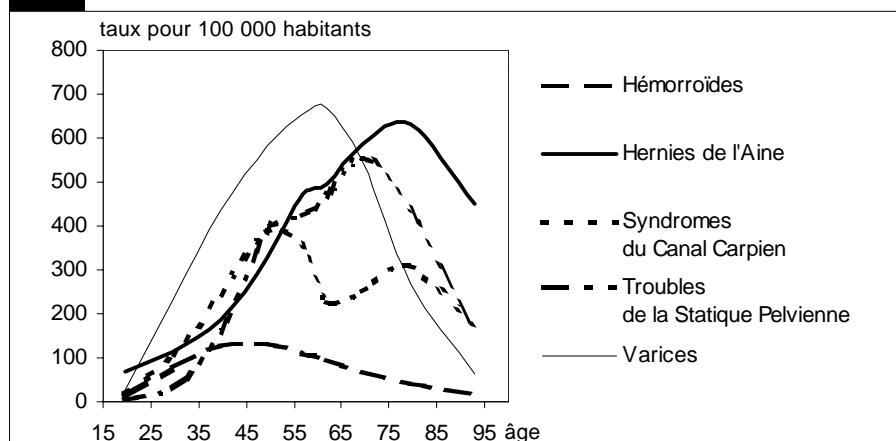
**Des hospitalisations de plus en plus courtes et une augmentation du recours à l'ambulatoire**

Les interventions pour adénomes de la prostate, prothèses articulaires de genou ou de hanche, et troubles de la statique pelvienne ne relèvent pas habituellement de l'activité ambulatoire, mais d'une hospitalisation complète. La durée des séjours correspondants a toutefois diminué depuis 1993 (tableau 4). En 1999, ces interventions donnent lieu à des séjours d'une à deux semaines en moyenne.

Pour les pathologies qui peuvent être traitées en ambulatoire (cataractes, syndromes du canal carpien, hernies de l'aine, varices et hémorroïdes), ce type de prise en charge a augmenté régulièrement de 1993 à 1999 (graphique 2). Il est deux fois plus élevé en 1999 qu'en 1993 pour le traitement des cataractes ou des syndromes du canal carpien. Cependant, comparée au Québec, aux États-Unis ou au Royaume-Uni, la France a une pratique plus faible de la chirurgie ambulatoire. L'Amérique du Nord, notam-

G  
1a

taux de recours selon l'âge en 1999  
interventions de chirurgie fonctionnelle des personnes d'âge actif

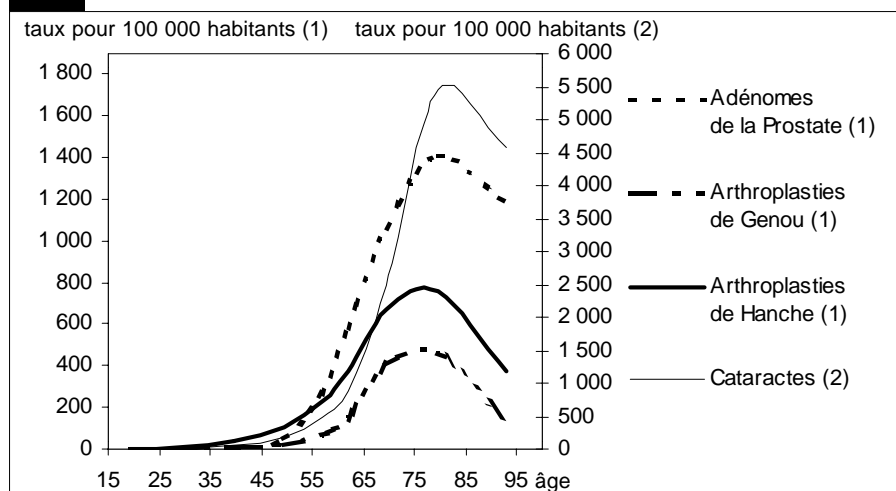


Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES, base nationale PMSI et INSEE, estimations localisées de population.

G  
1b

taux de recours selon l'âge en 1999  
interventions de chirurgie fonctionnelle des personnes très âgées



Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES, base nationale PMSI et INSEE, estimations localisées de population.

**T 03** part des différents types d'établissements  
dans la prise en charge de la chirurgie fonctionnelle

en %

| Patients<br>de 15 ans ou plus                        | Centres Hospitaliers<br>Régionaux |             | Autres<br>Etablissements Publics |             | Etablissements<br>Privés |             |
|--|-----------------------------------|-------------|----------------------------------|-------------|--------------------------|-------------|
|  | 1993                              | 1999        | 1993                             | 1999        | 1993                     | 1999        |
| Adénomes de la Prostate                              | 7,6                               | 10,5        | 20,5                             | 23,3        | 71,9                     | 66,2        |
| Arthroplasties de Genou                              | 14,6                              | 10,1        | 11,5                             | 19,4        | 73,9                     | 70,5        |
| Arthroplasties de Hanche                             | 14,9                              | 10,9        | 17,3                             | 22,5        | 67,8                     | 66,6        |
| Cataractes   | 16,3                              | 7,6         | 12,8                             | 14,9        | 70,9                     | 77,5        |
| Hémorroïdes  | 9,6                               | 5,2         | 24,7                             | 21,9        | 65,7                     | 72,8        |
| Hernies de l'Aine                                    | 7,5                               | 7,6         | 33,7                             | 29,0        | 58,8                     | 63,4        |
| Syndromes du Canal Carpien                           | 4,7                               | 6,3         | 28,7                             | 16,5        | 66,6                     | 77,2        |
| Troubles de la Statique Pelvienne                    | 21,0                              | 11,7        | 27,2                             | 24,5        | 51,8                     | 63,8        |
| Varices  | 3,4                               | 3,5         | 21,9                             | 16,8        | 74,7                     | 79,7        |
| <b>Total</b>   | <b>11,5</b>                       | <b>7,5</b>  | <b>20,6</b>                      | <b>19,1</b> | <b>67,9</b>              | <b>73,4</b> |
| <b>Ensemble des séjours chirurgicaux<sup>1</sup></b> | <b>///</b>                        | <b>14,8</b> | <b>///</b>                       | <b>26,0</b> | <b>///</b>               | <b>59,2</b> |

1. L'enquête réalisée en 1993 ne permet pas de décompter les séjours chirurgicaux de la même manière que dans le PMSI.

Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES, base nationale PMSI.

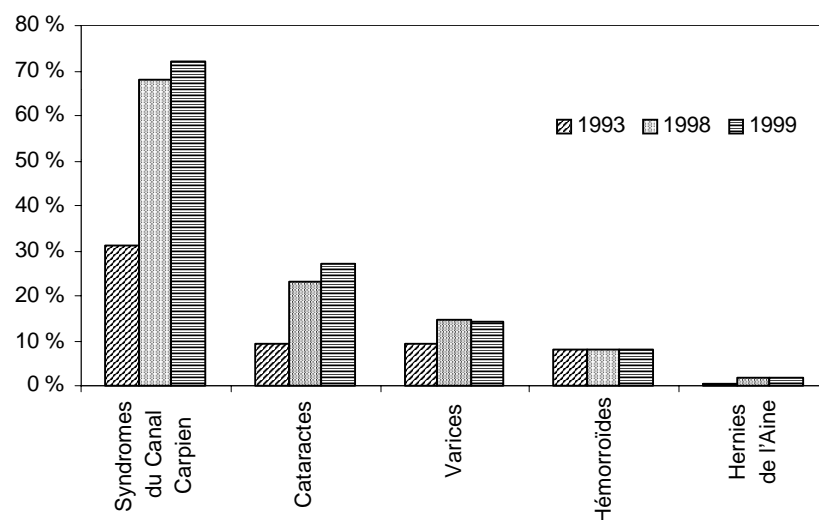
ment, a mené une politique volontariste de développement de l'ambulatoire depuis les années 1990. Seul le taux d'interventions ambulatoires pour syndrome du canal carpien (72 %) est comparable à celui du Québec (80 %).

Les établissements privés utilisent toutefois beaucoup plus que le secteur public les possibilités de l'ambulatoire pour ces interventions : en 1999, ce mode d'hospitalisation concerne près d'un séjour sur trois dans le secteur privé, contre environ un sur six dans le secteur public. Globalement, pour l'ensemble de ces quatre pathologies, la part de l'ambulatoire a été multipliée par trois depuis 1993 et l'augmentation a été relativement plus importante dans les établissements publics non CHR.

Par rapport à 1993, la part de l'activité des établissements privés a d'ailleurs surtout augmenté pour les pathologies où les interventions peuvent être pratiquées en ambulatoire, alors qu'elle a diminué pour celles qui exigent une hospitalisation complète.

Non seulement, la proportion d'interventions faites en ambulatoire pour ces pathologies continue de progresser dans tous les secteurs hospitaliers, mais les très courts séjours (1 et 2 jours) augmentent également. Ainsi, 93 % des patients opérés de la cataracte restent moins de 2 jours à l'hôpital en 1999, alors qu'ils étaient 52 % dans ce cas en 1993. L'évolution est comparable pour les varices (67 % contre 36 %), les hernies de l'aine (14 % contre moins de 5 %) ou les syndromes du canal carpien (95 % contre 85 %).

**G 02** part de la chirurgie ambulatoire  
patients de 15 ans ou plus



Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES, base nationale PMSI.

**T 04** durées moyennes des séjours  
non ambulatoires en jours

| Patients de 15 ans ou plus        | 1993 | 1999 |
|-----------------------------------|------|------|
| Adénomes de la Prostate           | 9,5  | 8,9  |
| Arthroplasties de Genou           | 15,0 | 14,7 |
| Arthroplasties de Hanche          | 16,9 | 14,7 |
| Cataractes                        | 3,2  | 2,0  |
| Hémorroïdes                       | 6,1  | 4,7  |
| Hernies de l'Aine                 | 6,6  | 5,1  |
| Syndromes du Canal Carpien        | 2,5  | 2,1  |
| Troubles de la Statique Pelvienne | 9,6  | 7,4  |
| Varices                           | 3,8  | 2,7  |

Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES, base nationale PMSI.

Pour toutes ces pathologies, la durée moyenne des séjours non ambulatoires ne dépasse pas cinq jours en 1999 (tableau 4).

S'il est certain que la chirurgie ambulatoire va continuer à se développer, cela semble aussi être le cas des très courts séjours, susceptibles d'être accueillis dans des structures spécialisées, comme les hôpitaux de semaine.

### ***D'importantes différences de taux de recours entre les régions...***

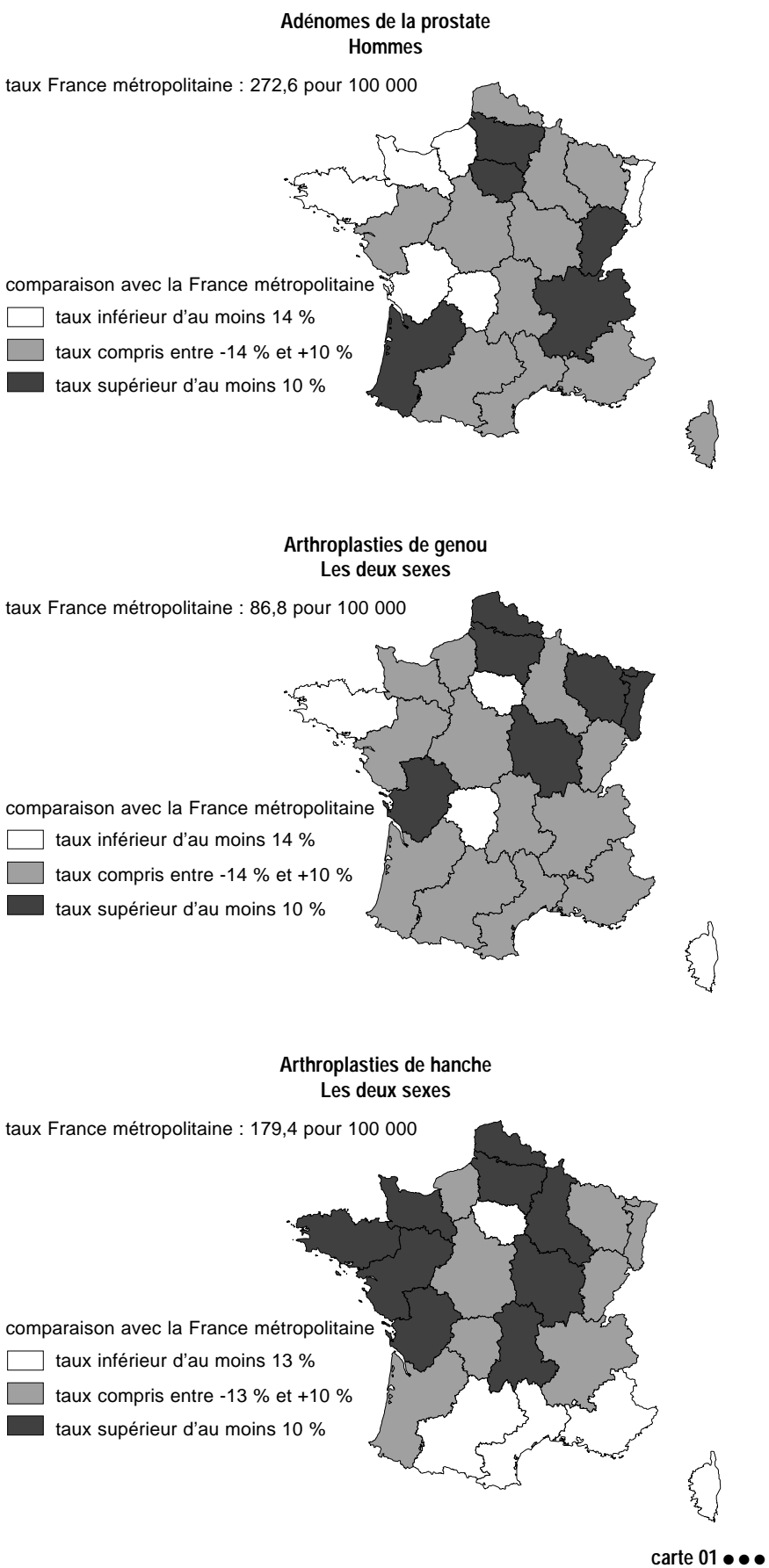
Les taux régionaux standardisés<sup>3</sup> par sexe et âge (encadré 2) de recours à la chirurgie fonctionnelle diffèrent sensiblement selon les pathologies (cartes 1 à 9). Un regroupement des régions en trois classes (recours faible, moyen et fort) pour chaque type d'intervention fait apparaître que les régions Aquitaine, Champagne-Ardenne, Pays de la Loire et Rhône-Alpes ont toujours des taux de recours moyens ou forts. Au contraire, en Haute-Normandie et dans le Limousin, les taux de recours sont, pour toutes les pathologies, faibles ou moyens.

Les variations sont peu importantes pour les cures de hernies de l'aine ( $\pm 10\%$  autour de la moyenne nationale), avec des taux en général plus élevés dans la moitié Est de la France. Les taux standardisés les plus élevés sont observés en Champagne-Ardenne et en Corse, et les plus bas en Basse et en Haute-Normandie.

C'est pour les adénomes de la prostate, les troubles de la statique pelvienne et les cataractes que la dispersion est la plus marquée : les écarts maximums à la moyenne atteignent 20 % à 25 %. Les interventions pour adénome de la prostate sont, en termes de taux standardisés, plus fréquentes en Franche-Comté et en Picardie (+13,5 % et +12,5 %), et plus rares en Alsace et en Haute-Normandie (-17,5 % et -20,4 %). Les interventions pour troubles de la statique pelvienne sont, quant à elles, nombreuses en Franche-Comté (+23,2 %) et plus rares en Corse (-21,2 %). Les interventions liées à la cataracte sont plus souvent pratiquées dans la moitié Sud que dans la

3. Les taux bruts régionaux ne sont pas rapportés dans ce document, mais sont disponibles dans le Document de travail, N° 35, Série Statistiques, DREES, mai 2002.

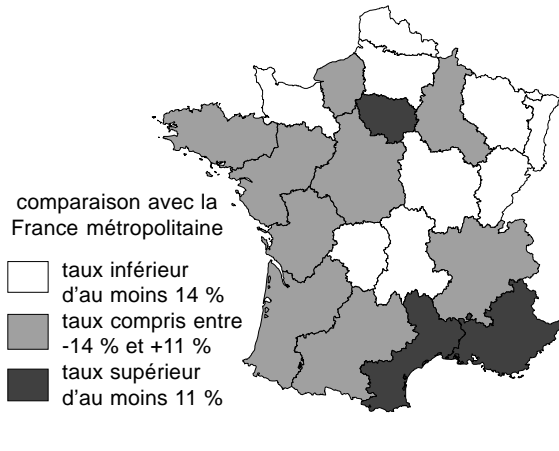
## **C.01** taux régionaux standardisés de recours<sup>1</sup> à la chirurgie fonctionnelle en 1999 des personnes de 15 ans ou plus<sup>2</sup>



●●● carte 01

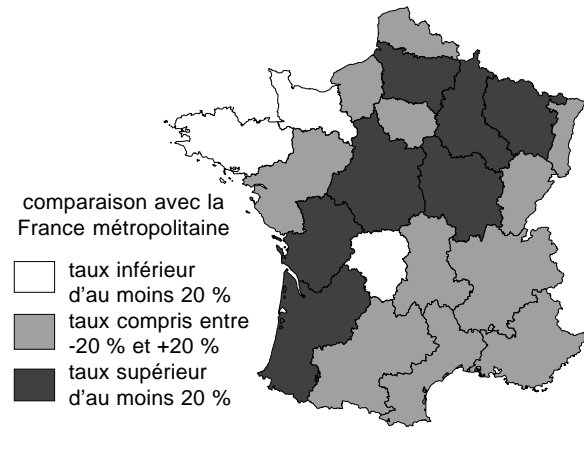
**Cataractes**  
Les deux sexes

taux France métropolitaine : 794,4 pour 100 000



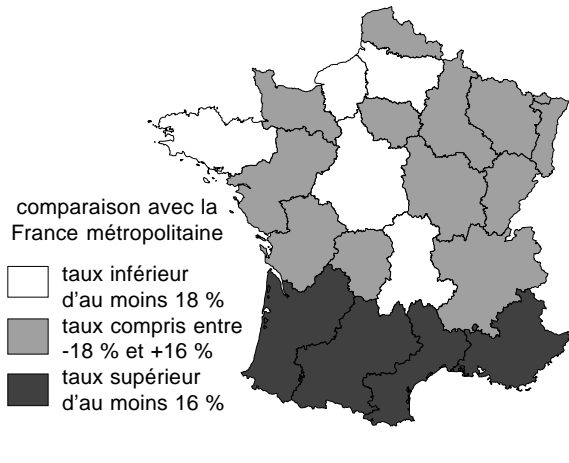
**Syndromes du canal carpien**  
Femmes

taux France métropolitaine : 282,8 pour 100 000



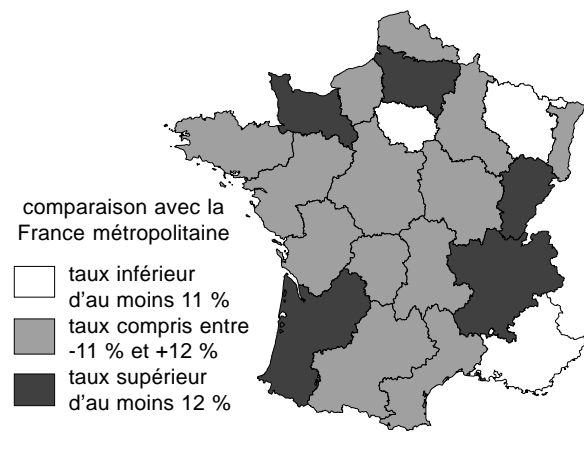
**Hémorroïdes**  
Les deux sexes

taux France métropolitaine : 80,0 pour 100 000



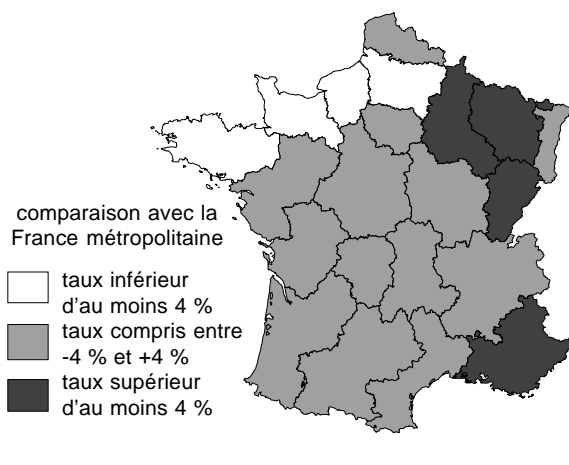
**Troubles de la statique pelvienne**  
Femmes

taux France métropolitaine : 228,0 pour 100 000



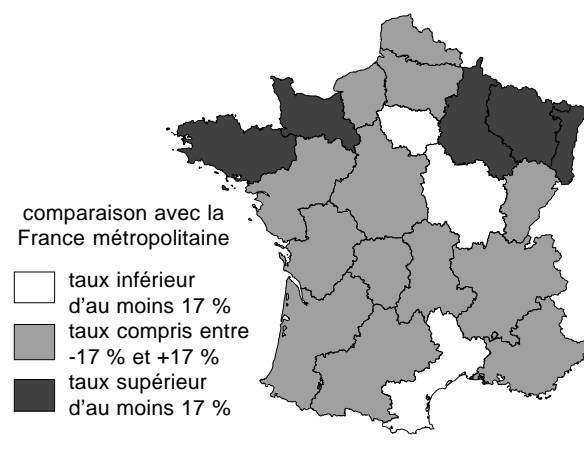
**Hernies de l'aîne**  
Hommes

taux France métropolitaine : 517,1 pour 100 000



**Varices**  
Femmes

taux France métropolitaine : 508,5 pour 100 000



1. Population de référence : estimation localisée de population 1990, les deux sexes, rétroprojetée à partir du recensement de 1999.

2. Dans les pathologies concernant majoritairement ou exclusivement un seul sexe, les incidences régionales ont été calculées pour celui-ci. Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES, base nationale PMSI et INSEE.

moitié Nord de la France. C'est en Provence-Alpes-Côte d'Azur et en Languedoc-Roussillon que les taux régionaux standardisés sont les plus élevés (+24,8 % et +25,3 %) et en Picardie, Nord - Pas-de-Calais et Limousin qu'ils sont les plus bas (-20,2 %, -20,8 % et -23 %).

Pour les autres pathologies, les écarts à la moyenne sont encore plus importants, dépassant 30 %. Ils atteignent, pour les syndromes du canal carpien, +43 % en Bourgogne et en Lorraine, et -39,5 % en Bretagne. Les arthroplasties de genou sont fréquentes dans le Nord - Pas-de-Calais et en Bourgogne (+28,1 % et +28,2 %) alors que les arthroplasties de hanche le sont en Bretagne (+30 %). Les taux de recours pour les interventions pour hémorroïdes sont, comme en ce qui concerne la cataracte, plus élevés dans la moitié Sud de la France, avec un maximum en Provence-Alpes-Côte d'Azur (+21,2 %), les taux les plus bas étaient relevés en région Centre (-30,4 %). En Lorraine et en Basse-Normandie, les taux de recours standardisés pour les varices sont élevés (+32,2 % et +37,5 %) et inversement, ils sont bas en Bourgogne et en Ile-de-France (-19,6 % et -19,8 %).

### ... ayant des origines multiples

Les différences de recours à la chirurgie fonctionnelle d'une région à l'autre peuvent être dues au degré d'incidence des différentes pathologies : ainsi, l'incidence de la cataracte est plus élevée dans les régions les plus ensoleillées et les dysplasies de hanche sont connues pour être plus fréquentes en Bretagne.

Mais elles peuvent aussi être liées à des disparités d'offre de soins. Par exemple, il existe une corrélation positive entre la densité d'ophtalmologistes et le taux d'interventions pour la cataracte. Si cela correspond à des différences d'incidence de cette pathologie, plus élevée en Provence-Alpes-Côte d'Azur ou en Languedoc-Roussillon, plus faible dans le Nord - Pas-de-Calais et en Lorraine, ce n'est pas toujours le cas. Ainsi, le taux de recours élevé observé en Ile-de-France, pourrait en partie être induit par une densité d'ophtalmologistes elle-même très importante. À l'inverse, une faible densité d'ophtalmologistes et un faible taux de recours, qui vont le plus souvent de pair, peuvent aussi refléter des besoins non couverts au niveau de la région.

Ces différences peuvent être également la conséquence des recours à d'autres modes de traitement que la chirurgie, qui sont possibles pour plusieurs pathologies : infiltrations dans le cas du syndrome du canal carpien, traitement médicamenteux de l'adénome de la prostate, des arthroses de hanche ou de genou, traitement instrumental non chirurgical des hémorroïdes ou des varices. En ce qui concerne les interventions du domaine orthopédique (syndromes du canal carpien, arthroplasties de hanche et de genou), il n'existe toutefois pas de corrélation évidente entre la densité de chirurgiens orthopédistes ou de rhumatologues et les taux de recours.

Aucune corrélation évidente n'apparaît également entre les densités d'équipement des différentes régions en plateaux techniques<sup>4</sup> et les taux de recours à la chirurgie.

4. Voir BAUBEAU D., THOMSON E., « Les plateaux techniques liés aux interventions sous anesthésie entre 1999 et 2000 », *Études et Résultats*, n° 189, septembre 2002.

### T.05 proportion de séjours effectués dans les établissements privés sous OQN en 1999

| Patients de 15 ans ou plus résidant en | Adénomes de la Prostate | Arthroplasties de Genou | Arthroplasties de Hanche | Cataractes  | Hémorroïdes | Hernies de l'Aine | Syndromes du Canal Carpien | Troubles de la Statique Pelvienne | Varices     | Ensemble des séjours chirurgicaux des 15 ans ou plus |
|--|-------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------|-------------|-------------------|----------------------------|-----------------------------------|-------------|--|
| Alsace                                 | 51,1                    | 53,5                    | 43,9                     | 52,8        | 56,8        | 40,3              | 42,3                       | 33,3                              | 65,1        | 37,2   |
| Aquitaine                              | 80,0                    | 66,5                    | 64,0                     | 85,7        | 71,3        | 64,7              | 77,7                       | 72,5                              | 75,9        | 63,7   |
| Auvergne                               | 72,8                    | 65,5                    | 65,8                     | 79,9        | 75,6        | 57,7              | 85,9                       | 43,7                              | 76,4        | 58,3   |
| Basse-Normandie                        | 68,9                    | 68,3                    | 68,4                     | 76,7        | 66,2        | 57,7              | 66,8                       | 62,6                              | 84,2        | 54,6   |
| Bourgogne                              | 72,1                    | 75,3                    | 70,2                     | 73,8        | 65,6        | 61,5              | 77,9                       | 69,5                              | 78,3        | 58,9   |
| Bretagne                               | 65,0                    | 75,3                    | 68,3                     | 83,5        | 72,7        | 61,8              | 77,6                       | 64,7                              | 81,8        | 58,6   |
| Centre                                 | 73,1                    | 81,1                    | 76,5                     | 76,0        | 59,7        | 64,8              | 87,2                       | 69,7                              | 87,9        | 60,6   |
| Champagne-Ardenne                      | 63,8                    | 76,6                    | 76,1                     | 87,1        | 80,4        | 71,2              | 81,0                       | 70,9                              | 81,3        | 62,2   |
| Corse                                  | 78,1                    | 89,1                    | 83,2                     | 90,5        | 88,0        | 83,9              | 89,2                       | 65,2                              | 85,9        | 72,2   |
| Franche-Comté                          | 56,0                    | 80,9                    | 75,4                     | 31,8        | 82,5        | 59,8              | 78,4                       | 60,9                              | 74,3        | 48,1   |
| Haute-Normandie                        | 72,1                    | 85,9                    | 77,4                     | 85,0        | 80,9        | 76,4              | 80,7                       | 72,9                              | 86,9        | 64,1   |
| Île-de-France                          | 59,5                    | 67,8                    | 58,5                     | 62,1        | 69,0        | 66,5              | 84,7                       | 62,6                              | 86,3        | 60,1   |
| Languedoc-Roussillon                   | 74,4                    | 78,8                    | 77,5                     | 91,7        | 87,0        | 76,7              | 81,3                       | 74,0                              | 87,7        | 70,1   |
| Limousin                               | 48,3                    | 69,0                    | 62,0                     | 78,5        | 78,7        | 59,0              | 71,0                       | 70,2                              | 82,7        | 56,4   |
| Lorraine                               | 50,7                    | 58,3                    | 55,8                     | 63,8        | 58,0        | 46,1              | 60,7                       | 39,5                              | 63,9        | 44,7   |
| Midi-Pyrénées                          | 83,9                    | 73,0                    | 68,5                     | 87,5        | 86,1        | 70,4              | 77,2                       | 73,7                              | 80,5        | 68,5   |
| Nord - Pas-de-Calais                   | 69,6                    | 63,4                    | 66,9                     | 78,2        | 73,4        | 65,4              | 81,8                       | 61,9                              | 75,5        | 55,5   |
| Pays de la Loire                       | 70,7                    | 76,0                    | 70,9                     | 87,2        | 81,8        | 62,7              | 84,5                       | 75,0                              | 81,9        | 61,3   |
| Picardie                               | 55,3                    | 64,8                    | 60,5                     | 58,3        | 64,0        | 52,1              | 56,9                       | 53,6                              | 67,2        | 46,4   |
| Poitou-Charentes                       | 65,8                    | 77,7                    | 70,9                     | 84,3        | 75,5        | 60,2              | 72,6                       | 67,4                              | 84,0        | 59,5   |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur             | 69,7                    | 76,1                    | 71,2                     | 87,6        | 76,9        | 68,9              | 80,6                       | 66,0                              | 76,6        | 66,0   |
| Rhône-Alpes                            | 57,2                    | 62,0                    | 63,3                     | 79,3        | 69,7        | 58,8              | 78,6                       | 61,6                              | 81,3        | 57,3   |
| <b>France métropolitaine</b>           | <b>66,3</b>             | <b>70,5</b>             | <b>66,6</b>              | <b>77,5</b> | <b>72,8</b> | <b>63,4</b>       | <b>77,2</b>                | <b>63,9</b>                       | <b>79,7</b> | <b>59,2</b>  |

Sources : DREES, base nationale PMSI.



### Des disparités régionales de pratiques chirurgicales

Les différences des taux de recours peuvent enfin être liées à des différences de pratiques sanitaires. Le recours à des techniques telles que la cœlioscopie ou l'endoscopie, en rendant plus simples les suites des gestes chirurgicaux, pourrait contribuer, avec les nouvelles modalités d'hospitalisation (prise en charge ambulatoire ou séjours très courts), à rendre dans certains cas la chirurgie plus attractive pour les patients. Toutefois, bien que le secteur privé utilise plus l'ambulatoire et la cœlioscopie, les différences régionales de part de marché entre les secteurs public et privé (tableau 5) ne permettent pas d'expliquer celles des taux de recours.

La chirurgie de l'adénome de la prostate est un bon exemple de ces différences de pratiques : l'ablation d'un adé-

nome de la prostate peut se faire par voie ouverte ou par endoscopie (encadré 1). L'indication de l'une ou l'autre des techniques s'appuie sur de nombreux facteurs dont la taille de l'adénome. Le pourcentage de résection endoscopique varie selon les régions de 76 % à 93 % (tableau 6). Ces différences pourraient s'expliquer par celles des populations traitées, mais l'âge moyen varie peu selon les régions (68 à 72 ans), même si les patients opérés dans le secteur privé ont en moyenne un an de moins. Il n'existe pas, non plus, au niveau de chacune des régions comme au niveau national, de lien direct entre le statut des établissements et la proportion de résections endoscopiques.

En ce qui concerne les cures de hernies de l'aïne (encadré 1), on sait que les interventions par cœlioscopie sont beaucoup plus fréquentes dans le secteur privé, et qu'elles augmentent régulièrement : en 1999, elles représentaient au total 28,4 % des interventions (17,5 % dans le secteur public et 34,6 % dans le secteur privé), soit une augmentation de 3 % en un an. Les pratiques sont de plus

très différentes selon les régions. La cœlioscopie est utilisée pour 57 % des cures de hernie dans les établissements privés des Pays de la Loire et pour seulement 18,5 % dans ceux de Picardie. Parallèlement, la proportion de cures par cœlioscopie dans les établissements publics varie de 33,9 % en Bretagne à 6,3 % en Midi-Pyrénées<sup>5</sup>.

Pour les pathologies où le recours à la chirurgie ambulatoire est possible (syndromes du canal carpien, cataractes, varices, hernies), la proportion de séjours ambulatoires varie aussi selon les régions et les pathologies (tableau 6). Certaines régions ont plus souvent recours à ce type de prise en charge. Il s'agit de la Provence-Alpes-Côte-d'Azur, du Languedoc-Roussillon, de la Bourgogne et de l'Ile-de-France, alors que la Haute-Normandie, les Pays de la Loire et la Franche-Comté y ont peu recours. Ces différences se retrouvent lorsqu'on regarde l'activité chirurgicale totale de ces régions.

Les différences de pratiques observées dans ces pathologies tiennent ainsi vraisemblablement beaucoup à la forma-

5. Voir OBERLIN P., MOUQUET M.-C., BURGUN A., « Le traitement des hernies de l'aïne en 1998 », *Études et Résultats*, n° 92, novembre 2000.

**T 06** proportion de chirurgie vidéo-assistée ou de chirurgie ambulatoire en 1999

| Patients de 15 ans ou plus résidant en | Chirurgie vidéo-assistée                          |  | Chirurgie ambulatoire |             |                   |                            |             | Ensemble des séjours chirurgicaux des 15 ans ou plus |
|--|---|--|-----------------------|-------------|-------------------|----------------------------|-------------|--|
|  | Cure de hernies de l'aïne par voie coelioscopique | Résections endoscopiques d'adénomes de la prostate | Cataractes            | Hémorroïdes | Hernies de l'Aïne | Syndromes du Canal Carpien | Varices     |  |
| Alsace                                 | 23,6  | 77,0   | 21,1                  | 6,0         | 2,6               | 85,4                       | 13,9        | 18,9   |
| Aquitaine                              | 28,6  | 79,9   | 32,3                  | 11,0        | 3,5               | 63,6                       | 11,3        | 19,1   |
| Auvergne                               | 24,5  | 78,7   | 19,7                  | 6,6         | 0,2               | 81,0                       | 8,2         | 20,4   |
| Basse-Normandie                        | 41,7  | 80,7   | 10,0                  | 7,2         | 0,4               | 61,3                       | 36,9        | 16,7   |
| Bourgogne                              | 34,2  | 84,4   | 22,3                  | 6,9         | 0,7               | 78,8                       | 25,1        | 21,8   |
| Bretagne                               | 44,4  | 88,6   | 19,7                  | 5,4         | 0,9               | 56,3                       | 17,4        | 19,3   |
| Centre                                 | 34,2  | 82,8   | 14,0                  | 5,9         | 2,0               | 71,3                       | 12,1        | 17,5   |
| Champagne-Ardenne                      | 21,9  | 84,2   | 12,5                  | 5,5         | 1,6               | 76,0                       | 15,0        | 17,4   |
| Corse                                  | 24,2  | 87,9   | 19,7                  | 2,3         | 0,1               | 53,9                       | 2,8         | 21,1   |
| Franche-Comté                          | 18,5  | 87,0   | 10,2                  | 1,8         | 0,6               | 65,0                       | 9,4         | 14,0   |
| Haute-Normandie                        | 26,7  | 77,9   | 8,4                   | 9,5         | 0,5               | 64,2                       | 10,8        | 17,0   |
| Ile-de-France                          | 21,6  | 82,2   | 34,1                  | 8,8         | 1,4               | 71,9                       | 17,1        | 24,9   |
| Languedoc-Roussillon                   | 24,9  | 80,8   | 43,5                  | 13,7        | 5,4               | 70,8                       | 18,0        | 23,8   |
| Limousin                               | 24,6  | 79,3   | 40,6                  | 4,2         | 0,3               | 64,8                       | 16,3        | 18,2   |
| Lorraine                               | 18,7  | 84,8   | 14,8                  | 5,8         | 0,2               | 82,1                       | 19,7        | 17,1   |
| Midi-Pyrénées                          | 18,5  | 82,4   | 24,6                  | 12,5        | 1,0               | 62,8                       | 7,2         | 19,5   |
| Nord-Pas-de-Calais                     | 28,4  | 88,7   | 17,7                  | 5,3         | 0,8               | 77,4                       | 8,3         | 19,3   |
| Pays de la Loire                       | 43,3  | 92,8   | 16,2                  | 4,5         | 0,2               | 62,2                       | 9,0         | 17,8   |
| Picardie                               | 14,3  | 89,4   | 20,4                  | 5,3         | 2,5               | 77,9                       | 7,5         | 18,7   |
| Poitou-Charentes                       | 42,0  | 84,8   | 34,2                  | 3,6         | 2,9               | 53,5                       | 7,4         | 18,5   |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur             | 23,6  | 75,7   | 51,3                  | 12,1        | 3,4               | 85,0                       | 13,3        | 27,7   |
| Rhône-Alpes                            | 38,3  | 84,8   | 18,3                  | 5,9         | 2,5               | 76,7                       | 10,8        | 20,3   |
| <b>France métropolitaine</b>           | <b>28,4</b>                                       | <b>83,3</b>  | <b>27,3</b>           | <b>7,9</b>  | <b>1,8</b>        | <b>72,0</b>                | <b>13,8</b> | <b>20,9</b>  |

Sources : DREES, base nationale PMSI.

tion professionnelle et aux pratiques habituelles des médecins. Ces disparités dans les techniques utilisées ne sont pas spécifiques à la France, et elles ont, par exemple, été mises en évidence pour la chirurgie des hernies de l'aine entre les chirurgiens de l'Ouest et de l'Est du Canada ou entre plusieurs hôpitaux d'une même agglomération en Allemagne.

Ainsi, il n'est pas possible, à partir des informations disponibles actuellement, de mettre clairement en évidence des facteurs expliquant les différences régionales de recours et de pratiques dans ces interventions. Cela pose la question de l'efficacité de la régulation des pratiques, qu'elle soit préconisée par les autorités de tutelle ou par les professionnels eux-mêmes. Il est cependant important de suivre l'évolution de la prise en charge de ces pathologies, dont la demande croît du fait du vieillissement d'une population qui désire conserver le plus longtemps possible son autonomie. ●

#### Pour en savoir plus

- BAUBEAU D., BOUSQUET F., JOUBERT M., « Le traitement chirurgical de la cataracte en France : un développement encore limité de la chirurgie ambulatoire », *Études et Résultats*, n° 101, DREES, février 2001.
- BAUBEAU D., THOMSON E., « Les plateaux techniques liés aux interventions sous anesthésie entre 1992 et 2000 », *Études et Résultats*, n° 189, DREES, septembre 2002.
- DESCÔTEAUX J.-G., SUTHERLAND F., *Inguinal Hernia Repair : a Survey of Canadian Practice Patterns. Canadian Journal of Surgery*, 1999 ; 42 : 127-132.
- OBERLIN P., MOUQUET M.-C., BURGUN A., « Le traitement des hernies de l'aine en 1998 : un exemple de la disparité des pratiques », *Études et Résultats*, n° 92, DREES, novembre 2000.
- OBERLIN P., MOUQUET M.-C., « Les interventions faites lorsque les patients ne tolèrent plus une gêne fonctionnelle ». *Enquête de morbidité hospitalière 1992-1993 et bases nationales PMSI 1998 et 1999*, Document de travail, n° 35, *Série Statistiques*, DREES, mai 2002.
- SOURTY-LE GUELLEC M.-J., « La chirurgie ambulatoire : potentiel de développement pour 17 gestes marqueurs », *Questions d'économie de la santé*, n° 50, CREDES, avril 2001.
- WENTE M.-N., WALECZEK H., WENNING M.-W., *Ergebnisse der Chirurgischen Qualitätssicherung in Westfalen-Lippe. Leistenhernienreparation 1993 bis 1997: Regionale Veränderungen der Operationstechnik in Westfalen-Lippe unter besonderer Berücksichtigung der laparoskopischen Technik. Zentralblatt für Chirurgie*, 2000 ; Sup2 : 208-10.
- Indicateurs socio-sanitaires comparaisons internationales évolution 1980-1994, SESI, ministère des des Affaires sociales, du travail et de la solidarité (pour la France) et DIRIS, ministère de la Santé et des Services sociaux (pour le Québec), 1997.
- Site Internet : [www.le-pmsi.fr](http://www.le-pmsi.fr)

## *Études et Résultats* derniers numéros parus

- Dominique Demailly, Jacques Bouchoux et Jean-Luc Outin : « *Les contrats d'insertion du RMI : pratiques des institutions et perceptions des bénéficiaires* », Études et résultats n° 193, septembre 2002.
- Marie-Claude Mouquet, Hervé Villet, Gérard Badéyan, Alain Trugeon et Danièle Fontaine : « *Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné* », Études et résultats n° 192, septembre 2001.
- Roselyne Kerjosse : « *L'allocation personnalisée d'autonomie au 30 juin 2002* », Études et résultats n° 191, septembre 2002.
- Laurent Caussat, Jean-Pierre Dupuis : « *Les prestations sociales en 2001* », Études et résultats n° 190, septembre 2002.
- Dr Dominique Baubeau, Édith Thomson : « *Les plateaux techniques liés aux interventions sous anesthésie entre 1992 et 2000 – Une évolution contrastée, reflet de la spécialisation croissante des secteurs public et privé* », Études et résultats n° 189, septembre 2002.
- Valérie Paris, Thomas Renaud, Catherine Sermet : « *Des Comptes de la santé par pathologie – Un prototype sur l'année 1998* », Études et résultats n° 188, septembre 2002.
- Annie Fénina : « *Les Comptes de la santé en 2001* », Études et résultats n° 187, septembre 2002.
- Nathalie Dutheil : « *Les aidants des adultes handicapés* », Études et résultats n° 186, août 2002.
- Marie Anguis, Chantal Cases, Pierre Surault : « *L'évolution des suicides sur longue période : le rôle des effets d'âge, de date et de génération* », Études et résultats n° 185, août 2002.
- Nelly Gouider : « *La conjoncture des établissements de santé publics et privés en 2001 – Résultats provisoires* », Études et résultats n° 184, juillet 2002.
- Nicole Coëffic : « *Les montants des retraites perçues en 2001 : en moyenne 1 126 euros bruts par mois pour les 60 ans et plus* », Études et résultats n° 183, juillet 2002.
- Denis Raynaud : « *Les déterminants individuels des dépenses de santé* », Études et résultats n° 182, juillet 2002.
- Magali Coldefy, Patricia Faure, Nathalie Prieto : « *La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux* », Études et résultats n° 181, juillet 2002.
- Claire Baudier-Lorin et Benoît Chastenet : « *Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2001* », Études et résultats n° 180, juillet 2002.
- Bénédicte Boisguérin : « *La CMU au 31 mars 2002* », Études et résultats n° 179, juillet 2002.
- Roselyne Kerjosse : « *L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 mars 2002* », Études et résultats n° 178, juin 2002.
- Bureau des établissements de santé avec la collaboration de Frédéric Bousquet et de Namik Taright : « *L'activité des établissements de santé en 2000 : des évolutions diverses selon les secteurs hospitaliers* », Études et résultats n° 177, juin 2002.
- Blanche Le Bihan avec la collaboration de Claude Martin, Marie-Ève Joël et Anaïs Colombini : « *La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède : une étude de cas-types* », Études et résultats n° 176, juin 2002.
- Catherine Bac et Gérard Cornilleau : « *Comparaison internationale des dépenses de santé : une analyse des évolutions dans sept pays depuis 1970* », Études et résultats n° 175, juin 2002.

### **Pour obtenir *Études et Résultats***

Écrire au ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, secrétariat de rédaction de la DREES, 11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon, 75696 Paris cedex 14 ● Envoyer une télécopie au 01 40 56 88 00 ● Consulter l'intégralité des textes sur le site Internet du ministère [www.sante.gouv.fr/htm/publication](http://www.sante.gouv.fr/htm/publication)

Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité  
Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées

11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon  
75696 Paris cedex 14

Pour toute information sur nos publications récentes :

**Internet :** [www.sante.gouv.fr/htm/publication](http://www.sante.gouv.fr/htm/publication)

Tél. : 01 40 56 81 24

- un hebdomadaire :

### **Études et Résultats**

**consultable sur Internet**

*abonnement gratuit à souscrire auprès de la DREES*

*télécopies : 01 40 56 80 38*

*[www.sante.gouv.fr/htm/publication](http://www.sante.gouv.fr/htm/publication)*

- trois revues trimestrielles :

### **Revue française des affaires sociales**

*revue thématique*

*dernier numéro paru :*

« Éthique médicale et biomédicale » Débats, enjeux, pratiques  
n° 3, juillet-septembre 2002

### **Dossiers Solidarité et Santé**

*revue thématique*

*derniers numéros parus :*

« Comparaisons internationales », n° 3, juillet-septembre 2002

« La tarification à la pathologie – les leçons de l'expérience étrangère »,  
Actes du colloque du 7 et 8 juin 2001, Hors série, juillet 2002

### **Cahiers de recherche de la MiRe**

- des ouvrages annuels :

### **Annuaire des statistiques sanitaires et sociales**

### **Données sur la situation sanitaire et sociale en France**

- et aussi...

### **Chiffres et indicateurs départementaux, édition 1998**

### **Indicateurs sociosanitaires**

### **comparaisons internationales - évolution 1980-1994**

(Allemagne, Canada, États-Unis, France, Québec, Royaume-Uni)

### **Chiffres repères sur la protection sociale dans les pays de l'Union européenne**

### **STATISS, les régions françaises**

*Résumé des informations disponibles dans les services statistiques des DRASS*

**consultable sur Internet :**

[www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm](http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm)

Les revues et ouvrages sont diffusés par la Documentation Française

29, quai Voltaire - 75344 Paris cedex 07

tél. : 01 40 15 70 00

**Internet :** [www.ladocfrancaise.gouv.fr](http://www.ladocfrancaise.gouv.fr)