

questions

d'économie de la santé

analyses

Repères

Dans un contexte de restriction des budgets hospitaliers, la chirurgie ambulatoire s'est fortement développée dans de nombreux pays. En France, à l'heure où le débat sur les restructurations hospitalières bat son plein, la question du développement de la chirurgie ambulatoire est posée car cette modalité de prise en charge reste encore marginale. La mise à disposition des données issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) nous offre la possibilité d'adapter en France une méthode appliquée au Québec pour aider au développement de la chirurgie ambulatoire. Après l'étude des cures de hernies inguinales ou crurales présentée ici, ce travail sera poursuivi pour d'autres actes.

Étude réalisée avec la collaboration :

- du Docteur Jean Mireault (AHQ) ;
- des Docteurs Alain Corvez, Hélène Logerot, Jean-Patrick Sales, François Venutolo (Comité de pilotage).

CENTRE DE RECHERCHE, D'ÉTUDE ET DE DOCUMENTATION
EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :
1, rue Paul-Cézanne 75008 Paris
Téléphone : 01 53 93 43 02/17
Télécopie : 01 53 93 43 50
E-mail : document@credes.fr
Web : www.credes.fr

Directrice de la publication :
Dominique Polton

Rédactrice en chef :
Nathalie Meunier

Secrétaires-maquettistes :
Cécilia Chopin et Franck-Séverin Clérembault

ISSN : 1283-4769

Diffusion par abonnement : 300 F par an
Environ 10 numéros par an

Prix : 30 F

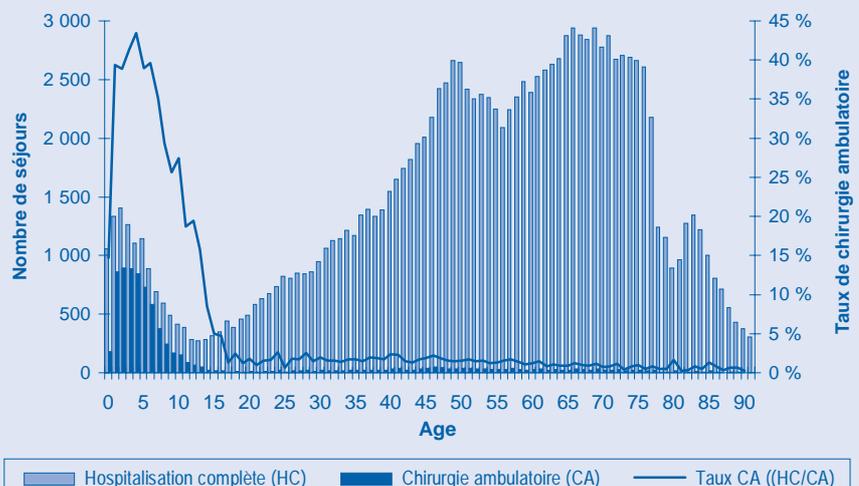
Estimation du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire L'exemple des cures de hernies inguinales ou crurales

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

Comment estimer le potentiel de développement en chirurgie ambulatoire en France ? Quels sont les actes à fort potentiel ?

Dans les pays industrialisés, au cours de ces dix dernières années, la mise en place de politiques d'alternatives à l'hospitalisation a favorisé un fort développement de la chirurgie ambulatoire. En France, le mouvement a débuté tardivement, d'abord dans le secteur privé puis dans le secteur public. Les taux de recours à ce type de prise en charge restent nettement inférieurs à ceux d'autres pays où, pour de nombreux actes, la chirurgie ambulatoire est devenue pratique courante. L'objectif de notre étude est de proposer aux établissements hospitaliers un outil méthodologique permettant d'estimer leur potentiel de chirurgie ambulatoire. Cet outil est largement inspiré d'une méthode ayant fait ses preuves au Québec. Les résultats présentés ici ne concernent qu'un groupe d'actes précis, les cures de hernies inguinales ou crurales. Pour ces interventions, nous estimons que le taux de chirurgie ambulatoire pourrait au moins être multiplié par dix chez l'adulte. Ceci est un potentiel estimé au niveau national qu'il convient d'ajuster pour chaque établissement, selon son environnement et les moyens en place liés à l'organisation et la technicité indispensables à ce type de prise en charge.

Nombre de séjours avec cure de hernies inguinales ou crurales et taux de chirurgie ambulatoire selon l'âge du patient



Source : données PMSI 1997

La chirurgie ambulatoire présente le principal intérêt pour le patient de pouvoir rentrer chez lui après une intervention et d'éviter ainsi les inconvénients de l'hospitalisation (isolement, infections nosocomiales...). Dès les années 70, les Etats-Unis, le Canada et la Grande-Bretagne encouragent cette pratique. Celle-ci est rapidement considérée comme un élément de contribution à la diminution des dépenses hospitalières. En France, la chirurgie ambulatoire se développe tardivement, au début des années 90 et reste à ce jour une pratique marginale. Pour un groupe d'actes sélectionnés par l'Association internationale de chirurgie ambulatoire (IAAS), seul un tiers des séjours s'effectue en chirurgie ambulatoire alors que ce taux atteint 93 % aux Etats-Unis, 79 % au Canada, 63 % aux Pays-Bas et 62 % en Nouvelle-Zélande. Au Québec, une méthode originale a été élaborée pour aider au développement et à l'optimisation de la chirurgie ambulatoire.

2 Le CREDES a eu l'occasion d'étudier cette méthode (voir encadré page 3) L'opportunité de l'adapter à des données françaises s'est présentée avec la mise à disposition des données de la base nationale 1997 du Programme de médicalisation des systèmes d'information des hôpitaux (PMSI, cf encadré ci-dessous). Une première approche, présentée ici, vient d'être réalisée pour un groupe d'actes particuliers, les cures de hernies inguinales ou crurales.

Quels critères retenir pour estimer le potentiel de chirurgie ambulatoire ?

Comme au Québec, la méthode consiste à dénombrer de façon rétrospective les séjours en hospitalisation complète qui auraient pu se réaliser en chirurgie ambulatoire.

Considérer des critères de contre-indication

Hors le refus du patient et de son entourage d'une intervention en chirurgie ambulatoire, un consensus médical existe sur les contre-indications potentielles de ce type de prise en charge. Il s'agit de :

- ⇒ contre-indications médicales :
 - l'âge : inférieur à six mois, pour les risques liés à l'anesthésie ;
 - l'existence d'une maladie systémique invalidant les fonctions vitales ;
 - les urgences, incompatibles avec l'organisation même d'une prise en charge programmée qu'impose la chirurgie ambulatoire.
- ⇒ contre-indications psychosociales :
 - l'isolement social : une personne subissant une chirurgie ambulatoire doit être accompagnée après l'intervention jusqu'à son domicile et surveillée pendant la période post-opératoire ;
 - l'incompréhension et le manque d'autonomie du patient ;
 - l'isolement géographique : en France, un trajet de plus d'une heure entre l'hôpital et le domicile du patient est une contre-indication à la chirurgie ambulatoire.

Source des données : le PMSI

(Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information)

Le PMSI est un outil médico-économique conçu pour décrire l'activité des établissements de soins, qu'ils soient publics ou privés. Il a concerné d'abord les établissements publics et les établissements privés participant au service public, puis les autres établissements privés.

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, les diagnostics associés, certains actes réalisés, le mode d'entrée et le mode de sortie. A partir de ces informations, chaque séjour est affecté 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.

La chirurgie ambulatoire en France

Définition :

La chirurgie ambulatoire correspond à des actes chirurgicaux programmés et réalisés dans des conditions techniques de 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 admission¹.

Cadre juridique :

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

Etat des lieux :

Au 31 décembre 1997, d'après les données du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (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 public.

En 1997, d'après les données du PMSI, 23 % des séjours chirurgicaux sont 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 Ambulatoire).

¹ 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.

Pour dénombrer le nombre de séjours ayant pu faire l'objet d'une intervention en chirurgie ambulatoire, l'idéal serait de considérer l'ensemble de ces contre-indications. Or, ces informations, notamment psychosociales, ne sont pas toutes accessibles. Les critères retenus résultent donc d'un compromis entre les contre-indications, reconnues par les professionnels, et les informations disponibles dans le PMSI. Ces dernières concernent principalement les contre-indications médicales. Nous avons pu retenir les critères suivants : l'âge, les urgences et, à défaut du degré d'atteinte des fonctions vitales, la co-morbidité, c'est-à-dire certaines pathologies pouvant majorer les risques liés à l'intervention.

La durée de séjour : un critère d'exclusion pertinent

Pour pallier le déficit d'informations, psychosociales notamment, la méthode mise en oeuvre au Québec prend en compte la durée de séjour, critère que nous avons également retenu. En effet, la durée de séjour est liée à différents facteurs dont des caractéristiques propres au patient, repérables ou non dans le PMSI. Elle est, dans cette étude, retenue comme critère d'exclusion, en tant que témoin d'une comorbidité globale ou de problèmes psychosociaux non repérables dans le système d'information, mais représentant des contre-indications potentielles à la chirurgie ambulatoire. De plus, c'est une variable robuste dans tous les systèmes d'informa-

tion fournis par les hôpitaux. On exclut donc du potentiel de chirurgie ambulatoire les séjours au-delà d'une certaine durée. Laquelle choisir ? Au Québec, celle retenue est de six jours. Compte tenu du contexte français, deux seuils, indépendamment de l'acte réalisé, nous semblent pertinents :

- six jours : parce qu'au-delà d'une semaine, les hospitalisations concernent probablement des patients sévèrement atteints ; ce seuil permet également de comparer avec les résultats obtenus au Québec ;
- deux jours : parce que les séjours n'excédant pas 48 heures concernent a priori des patients sans problèmes médicaux ou psychologiques graves ou incontrôlés.

Quels résultats dans le cas des cures de hernies inguinales ou crurales ?

Les cures de hernies inguinales ou crurales ont été retenues pour trois raisons :

- elles correspondent à une chirurgie ambulatoire qualifiée et substitutive ;
- leur réalisation en ambulatoire est pratique courante dans d'autres pays (elle est quasi-généralisée aux Etats-Unis et concerne les deux tiers des séjours au Québec) ;
- elles représentent une part importante de l'activité chirurgicale et ce pour toutes les classes d'âge.

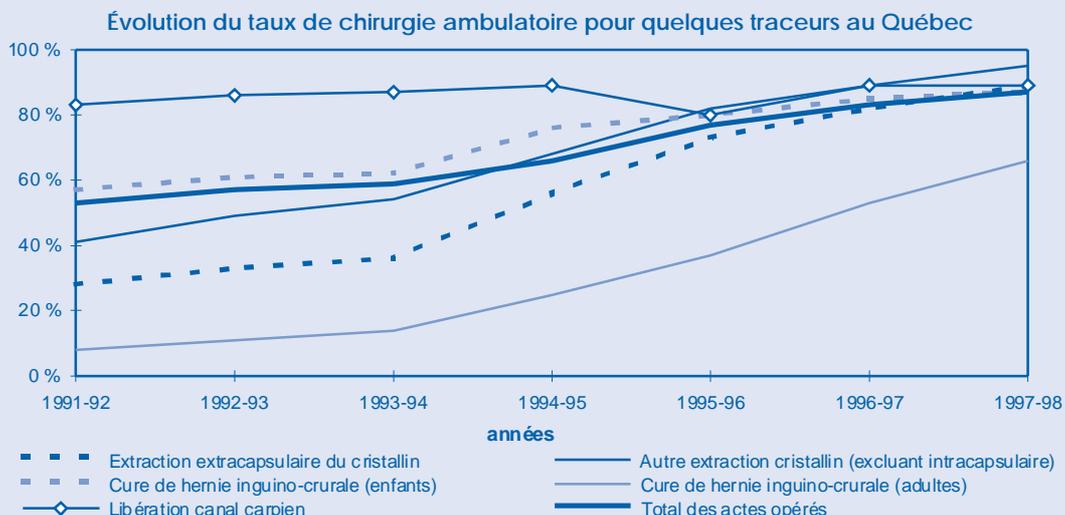
Développer la chirurgie ambulatoire : l'exemple du Québec

Le contexte : dès 1990, certains hôpitaux québécois souhaitent entamer une réflexion sur la chirurgie ambulatoire (appelée chirurgie d'un jour au Québec) pour faire face à la forte croissance des dépenses totales de santé et à une situation de plus en plus préoccupante dans les hôpitaux : listes d'attente qui s'allongent, urgences hospitalières qui s'engorgent et usagers qui manifestent leur mécontentement.

Dans le cadre de la maîtrise des dépenses de santé, depuis 1995, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec met en place une politique volontariste de développement de la chirurgie ambulatoire, qui lui paraît un des moyens efficaces pour comprimer les dépenses de santé.

La méthode : pour répondre aux établissements hospitaliers qui souhaitaient disposer d'outils spécifiques de gestion, l'Association des Hôpitaux du Québec a conçu les programmes «OPTIMAH» (Optimisation de l'information pour le monitoring de l'activité hospitalière). Parmi ces programmes figurent la « trousse » d'appréciation du potentiel de développement en chirurgie d'un jour. Elle offre aux médecins et gestionnaires hospitaliers des outils, adaptables à leur établissement, qui leur permettent d'apprécier le potentiel de développement de chirurgie ambulatoire. La méthode consiste à estimer rétrospectivement le nombre de personnes hospitalisées qui auraient pu être traitées en chirurgie ambulatoire et par conséquent, le nombre de journées d'hospitalisation épargnées. De plus, deux indicateurs leur permettent de suivre les résultats de ce mode de prise en charge en terme de qualité (taux d'hospitalisation et taux de réadmission dans les 72 heures, suite à l'intervention en ambulatoire).

Les résultats : depuis 1991, date de mise à disposition de cet outil, le taux de chirurgie ambulatoire pour les actes retenus est passé de 53 % à 87 % au Québec.



Source : Développer la chirurgie ambulatoire : l'exemple du Québec, CREDES, n°1191, nov. 1997.

La chirurgie ambulatoire pour hernies est peu développée en France

En 1997, plus de 145 000 séjours, recensés dans le PMSI, comprennent au moins une intervention chirurgicale pour hernies inguinales ou crurales. 34 % des séjours en pédiatrie et à peine plus de 1 % chez l'adulte sont réalisés en ambulatoire. Contrairement à ce qui s'observe pour de nombreux actes, le taux de chirurgie ambulatoire est plus élevé dans le secteur public (9 %) que dans le secteur privé (3 %). Cette différence est particulièrement importante en pédiatrie (43 % contre 25 %). En hospitalisation complète, la durée moyenne de séjour est de 5,6 jours pour les adultes et de 2,7 jours en pédiatrie.

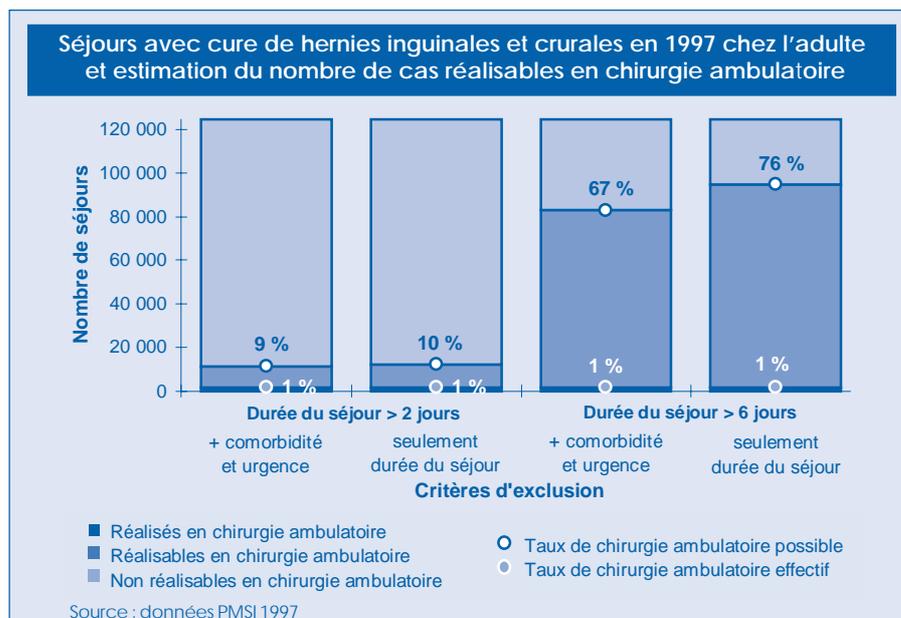
Le nombre d'adultes traités en ambulatoire pourrait être au moins multiplié par dix

Les résultats présentés ci-après sont calculés au niveau national et ne tiennent pas compte des spécificités de chaque établissement hospitalier, qu'il s'agisse de son environnement, de son niveau d'équipement ou de sa volonté de vouloir développer la pratique ambulatoire. Ils doivent donc être modulés et adaptés selon les cas.

Différents niveaux de potentiel sont estimés en considérant soit exclusivement les durées de séjours, soit en combinant celles-ci avec les autres critères retenus (comorbidité, urgence, âge).

Ainsi, en excluant uniquement les hospitalisations de plus de 48 heures, la chirurgie ambulatoire pourrait concerner 10 % des séjours des adultes et 78 % en pédiatrie (contre 1 % et 34 % actuellement). Si on exclut aussi les séjours présentant l'un des critères retenus (âge, comorbidité, urgence), ce taux serait de 9 % chez l'adulte et de 72 % en pédiatrie.

Si on applique le même processus, en excluant les hospitalisations de plus de six jours, on augmente nettement le potentiel. Pour les adultes, 76 % des séjours seraient réalisables en ambulatoire, 67 % si l'on combine l'ensemble des critères d'exclusion. Ces taux seraient respectivement de 99 % et 90 % pour les enfants (voir graphique ci-contre).



Pour les cures de hernies inguinales ou crurales, la proportion de séjours «réalisables» en ambulatoire est très sensible au seuil retenu pour la durée de séjour, du fait de la répartition de celle-ci. Une question s'impose donc : quels facteurs autres que les critères d'exclusion retenus expliquent cette répartition ? Cette question devra être abordée par chaque établissement. Ces remarques faites, il nous semble qu'un seuil de deux jours correspond au scénario le moins ambitieux mais également le plus prudent. Il s'adresse plus particulièrement aux établissements hospitaliers qui souhaitent démarrer un programme de chirurgie ambulatoire et qui ont donc la nécessité de s'engager «sans grand risque». Quant au seuil de six jours, beaucoup plus ambitieux, il peut intéresser des établissements qui cherchent à optimiser un plateau de chirurgie ambulatoire déjà en place avec des équipes bien rodées.

* * *

Cette méthode est donc un outil d'estimation du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire applicable en France. Cependant, cette prise en charge ne peut se développer au détriment de la qualité. Il est donc nécessaire de déterminer et de suivre des indicateurs de résultats. Au Québec, deux indicateurs sont utilisés : le taux d'hospitalisation non prévue à la suite

de l'intervention et le taux de réadmission dans les 72 heures. Le PMSI ne permet pas d'estimer ce type d'indicateurs avec les données nationales. Mais chaque établissement désireux de mener à bien une politique de développement de la chirurgie ambulatoire pourrait mettre en place un recueil d'informations complémentaires, y compris dans le cadre du PMSI. Il serait ainsi en mesure d'apprécier les résultats et d'affiner l'estimation de leur potentiel.

Pour en savoir plus

Estimation du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire. L'exemple des cures de hernies inguinales ou crurales. O. Busson, A. Doussin, M.-J. Sourty Le Guellec, CREDES, n° 1303, mai 2000, prix : 90 F.

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.

La chirurgie d'un jour : peut-on en faire plus ? P. Boyle, D. Nadeau, A. Framarin, Trousseau d'appréciation du potentiel de développement en chirurgie d'un jour. 2^{ème} édition, juin 1995.

Développer la chirurgie ambulatoire : l'exemple du Québec. A. Bocagnano, J. Mireault, M.-J. Sourty-Le Guellec, CREDES-HAQ n° 1191, nov. 1997, prix : 30 F.