

questions

d'économie de la santé

analyses

Repères

L'objectif de ce travail est d'analyser, à partir des données du PMSI 1999, le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire pour 17 gestes chirurgicaux pour lesquels ce mode de prise en charge est reconnu en France et dans d'autres pays.

Cette étude fait suite à deux publications concernant les cures de hernies inguinales ou crurales et la cataracte.

Elle précède une vaste enquête menée actuellement par les trois caisses nationales d'Assurance maladie, sur la pratique de la chirurgie ambulatoire auprès des établissements et des patients, dans le cadre du Programme national inter-régimes (PNIR) de gestion du risque 2001-2002.

La chirurgie ambulatoire : potentiel de développement pour 17 gestes marqueurs

Marie-Jo Sourty Le Guellec

La pratique de la chirurgie ambulatoire, qui permet au patient de sortir de l'hôpital quelques heures après l'intervention, a été tardive en France et n'a pas encore atteint le maximum de ses possibilités. L'Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA) propose de suivre son développement pour une vingtaine de gestes chirurgicaux. Nous présentons ici un bilan pour 17 gestes marqueurs. Puis, selon une méthode québécoise, nous estimons les possibilités de développement pour chacun de ces gestes.

La part des séjours réalisés en chirurgie ambulatoire varie fortement selon les gestes retenus. La cataracte, par exemple, est un geste chirurgical fréquent (400 000 séjours en 1999) mais seul un quart des séjours est pris en charge en chirurgie ambulatoire. A l'opposé, la pose de drains transtympaniques qui représente quatre fois moins de séjours est réalisée neuf fois sur dix en ambulatoire.

D'autre part, pour un même geste, les taux de chirurgie ambulatoire diffèrent fortement d'un établissement à l'autre : certains ont des taux élevés, prouvant qu'ils ont adapté leur organisation à la pratique de la chirurgie ambulatoire, d'autres n'opèrent qu'en hospitalisation complète avec une durée de séjour plus ou moins longue. Parmi les gestes considérés, la chirurgie de l'oeil, que ce soit pour cataracte ou strabisme, est celle qui semble avoir le meilleur potentiel de développement, compte tenu d'un taux de chirurgie ambulatoire encore relativement faible et d'une forte proportion de séjours d'une durée de un à deux jours.

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

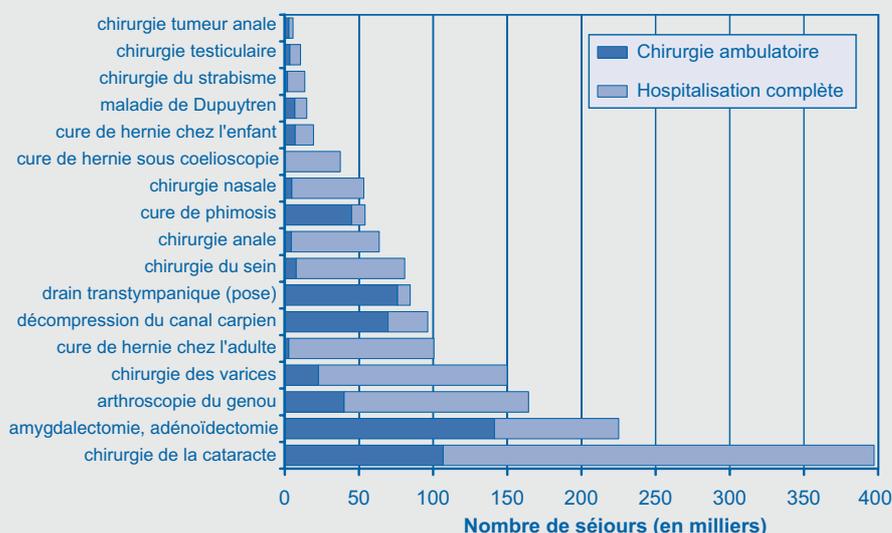
ISSN : 1283-4769

Diffusion par abonnement : 50 euros par an

Prix du numéro : 5 euros

Environ 10 numéros par an

Nombre de séjours et part de la chirurgie ambulatoire pour 17 gestes marqueurs



Source : PMSI 1999

L'Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA) préconise de suivre le développement de la chirurgie ambulatoire pour certains gestes marqueurs (voir encadré ci-contre). Nous en avons retenu 17, pour lesquels nous proposons de faire le point sur ce mode de prise en charge et sur son développement possible à court terme.

Sur les 15 millions de séjours que représentent la base PMSI 1999, les 17 gestes cumulent un total de 1 573 000 séjours en hospitalisation traditionnelle ou en ambulatoire, 73 % dans le secteur privé lucratif, 21 % dans le secteur public et 6 % dans le secteur privé participant au service public.

Le taux de prise en charge en chirurgie ambulatoire est très variable selon les gestes*. La chirurgie ambulatoire est dominante pour la pose de drains transtympaniques (90 %), les cures de

phimosis (83 %), la décompression du nerf médian au canal carpien (72 %), l'amygdalectomie et/ou l'adénoïdectomie (62 %). A l'opposé, elle est émergente pour la chirurgie nasale (9 %), la chirurgie du sein (9 %), la chirurgie anale (7 %) et les hernies pour adultes (3 %).

Pour certains gestes, la pratique est homogène d'un établissement à l'autre, pour d'autres, elle est très hétérogène

Deux groupes de gestes s'opposent : ceux pour lesquels la chirurgie ambulatoire est très développée et se pratique à des taux comparables dans la plupart des établissements, d'autres pour lesquels, elle reste marginale et ne se fait que dans quelques établissements pionniers.

Ainsi, la moitié des établissements a un taux de chirurgie ambulatoire élevé, supérieur à :

- 95 % pour la pose de drains transtympaniques ;

Le concept de gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire

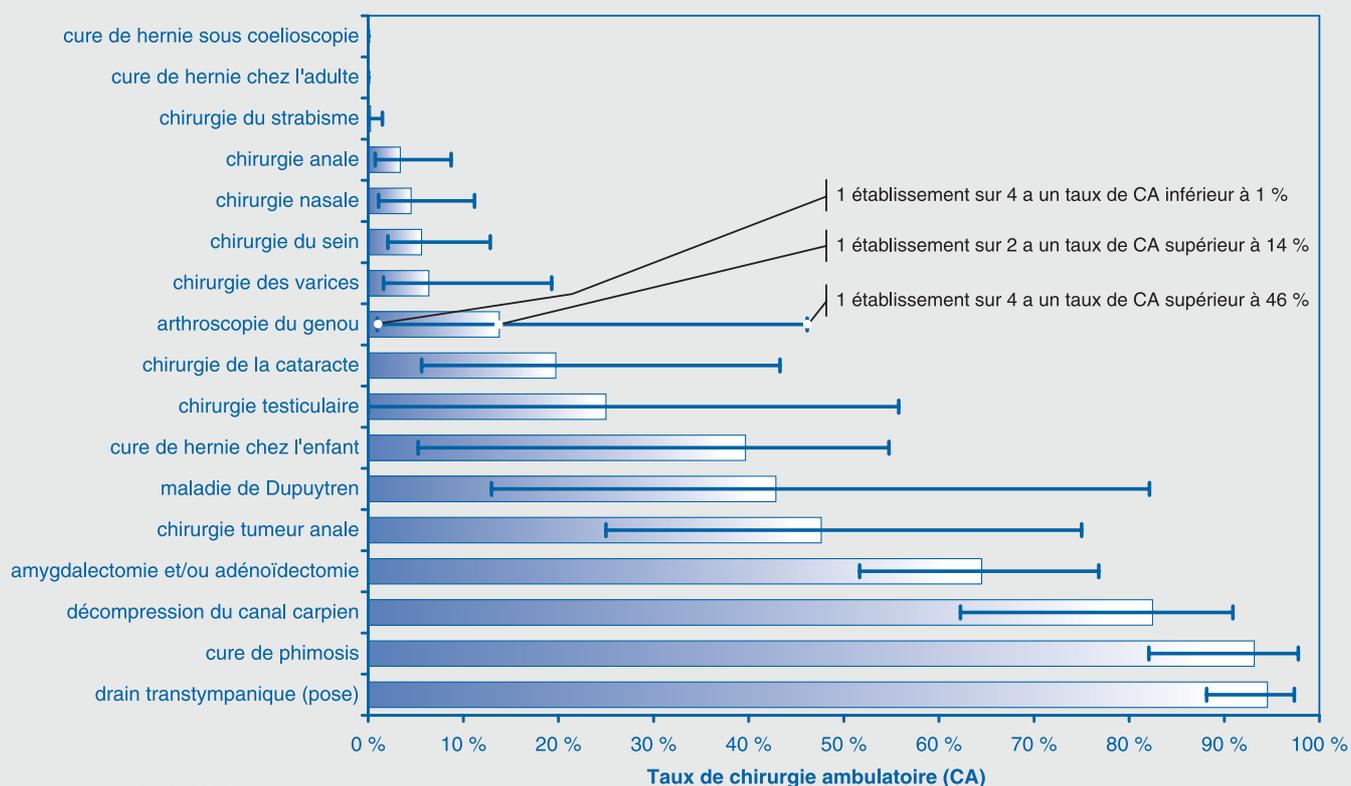
Le geste marqueur est utilisé comme indicateur de développement de la chirurgie ambulatoire. C'est une procédure chirurgicale mise en oeuvre pour traiter une pathologie bien définie et réalisable en ambulatoire sous réserve que le malade ne présente pas de contre-indication médicale ou socio-environnementale (selon les recommandations de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, SFAR) et que l'établissement soit organisé en conséquence*.

Le geste marqueur peut correspondre à un ou plusieurs actes chirurgicaux décrits par un code du Catalogue des Actes Médicaux (CdAM). Son choix résulte d'une réflexion commune entre l'Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA) et la CNAMTS à partir de la liste fournie par l'IAAS (International Association of Ambulatory Surgery) régulièrement actualisée pour des comparaisons internationales.

* extrait de la méthodologie de l'enquête chirurgie ambulatoire du PNIR, octobre 2001.

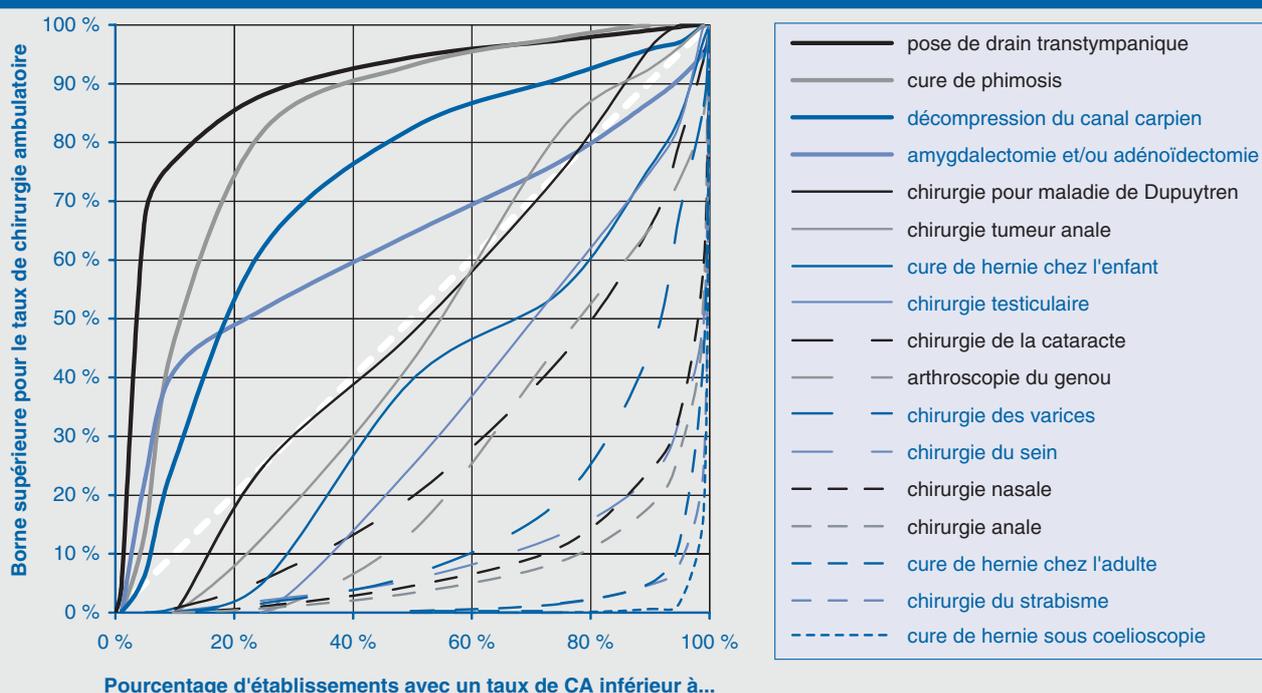
* Pour avoir le contenu précis des gestes marqueurs, voir la méthodologie de la chirurgie ambulatoire du PNIR, octobre 2001.

La pratique de la chirurgie ambulatoire : les disparités inter-établissements selon les gestes



Source : PMSI 1999

Courbes de concentration de la proportion d'établissements pratiquant la chirurgie ambulatoire pour les 17 gestes marqueurs



Guide de lecture : Plus la courbe est éloignée de la diagonale vers le haut, plus la chirurgie ambulatoire est pratiquée et par une forte proportion d'établissements ; plus la courbe est éloignée de la diagonale vers le bas, plus faible est la proportion d'établissements pratiquant la chirurgie ambulatoire.

Source : PMSI 1999

- 83 % pour les cures de phimosis ;
- 82 % pour la décompression du nerf au canal carpien ;
- 65 % pour l'amygdalectomie et/ou l'adénoïdectomie.

Pour ces quatre interventions, moins de 5 % des établissements n'ont aucune pratique en chirurgie ambulatoire.

Pour les autres interventions, la chirurgie ambulatoire est moins répandue et ne se concentre que sur quelques établissements. A titre d'exemples :

- la chirurgie de la cataracte : un établissement sur quatre ne pratique pas du tout de chirurgie ambulatoire alors qu'un sur dix assure majoritairement cette prise en charge (les deux tiers des interventions) ;
- la chirurgie des varices : la moitié des établissements a un taux de chirurgie ambulatoire inférieur à 6 % et 5 % ont un taux supérieur à 68 % ;
- la chirurgie des tumeurs anales tient une position intermédiaire, avec d'un

côté la moitié des établissements qui a un taux de chirurgie ambulatoire assez élevé (supérieur à 48 %), et d'un autre côté un tiers des établissements qui ne propose pas du tout ce type de prise en charge.

Pour ce groupe de gestes marqueurs, la chirurgie ambulatoire semble être une spécificité marquée de quelques établissements qui de par leur organisation interne en font certainement un mode de prise en charge prioritaire.

Les traitements des hernies de l'adulte et sous coelioscopie se démarquent de ces deux groupes : ils sont proposés en chirurgie ambulatoire seulement dans 10 % des établissements et encore dans des proportions très faibles. Pour ces gestes, l'hospitalisation complète reste la pratique courante.

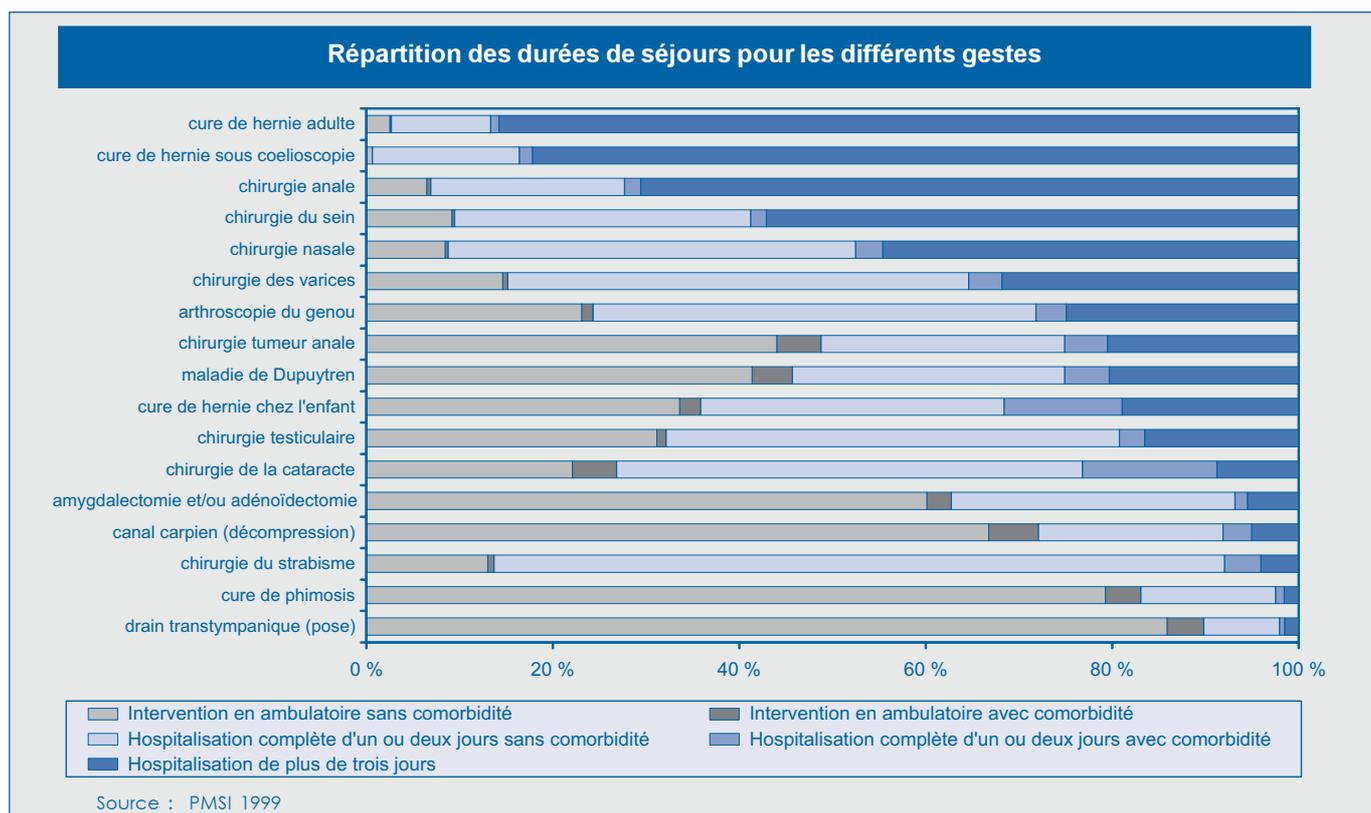
Il est ressorti de nos précédentes analyses, menées sur la cataracte notamment, que le développement de la chirurgie ambulatoire semblait fortement lié à un raccourcissement des durées de séjour. Nous avons donc examiné la répartition

des durées de séjour pour chacun des gestes.

Pour certains gestes, la proportion de séjours longs est élevée

Si l'on observe la répartition des durées de séjour pour les différents gestes, trois groupes se distinguent (voir graphique ci-dessus) :

- les gestes pour lesquels les séjours de moins de 24 h et de un ou deux jours représentent au total une part importante. C'est le cas de la pose de drains transtympaniques, des cures de phimosis, de la chirurgie du strabisme, de la décompression du nerf médian au canal carpien, de l'amygdalectomie et/ou l'adénoïdectomie et de la cataracte. Pour tous ces gestes, sauf la cataracte et le strabisme, les taux de chirurgie ambulatoire sont très élevés. Un consensus quant à la pratique prioritaire de la chirurgie ambulatoire semble donc acquis. En revanche pour le strabisme et la cataracte, il existe une plus forte propension à



Méthode et source des données

La méthodologie s'inspire de celle développée par l'Association des 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 ce mode de prise en charge. 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 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. En effet, on fait l'hypothèse 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 à la chirurgie ambulatoire. Les séjours de plus de deux jours sont donc exclus du potentiel de chirurgie ambulatoire.

Source 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.

garder les patients hospitalisés un ou deux jours, plutôt que de les laisser sortir après l'intervention.

- des gestes pour lesquels, bien que les taux de chirurgie ambulatoire soient encore assez élevés (entre 30 % et 50 %), on observe une proportion de séjours de 3 jours et plus, importante (environ un séjour sur cinq). Il s'agit de la chirurgie des testicules, des cures de hernies des enfants de moins de 15 ans, de la chirurgie pour maladie de Dupuytren, de la chirurgie de tumeurs anales et de l'arthroscopie du genou.
- enfin, les autres gestes pour lesquels la proportion de séjours de 3 jours et plus, est très élevée : la chirurgie des varices (32 %), la chirurgie nasale (45 %), la chirurgie du sein (57 %), la chirurgie anale (71 %) et les cures de hernies que ce soit sous coelioscopie ou pour adultes (plus de 80 %). Les taux de chirurgie ambulatoire variant alors dans le sens inverse de 24 % à 1 %.

Cette répartition se retrouve de la même façon dans les cliniques du secteur privé et dans les établissements du secteur public.

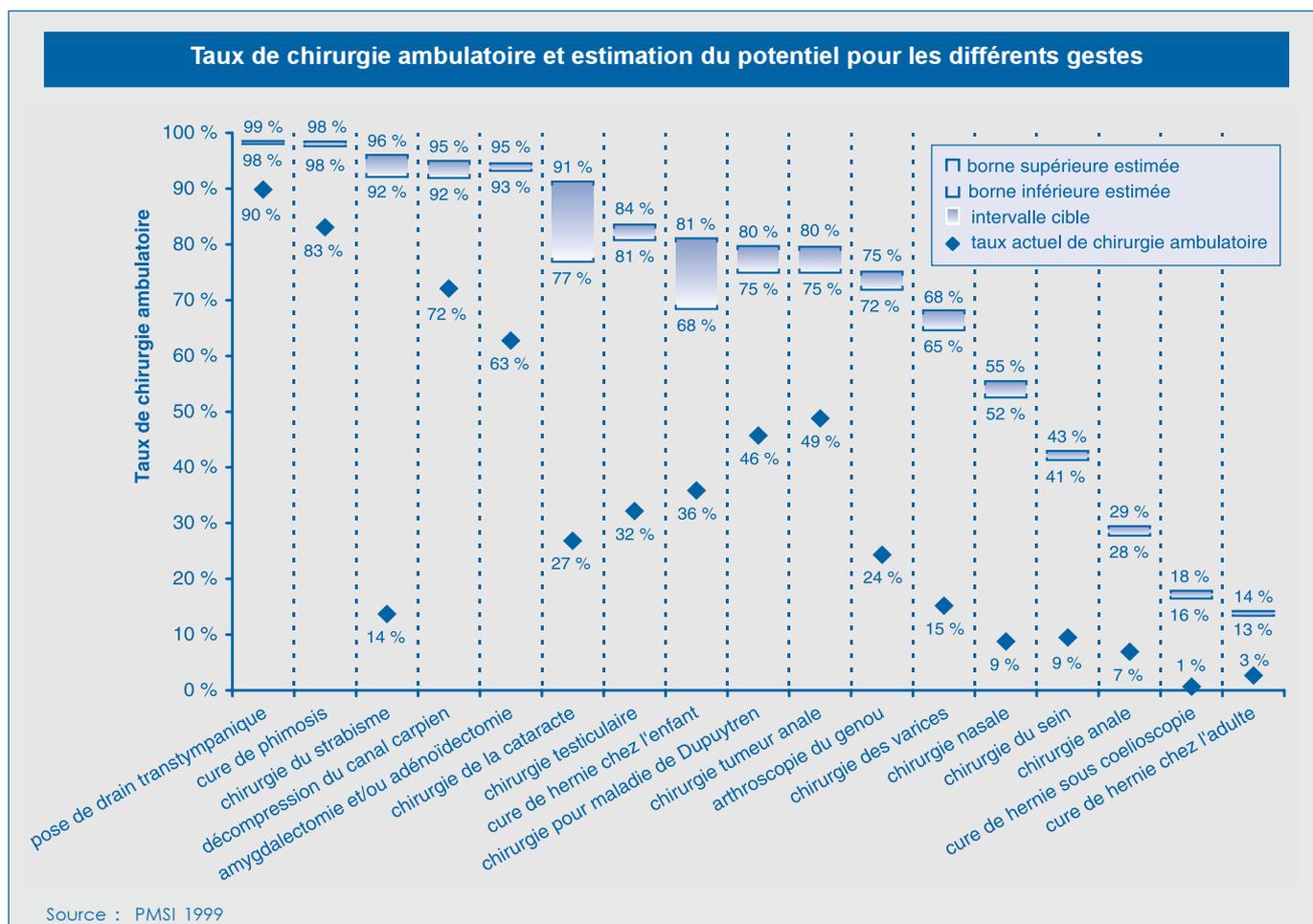
Les gestes de chirurgie de l'oeil ont le plus fort potentiel de développement de chirurgie ambulatoire

La méthode québécoise 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. Des éléments de comorbidité et une durée de séjour de plus de deux jours constituent les critères de contre-indication retenus. En effet, si un patient a séjourné au-delà de deux jours, on estime que son état de santé ou son environnement social sont peu propices à une chirurgie ambulatoire.

Selon cette méthode, on a déterminé un intervalle de taux de chirurgie ambulatoire réalisables, basé sur une hypothèse forte cumulant comorbidité et durée de séjour et une hypothèse faible qui tient compte uniquement de la durée de séjour (voir méthode p. 4).

Des taux de chirurgie ambulatoire potentiels, entre 90 % et 100 %, sont obtenus :

- pour la pose de drains trans-tympaniques et les cures de phimosis, pour lesquelles la chirurgie traditionnelle est maintenant exceptionnelle ;
- pour la décompression du nerf médian au canal carpien et l'amygdalectomie et/ou l'adénoïdectomie, qui sont déjà majoritairement prises en charge en chirurgie ambulatoire (resp. 72 % et 63 %) ;
- et surtout pour les chirurgies de l'oeil, pour strabisme et pour cataracte, pour lesquelles il existe un réel potentiel de développement, puisque les taux actuels sont respectivement de 14 %



et 27 %. Pour la chirurgie de la cataracte, l'amplitude de l'intervalle est grande en raison de la proportion élevée de comorbidité présente chez les patients qui sont pour la plupart âgés. Cependant la borne supérieure d'un taux réalisable est au-dessus de 90 % et les observations faites sur les patients déjà pris en charge en chirurgie ambulatoire montrent que la comorbidité, telle qu'elle a été définie, ne semble pas être une réelle contre-indication à la prise en charge en chirurgie ambulatoire en raison de conditions techniques très sécurisées, d'après les professionnels.

Pour les gestes, telles la chirurgie testiculaire chez l'enfant, les cures de hernies chez l'enfant, la chirurgie pour la maladie de Dupuytren, la chirurgie de tumeur anale et l'arthroscopie du genou, les taux espérés sont un peu moins élevés, entre 70 % et 80 % ; les taux actuels laissent espérer un bon développement à moyen terme.

6 Pour les autres gestes (la chirurgie des varices, la chirurgie du sein, la chirurgie anale, les cures de hernies, ...) le développement de la chirurgie ambulatoire sera plus long, au regard de la faible proportion de séjours de un ou deux jours. Selon notre méthode, le transfert de ces séjours en chirurgie ambulatoire aboutirait encore à un taux très faible, surtout pour les cures de hernies de l'adulte et la chirurgie anale.

La grande disparité inter-établissements de la pratique de la chirurgie ambulatoire montre qu'il existe de nombreux freins à son essor, parmi lesquels certainement les contraintes organisationnelles internes. Un premier élément indispensable est en tout état de cause la volonté manifestée de l'équipe soignante et de l'équipe dirigeante à favoriser ce mode de prise en charge. L'enquête nationale en cours (voir encadré ci-contre) permettra d'avoir le point de vue de ces acteurs.

Cette enquête recueillera également l'avis des patients et apportera des informations plus complètes que celles issues du PMSI quant aux besoins réels. En attendant, les résultats de cette enquête, il nous semble que l'organisation de chacun des établissements prévaut sur les caractéristiques individuelles des patients pour décider ou non de la prise en charge en chirurgie ambulatoire. Cependant pour quelques gestes, le développement maximum est atteint et on remarque que passées les contraintes organisationnelles, l'âge du patient est un élément déterminant. En effet, les gestes où les taux de chirurgie ambulatoire sont les plus élevés concernent les enfants. Le fait que les parents coopèrent et soient présents pour assurer le post-opératoire est certainement un facteur important.

Les chirurgies du canal carpien et pour maladie de Dupuytren font aussi partie des gestes pour lesquels le développement de la chirurgie ambulatoire est bien avancé : ils se pratiquent sur des patients pas trop âgés, ne nécessitent pas d'environnement médical post-opératoire particulièrement lourd et sont surtout *a priori* sans retentissement sur l'état général du patient.

Enfin, la chirurgie ambulatoire pour la cataracte, bien qu'encore limitée en 1999, est en plein essor. S'appuyant sur une technicité de pointe, ce geste est certainement celui qui contribuera le plus au développement de la chirurgie ambulatoire à court terme.

Une enquête nationale sur la chirurgie ambulatoire

Les trois caisses nationales d'Assurance maladie ont inscrit à leur Programme national inter-régimes (PNIR) de gestion du risque 2001-2002 la réalisation d'une enquête nationale portant notamment sur l'évaluation du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire dans les établissements d'hospitalisation publics et privés et sur l'évaluation des dépenses comparées de la chirurgie traditionnelle et ambulatoire.

L'étude du potentiel se fera par région et par geste marqueur, par une enquête rétrospective auprès d'un échantillon d'environ 35 000 patients ayant subi un des gestes marqueurs en hospitalisation complète ou en chirurgie ambulatoire.

Des données médicales et « psycho-socio-environnementales » seront recueillies par retour au dossier du patient ou par un entretien téléphonique avec ce dernier. Elles permettront d'estimer les contre-indications à la prise en charge en chirurgie ambulatoire, compensant ainsi les lacunes des données fournies par la base PMSI.

Cette enquête interrogera également des représentants des établissements afin qu'ils expriment leurs opinions concernant les freins et leviers au développement de la chirurgie ambulatoire.

Le CREDES a participé à la conception de l'enquête et collabore aux différents groupes de travail chargés de l'exploitation des données.

Les premiers résultats de cette enquête devraient être disponibles à la fin de l'année 2002.

Pour en savoir plus

Méthodologie de l'enquête chirurgie ambulatoire du PNIR, octobre 2001.

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

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.

Développer la chirurgie ambulatoire : l'exemple du Québec. A. Bocagnano, J. Mireault, M.-J. Sourty-Le Guellec, CREDES-AHQ, n° 1191, novembre 1997.