

Estimation du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire

L'exemple des cures de hernies inguinales ou crurales

Olivier Busson, Anne Doussin, Marie-Jo Sourty-Le Guellec

avec la collaboration :

- ◆ du Docteur Jean Mireault, Association des Hôpitaux du Québec
- ◆ des Docteurs Alain Corvez, Hélène Logerot, Jean-Patrick Sales, François Venutolo, membres du comité de pilotage de cette étude

Rapport n° 494 (biblio n° 1303)

Mai 2000

ISBN : 2-87812-259-3

Remerciements

Nous tenons à remercier :

- ◆ les membres du comité de pilotage :
 - *Alain CORVEZ*, médecin chargé de mission, Agence Régionale de l'Hospitalisation du Languedoc-Roussillon ;
 - *Hélène LOGEROT*, Praticien Hospitalier, service d'épidémiologie et de santé publique, CHU du Kremlin-Bicêtre (94) ;
 - *Jean-Patrick SALES*, Chirurgien des Hôpitaux, service de chirurgie générale, CHU du Kremlin-Bicêtre (94) ; Président de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA) ;
 - *François VENUTOLO*, Praticien Hospitalier, anesthésiste-réanimateur, chef de service (soins ambulatoires et consultations externes), Centre Hospitalier de Gonesse (95) ;

pour leur confiance, leur disponibilité et nos discussions fructueuses et animées qui font de cette étude un réel travail de collaboration.

- ◆ *Edwige MASSON* (CNAMTS) pour sa disponibilité et son aide efficace ;
 - ◆ *Laure COM-RUELLE, Nathalie MEUNIER, Fabienne MIDY et Dominique POLTON* pour leur relecture critique ;
 - ◆ *Cécilia CHOPIN et Franck-Séverin CLEREMBAULT* pour la composition et la mise en page de ce rapport.
-

Sommaire

Sommaire

INTRODUCTION.....	11
1. MATERIEL ET METHODE.....	17
1.1 Principe méthodologique	17
1.2 Choix des actes	17
1.3 Champ de l'étude et « état des lieux »	18
2. CRITERES D'EXCLUSION DU POTENTIEL DE DEVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE	25
3. POTENTIEL DE DEVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE	31
3.1 Comparaison France-Québec	33
3.2 Variations des critères d'exclusion : conséquences sur les indicateurs	34
ANNEXE 1	
CURES DE HERNIES INGUINALES OU CRURALES REALISABLES EN AMBULATOIRE	49
ANNEXE 2	
PATHOLOGIES EXCLUANT DU POTENTIEL DE DEVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE	48
LISTE DES TABLEAUX	53
LISTE DES GRAPHIQUES	52

Introduction

Introduction

Dans les pays industrialisés, au cours des dix dernières années, la mise en place de politiques d'alternatives à l'hospitalisation a favorisé le développement de la chirurgie ambulatoire. En France, le mouvement a débuté dans le secteur privé et s'étend au secteur public. Cependant, le taux de chirurgie ambulatoire reste inférieur à ceux d'autres pays, en particulier les pays anglo-saxons¹, où, pour de nombreux actes, la chirurgie ambulatoire est devenue pratique courante. Pour un groupe d'actes de référence vis-à-vis de la chirurgie ambulatoire, définis par l'IAAS, en 1997 en France, un peu plus d'un séjour sur 3 a lieu en ambulatoire ; en 1998, ce taux est de 79 % au Canada, 63 % aux Pays-Bas, 62 % en Nouvelle-Zélande et 93 % aux Etats-Unis^{1,2}.

Afin d'aider au développement et à l'optimisation de ce mode de prise en charge, une méthode originale a été développée par l'Association des Hôpitaux du Québec (AHQ). Pour répondre aux établissements hospitaliers qui souhaitaient disposer d'outils spécifiques de gestion, l'AHQ a conçu les programmes « OPTIMAH » (Optimisation de l'Information pour le Monitoring de l'Activité Hospitalière). Dans ce cadre, « la trousse d'appréciation du potentiel de développement en chirurgie d'un jour » a été publiée³. **C'est un outil méthodologique destiné et adaptable à chacun des établissements hospitaliers qui souhaite évaluer son propre potentiel de développement en chirurgie ambulatoire, comparer sa pratique à celle d'autres établissements et estimer les économies qui résulteraient d'une utilisation plus intensive de ce mode de prise en charge.** L'idée maîtresse est qu'un centre hospitalier, même s'il offre déjà des services de chirurgie ambulatoire, peut encore chercher à améliorer ses performances en essayant d'utiliser au maximum son potentiel. C'est un outil incitatif et non un instrument de contrôle de l'activité des établissements, son utilisation n'a aucun caractère d'obligation. Les estimations sont proposées pour 35 actes ayant un fort potentiel de développement de l'activité de chirurgie ambulatoire. La diffusion de cette « boîte à outils » a débuté en 1991 et a probablement contribué à l'expansion de la chirurgie ambulatoire au Québec. Depuis lors, celle-ci n'a cessé de se développer, le taux d'admission en chirurgie ambulatoire est passé de 53 % à 87 % pour l'ensemble des actes concernés par la méthode (Cf. Tableau n° 1).

Dans le cadre d'une collaboration avec l'AHQ, le CREDES a eu l'occasion d'étudier cette méthode, ce qui a donné lieu à une publication conjointe⁴. L'opportunité de son application pratique sur des données françaises s'est présentée dès lors que l'on disposait de la base nationale 1997 du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information des hôpitaux (PMSI). L'objet de cette note est donc d'exposer le développement d'une application de la méthode de l'AHQ à des données françaises, limitées aux cures de hernies inguinales ou crurales enregistrées dans le PMSI. Le tableau 1 résume les résultats obtenus au Québec, depuis l'implantation de la « trousse », pour l'ensemble des actes de référence et plus spécifiquement pour les cures de hernies inguinales ou crurales.

¹ DE LATHOUWER C., POUILLER J.-P., *Ambulatory Surgery in 1994-1995 : The state of the art in 29 OECD countries.* - *Ambulatory Surgery 6 (1998)* p 43-55. Elsevier Science B.V.

² DE LATHOUWER C., *Chirurgie Ambulatoire en Belgique : Evaluation du potentiel de substitution de l'hospitalisation traditionnelle sur base de statistiques internationales.* - *L'Hôpital Belge (1998)* p.19-23.

³ BOYLE P., NADEAU D., FRAMARIN A., *Programmes OPTIMAH, Association des hôpitaux du Québec : La chirurgie d'un jour : peut-on en faire plus ?* Trousse d'appréciation du potentiel de développement en chirurgie d'un jour. 2^{ème} édition, Juin 1995.

⁴ BOCOGNANO A., MIREAULT J., SOURTY-LE GUELLEC M.-J., *Développer la chirurgie ambulatoire : l'exemple du Québec.* CREDES - AHQ, n° 1191, Novembre 1997.

Tableau n° 1
Évolution du taux d'admissions en chirurgie ambulatoire au Québec
depuis l'existence de la « Trousse d'appréciation du potentiel de développement en chirurgie d'un jour »

Actes	Taux annuel d'admissions en chirurgie « d'un jour » (%)							accroissement 92-98
	91/92	92/93	93/94	94/95	95/96	96/97	97/98	
Cure de hernie inguinale et/ou crurale (pédiatrie)	57	66	62	71	80	85	87	1,5
Cure de hernie inguinale et/ou crurale (adultes)	8	11	14	20	37	53	66	8,3
Ensemble des actes marqueurs	53	57	59	66	77	83	87	1,6

source : Association des Hôpitaux du Québec

L'objectif n'est pas d'établir des normes ou des niveaux de performance à atteindre en matière de taux d'utilisation de la chirurgie ambulatoire. Il s'agit plutôt d'essayer d'aider les professionnels, qui souhaitent développer cette pratique, grâce à un outil méthodologique qui leur fournit des indicateurs simples à estimer comme à interpréter. Il est bien entendu que cet outil apporte une information quantitative sur les possibilités de développement de la chirurgie ambulatoire sans considération relative à l'organisation et à la technicité qui doivent être adaptées à cette prise en charge.

Il ne s'agit pas non plus d'appliquer telle quelle la méthode « OPTIMAH » mais de l'adapter, tout en gardant le principe d'estimation du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire. Les calculs fournissent une estimation de ce qui aurait pu se faire en ambulatoire, compte tenu de critères de « contre-indication relative » à ce mode de prise en charge (ou critères d'exclusion du potentiel). Ces critères sont repérés rétrospectivement dans un système d'information. Ils sont uniquement relatifs aux patients et à leur séjour. Ils ne doivent pas être assimilés aux critères de contre-indication recherchés par les médecins, avant l'intervention, pour proposer ou non au malade une prise en charge ambulatoire.

Le travail réalisé et présenté répond à plusieurs objectifs :

- ◆ adapter la méthode de l'AHQ :
 - ⇒ définir des critères d'exclusion du potentiel de chirurgie ambulatoire, relatifs aux patients et à leur séjour, accessibles dans le PMSI ;
 - ⇒ apprécier la pertinence de ces critères à partir des données enregistrées dans la base 1997 du PMSI ;
 - ⇒ estimer les indicateurs de potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire définis par la méthode québécoise ;
- ◆ évaluer la sensibilité de la méthode :
 - ⇒ comparer les résultats obtenus en faisant varier les critères d'exclusion retenus.

A la suite de cette dernière approche, nous discuterons des limites de la méthode dans le contexte français, mais également des possibilités de développement offertes pour évaluer quantitativement ce qu'est et pourrait être la chirurgie ambulatoire en France.

Cette présentation est une ouverture au débat et à la réflexion. Les résultats peuvent et même doivent être discutés.

La chirurgie ambulatoire

Par **chirurgie ambulatoire**, on entend les actes chirurgicaux programmés et réalisés dans des conditions techniques nécessitant la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance post-opératoire en salle de réveil, permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission⁵.

C'est une chirurgie :

- ◆ destinée à des patients sélectionnés : avec un score ASA⁶ 1, 2 ou 3 stabilisé ; en principe âgés d'au moins 6 mois ; accompagnés pour le retour à domicile, surveillés la nuit suivant l'intervention, ayant le téléphone, résidant à moins d'une heure de transport de l'hôpital le plus proche ; ayant un niveau de compréhension leur assurant une bonne autonomie ;
- ◆ d'un jour : la sortie est prévue au maximum 12 heures après l'admission, donc le patient n'est plus présent à minuit le jour de l'intervention ;
- ◆ qualifiée et substitutive : elle remplace une chirurgie pratiquée auparavant en hospitalisation traditionnelle, dite « complète » ;
- ◆ avec anesthésie ;
- ◆ programmée, du fait de l'organisation qu'elle impose ;
- ◆ à suites simples, avec un faible risque hémorragique, à douleur post-opératoire facilement contrôlable ;
- ◆ réalisée dans une structure spécifique : légalement déclarée et adaptée, tant d'un point de vue organisationnel qu'architectural, comportant un nombre de places (et non de lits) autorisées.

C'est une pratique de la chirurgie correspondant à un concept organisationnel avec une prise en charge du patient et des règles de sécurité spécifiques.

Cadre juridique :

- ◆ loi hospitalière du 31 juillet 1991 ;
- ◆ décrets du 2 octobre 1992 et du 31 mai 1999.

État des lieux :

- ◆ au 31 décembre 1997, d'après les données de SAE, environ 1 000 établissements ont une structure d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire et offrent, au total, plus de 6 800 places, soit, en moyenne, 1 place pour 10 lits d'hospitalisation complète dans le secteur privé non PSPH, 1 place pour 35 lits dans le secteur privé PSPH et 1 place pour 50 lits dans le secteur public⁷.
- ◆ en 1997, d'après les données du PMSI, un peu plus d'un quart des séjours (27 %) sont classés dans des GHM chirurgicaux, parmi ceux-ci **23 %** font partie de la CM 24 donc considérés réalisés en ambulatoire, **17 %** pour le secteur **public** (établissements publics et PSPH), **27 %** pour le secteur **privé**. Le taux atteint 36 % pour 18 groupes d'actes de référence (sélection de l'Association Internationale de Chirurgie Ambulatoire⁸).

⁵ Définition issue de la Conférence de Consensus de Mars 1993, réalisée sous l'égide de la Fondation de l'Avenir, et reprise dans « La Chirurgie Ambulatoire », ANDEM, Avril 1997.

⁶ Score de l'American Society of Anaesthesiologists : ASA 1 : aucune anomalie systémique ; ASA 2 : maladie systémique non invalidante ; ASA 3 : maladie systémique invalidant les fonctions vitales ; ASA 4 : maladie systémique sévère avec menace vitale permanente ; ASA 5 : moribond.

⁷ DEVILLE A., LESDOS-CAUHAPE C., *L'activité des Hôpitaux en 1997 et 1998*. Etudes et Résultats, DREES, n°24, juillet 99, p.1-8

⁸ DE LATHOUWER C., POUILLER J.-P., *Ambulatory Surgery in 1994-1995 : The state of the art in 29 OECD countries*. - Ambulatory Surgery 6 (1998) p 43-55. Elsevier Science B.V.

Le PMSI

ou Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

Le PMSI est un outil médico-économique conçu, à des fins budgétaires, pour décrire l'activité des établissements de soins, qu'ils soient publics ou privés. Les établissements ont du le mettre en place suite à la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (Loi n°91-748 Art. L. 710-5 du Code de la Santé Publique). Cette obligation a concerné d'abord les établissements publics, les établissements privés participant au service public hospitalier puis les autres établissements privés. Seuls les établissements publics de moins de 100 lits en sont dispensés, soit 98 centres hospitaliers qui représentent 2 % de l'activité du secteur sous dotation globale.

A l'heure actuelle, le PMSI concerne les séjours de Médecine, de Chirurgie, et d'Obstétrique (MCO) des établissements hospitaliers. Les informations sont recueillies pour chaque séjour et synthétisées en un « Résumé de Sortie Anonyme » (RSA) comprenant les caractéristiques du patient, le diagnostic principal (c'est-à-dire la pathologie ayant mobilisé le plus de ressources au cours du séjour), les diagnostics associés, les actes réalisés, le mode d'entrée et le mode de sortie de l'établissement. A partir de ces informations, un algorithme de classement informatisé affecte chaque séjour à un Groupe Homogène de Malades (GHM) réunissant des séjours présentant des similitudes médicales et des coûts proches.

Près de 15 millions de séjours sont décrits dans la base PMSI 1997, quasiment tout le champ des hospitalisations en MCO est couvert. Il faut néanmoins l'utiliser avec prudence :

- ◆ les RSA des établissements publics ne comprennent pas d'identifiant « patient » donc, le fait que plusieurs séjours concernent éventuellement un seul et même patient n'est pas repérable ;
- ◆ le recueil des séjours est quasi-exhaustif dans les établissements publics, mais comporte environ 80 % des séjours dans les établissements privés, pour sa première année de montée en charge. L'activité globale est donc sous-estimée avec un risque de biais de sélection si les séjours non enregistrés diffèrent de ceux présents dans la base ;
- ◆ le niveau de précision de l'information collectée est très hétérogène d'un établissement à l'autre du fait de l'absence d'obligation de recueil systématique pour les pathologies comme pour les actes relatifs à un séjour. Cependant, de nombreux actes chirurgicaux participent au classement des séjours dans les GHM et sont donc recueillis.

1. Matériel et méthode

1. Matériel et méthode

1.1 Principe méthodologique

A partir des données enregistrées en 1997 dans les bases du PMSI des secteurs privé et public, nous déterminons, rétrospectivement, le nombre de séjours :

- ◆ de 24 heures et plus ;
- ◆ au cours desquels a été pratiquée une intervention chirurgicale pour hernie(s) inguinale(s) ou crurale(s) ;
- ◆ qui auraient pu être réalisés en moins de 24 heures, c'est-à-dire qui ne présentent aucun critère d'exclusion du potentiel de chirurgie ambulatoire.

En comparant ce nombre à celui des hospitalisations effectivement réalisées en ambulatoire, on peut calculer deux indicateurs :

- ◆ le taux espéré de chirurgie ambulatoire, égal à la proportion de ce qui pourrait se faire en chirurgie ambulatoire par rapport au total des cas traités ;
- ◆ le taux de réalisation du potentiel, égal à la proportion de ce qui se fait effectivement en chirurgie ambulatoire par rapport à ce qui pourrait se faire.

Nous déterminons également le nombre de journées d'hospitalisation qui auraient pu être épargnées.

L'estimation est faite sur des données nationales, mais la méthode est applicable localement, par secteur géographique ou par établissement.

Ce principe méthodologique est conforme à la méthode de l'AHQ. Cependant, nous ne disposons pas des mêmes bases de données, donc des mêmes informations que celles disponibles dans le cadre du programme OPTIMAH. De plus, les conditions d'exercice des équipes chirurgicales, leurs habitudes et les formations diffèrent entre les deux pays. Pour ces deux raisons, la principale difficulté liée à l'application du principe méthodologique, tel qu'il est décrit ci-dessus, réside dans la détermination des critères d'exclusion du potentiel de chirurgie ambulatoire. Les options retenues sont détaillées ci-dessous.

1.2 Choix des actes

Dans un premier temps, nous nous limitons aux cures de hernie(s) crurale(s) ou inguinale(s) choisies pour 3 raisons :

- ◆ elles correspondent à une chirurgie ambulatoire réellement qualifiée et substitutive (groupe 2 ou 3 de la typologie de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire⁹) ;
- ◆ leur réalisation en ambulatoire est pratique courante dans d'autres pays, par exemple, elle est quasi-généralisée aux Etats-Unis (88 %) ¹⁰ et concerne les deux tiers des séjours au Québec (Cf. Tableau n° 1) ;

⁹ « La notion d'actes marqueurs d'une chirurgie ambulatoire qualifiée et substitutive » in AFCA 1996 : congrès de Limoges, Notion d'actes marqueurs, L'accréditation australienne. 1997, p.616-659.

¹⁰ DE LATHOUWER C., *Chirurgie Ambulatoire en Belgique : Evaluation du potentiel de substitution de l'hospitalisation traditionnelle sur base de statistiques internationales.* - L'Hôpital Belge (1998) p.19-23.

- ♦ elles représentent une part relativement importante de l'activité chirurgicale en France, intéressant, à des degrés divers, toutes les classes d'âge (Cf. Graphique n° 1).

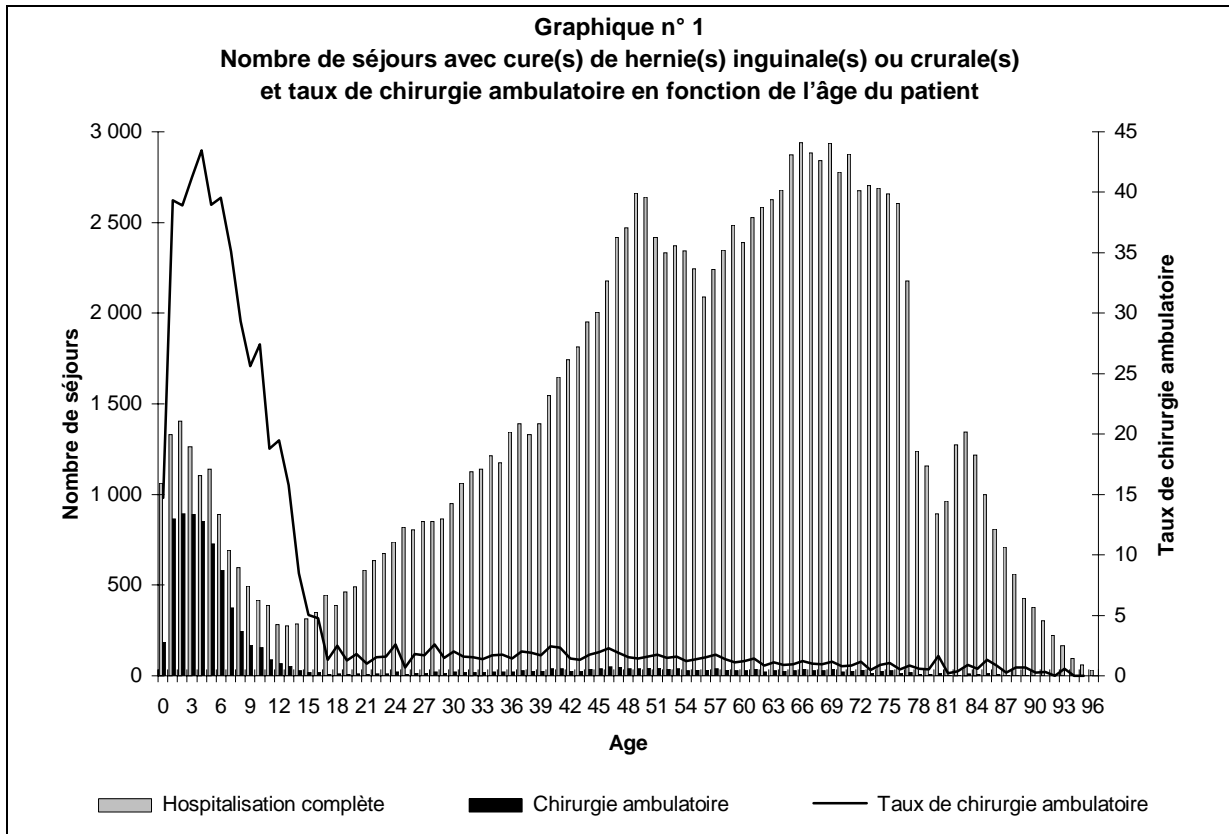
Les hernies sont des masses circonscrites formées par un organe ou une partie d'organe, sorti de la cavité qui le contient normalement, par un orifice naturel ou accidentel. Les hernies inguinales et crurales sont des hernies intestinales palpables, parfois visibles, grossièrement au niveau de l'aîne. La hernie inguinale traverse la paroi musculaire abdominale en suivant le canal inguinal. Elle est, soit congénitale (typiquement hernie du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte jeune), soit acquise, due à une faiblesse des structures de la paroi abdominale (typiquement hernie de l'homme adulte ou âgé). La hernie crurale est une hernie acquise (ou « de faiblesse ») qui passe à travers l'anneau crural, elle est plus fréquente chez la femme âgée.

1.3 Champ de l'étude et « état des lieux »

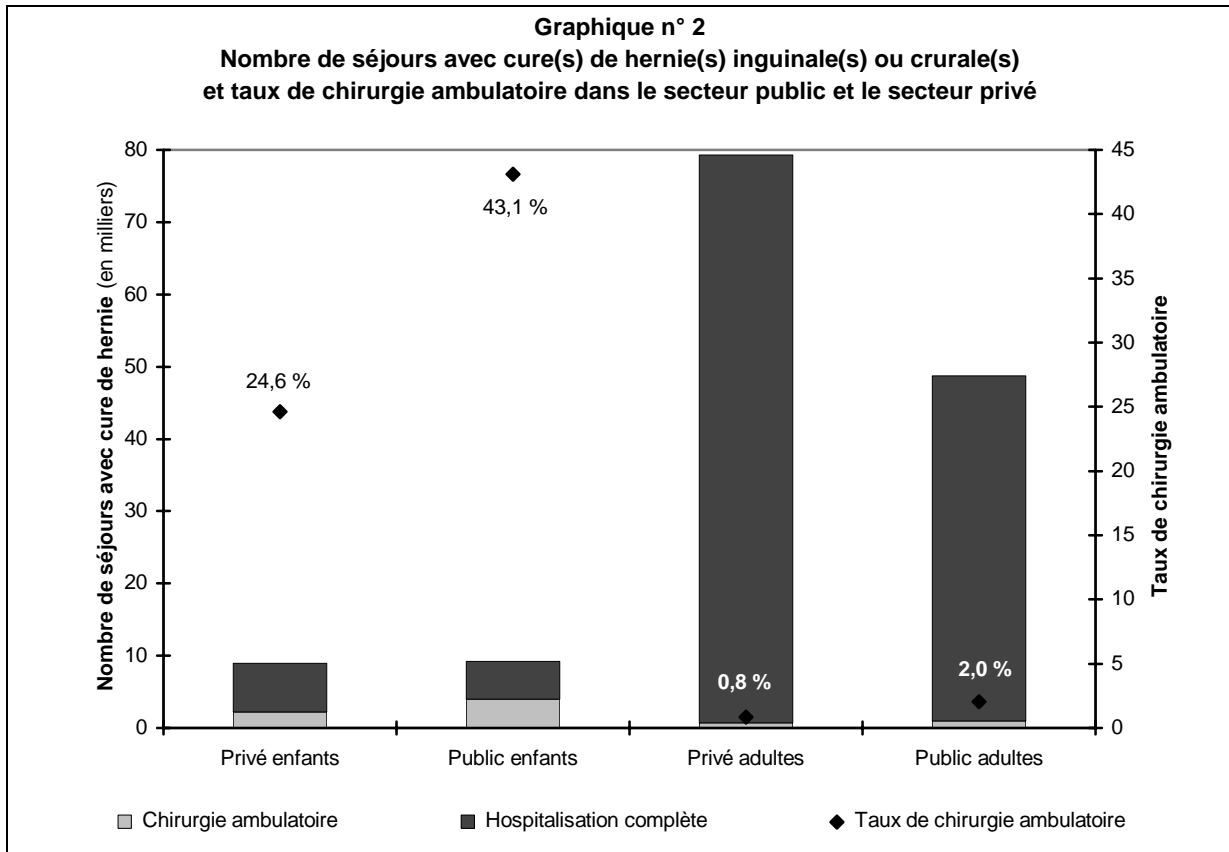
Sont extraits, de la base nationale du PMSI, les séjours comprenant au moins un acte chirurgical de cure de hernie(s) inguinale(s) ou crurale(s), reconnu comme réalisable en ambulatoire (annexe 1). L'unité statistique de l'étude est le séjour et non l'acte, sachant qu'un séjour peut correspondre à plus d'un acte.

En 1997, plus de 145 000 séjours, recensés dans le PMSI, comprennent au moins une intervention chirurgicale pour hernie(s) inguinale(s) ou crurale(s), 84 % concernent des hommes, 13 % des enfants de moins de 16 ans.

34 % des séjours en pédiatrie et à peine plus de 1 % chez l'adulte, sont réalisés en ambulatoire (taux global : 5 %). Le taux de chirurgie ambulatoire est donc relativement élevé pour les enfants, mais concerne un faible volume de séjours, d'où un potentiel de développement de ce mode de prise en charge limité. A l'inverse, pour les adultes, le potentiel de développement devrait être conséquent puisque la chirurgie ambulatoire est, à l'échelle nationale, quasi inexistante, alors que le volume de séjours concernés est très important (Cf. Graphique n° 1).



Près de deux séjours sur trois, avec cure de hernies, se sont déroulés dans le secteur privé (60 %). Contrairement à ce qui s'observe pour de nombreux actes, le taux de chirurgie ambulatoire pour cure de hernie(s) inguinale(s) ou crurale(s) est plus élevé dans le secteur public (9 %) que dans le secteur privé (3 %). La différence observée est particulièrement importante en pédiatrie (43 % versus 25 %), alors que les nombres de séjours des deux secteurs sont quasi identiques (Cf. Graphique n° 2).



En hospitalisation complète, la durée moyenne de séjour pour cure de hernie(s) est de 5,3 jours. La durée la plus fréquente est de 4 jours et la moitié des patients a séjourné un maximum de 4 jours.

La durée de séjour est globalement plus courte en pédiatrie : la moyenne est de 2,7 jours pour les enfants versus 5,6 jours pour les adultes, la durée la plus fréquente est de 2 jours versus 4 jours, et la moitié des enfants a séjourné 2 jours ou moins contre 5 jours pour les adultes.

Pour la suite de l'étude, les indicateurs de potentiel sont estimés séparément pour les enfants et les adultes. En effet, ces deux populations et leur modalité de prise en charge n'ont rien de comparable, comme l'illustrent les différences observées pour la durée de séjour et le taux de chirurgie ambulatoire.

Les séjours des patients décédés (390, soit bien moins de 1 %) ou transférés dans un autre établissement (2 953, soit 2 %) sont exclus du calcul des indicateurs, à la fois par souci de conformité avec la définition de la chirurgie ambulatoire en France, et aussi en raison de faiblesses constatées sur la fiabilité des informations PMSI relatives à certains modes de sorties. En effet, les séjours avec un décès ou un transfert au cours des 24 premières heures d'hospitalisation sont obligatoirement répertoriés dans la catégorie «ambulatoire» même s'ils étaient initialement prévus en hospitalisation complète. Evidemment, cette restriction du champ de l'étude intéresse aussi bien les hospitalisations complètes que celles en ambulatoire.

La chirurgie ambulatoire est définie actuellement comme une chirurgie programmée. Donc les séjours avec des actes réalisés en urgence (par exemple pour « hernie étranglée ») devraient également être exclus du champ de l'étude. En pratique, certaines urgences semblent traitées en ambulatoire. Pour cette raison, nous avons décidé de ne pas exclure du champ de l'étude les séjours correspondant à des urgences. Cependant, celles-ci sont assimilées à un critère d'exclusion du potentiel de chirurgie ambulatoire (Cf. Tableau n° 2).

2. Critères d'exclusion du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire

2. Critères d'exclusion du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire

Afin d'estimer le nombre de séjours, comportant au moins l'un des actes chirurgicaux choisis et qui auraient pu être traités en ambulatoire, il est nécessaire de recenser les caractéristiques des patients et des séjours, qui, a posteriori, témoignent d'une contre-indication relative à la réalisation de ces actes en ambulatoire. Certaines sont « repérables » via les données du PMSI et sont donc retenues, pour l'étude, comme critères d'exclusion du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire.

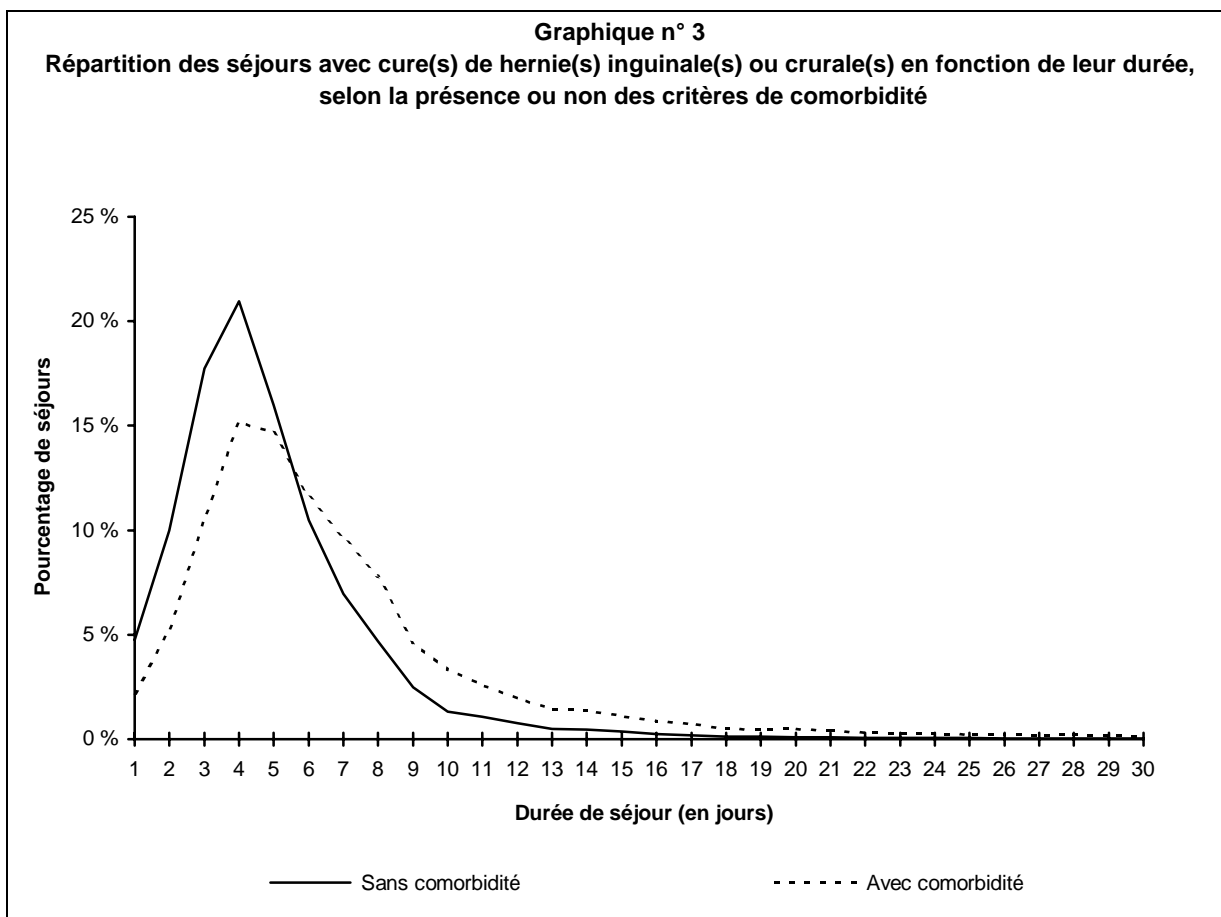
Les caractéristiques recensées émanent de la méthode québécoise et de la consultation des professionnels constituant le comité de pilotage de l'étude.

Les caractéristiques et les critères d'exclusion retenus sont présentés ci-dessous (Cf. Tableau n° 2), ils sont applicables, hormis les urgences, quel que soit l'acte considéré.

Tableau n° 2
Critères d'exclusion du potentiel de chirurgie ambulatoire

Caractéristiques de contre-indication relative à la chirurgie ambulatoire	Critères d'exclusion retenus dans la méthode « OPTIMAH »	Critères d'exclusion retenus pour l'étude	Commentaires
CARACTERISTIQUES « PSYCHO-SOCIO-DEMOGRAPHIQUES »			
Age	non évoqué	âge inférieur à 6 mois	Les risques de problèmes respiratoires chez le nourrisson après anesthésie sont liés à l'âge. Même s'il peut exister des variations, en particulier prenant en compte l'âge gestationnel de l'enfant, l'âge limite le plus communément admis en France, pour la pratique de la chirurgie ambulatoire, est de 6 mois. Le grand âge n'est pas une contre-indication en soi, au contraire, une hospitalisation courte est moins déstabilisante pour les personnes âgées.
Isolement social : impossibilité d'être raccompagné à domicile et « surveillé » par un tiers responsable pendant la période post-opératoire (en particulier la nuit), absence de téléphone, etc.	critère non retenu	critère non retenu	Ces informations ne sont pas disponibles dans les bases de données, même par construction ou dans une forme approchée, au Québec, comme en France. Dans le PMSI, certains codes « Z » de la CIM10 pourraient être utilisés mais ils ne sont pas recueillis, ou peu, en routine, donc pas utilisables sur la base nationale.
Compréhension, autonomie du patient et de son entourage	critère non retenu	critère non retenu	idem
Isolement géographique : fonction de la distance entre le lieu de résidence et l'hôpital le plus proche. En France, un trajet de plus d'une heure est une contre-indication à la chirurgie ambulatoire.	> 100 km	Département de domicile différent et non contigu au département de l'hôpital où a eu lieu l'intervention.	La durée du trajet est inestimable dans le PMSI, entre autres car la commune de résidence du patient est absente de la base « privé ». L'isolement géographique est probablement surestimé car le patient peut résider provisoirement près du lieu d'intervention ou peut être domicilié près d'un autre hôpital.

CARACTERISTIQUES MEDICALES			
Urgence	non évoqué	Diagnostics, principal ou associés, nécessitant la réalisation de l'un des actes sélectionnés en urgence : présence d'une occlusion ou d'une gangrène intestinale.	Ce critère est le seul défini par rapport à l'acte considéré. Il n'est donc pas applicable tel quel pour d'autres actes.
Comorbidité : pathologies pouvant majorer les risques liés à l'intervention donc nécessitant une attention particulière.	Les pathologies retenues sont listées en annexe 2. L'anxiété importante est évoquée comme une contre-indication à la prise en charge en ambulatoire mais n'a pu être retenue.	Toutes les pathologies de la liste québécoise ont été retenues. Y sont adjointes les toxicomanies repérées comme des « troubles mentaux et du comportement liés à la consommation de substances psycho-actives » : diagnostics principal ou associés correspondant à l'une des pathologies listées en annexe 2.	En France, en prospectif, les patients sont sélectionnés en fonction de la classification ASA*. Celle-ci n'est pas collectée dans la base du PMSI, d'où la nécessité de recourir à une liste de pathologies. Mais la gravité de celles-ci n'est souvent pas appréciable par le codage, le risque est donc d'exclure des séjours par excès. Le recueil des diagnostics associés dans le PMSI est non « obligatoire », donc non exhaustif, et peut dépendre d'autres facteurs eux-mêmes liés au caractère ambulatoire ou non du séjour (ex : public / privé). L'anxiété importante n'est pas retenue car rarement codée et, peut-être, avec un biais. * <i>Score de l'American Society of Anaesthesiologists : ASA 1 : aucune anomalie systémique ; ASA 2 : maladie systémique non invalidante ; ASA 3 : maladie systémique invalidant les fonctions vitales ; ASA 4 : maladie systémique sévère avec menace vitale permanente ; ASA 5 : moribond.</i>
Caractéristiques témoins d'une contre-indication potentielle à la chirurgie ambulatoire			
Plus de 2 actes chirurgicaux au bloc opératoire pendant le séjour : témoin d'une gravité spécifique ou d'une complication	retenu tel quel	critère non retenu	La date des actes est absente du PMSI et à un seul acte peuvent correspondre deux codes, donc il est impossible de distinguer un passage unique ou multiple au bloc opératoire, au cours d'un même séjour.
Durée de séjour : retenue comme témoin d'une comorbidité « globale » non repérée par ailleurs, ou de problèmes psycho-sociaux « inaccessibles » dans la base de données.	Durée de séjour supérieure à 6 jours.	Durée de séjour supérieure à différentes valeurs « seuil » : 2, 4 et 6 jours.	2 jours : il est peu probable qu'une hospitalisation complète de 48 heures ou moins soit associée à une pathologie grave. 4 jours : c'est la durée de séjour la plus fréquente avec une cure de hernie(s) inguinale(s) ou crurale(s). 6 jours : c'est le seuil retenu dans la méthode de l'AHQ ; de plus au-delà de cette limite la proportion de séjours sélectionnés dans le PMSI avec au moins un des critères médicaux de contre-indication devient plus importante (Cf. Graphique n° 3).



Afin d'évaluer la pertinence des critères (hors la durée de séjour), on compare leur fréquence selon le mode de prise en charge, c'est-à-dire hospitalisation complète versus ambulatoire. En effet, des patients traités en ambulatoire peuvent présenter certains de ces critères car, comme cela a été dit, ils ne sont pas un équivalent des contre-indications relevées en prospectif par l'anesthésiste ou le chirurgien, mais la résultante d'un équilibre entre ces dernières et les données relevées rétrospectivement et disponibles dans le PMSI.

Pour les adultes (Cf. Tableau n° 3), le critère retenu comme témoin de l'éloignement géographique du patient concerne près de 2 % des séjours, quel que soit le mode de prise en charge, donc, tel qu'on l'a construit, il n'est actuellement pas pertinent. Les autres critères, en revanche, sont nettement plus fréquents en hospitalisation complète qu'en chirurgie ambulatoire. Ainsi, 10 % des séjours en hospitalisation complète concernent des patients avec une comorbidité autre que la « toxicomanie » contre 4 % seulement des séjours en chirurgie ambulatoire. Ces taux sont respectivement de 7 % versus 1 % pour les patients avec une pathologie relevant des « urgences relatives à la hernie » et de 1 % versus 0,4 % pour les personnes avec un diagnostic de toxicomanie (c'est-à-dire des « troubles mentaux ou du comportement liés à la consommation d'une substance psycho-active »).

On peut déjà noter l'importance de la « durée de séjour » par rapport à celle des autres critères d'exclusion : la proportion de séjours exclus du potentiel varie de 24 %, pour une durée de séjour supérieure à 6 jours, à 91 %, si le seuil est à 2 jours, alors que pour les autres critères cette proportion est inférieure à 10 %.

Tableau n° 3
Cure de hernie(s) inguinale(s) ou crurale(s) chez l'adulte :
Fréquence des critères d'exclusion du potentiel de chirurgie ambulatoire
selon le mode de prise en charge

Critère d'exclusion présent	Pourcentage de séjours		
	en hospitalisation complète (123 046)	en ambulatoire (1651)	au total (124 697)
Comorbidité	9,8	4,0	9,7
Urgence	6,5	1,0	6,4
Toxicomanie	1,0	0,4	1,0
Séjour supérieur à 2 jours	91,3		90,1
Séjour supérieur à 4 jours	52,9		52,2
Séjour supérieur à 6 jours	24,2		23,9
Éloignement*	1,7	1,9	1,7

* communes inconnues exclues

En pédiatrie (Cf. Tableau n° 4) les conclusions sont équivalentes. Cependant, pour les critères médicaux, les écarts sont moins importants que pour les adultes. De plus, les durées de séjours ont un poids moindre que pour les adultes et aussi comparativement aux autres critères, puisque le seuil de 6 jours n'exclut que 2 % des séjours et le seuil de 2 jours en exclut 34 %. Enfin, le critère relatif à l'âge (moins de 6 mois) semble également pertinent en tant que critère d'exclusion.

Tableau n° 4
Cure de hernie(s) inguinale(s) ou crurale(s) chez l'enfant :
Fréquence des critères d'exclusion du potentiel de chirurgie ambulatoire
selon le mode de prise en charge

Critère d'exclusion présent	Pourcentage de séjours		
	en hospitalisation complète (11 904)	en ambulatoire (6 154)	au total (18 058)
Comorbidité	3,1	1,6	2,6
Urgence	4,9	2,1	3,9
Toxicomanie	0,0	0,0	0,0
Séjour supérieur à 2 jours	34,1		22,5
Séjour supérieur à 4 jours	8,9		5,8
Séjour supérieur à 6 jours	2,1		1,4
Moins de 6 mois	6,2	1,6	4,6
Éloignement*	1,8	1,3	1,7

* communes inconnues exclues

Au vu de ces résultats, à l'exception du critère relatif à l'éloignement du patient, les critères retenus semblent pertinents. Tel qu'il a pu être construit, le critère d'éloignement ne discrimine pas suffisamment le mode de prise en charge du patient pour être pris en compte dans le calcul des indicateurs. En pratique, l'équipe médicale prend en considération la « distance » entre le lieu de résidence et l'hôpital le plus proche pour proposer au patient le choix entre hospitalisation complète ou ambulatoire. Les informations disponibles dans le PMSI ne permettent toutefois pas d'en rendre compte. Comme pour d'autres critères listés dans le tableau 2, on est confronté aux limites du PMSI. Une utilisation locale de cette méthodologie permettrait certainement de recourir à des informations complémentaires.

3. Potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire

Tableau n° 5
Indicateurs du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire pour les cures de hernies inguinales et crurales en France et au Québec

	Total séjours (HC* + CA**)	Séjours « admissibles » en CA** <i>(cas estimés d'après les critères d'exclusion)</i>			Séjours de CA** - réalisés en France - admis au Québec		Taux d'utilisation du potentiel de CA**	Taux espéré de CA**
	<i>nombre</i>	<i>nombre</i>	<i>DMS***</i>	<i>nombre de journées</i>	<i>nombre</i>	<i>pourcentage</i>	<i>pourcentage</i>	<i>pourcentage</i>
	<i>(0)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2) = (3) / (1)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>	<i>(5) = (4) / (0)</i>	<i>(6) = (4) / ((4) + (1))</i>	<i>(7) = ((4) + (1)) / (0)</i>
France 1997								
Enfants	18 058	10 121	2,3	23 100	6 154	34 %	38 %	90 %
Adultes	124 697	81 284	4,0	326 332	1 651	1 %	2 %	67 %
Québec 1997-98								
Enfants	2 002	199	1,5	299	1 745	87 %	90 %	97 %
Adultes	12 444	3 168	1,7	5 386	8 264	66 %	72 %	92 %

source : Association des Hôpitaux du Québec

* Hospitalisation Complète ; ** Chirurgie Ambulatoire ; *** Durée Moyenne de Séjour.

3. Potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire

3.1 Comparaison France-Québec

Dans un premier temps (Cf. Tableau n° 5), on applique aux données françaises l'ensemble des critères d'exclusion, dont la durée de séjour supérieure à 6 jours, comme au Québec.

Les résultats relatifs au Québec, dans le Tableau n° 5, correspondent aux nombres et aux taux d'admission en chirurgie ambulatoire, donc y compris des séjours prolongés par une hospitalisation complète. Pour la cure de hernie inguinale ou crurale, en 1997-1998, ces séjours correspondent à 9 % des admissions en chirurgie ambulatoire, pour les adultes, et à 2 % pour les enfants. Les taux comparables aux données françaises sont donc respectivement de 61 % et 85 %.

En France, d'après les données du PMSI, le taux d'utilisation du potentiel est de 38 % pour les enfants et, seulement, de 2 % pour les adultes. Les taux espérés de chirurgie ambulatoire atteignent, respectivement, 90 % pour les enfants et 67 % pour les adultes. Ils sont tous deux inférieurs aux taux espérés au Québec (respectivement 97 % et 92 %), en particulier pour les adultes. Même si les critères d'exclusion diffèrent légèrement, cet écart s'explique surtout par les durées de séjour généralement plus longues en France qu'au Québec. En effet, les durées moyennes de séjour en hospitalisation complète pour les cures de hernie sont, chez les adultes, deux fois plus longues en France. Alors qu'au Québec, le seuil des 6 jours permet de n'exclure que des cas particulièrement sévères, ce même seuil appliqué en France est loin d'être aussi strict.

En France, en comptant une journée d'hospitalisation pour une venue en chirurgie ambulatoire, plus de 245 000 journées d'hospitalisation d'adulte seraient épargnées par un tel développement de la chirurgie ambulatoire ($245\,048 = 326\,332 - 81\,284$). Comme on travaille sur l'activité d'une année, le volume de journées représente un gain annuel que l'on peut convertir en équivalents-lits. Ainsi, en faisant l'hypothèse d'une occupation moyenne des lits de 0,85, ces 245 000 journées épargnées libéreraient en moyenne 790 lits ($245\,048 / (365 \times 0,85) = 790$ lits).

Guide de lecture des tableaux 5, 6 et 7

- ◆ colonne (0) : nombre total de séjours avec cure(s) de hernie(s) inguinale(s) ou crurale(s) (annexe 1 : actes sélectionnés) en Hospitalisation Complète (HC) et en Chirurgie Ambulatoire (CA).
- ◆ colonne (1) : nombre estimé de séjours réalisés en hospitalisation complète, ne présentant aucun des critères d'exclusion donc rétrospectivement inclus dans le potentiel de chirurgie ambulatoire.
- ◆ colonne (2) : durée moyenne des séjours de la colonne 1.
- ◆ colonne (3) : nombre total de journées d'hospitalisation correspondant aux séjours de la colonne 1.
- ◆ colonne (4) : nombre de séjours réellement effectués en chirurgie ambulatoire.
- ◆ colonne (5) : taux effectif de chirurgie ambulatoire.
- ◆ colonne (6) : taux d'utilisation du potentiel de chirurgie ambulatoire, c'est la proportion des cas réellement traités en chirurgie ambulatoire, par rapport au total des cas qui auraient pu être traités. Ce que l'on énonce ainsi, « *on a traité en chirurgie ambulatoire XX % de ce que l'on aurait pu faire, compte tenu des critères que l'on a retenus* ».
- ◆ colonne (7) : taux espéré de chirurgie ambulatoire, c'est-à-dire taux que l'on aurait pu atteindre si tous les cas éligibles avaient été traités en chirurgie ambulatoire.

3.2 Variations des critères d'exclusion : conséquences sur les indicateurs

Le choix des critères d'exclusion et leur variation influent sur la valeur des indicateurs de potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire. Ce choix est inhérent aux objectifs de l'estimation et doit être intégré à l'interprétation des résultats. Par exemple, un établissement peut se situer à différents niveaux dans son entreprise de développement de chirurgie ambulatoire : selon qu'il l'aborde comme nouvelle activité ou selon qu'il cherche à optimiser une discipline déjà dynamisée, avec des équipes bien rodées, ses besoins sont différents, les critères d'exclusion retenus pour apprécier son potentiel de développement peuvent être modulés en conséquence. Pour illustrer cela, nous avons associé les critères en 9 « paliers » différents, du plus sévère au plus souple en terme de nombre de séjours exclus du potentiel de chirurgie ambulatoire. Pour certains paliers la durée de séjour est le seul critère d'exclusion retenu. L'hypothèse sous-jacente est que la durée de séjour est dépendante, entre autres, de caractéristiques du patient, dont font partie les critères de contre-indication à la chirurgie ambulatoire, médicaux et non médicaux, accessibles sur le PMSI ou non. Elle est donc le reflet de l'ensemble de ces critères et peut probablement être utilisée comme critère d'exclusion unique du potentiel de chirurgie ambulatoire, au prix d'une faible perte d'information. Les résultats obtenus permettront de discuter de la valeur de cette hypothèse.

Pour les trois premiers paliers, la durée de séjour est considérée comme critère d'exclusion du potentiel si elle est supérieure à deux jours :

- ◆ Le premier palier (palier 1), rassemble toutes les conditions d'exclusion possibles à partir du PMSI, et évoquées plus haut : de façon rétrospective, sont jugés réalisables en chirurgie ambulatoire, les séjours des patients âgés de plus de 6 mois, qui ont subi une (ou plusieurs) intervention(s) chirurgicale(s) pour cure de hernie(s) inguinale(s) ou crurale(s), au cours d'une hospitalisation d'une durée maximum de 2 jours, qui n'avaient aucun diagnostic (ni principal, ni associé), enregistré dans la base, soit imposant l'intervention chirurgicale en urgence, soit relatif à une toxicomanie ou un alcoolisme, soit relatif à une autre pathologie (comorbidité) contre-indiquant la chirurgie ambulatoire.

Ce sont les conditions les plus contraignantes parce qu'elles excluent du potentiel de chirurgie ambulatoire, le plus grand nombre de patients. C'est le palier qui pourrait être retenu par un établissement souhaitant démarrer un programme de développement de chirurgie ambulatoire, parce qu'il permet de déterminer un potentiel de séjours, donc de patients, immédiatement « transférables » vers ce mode de prise en charge. En effet, il est fort probable que la majorité de ce « type » de patients, considérée a posteriori comme admissible en ambulatoire, l'aurait été réellement, sous couvert évidemment de structures et de procédures adaptées dans l'établissement.

- ◆ Pour le palier suivant (palier 2), on ne tient pas compte du critère « comorbidité », on retient donc les séjours des patients de plus de 6 mois, traités pour cure de hernie(s), ayant été hospitalisés un maximum de deux jours et ne présentant aucun diagnostic imposant l'intervention en urgence.
- ◆ Pour le troisième palier (palier 3), on a supprimé toutes les contraintes relatives à l'âge et au caractère d'urgence, pour ne conserver que le critère de durée de séjour.

On amène ainsi les critères d'exclusion à la plus grande simplicité, rendant le calcul très abordable et facile pour tous. La contrainte est alors minimale et conduit à estimer un potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire « maximal ».

Pour les paliers suivants, on reprend la même démarche, mais en portant le seuil de durée de séjour à 4 jours pour les paliers 4, 5 et 6 et à 6 jours pour les paliers 7, 8 et 9.

Au total, compte tenu des critères d'exclusion pris en compte pour chaque palier, le nombre de séjours exclus du potentiel de chirurgie ambulatoire diminue du palier 1 au palier 9. Par conséquent, la valeur des indicateurs du potentiel de développement, par exemple le taux espéré de chirurgie ambulatoire, augmente avec les paliers.

Les deux tableaux suivants (Tableau n° 6 et Tableau n° 7) présentent les valeurs des différents indicateurs correspondant à l'application de chacun des 9 paliers décrits ci-dessus. Le premier tableau concerne la pédiatrie (enfants de moins de 16 ans) et le second les adultes.

Tableau n° 6
Cure de hernie(s) inguinale(s) ou crurale(s) en pédiatrie (moins de 16 ans) en 1997 :
Potentiel de développement en Chirurgie Ambulatoire et admissibilité des patients selon différents paliers de critères d'exclusion

	Total séjours (HC* + CA**)	Séjours admissibles en CA** (cas estimés d'après les critères d'exclusion)			Séjours réalisés en CA** (cas réellement traités)		Taux d'utilisation du potentiel de CA**	Taux espéré de CA**
	<i>nombre</i>	<i>nombre</i>	<i>DMS***</i>	<i>nombre de jours</i>	<i>nombre</i>	<i>pourcentage</i>	<i>pourcentage</i>	<i>pourcentage</i>
	<i>(0)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2) = (3) / (1)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>	<i>(5) = (4) / (0)</i>	<i>(6) = ((4) / (4)) + (1)</i>	<i>(7) = ((4) + (1)) / (0)</i>
Palier 1 : DS**** > 2 jours + comorbidité + toxicomanie + urgence + âge	18 058	6 752	1,52	10 271	6 154	34,1 %	47,7 %	71,5 %
Palier 2 : DS**** > 2 jours + urgence + âge	18 058	6 969	1,52	10 599	6 154	34,1 %	46,9 %	72,7 %
Palier 3 : DS**** > 2 jours	18 058	7 848	1,52	11 933	6 154	34,1 %	44,0 %	77,5 %
Palier 4 : DS**** > 4 jours + comorbidité + toxicomanie + urgence + âge	18 058	9389	2,04	19 153	6 154	34,1 %	39,6 %	86,1 %
Palier 5 : DS**** > 4 jours + urgence + âge	18 058	9 701	2,04	19 811	6 154	34,1 %	38,8 %	87,8 %
Palier 6 : DS**** > 4 jours	18 058	10 849	2,03	22 046	6 154	34,1 %	36,2 %	94,2 %
Palier 7 : DS**** > 6 jours + comorbidité + toxicomanie + urgence + âge	18 058	10 121	2,28	23 100	6 154	34,1 %	37,8 %	90,1 %
Palier 8 : DS**** > 6 jours + urgence + âge	18 058	10 471	2,29	23 956	6 154	34,1 %	37,0 %	92,1 %
Palier 9 : DS**** > 6 jours	18 058	11 656	2,26	26 394	6 154	34,1 %	34,6 %	98,6 %

Source : PMSI public et privé 1997

* Hospitalisation Complète ; ** Chirurgie Ambulatoire ; *** Durée Moyenne de Séjour ; **** Durée de Séjour.

Tableau n° 7
Cure de hernie(s) inguinale(s) ou crurale(s) chez l'adulte (16 ans et plus) en 1997 :
Potentiel de développement en Chirurgie Ambulatoire et admissibilité des patients selon différents paliers de critères d'exclusion

	Total séjours (HC* + CA**)	Séjours admissibles en CA** (cas estimés d'après les critères d'exclusion)			Séjours réalisés en CA** (cas réellement traités)		Taux d'utilisation du potentiel de CA**	Taux espéré de CA**
	<i>nombre</i>	<i>nombre</i>	<i>DMS***</i>	<i>nombre de journées</i>	<i>nombre</i>	<i>pourcentage</i>	<i>pourcentage</i>	<i>pourcentage</i>
	<i>(0)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2) = (3) / (1)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>	<i>(5) = (4) / (0)</i>	<i>(6) = ((4) / (4)) + (1)</i>	<i>(7) = ((4) + (1)) / (0)</i>
Palier 1 : DS**** > 2 jours + comorbidité + toxicomanie + urgence	124 697	9 707	1,79	17 411	1 651	1,3 %	14,5 %	9,1 %
Palier 2 : DS**** > 2 jours + urgence	124 697	10 326	1,80	18 549	1 651	1,3 %	13,8 %	9,6 %
Palier 3 : DS**** > 2 jours	124 697	10 699	1,80	19 234	1 651	1,3 %	13,4 %	9,9 %
Palier 4 : DS**** > 4 jours + comorbidité + toxicomanie + urgence	124 697	51 631	3,22	166 353	1 651	1,3 %	3,1 %	42,7 %
Palier 5 : DS**** > 4 jours + urgence	124 697	55 802	3,23	180 215	1 651	1,3 %	2,9 %	46,1 %
Palier 6 : DS**** > 4 jours	124 697	57 996	3,23	187 500	1 651	1,3 %	2,8 %	47,8 %
Palier 7 : DS**** > 6 jours + comorbidité + toxicomanie + urgence	124 697	81 284	4,01	326 332	1 651	1,3 %	2,0 %	66,5 %
Palier 8 : DS**** > 6 jours + urgence	124 697	88 951	4,04	359 215	1 651	1,3 %	1,8 %	72,7 %
Palier 9 : DS**** > 6 jours	124 697	93 274	4,05	378 076	1 651	1,3 %	1,7 %	76,1 %

Source : PMSI public et privé 1997

* Hospitalisation Complète ; ** Chirurgie Ambulatoire ; *** Durée Moyenne de Séjour ; **** Durée de Séjour.

3.2.1 Les enfants de moins de 16 ans

Le seuil à deux jours

Dans un premier temps, par exemple, pour ouvrir un développement à l'activité de chirurgie ambulatoire, il paraît facile de considérer comme éligibles en priorité, les patients dont le séjour n'a pas excédé deux jours. Selon que l'on ajoute ou pas les contraintes d'âge ou de diagnostic, le taux d'utilisation du potentiel varie.

- ⇒ Si l'on applique tous les critères d'exclusion c'est-à-dire, relatifs à l'âge (exclusion des nourrissons de moins de 6 mois), au caractère d'urgence, à la toxicomanie ou à l'alcoolisme, à une comorbidité, on obtient un nombre de 6 752 séjours d'hospitalisation complète que l'on aurait pu traiter en chirurgie ambulatoire. Avec les 6 154 séjours d'enfants qui ont été réellement traités en chirurgie ambulatoire, le taux d'utilisation du potentiel est de 48 %. Le taux de chirurgie ambulatoire passerait de 34 % à 72 % soit 3 519 journées d'hospitalisation épargnées (10 271 - 6 752), ou 11 équivalents-lits pour un taux moyen d'occupation de 0,85.
- ⇒ Si l'on diminue les contraintes, en ne prenant pas en compte les critères relatifs à la comorbidité, le taux d'utilisation du potentiel ne varie pas de façon significative, il est alors de 47 %. Ceci confirme que les hospitalisations complètes de 24 ou 48 heures concernent des patients, dans leur grande majorité, indemnes des pathologies retenues comme contre-indication à la chirurgie ambulatoire. On arrive à épargner 3 730 journées (10 599 - 6 869), soit 12 équivalents-lits.
- ⇒ Enfin, si on supprime aussi les contraintes d'âge et d'urgence donc, que seuls les séjours de plus de 2 jours sont exclus du potentiel, le taux d'utilisation de celui-ci est de 44 %. Le taux espéré de chirurgie ambulatoire atteint 78 % soit 4 085 journées d'hospitalisation épargnées et 13 équivalents-lits.

On obtient ainsi une fourchette : le taux de chirurgie ambulatoire, qui est de 34 %, se situerait entre **72 % et 78 %**, en considérant comme « pouvant bénéficier de la chirurgie ambulatoire », les enfants dont le séjour n'excède pas deux jours, et en ajoutant ou non quelques contraintes médicales. A titre indicatif, ce taux permettrait d'épargner un équivalent de 11 à 13 lits par jour.

Le seuil à quatre jours

Si l'on applique le même processus, mais en retenant comme éligibles, les patients dont le séjour n'a pas excédé quatre jours, on augmente alors le potentiel. Cela peut correspondre, par exemple, à un deuxième stade de développement de l'activité de chirurgie ambulatoire.

- ⇒ En considérant les contraintes maximales, 9 389 séjours sont jugés éligibles en chirurgie ambulatoire, le taux d'utilisation du potentiel est alors de 40 % et on peut espérer un taux de chirurgie ambulatoire de 86 %, soit 9 764 journées épargnées, et 32 équivalents-lits.
- ⇒ En ne tenant pas compte des critères d'exclusion relatifs à la comorbidité, le taux d'utilisation du potentiel est de 39 % et le taux espéré de chirurgie ambulatoire s'élève à 88 %, ce qui correspond à 10 110 journées d'hospitalisation épargnées, soit 33 équivalents-lits.
- ⇒ Enfin, en retenant comme critère d'exclusion unique une durée de séjour supérieure à 4 jours, le taux d'utilisation serait de 36 %, le taux espéré de chirurgie ambulatoire s'élèverait à 94 % et le nombre de journées épargnées serait de 11 197, soit 36 équivalents-lits. On fait donc là un saut important.

La fourchette que l'on obtient pour le taux de chirurgie ambulatoire espéré, sur la base d'un seuil de 4 jours, se situe donc entre **86 % et 94 %**, au lieu des 34 % effectifs, ce qui libérerait 31 à 36 équivalents-lits.

Le seuil à six jours

Les taux espérés de chirurgie ambulatoire, atteints en excluant du potentiel les séjours de plus de 6 jours, sont du même ordre de grandeur que les taux effectifs des pays anglo-saxons. En ce qui concerne les interventions pour hernies inguinales ou crurales, ces estimations peuvent avoir une signification pour les établissements ayant déjà bien développé ce mode de prise en charge.

- ⇒ Si tous les critères d'exclusion sont retenus, le taux d'utilisation du potentiel de développement est de 38 % avec un taux espéré de chirurgie ambulatoire de 90 %, soit 12 979 journées épargnées, équivalant à 42 lits.
- ⇒ Sans les contraintes de comorbidité, le taux d'utilisation du potentiel est de 37 % et le taux espéré de chirurgie ambulatoire est de 92 % avec 13 485 journées d'hospitalisation en moins, soit 44 équivalents-lits.
- ⇒ Avec la seule contrainte de durée de séjour à moins de 7 jours, presque tous les patients sont éligibles, le taux d'utilisation du potentiel est alors de 35 % avec un taux espéré de chirurgie ambulatoire de 99 % et 14 738 journées épargnées, soit 48 équivalents-lits.

Le seuil des 6 jours amène donc à un taux de chirurgie ambulatoire espéré compris entre **90 % et 99 %**, permettant d'envisager épargner entre 41 et 48 équivalents-lits.

3.2.2 Les adultes

Les taux de chirurgie ambulatoire, réels et espérés, pour les adultes, sont beaucoup moins élevés qu'en pédiatrie. Cependant, les volumes d'actes étant beaucoup plus importants, le potentiel de développement est bien plus élevé avec, en corollaire, un nombre de journées d'hospitalisation épargnées donc de lits conséquents.

Le seuil à deux jours

- ⇒ Avec le maximum de contraintes, 9 707 séjours en hospitalisation complète sont éligibles pour être réalisés en ambulatoire. En les ajoutant aux 1 651 séjours réellement traités en ambulatoire, on obtient un taux d'utilisation du potentiel de 15 %. Le taux espéré de chirurgie ambulatoire atteint 9 %, et correspond à 7 704 journées d'hospitalisation ou 25 équivalents-lits épargnés par rapport au taux actuel de 1 %.
- ⇒ Si les critères d'exclusion se limitent à la durée de séjour et aux urgences, le taux d'utilisation du potentiel est de 14 %. Comme pour les enfants, parmi les adultes en hospitalisation complète de 48 heures au plus, la plupart sont indemnes des pathologies retenues comme contre-indication à la chirurgie ambulatoire. On épargnerait 8 223 journées avec un taux de chirurgie ambulatoire espéré de 10 %, soit 27 équivalents-lits.
- ⇒ Enfin si on supprime aussi les contraintes d'urgence et que l'on ne conserve plus que le seuil des 2 jours, le taux d'utilisation du potentiel passe à 13 %. Le taux de chirurgie ambulatoire espéré est de 10 % et correspond à 8 625 journées d'hospitalisation épargnées, soit 28 équivalents-lits.

La fourchette du taux de chirurgie ambulatoire espéré se situe entre **9 % et 10 %**, en considérant comme immédiatement transférables en chirurgie ambulatoire, les patients dont le séjour n'a pas excédé deux jours, et, pour le taux le plus élevé, ne présentant aucune des pathologies retenues comme contre-indication à la chirurgie ambulatoire. La prise en compte de ces dernières a, en fait, peu d'influence quand la durée de séjour « seuil » est de deux jours, celle-ci semble donc suffisante en première approximation et augmente déjà le taux de chirurgie ambulatoire de façon importante (8 points).

Le seuil à quatre jours

- ⇒ En considérant les contraintes maximales, 51 631 séjours sont jugés éligibles et le taux d'utilisation du potentiel est seulement de 3 %. On peut alors espérer un taux de chirurgie ambulatoire de 43 %, avec 114 722 journées épargnées, soit 370 équivalents-lits.
- ⇒ En retirant les contraintes de comorbidité, dont toxicomanie et alcoolisme, le taux d'utilisation est de 3 % et le taux espéré de chirurgie ambulatoire s'élève à 46 % soit 124 413 journées épargnées, ou 401 équivalent-lits.
- ⇒ Enfin, en limitant l'inéligibilité aux séjours de plus de 4 jours, le taux d'utilisation du potentiel est 3 %, le taux espéré de chirurgie ambulatoire s'élève à 48 % avec un nombre de journées épargnées de 129 604.

La fourchette que l'on obtient pour le taux de chirurgie ambulatoire espéré, correspondant au seuil des 4 jours, se situe donc entre **43 % et 48 %**, pour un taux effectif de l'ordre de 1 %.

Le seuil à six jours

- ⇒ Si toutes les contraintes sont retenues, le taux d'utilisation du potentiel est de 2 % avec un taux de chirurgie ambulatoire espéré de 67 %, d'où 245 048 journées épargnées, soit 790 équivalents-lits.
- ⇒ Sans les contraintes de comorbidité, toxicomanie et alcoolisme, le taux d'utilisation du potentiel n'est plus que de 2 % alors que le taux espéré de chirurgie ambulatoire s'élève à 73 % avec 270 267 journées d'hospitalisation en moins, soit 871 équivalents-lits.
- ⇒ Avec la seule contrainte de durée de séjour maximale de 6 jours, près de trois séjours sur quatre sont éligibles, donnant un taux de chirurgie ambulatoire de 76 % et 284 802 journées épargnées, soit 919 équivalents-lits.

Les cures de hernies inguinales et crurales chez l'adulte constituent un « gisement » important pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Même avec des taux de chirurgie ambulatoire espérés relativement faibles, les nombres de journées d'hospitalisation potentiellement épargnées sont loin d'être négligeables.

Discussion et conclusion

Discussion et conclusion

Les résultats ci-dessus se caractérisent par une grande variabilité des indicateurs, surtout pour les adultes, lors de l'application des différentes associations, ou paliers, de critères d'exclusion. Le taux espéré de chirurgie ambulatoire varie de 72 à 99 % pour les enfants et de 9 % à 76 % pour les adultes. Devant de tels chiffres, on peut s'interroger, quant à la validité de la méthode. Cependant, la plus grande part de cette variabilité s'explique par les changements de « valeur seuil » de durée de séjour. Elle semble donc inhérente à la distribution de cette dernière, elle-même liée au groupe d'actes choisis pour cette étude. En fait, dans la méthode initiale, les critères d'exclusion du potentiel de chirurgie ambulatoire sont des contre-indications relatives à ce type de prise en charge et non à tel ou tel acte réalisé en ambulatoire. Il est donc indispensable, et ces résultats nous le confirment, de rediscuter et de vérifier la pertinence des critères d'exclusion retenus, y compris les valeurs seuil de durée de séjour, non pas sur un seul groupe d'actes mais sur un ensemble de groupes à définir avec les professionnels. Toutefois, l'argument à l'origine du choix du seuil à 48 heures nous semble valide quel que soit l'acte : la majorité des patients qui rentrent chez eux au cours des 48 heures suivant une intervention chirurgicale, sont, a priori, indemnes de pathologies graves pouvant en elles-mêmes contre-indiquer la chirurgie ambulatoire. De même, le seuil de 6 jours nous paraît intéressant pour tous les actes car il permet des comparaisons avec le Québec.

Ces résultats laissent à penser que, au moins pour les cures de hernies inguinales ou crurales des adultes, il existe probablement des facteurs qui ont une influence importante sur le fait que plus de 60 % des séjours (80 000) concernent des patients sans aucun des critères médicaux (enregistrés) retenus pour contre-indiquer, a posteriori, la chirurgie ambulatoire, alors qu'ils sont, non seulement, traités en hospitalisation complète, mais en plus, au cours de séjours compris entre 2 et 6 jours. En d'autres termes quels sont les facteurs autres que les critères d'exclusion retenus « justifiant » une durée de séjour de plus de 48 heures ? Correspondent-ils à des critères de contre-indication de la prise en charge en ambulatoire ignorés, ou connus, mais non pris en compte ? En pratique, de ce point de vue, peuvent être évoqués :

- ◆ des facteurs liés au groupe d'actes choisis : d'après les professionnels, tous les actes sélectionnés sont réalisables en ambulatoire et peuvent être pris en compte dans l'évaluation du potentiel de développement de cette prise en charge. Cependant, ils peuvent correspondre à des durées de séjour en hospitalisation complète différentes, soit de leur fait, soit du fait de facteurs propres aux patients concernés. Nos premiers résultats sur le traitement de la cataracte ou du canal carpien montrent effectivement une moindre sensibilité des indicateurs aux variations de « seuil » de durée de séjour ;
- ◆ des facteurs propres aux patients : il peut s'agir de critères d'inéligibilité définis et retenus pour ce travail mais non renseignés (défaut d'exhaustivité), ou d'autres facteurs ne correspondant pas à ces critères. C'est le cas des facteurs psycho-sociaux (isolement, état d'anxiété non retenu en diagnostic, déplacement difficile, etc.) considérés par les professionnels comme les principales contre-indications à la chirurgie ambulatoire mais actuellement non disponibles dans le PMSI. Nous y reviendrons ci-dessous ;
- ◆ des facteurs structurels, institutionnels ou encore propres aux opérateurs : une organisation de service ne se prêtant pas à l'activité de chirurgie ambulatoire, une tradition de prise en charge plus rassurante pour le patient, etc.

Ces deux dernières questions illustrent à la fois les limites de la méthode, liées à la source d'informations utilisée, le PMSI, mais également les perspectives d'études complémentaires envisageables grâce à lui. En effet, au-delà des constatations ci-dessus, inhérentes, entre autres, aux

actes sélectionnés pour ce travail, la méthode et les données à notre disposition ont leur propres limites. Elles doivent être prises en considération avant toute application, quel que soit l'acte intéressé.

Les données du PMSI, donc utilisées ici, sont relatives aux patients. Les caractéristiques de la « structure » (type d'établissement, matériel, organisation, implantation et environnement), des opérateurs médicaux et para-médicaux ne sont pas renseignées dans ce système d'information. Outre qu'elles pourraient intervenir dans la durée de séjour, comme nous l'avons mentionné ci-dessus, elles devraient également être prises en compte pour une évaluation globale de l'intérêt et des possibilités de développement de la chirurgie ambulatoire, dans un établissement ou groupe d'établissements.

Comme nous l'avons dit, même vis-à-vis des séjours, les informations collectées par le PMSI sont incomplètes du point de vue de « l'admissibilité » en chirurgie ambulatoire :

- ◆ Parmi les critères de contre-indication relative à cette prise en charge, certains, bien définis, sont « inaccessibles » via le PMSI, par exemple, l'éloignement entre le lieu de résidence et l'hôpital le plus proche, la « prise en charge » par une tierce personne à la sortie de l'hôpital et pendant les 12 ou 24 heures post-opératoires. D'autres critères plus subjectifs, d'ordre psycho-sociologique, sont considérés par les médecins comme étant les principales contre-indications à la chirurgie ambulatoire. C'est le cas par exemple de l'autonomie, de la compréhension, de l'anxiété, etc. Ces critères ne pouvant être pris en considération, le nombre de séjours qui devraient être exclus du potentiel de chirurgie ambulatoire peut être sous-estimé. Cependant, certains peuvent augmenter la durée de séjour qui, de ce fait, en tant que critère d'exclusion, corrige probablement une part de cette sous-estimation. Pour mieux apprécier le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire au niveau local, il serait intéressant, voire nécessaire de pouvoir repérer rétrospectivement ces différents critères, donc d'identifier des informations qui leur sont liées et les enregistrer. Des possibilités existent dans le PMSI, sous forme de diagnostics associés, grâce aux codes « Z » de la CIM 10. Ceci ne peut être envisageable à grande échelle et surtout en routine mais, est probablement réaliste dans le cadre d'une enquête ad hoc¹¹.
- ◆ Les informations médicales disponibles dans le PMSI ne permettent pas d'exclure les patients du potentiel de chirurgie ambulatoire en fonction du degré d'atteinte de leurs fonctions vitales, « mesuré » par exemple par le score ASA¹². Les critères médicaux d'exclusion se résument donc à une liste de pathologies sans référence au risque vital immédiat du patient. Il en résulte, probablement, une surestimation des exclusions pour causes médicales. En faveur de cette éventualité, on constate que des patients présentant ces critères d'exclusion sont opérés en ambulatoire (Cf. Tableau n° 1).

Après et malgré ces différentes remarques, il ne faut pas perdre de vue l'objectif pragmatique de cet outil méthodologique, qui est de fournir un « **indicateur** » de ce que l'on pourrait faire en tenant compte de ce que l'on a fait, donnant une vue réaliste des possibilités de développement de l'activité de chirurgie ambulatoire, en montrant où il est intéressant et pertinent de travailler à ce développement. Contrairement à un indicateur agrégé, la méthode fournit un indicateur qui peut devenir très « pointu » selon les hypothèses et les critères retenus. Au niveau national, en routine, la méthode peut rester assez « grossière », par exemple en excluant du potentiel de chirurgie

¹¹ MATHY C., BENSADON M., *Impact de la prise en charge des patients en situation de précarité sur les hospitalisations de court séjour*. Ministère de l'Emploi et de la solidarité - Direction des hôpitaux - Mission PMSI, décembre 1999.

¹² *Score de l'American Society of Anaesthesiologists : ASA 1 : aucune anomalie systémique ; ASA 2 : maladie systémique non invalidante ; ASA 3 : maladie systémique invalidant les fonctions vitales ; ASA 4 : maladie systémique sévère avec menace vitale permanente ; ASA 5 : moribond.*

ambulatoire uniquement les séjours de plus de 48 heures. Limiter les critères d'exclusion à la durée de séjour, variable robuste même à ce niveau, permet de s'affranchir de l'hétérogénéité du recueil des autres informations. Les indicateurs obtenus sont globaux et restent limités, mais ils sont néanmoins utiles comme références et incitatifs. Au niveau régional ou dans des groupes d'établissements plus homogènes, ou même au niveau de l'établissement, avec ou sans recueil de données complémentaires au PMSI, la méthode permet de s'adapter au contexte, en fournissant des indicateurs plus ou moins précis, et surtout de viser, puis de suivre différents niveaux de développement de la chirurgie ambulatoire. Actuellement, grâce au PMSI, utiliser cet outil méthodologique est donc possible, c'est une démarche volontariste et non normative. Mais, dans tous les cas, les indicateurs obtenus n'ont valeur que dans le contexte de leur détermination, en réponse à un objectif précis et ne doivent pas être interprétés indépendamment des critères qui ont permis de les déterminer.

Le développement de la chirurgie ambulatoire ne peut se faire au détriment de la qualité et nécessite la détermination et le suivi d'indicateurs de résultats. Les indicateurs de résultats cliniques permettent d'affiner le jugement sur l'opportunité de développement de la chirurgie ambulatoire en ajoutant au quantitatif, un élément qualitatif. La mise à disposition d'indicateurs de résultats est donc une condition nécessaire à la crédibilité et à la mise en œuvre de la méthode. Quel avantage à pratiquer le maximum d'interventions en chirurgie ambulatoire, si une partie non négligeable des patients sont hospitalisés immédiatement après ou dans les jours qui suivent ?

Deux indicateurs de résultats sont préconisés par l'AHQ au Québec : l'un mesure le nombre d'hospitalisations non prévues à la suite d'une intervention en chirurgie ambulatoire, l'autre le nombre de « réadmissions » dans les 72 heures (Cf. Tableau n° 8).

Tableau n° 8
Taux d'hospitalisation non prévue et de réadmission dans les 72 heures après cure de hernie(s) inguino-crurale(s) en chirurgie ambulatoire au Québec

	Nombre de patients en CA	Nombre de patients opérés en CA et hospitalisés après l'intervention	Taux d'hospitalisation non prévue	Nombre de patients opérés en CA et réhospitalisés dans les 72 heures	Taux de réadmission dans les 72 heures
Cure de hernie inguino-crurale (enfants)	1 745	34	2,0	10	0,57
Cure de hernie inguino-crurale (adultes)	8 264	731	8,9	55	0,67
Total pour l'ensemble des actes marqueurs	14 2163	3 406	2,4	438	0,31

source : L'Association des hôpitaux du Québec

Au regard d'un seul indicateur économique, la journée d'hospitalisation ou l'équivalent-lit, il apparaît qu'une plus grande utilisation du potentiel en chirurgie ambulatoire pour les cures de hernies inguino-crurales chez l'adulte amènerait à une forte économie. Or on constate qu'au Québec, pour les adultes, le taux d'hospitalisation non prévue à la suite de ces interventions est proche de 9 %, ce qui explique peut-être un plus faible taux d'utilisation que pour les enfants et tempère une politique trop volontariste. Les taux de « réadmission » dans les 72 heures sont assez faibles, que ce soit pour l'adulte ou pour l'enfant : respectivement 0,7 % et 0,6 %. Ils sont cependant légèrement supérieurs au taux global de réadmission dans les 72 heures qui est de 0,3 %.

Malheureusement, en l'absence d'un « chaînage » généralisé des enregistrements sur le patient, du motif et des conditions initiales d'admission, ces indicateurs de résultats ne sont pas accessibles dans

le PMSI, c'est probablement là sa principale limite. On ne peut envisager un développement de la chirurgie ambulatoire sans, au préalable, en évaluer l'importance, ce qui est réalisable grâce au PMSI, mais également, sans se donner les moyens de juger de sa qualité. En d'autres termes, cette méthode, telle qu'elle est présentée dans ce travail, est un outil d'estimation du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire adaptable à différents niveaux d'évaluation mais, pour parfaire une utilisation locale, au niveau d'un établissement ou d'un groupe d'établissements, un recueil d'informations complémentaires à celles du PMSI nous semble justifié. Il pourrait permettre d'affiner l'évaluation du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire, mais surtout d'en apprécier les résultats.

Nous souhaitons poursuivre nos travaux sur d'autres groupes d'actes et étudier les éventuelles disparités entre « types » d'établissements, implantations géographiques, etc. en utilisant les données du PMSI, mais aussi en les complétant par des études plus spécifiques.

Annexes

Annexe 1

Cures de hernies inguinales ou crurales réalisables en ambulatoire (codes et libellés du « Catalogue Des Actes Médicaux¹³ »)

- L020** cure unilatérale de hernie inguinale SAI
- L021** cure unilatérale de hernie inguinale directe
- L022** cure unilatérale de hernie inguinale oblique externe
- L023** cure unilatérale de hernie inguinale, avec prothèse, par voie inguinale
- L024** cure unilatérale de hernie inguinale, avec prothèse, par voie médiane
- L025** cure unilatérale de hernie inguinale avec greffe, par voie médiane
- L026** cure bilatérale de hernie inguinale SAI
- L027** cure bilatérale de hernie inguinale directe, sans prothèse, par deux voies d'abord distinctes
- L028** cure bilatérale de hernie inguinale oblique externe, sans prothèse, par deux voies d'abord distinctes
- L029** cure bilatérale de hernie inguinale mixte, directe et oblique externe, sans prothèse, par deux voies d'abord distinctes
- L030** cure bilatérale de hernie inguinale, avec prothèse uni ou bilatérale, par voie inguinale
- L031** cure bilatérale de hernie inguinale, avec prothèse, par une seule voie d'abord
- L032** cure bilatérale de hernie inguinale, avec greffe ou prothèse SAI
- L033** cure unilatérale de hernies crurale et inguinale associées (distension de l'aîne) sans prothèse
- L037** cure unilatérale de hernie crurale, avec prothèse, par voie inguinale ou crurale
- L039** autres herniorraphies crurales unilatérales
- L041** cure bilatérale de hernie crurale, avec prothèse, par une seule voie d'abord
- L048** cure unilatérale de hernie crurale, sans prothèse, par voie inguinale ou crurale
- L093** cure unilatérale de hernie inguinale mixte, directe et oblique externe
- L190** cure bilatérale de hernie inguinale, avec prothèse, sous coelioscopie
- L836** cure unilatérale de hernies crurale et inguinale associées (distension de l'aîne) avec prothèse, par voie médiane
- L837** cure bilatérale de hernies crurale et inguinale associées avec prothèse, par une seule voie d'abord
- L844** cure unilatérale de hernie inguinale ou crurale récidivée, sans prothèse, par voie inguinale
- L845** cure unilatérale de hernie inguinale ou crurale récidivée, avec prothèse, par voie inguinale
- L847** cure de hernie inguinale ou crurale bilatérale, dont l'une au moins est récidivée avec prothèse, par une seule voie d'abord
- L848** cure bilatérale de hernie inguinale ou crurale récidivée, sans prothèse, par deux voies d'abord distinctes
- L849** cure bilatérale de hernie inguinale ou crurale récidivée, avec prothèse uni ou bilatérale, par deux voies d'abord distinctes
- L872** cure unilatérale de hernie inguinale, avec prothèse, sous coelioscopie

¹³ *Catalogue Des Actes Médicaux : Champ Alpha. BO n° 97/13bis, réf. 461960102, 25 novembre 1996, 736 p.*

Annexe 2 Pathologies excluant du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire

Pathologies retenues dans la méthode de l'AHQ :	CIM9 ¹⁴ (AHQ)	CIM10 ¹⁵ (PMSI)
- syndrome immunodéficitaire acquis	42.0 à 42.9	B20 ; B21 ; B22, B24
- hépatite virale B	70.2 ; 70.3	B16 ; B18.0 ; B18.1
- thyrotoxicose sans mention de goitre ni d'autres causes	242.9	E05.5 ; E05.9
- diabète sucré	250	E10 à E14
- troubles des glandes surrénales	255	E24 à E27
- troubles du métabolisme et de l'élimination des acides aminés	270	E70 ; E71.0 ; E71.1 ; E71.2 ; E72
- hémoglobinopathies	280 à 285	D50 à D64
- anomalies de la coagulation	286	D65 à D68
- purpura et autres affections hémorragiques	287	D69
- sclérose en plaque	340	G35
- myasthénie	358	G70
- infarctus aigu du myocarde	410	I21 ; I22 ; I23
- angine de poitrine	413	I20
- myocardite aiguë	422	I40 ; I41
- insuffisance cardiaque	428	I50
- maladie cardio-vasculaire non précisée	429.2	I51.6
- hémorragie sous-arachnoïdienne	430	I60
- hémorragie cérébrale	431	I61
- hémorragies intracrâniennes autres et sans précision	432	I62
- occlusion et sténose des artères précérébrales	433	I63.0 ; I63.1 ; I63.2 ; I 65
- occlusion des artères cérébrales	434	I63.3 ; I63.4 ; I63.5 ; I63.8 ; I63.9 ; I66
- ischémie cérébrale transitoire	435	G45
- maladies cérébro-vasculaires aiguës mais mal définies	436	I64 ; I63.6
- maladies cérébro-vasculaires autres et mal définies	437	I67
- séquelles des maladies cérébro-vasculaires	438	I69
- maladies pulmonaires obstructives chroniques	490 à 496	J40 à J47

Autres pathologies :	CIM10 ¹⁵ (PMSI)
- autres hépatites virales aiguës	B17
- troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives : alcool, opiacés, dérivés du cannabis, sédatifs ou hypnotiques, cocaïne, hallucinogènes, solvants volatils, drogues multiples	F10 à F14 ; F15 ; F16 ; F18 ; F19
- autres (que infarctus aigu du myocarde et angine de poitrine) cardiopathies ischémiques aiguës	I24

¹⁴ Classification Internationale des Maladies, 9^e révision (1975), OMS, 1977.

¹⁵ Classification Internationale des Maladies, 10^e révision (1993), OMS, 1995.

Liste des tableaux et des graphiques

Liste des tableaux

Tableau n° 1

Évolution du taux d'admissions en chirurgie ambulatoire au Québec depuis l'existence de la « Trousse d'appréciation du potentiel de développement en chirurgie d'un jour »..... 12

Tableau n° 2

Critères d'exclusion du potentiel de chirurgie ambulatoire 26

Tableau n° 3

Cure de hernie(s) inguinale(s) ou crurale(s) chez l'adulte : Fréquence des critères d'exclusion du potentiel de chirurgie ambulatoire selon le mode de prise en charge 29

Tableau n° 4

Cure de hernie(s) inguinale(s) ou crurale(s) chez l'enfant : Fréquence des critères d'exclusion du potentiel de chirurgie ambulatoire selon le mode de prise en charge 29

Tableau n° 5

Indicateurs du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire pour les cures de hernies inguinales et crurales en France et au Québec 32

Tableau n° 6

Cure de hernie(s) inguinale(s) ou crurale(s) en pédiatrie (moins de 16 ans) en 1997 : Potentiel de développement en Chirurgie Ambulatoire et admissibilité des patients selon différents paliers de critères d'exclusion..... 36

Tableau n° 7

Cure de hernie(s) inguinale(s) ou crurale(s) chez l'adulte (16 ans et plus) en 1997 : Potentiel de développement en Chirurgie Ambulatoire et admissibilité des patients selon différents paliers de critères d'exclusion..... 37

Tableau n° 8

Taux d'hospitalisation non prévue et de réadmission dans les 72 heures après cure de hernie(s) inguino-crutale(s) en chirurgie ambulatoire au Québec..... 45

Liste des graphiques

Graphique n° 1

Nombre de séjours avec cure(s) de hernie(s) inguinale(s) ou crurale(s)
et taux de chirurgie ambulatoire en fonction de l'âge du patient.....19

Graphique n° 2

Nombre de séjours avec cure(s) de hernie(s) inguinale(s) ou crurale(s)
et taux de chirurgie ambulatoire dans le secteur public et le secteur privé20

Graphique n° 3

Répartition des séjours avec cure(s) de hernie(s) inguinale(s) ou crurale(s)
en fonction de leur durée, selon la présence ou non des critères de comorbidité28

Achévé d'imprimer le 22 mai 2000
ELECTROGELOZ, 58, rue de Rochechouart
75 009 Paris
Dépôt légal : Mai 2000