

questions

d'économie de la santé

analyses

Repères

Cette étude fait suite à une précédente analyse sur le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire des cures de hernies inguinales ou crurales. Selon la même méthode et à partir des données du PMSI, l'estimation est réalisée pour la chirurgie de la cataracte. L'objectif est d'apprécier les possibilités de développement de la chirurgie ambulatoire en France pour certains actes pratiqués de façon courante sans hospitalisation dans de nombreux pays, en Amérique du Nord notamment. Cette étude complète une analyse récente de la DREES (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité) sur l'évolution spectaculaire de la chirurgie de la cataracte ces dix dernières années et sur le développement modéré de la chirurgie ambulatoire en France (cf. encadré page 3).

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

Secrétaire-maquettiste :
Franck-Séverin Clérembault

ISSN : 1283-4769

Diffusion par abonnement : 50 euros par an

Prix du numéro : 5 euros

Environ 10 numéros par an

Le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire de la cataracte en France, en 1999

Marie-Jo Sourty Le-Guellec

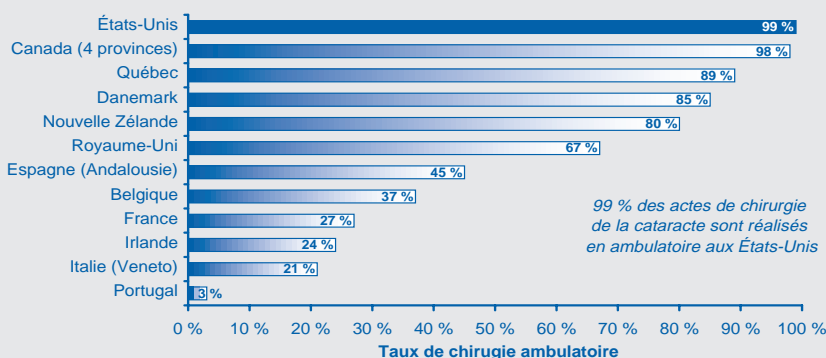
Comme dans la plupart des pays industrialisés, la chirurgie de la cataracte est aujourd'hui au premier rang des interventions pratiquées en France, du fait du vieillissement de la population et de l'amélioration des techniques.

Dans de nombreux pays, cet acte se pratique très souvent en chirurgie ambulatoire, permettant au patient de sortir de l'hôpital juste après l'intervention.

En France, moins d'une intervention sur trois est effectuée en chirurgie ambulatoire. Les deux tiers des interventions nécessitent encore une hospitalisation le plus souvent très courte : un ou deux jours pour neuf patients sur dix. Ces durées de séjours très brèves permettent d'envisager un transfert pour un grand nombre de patients vers la chirurgie ambulatoire et donc un développement rapide de ce mode de prise en charge.

Cette étude propose une estimation de ce potentiel de développement : selon la méthodologie retenue, la proportion d'interventions réalisées en ambulatoire pourraient se situer entre 70 et 90 %. Au-delà de cette évaluation globale, l'analyse met en évidence d'importants écarts entre les établissements selon leur statut (public, privé) et leur région mais également une forte variété des pratiques individuelles d'établissement. Une typologie met en évidence sept groupes d'établissements révélant divers degrés d'utilisation de la chirurgie ambulatoire liés à la dynamique globale de raccourcissement des durées de séjour.

Taux de chirurgie ambulatoire de la cataracte dans plusieurs pays



Source : C. De Lathouwer, J.P. Poullier : How much ambulatory surgery in the world in 1996-97 and trends? *Ambulatory surgery* 8 (2000) 191-210

Un important potentiel de développement sur l'ensemble du territoire

La chirurgie de la cataracte est au premier rang des interventions pratiquées en France, comme dans la plupart des pays industrialisés. Avec les progrès techniques et le vieillissement de la population, de plus en plus de personnes y ont recours. De nouvelles techniques moins invasives assurent une chirurgie ambulatoire en toute sécurité. Dans plusieurs pays, notamment en Amérique du nord et en Europe du nord, l'hospitalisation pour cette intervention devient exceptionnelle.

En France, les hospitalisations restent majoritaires et seules 27 % des interventions se font en chirurgie ambulatoire. Ce faible taux de chirurgie ambulatoire, comparé à celui de nombreux pays étrangers, permet d'envisager un fort potentiel de développement. Nous avons donc estimé ce potentiel, à partir des données fournies par le système d'information hospitalier (PMSI 1999), en s'inspirant de la méthode développée par l'Association des Hôpitaux du Québec (AHQ).

Neuf séjours sur dix durent un ou deux jours

La méthode retenue consiste de façon rétrospective, à partir des interventions faites en hospitalisation complète, à estimer la proportion de patients qui auraient pu être traités en chirurgie ambulatoire. Ce sont des patients qui ne présentent pas de contre-indications à ce type de prise en charge et dont le séjour a été très court (un ou deux jours). En effet, si un patient a séjourné au-delà de ce seuil, on estime que son état de santé ou son environnement social sont peu propices à une chirurgie ambulatoire. En cas d'hospitalisation, pour chirurgie de la cataracte, les durées de séjour sont très courtes, puisque dans l'ensemble environ neuf séjours sur dix durent un ou deux jours.

Méthode et sources de données

La méthodologie s'inspire de celle développée par l'Association de Hôpitaux du Québec dans leur programme " OPTIMAH " (Optimisation de l'Information pour le Monitoring de l'Activité Hospitalière). Développée dans un contexte de restriction budgétaire au Québec, elle offre aux médecins et gestionnaires hospitaliers des outils, adaptables à leur établissement, permettant d'apprécier le potentiel de développement de chirurgie ambulatoire et par conséquent, le nombre de journées d'hospitalisation épargnées. La méthode consiste à estimer rétrospectivement le nombre de personnes hospitalisées qui auraient pu être traitées en chirurgie ambulatoire et ne présentant donc aucune contre-indication à la chirurgie ambulatoire. Elle a été adaptée en France, à partir des données enregistrées dans les bases fournies par le système hospitalier public et privé (PMSI 1999).

Les contre-indications pour toute intervention en chirurgie ambulatoire, hormis le refus du patient et de son entourage, sont selon un consensus médical :

- des contre-indications médicales : âge inférieur à 6 mois pour les risques liés à l'anesthésie, existence d'une maladie systémique invalidant les fonctions vitales, urgences incompatibles avec l'organisation même d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire.
- des contre-indications psycho-sociales : isolement social, incompréhension et le manque d'autonomie du patient et de son entourage, isolement.

Pour dénombrer les séjours qui auraient pu faire l'objet d'une intervention en chirurgie ambulatoire, l'idéal aurait été de considérer l'ensemble de ces contre-indications. Malheureusement, ces informations, notamment psycho-sociales, ne sont pas accessibles dans les bases de données disponibles. Les critères que l'on retient sont donc un compromis entre les contre-indications reconnues par les professionnels et les informations disponibles dans le PMSI. On a pu retenir les critères suivants : l'âge et la comorbidité, c'est-à-dire certaines pathologies pouvant majorer les risques liés à l'intervention. Pour pallier le déficit d'information, la durée de séjour est utilisée, comme critère d'exclusion estimant qu'elle est le témoin d'une comorbidité globale ou de problèmes psycho-sociaux non repérables dans le système d'information, mais représentant des contre-indications potentielles à la chirurgie ambulatoire. Sont donc exclus du potentiel de chirurgie ambulatoire les séjours qui dépassent deux jours estimant alors ne conserver que les patients sans problèmes médicaux ou psycho-sociaux graves ou incontrôlés.

Sources des données : cette étude a été réalisée à partir des données fournies par le PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information), outil médico-économique conçu pour décrire l'activité des établissements de soins publics ou privés.

A l'heure actuelle, le PMSI concerne les séjours de Médecine, de Chirurgie et d'Obstétrique (MCO) des établissements hospitaliers publics et privés. 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 1999, parmi lesquels 397 463 comportent une intervention de la cataracte.

Au moins 77 % des patients auraient pu être traités en chirurgie ambulatoire

Selon la méthode exposée ci-dessus, si l'on considère le nombre de patients ayant séjourné à l'hôpital un ou deux

jours et ne présentant aucune des contre-indications médicales retenues, le taux de chirurgie ambulatoire pourrait atteindre 77 % de l'ensemble des interventions (contre 27 % à l'heure actuelle).

On peut cependant se demander si la liste des contre-indications médicales qui dans la méthodologie utilisée a été définie de manière unique pour tous les actes est réellement pertinente dans le cas de la cataracte. En effet, parmi les patients opérés, le pourcentage de patients présentant ces contre-indications est presque aussi élevé que parmi les hospitalisés (18 % des patients versus 23 %). Ces contre-indications sont en effet souvent des diagnostics de comorbidité très fréquents chez les personnes âgées, qui constituent presque exclusivement les patients opérés de la cataracte. Elles sont probablement devenues moins contraignantes du fait du progrès technique et notamment de la possibilité de pouvoir maintenant opérer sous anesthésie locale. Les répartitions de durées de séjour avec ou sans comorbidité parfaitement superposées confirme que la durée de séjour est peu influencée par ces critères.

Si on ne retient que la durée de séjour comme critère de contre-indication, hypothèse la plus large, c'est-à-dire que l'on considère que l'ensemble des séjours de un ou deux jours aurait pu être transféré en chirurgie ambulatoire, alors le taux de chirurgie ambulatoire aurait atteint 91 %, taux équivalent à ceux observés dans les pays utilisant au maximum ce type de prise en charge.

Une objectif réaliste se situe certainement dans l'intervalle obtenu, c'est-à-dire qu'une politique globale de développement de la chirurgie ambulatoire pourrait se donner pour cible un taux compris entre 77 % et 91 %. C'est cet indicateur de potentiel, appelé « intervalle cible », que nous avons retenu pour effectuer les comparaisons présentées ci-dessous entre secteurs public et privé, entre régions, entre établissements.

Le développement de la chirurgie ambulatoire est plus avancé dans le secteur privé

L'intervention de la cataracte est plus une activité du secteur privé ne participant pas au service public (non PSPH), puisque trois séjours sur quatre y ont lieu. Le taux de chirurgie ambulatoire y est de 30 %. Ce taux est deux fois plus faible (15 %) dans le secteur public, les établissements privés non lucratifs participant au service public (PSPH) se situant entre les deux (25 %).

Cependant, étant donnée la différence importante en volume d'activité entre le secteur public proprement dit (76 000 séjours) et le secteur privé (306 000 séjours), on pouvait s'attendre à ce que le secteur public affiche une dynamique de développement de

Le traitement chirurgical de la cataracte en France

En France, 397 000 séjours avec opérations de la cataracte ont été recensés en 1999, dont 27 % étaient pris en charge en chirurgie ambulatoire. Ces résultats sont proches de ceux présentés récemment par la DREES (Ministère de l'Emploi et la Solidarité) et concernant l'année 1998 : 392 000 séjours. Ces chiffres ne sont toutefois pas exactement comparables car les bases de données utilisées sont légèrement différentes.

La DREES souligne une évolution spectaculaire : en quinze ans, le nombre d'interventions a été multiplié par trois. Aujourd'hui cette opération est l'acte chirurgical le plus fréquent en France et représente la deuxième cause d'hospitalisation après l'accouchement. La DREES indique également :

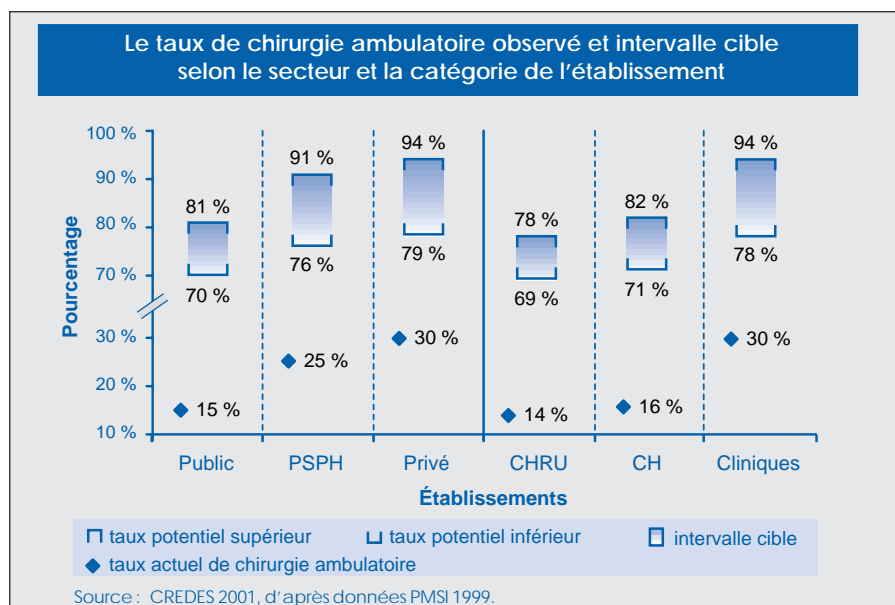
- une activité très concentrée sur le secteur privé : 77 % des séjours ont eu lieu en secteur privé non PSPH ;
- une prise en charge des cas plus complexes en secteur public et notamment en CHRU, expliquant des durées de séjour plus élevées ;
- une proportion très importante de séjours de 1 ou 2 jours : 9 sur 10 des séjours en hospitalisation complète, et cette proportion croît avec le taux de chirurgie ambulatoire ;
- une grande variabilité inter-régionale et inter-établissements de l'activité, de la prise en charge en ambulatoire et des durées de séjour.

A propos de la chirurgie ambulatoire, la DREES signale un développement limité, plus important dans les établissements privés et dans ceux à fort volume d'activité.

Source : D. Baubeau, F. Bousquet et M. Joubert : Le traitement chirurgical de la cataracte en France. Etudes et résultats. DREES. N° 101, février 2001.

la chirurgie ambulatoire encore plus modérée.

Le potentiel au seuil de 2 jours est élevé dans les deux secteurs, même s'il est légèrement plus faible dans le secteur public. Selon que l'on tienne compte ou



non des critères médicaux de contre-indications, on peut espérer un taux de chirurgie ambulatoire compris entre 79 % et 94 % dans le secteur privé, entre 76 % et 91 % dans les établissements PSPH et entre 70 % et 91 % dans le secteur public.

Dans le secteur public, on note une proportion plus importante de séjours de trois et quatre jours (12 % contre 4 % en secteur privé), conséquence d'une pathologie souvent plus lourde que dans le secteur privé. En effet, des diagnostics de cataractes non séniles ou de cataractes avec complications, de même que des diagnostics associés de glaucome ou d'autres diagnostics concernant l'œil sont plus fréquents dans le secteur public, en CHR ou en CH. Cela explique sûrement pour partie le moindre développement de la chirurgie ambulatoire et par conséquent un potentiel plus faible.

Des dynamiques régionales diverses

La chirurgie de la cataracte en ambulatoire est plus développée dans le sud de la France

L'utilisation de la chirurgie ambulatoire de la cataracte varie fortement d'une région à l'autre. Elle est déjà très développée en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) où plus de la moitié (51 %) des interventions se font en chirurgie ambulatoire. Dans le Languedoc-Roussillon et dans le Limousin, le taux est de 44 %. Environ un patient sur trois est traité en chirurgie ambulatoire en Poitou-Charentes, en Aquitaine et en Ile-de-France. A l'opposé, le taux de chirurgie ambulatoire est au-dessous des 10 % en Haute-Normandie, Basse-Normandie et Franche-Comté.

On pourrait penser que le développement de la chirurgie ambulatoire implique que l'on ne garde plus en hospitalisation complète que les cas lourds nécessitant des séjours plus longs, et l'on pourrait donc s'attendre à ce que le taux

Les techniques de chirurgie de la cataracte

La cataracte est définie par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé¹ (ANAES) comme une opacification du cristallin (lentille intra-oculaire normalement transparente) qui entraîne une dégradation progressive de la vision. C'est la première cause de cécité au monde. Il n'existe en ce moment aucun traitement préventif ou curatif, en dehors de l'extraction chirurgicale du cristallin et son remplacement.

Au début des années 1980, la technique de référence était l'extraction intracapsulaire du cristallin. La méthode prédominante a été ensuite l'extraction extracapsulaire manuelle, laissant en place la paroi postérieure de la capsule. Cette extraction extracapsulaire est de plus en plus réalisée par phako-émulsification qui consiste à fragmenter le cristallin avant l'extraction à l'aide d'ultrasons et maintenant de laser. Cette technique a permis d'améliorer les résultats sur le plan visuel et de diminuer les risques de complications. La phako-émulsification permet d'intervenir plus rapidement au travers d'incisions plus courtes et se pratique couramment en chirurgie ambulatoire. Des études comparatives montrent que d'une part, les complications observées sont les mêmes et ne sont pas plus nombreuses en ambulatoire qu'en chirurgie traditionnelle et que d'autre part la satisfaction des patients est comparable.

¹ ANAES : Evaluation du traitement chirurgical de la cataracte de l'adulte. Février 2000.

de chirurgie ambulatoire et la proportion de longs séjours varient dans le même sens. Selon cette logique, un établissement réalisant un fort taux de chirurgie ambulatoire devrait enregistrer une forte proportion de séjours supérieure à deux jours. Or, plusieurs cas de figures existent.

Des régions telles que le Nord-Pas-de-Calais, les pays de Loire, le Poitou-Charentes et à un moindre degré la Picardie et la Bretagne, ont des taux de chirurgie ambulatoire assez faibles et à l'inverse une proportion de séjours courts (1 ou 2 jours) élevée (90 %). Ces régions sont celles qui ont le plus fort potentiel de développement.

D'autre régions avec des taux de chirurgie ambulatoire élevés ont également une proportion de séjours de un ou deux jours importante. C'est le cas du Limousin, du Poitou-Charente, du Languedoc-Roussillon, de la Provence-Alpes-Côte d'Azur, de l'Aquitaine et de l'Ile-de-France.

A l'inverse, en Lorraine, en Franche-Comté, les taux de chirurgie ambulatoire sont plus faibles alors que la part des séjours longs (plus de deux jours) est assez élevée, proche de 20 %. La Basse-Normandie occupe une position

extrême avec un très faible taux de chirurgie ambulatoire et près d'un tiers des patients hospitalisés séjournant plus de deux jours.

L'idée simple de la substitution entre séjours courts et ambulatoire ne se vérifie donc pas au niveau régional. En fait, on peut même penser qu'une même dynamique d'évolution conduit à raccourcir tous les séjours, jusqu'au point extrême de l'ambulatoire, et que c'est l'ensemble de la distribution des durées de séjour qui se déplace. On peut même émettre l'hypothèse que le processus s'opère par étapes, avec d'abord un raccourcissement des durées de séjour en hospitalisation complète avant le basculement vers l'ambulatoire : c'est du moins ce que la position de régions intermédiaires telles que la Bretagne ou la Picardie peut faire supposer.

Bien entendu, il s'agit d'une hypothèse, car les données disponibles ne permettent qu'un instantané et non une analyse du déroulement du processus. Mais elle est confortée, comme nous allons le voir, par les résultats portant non plus sur les régions, mais sur les établissements pris individuellement : la relation entre ambulatoire et durée de séjour y apparaît en effet encore plus nette.

Quelle que soit la région, la variabilité inter-établissements est très forte

Au-delà des écarts par catégorie ou par région, il existe de très grandes disparités entre établissements.

Les taux de chirurgie ambulatoire varient beaucoup : parmi les 855 établissements qui pratiquent la chirurgie de la cataracte, un établissement sur dix a un taux de chirurgie ambulatoire supérieur à 60 % alors que ce taux est inférieur à 10 % dans un établissement sur deux.

De même, les distributions de durées de séjour varient beaucoup entre établissements, même si la concentration vers des séjours de un ou deux jours est toujours importante. Dans près de deux établissements sur trois, le pourcentage de séjours de un ou deux jours dépasse les 90 %, mais dans un sur dix il est inférieur à 60 % sans que l'on puisse mettre en évidence la présence de pathologies plus importantes chez les patients. Afin d'analyser plus finement les relations entre le degré d'utilisation de la chirurgie ambulatoire, son potentiel de

développement et les durées de séjour en hospitalisation complète, nous avons appliqué des méthodes d'analyse factorielle aux répartitions de durées de séjour dans les établissements pratiquant la chirurgie de la cataracte. Nous avons pu ainsi résumer la diversité des pratiques selon une typologie en sept catégories d'établissements.

Divers niveaux de développement de la chirurgie ambulatoire

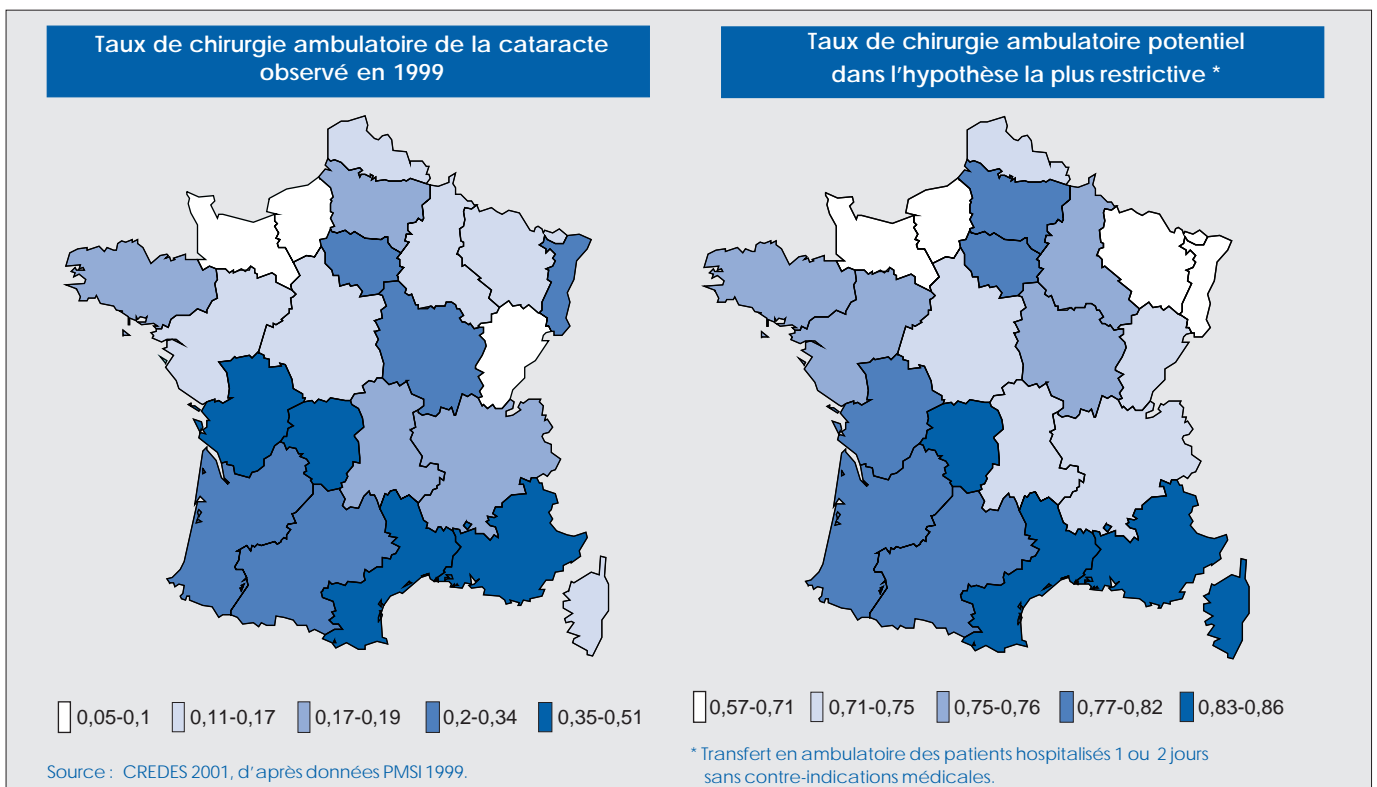
L'analyse fait ressortir sept niveaux dans la dynamique de développement de la chirurgie ambulatoire (cf. graphique page 6). Les taux de chirurgie ambulatoire vont en decrescendo d'un groupe à l'autre. D'abord des groupes d'établissements aux taux de chirurgie ambulatoire élevés, comparables à ceux des pays les plus avancés, et avec encore un nombre important de séjours de un à deux jours. Pour ces groupes, le développement de la chirurgie ambulatoire bien avancé peut encore se poursuivre. Ensuite des groupes d'établissements avec des taux de chirurgie ambulatoire faibles, mais avec un nombre de séjours

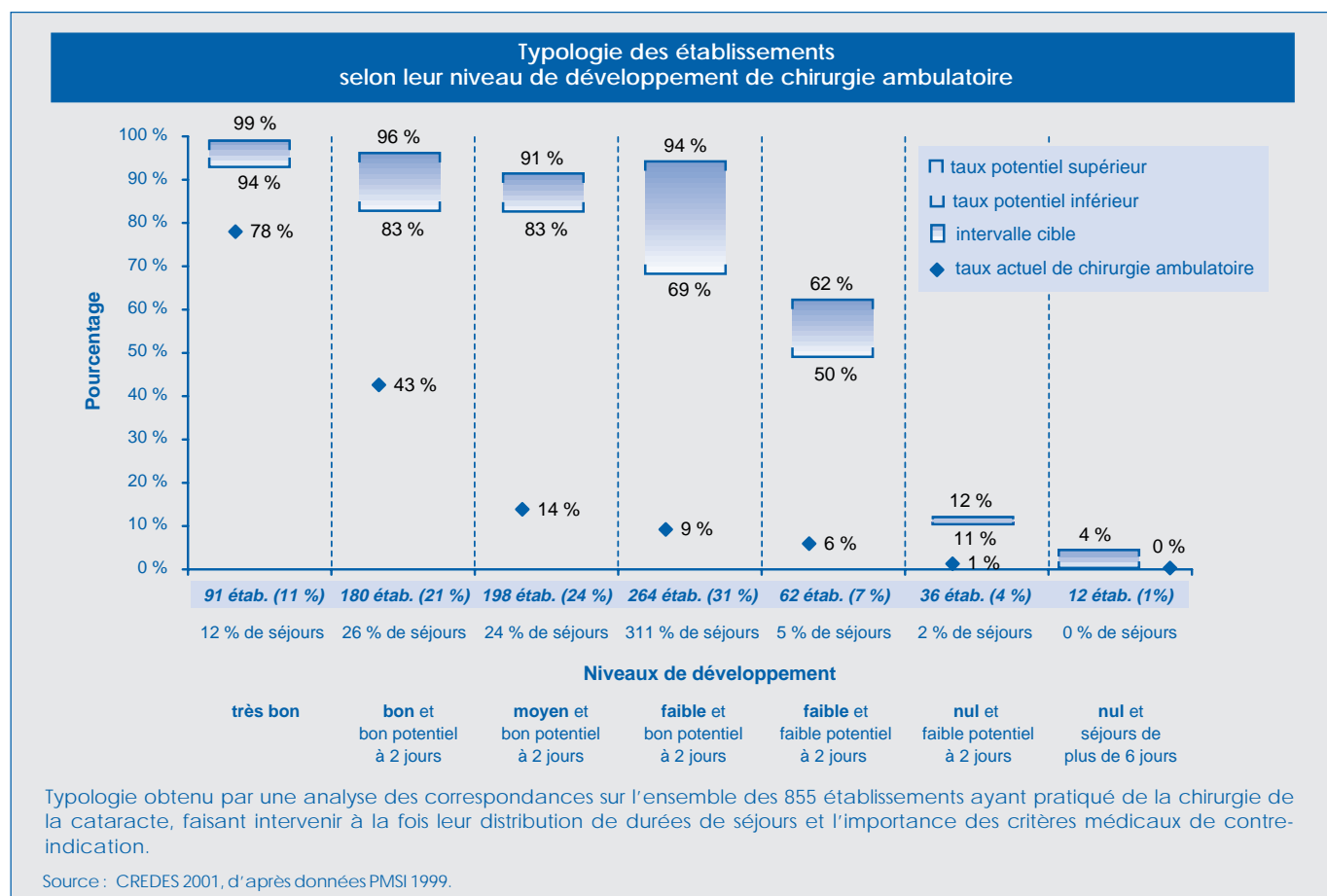
de 1-2 jours très élevé. C'est pour ces groupes que le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire est le plus élevé. Enfin, la typologie met en évidence des établissements où la chirurgie ambulatoire semble inconnue ou presque avec des durées moyennes de séjour importantes.

Cette typologie paraît confirmer l'hypothèse précédemment évoquée selon laquelle le processus de développement de la chirurgie ambulatoire est évolutif : les établissements commenceraient par minimiser les durées de séjour avant de supprimer les hospitalisations. Un effet comorbidité (largeur des intervalles cibles) semble freiner légèrement le processus (entre le 1^{er} groupe et le 2^e, puis entre le 3^e et le 4^e), mais sans expliquer le retard affiché par les derniers groupes.

On retrouve dans cette typologie l'effet statut et surtout l'effet régional. Les établissements composant les deux premiers groupes, à fort développement de la chirurgie ambulatoire, sont en grande majorité des cliniques du secteur

5





6 privé. Les établissements du secteur public (CHRU et CH) sont bien plus fréquents dans les deux groupes suivants avec certainement plus une politique d'optimisation de séjours de 1-2 jours que de développement de la chirurgie ambulatoire. Le secteur public est aussi majoritaire dans les 3 derniers groupes où la chirurgie ambulatoire est quasi inexistante.

Une différence régionale apparaît aussi de façon nette. La région Provence-Alpes-Côte d'Azur, le Languedoc-Roussillon, l'Aquitaine, le Limousin sont des régions très présentes dans les groupes à fort développement ; le développement apparaît moins dynamique dans le Nord, particulièrement en Normandie, mais aussi en Rhône-Alpes.

La chirurgie ambulatoire de la cataracte se développe en France, même si elle est loin d'atteindre les taux observés dans d'autres pays. De 27 % actuelle-

ment, le taux potentiel pourrait atteindre 70 à 90 %.

La variabilité interrégionale et surtout inter-établissements est très importante. L'hypothèse que suggèrent les résultats de l'analyse transversale menée ici est celle d'un processus évolutif dans lequel la diminution des durées de séjour précède ou accompagne le développement de la chirurgie ambulatoire, sans que la comorbidité ne le freine de façon notable. En effet, contrairement à l'idée simple et logique que développer la chirurgie ambulatoire implique que l'on ne garde plus en hospitalisation complète que des cas lourds nécessitant des séjours plus longs, on voit que la dynamique pousse à la fois vers l'augmentation du taux de chirurgie ambulatoire et vers la diminution de la durée des séjours en hospitalisation complète.

Ceci peut amener à nuancer l'estimation du potentiel, fondée essentielle-

ment sur la durée de séjour : pour une part celle-ci est bien un marqueur de la gravité des cas et des contre-indications, mais elle varie aussi en fonction des pratiques individuelles d'établissements. Ceci va, en tout état de cause, plutôt dans le sens d'une sous-estimation du potentiel.

Ces résultats valent pour la chirurgie de la cataracte et ne sont pas transposables à l'ensemble des gestes chirurgicaux réalisables en ambulatoire.

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.

Le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire de la cataracte en France, en 1999, M.-J. Sourty Le Guellec, rapport CreDES n° 1357, septembre 2001, 12 euros.