

questions

d'économie de la santé

analyse

Repères

Dans le cadre du Programme National Inter-Régimes de gestion du risque (PNIR 2001-2003), une enquête nationale sur la chirurgie ambulatoire a été réalisée par les trois principaux régimes d'assurance maladie (Régime général, Régime agricole, Régime des professions indépendantes) avec la collaboration du CREDES. Un des objectifs de cette enquête, menée auprès d'établissements hospitaliers et de patients, est d'évaluer le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire. A partir des données de l'enquête, cette étude présente l'influence des caractéristiques sociales et environnementales du patient sur la durée de séjour à l'hôpital pour plusieurs gestes chirurgicaux précis. Elle fait suite à une première analyse qui détaille les résultats pour deux gestes : la chirurgie de la cataracte et la chirurgie du canal carpien (Thévenon, 2003).

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

Adresse :

10, rue Vauvenargues 75018 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

Maquettiste :
Khadidja Ben Larbi

ISSN : 1283-4769

Diffusion par abonnement : 60 euros par an

Prix du numéro : 6 euros

En ligne sur www.credes.fr

10 à 15 numéros par an

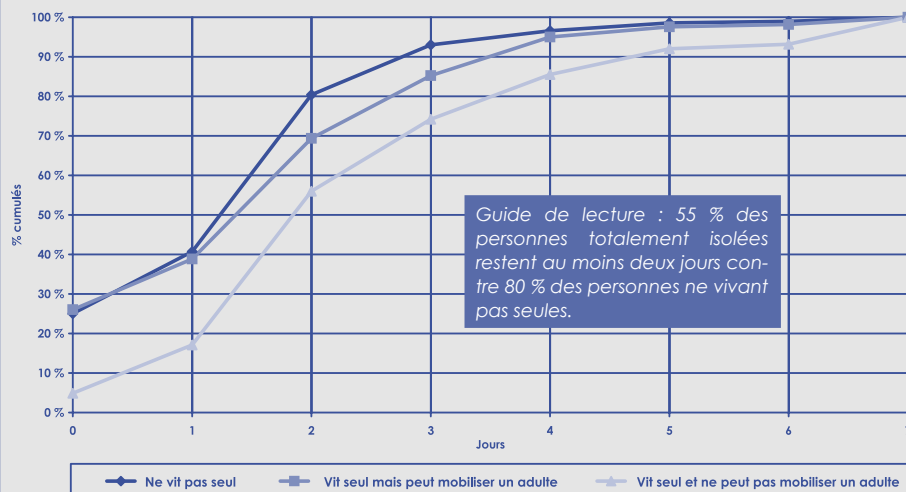
Influence des caractéristiques sociales et environnementales du patient sur la durée de séjour à l'hôpital

Marc Perronnin, Marie-Jo Sourty Le Guellec

Depuis plusieurs années, on assiste en France à une baisse continue de la durée moyenne de séjour à l'hôpital et au développement de la chirurgie ambulatoire, permettant au patient de retourner à son domicile juste après une intervention. Cependant, une grande variabilité des durées de séjour et des taux de chirurgie ambulatoire existe encore aujourd'hui. Pour l'expliquer, de précédentes études réalisées à partir des données du PMSI, ont montré bien évidemment l'influence de l'état de santé du patient mais également le rôle de l'établissement, en particulier son statut -public ou privé-, sa taille ou son niveau de technicité.

L'enquête nationale PNIR sur la chirurgie ambulatoire, menée en 2001, enrichit ces approches. Elle permet de contrôler l'impact de certaines caractéristiques sociales et environnementales du patient sur les durées de séjour à l'hôpital. Cet impact est en effet souvent avancé pour expliquer la forte variation des durées de séjour à l'hôpital. Pour certains gestes marqueurs susceptibles d'être pris en charge en chirurgie ambulatoire (chirurgie de la cataracte, arthroscopie du genou...), les résultats de l'enquête semblent en effet confirmer que des facteurs autres que l'état de santé du patient ou la nature de l'établissement jouent sur la durée moyenne de séjour. Ainsi en est-il des facteurs d'isolement social et géographique : un patient habitant à plus d'une heure de l'hôpital le plus proche, ou vivant seul et ne pouvant mobiliser une personne de son entourage, a tendance à rester plus longtemps à l'hôpital. D'autre part, les agriculteurs se démarquent des autres professions avec des taux de chirurgie ambulatoire plus faibles et des durées moyennes de séjour plus longues, pour la plupart des gestes.

Distribution des durées de séjour pour la chirurgie des varices selon l'isolement social du patient



Guide de lecture : 55 % des personnes totalement isolées restent au moins deux jours contre 80 % des personnes ne vivant pas seules.

Source : Enquête nationale PNIR 2001-2003 sur la chirurgie ambulatoire

En France comme à l'étranger, la réduction des durées de séjour à l'hôpital et le développement de la chirurgie ambulatoire sont souvent les résultantes d'une politique de maîtrise des dépenses hospitalières. L'amélioration de la qualité des soins, en particulier une moindre exposition aux infections contractées à l'hôpital (infections nosocomiales), ainsi qu'un plus grand confort du patient sont également avancés pour expliquer cette évolution.

L'analyse des déterminants de la durée de séjour à l'hôpital a fait l'objet de nombreuses études. Elles montrent que les durées et les coûts des séjours sont largement influencés par le motif de recours, l'âge et l'état de santé du patient. La classification des patients en groupes homogènes de malades, pratiquée dans plusieurs pays pour tarifier les séjours, repose essentiellement sur ces variables. Cependant, d'autres études soulignent qu'à motif de recours, âge et état de santé donnés, les durées de séjour sont encore très variables (Epstein, 1988). Certaines montrent l'influence des facteurs de précarité, notamment l'isolement social (Bensadon, 2002).

L'enquête nationale PNIR sur la chirurgie ambulatoire, menée en 2001, com-

plète les données fournies par le système d'information hospitalier (PMSI). Avec pour objectif d'évaluer le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire pour certains gestes marqueurs (PNIR, 2001-2003), elle permet également d'analyser l'influence des caractéristiques sociales et environnementales sur les durées de séjour.

Après une présentation des durées moyennes de séjour par geste marqueur, nous analysons les principales variations selon certaines caractéristiques individuelles du patient : catégorie socioprofessionnelle, éloignement géographique et isolement social. L'influence des facteurs de précarité mesurée par le fait d'avoir un emploi ou non ne ressort pas dans notre étude.

Selon les gestes marqueurs, la durée moyenne de séjour et les taux de chirurgie ambulatoire varient fortement

L'analyse porte sur un ensemble de gestes marqueurs (décompression du nerf médian au canal carpien, arthroscopie du genou, chirurgie de la cataracte...) retenus par des experts comme significatifs pour le développement de la chirurgie ambulatoire (voir encadré).

Les durées moyennes de séjour (DMS) sont très variables d'un geste à l'autre.

La notion de geste marqueur en chirurgie ambulatoire

Le geste marqueur est une procédure chirurgicale mise en œuvre pour traiter une pathologie bien définie et réalisable en chirurgie ambulatoire sous certaines conditions pour le patient. Selon les recommandations de la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) et de l'Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA), le malade ne doit pas présenter de contre-indication médicale ou socio-environnementale.

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

Elles s'échelonnent de 0,30 jour pour la décompression du nerf médian au canal carpien à 4,22 jours pour les cures de hernie unilatérale ouverte de l'adulte. Bien évidemment, elles diminuent fortement quand les taux de chirurgie ambulatoire augmentent. Avec 82 %, la chirurgie du canal carpien enregistre le taux de chirurgie ambulatoire le plus fort et la durée moyenne de séjour la plus faible. Toutefois, en considérant la durée moyenne de séjour à partir des seules hospitalisations complètes, le classement est sensiblement le même, les durées moyennes de séjour les plus faibles correspondant aux gestes à fort taux de chirurgie ambulatoire (cf. tableau ci-dessous).

Pour chaque geste, donc à motif de recours égal, l'état de santé détermine fortement la durée du séjour

Les données de l'enquête ont permis de disposer du niveau ASA¹, indicateur de gravité de l'état de santé du patient, non présent dans le PMSI. Les durées moyen-

¹ Le niveau ASA correspond à une des cinq classes de la classification de l'American Society of Anesthesiologists : ASA1 aucune anomalie systémique ; ASA2 maladie systémique non invalidante ; ASA3 maladie systémique invalidant les fonctions vitales ; ASA4 maladie systémique sévère avec menace vitale permanente ; ASA5 patients moribonds.

Durées moyennes de séjour (DMS) par geste marqueur

Quelques gestes	Taille* échantillon	Taux* de chirurgie ambulatoire (CA)	DMS* en jours (y compris séjours en CA)	DMS* en jours (en hospitalisation complète)
Chirurgie du canal carpien	4 210	82 %	0,30	1,67
Aénoïdo-amygdalectomie	2 335	61 %	0,64	1,63
Extraction dentaire	2 636	48 %	0,72	1,37
Cure hernie enfant	197	50 %	1,02	2,03
Chirurgie de la cataracte	3 682	36 %	1,11	1,73
Arthroscopie du genou	2 273	32 %	1,47	2,15
Chirurgie des varices	2 396	23 %	1,88	2,44
Chirurgie du sein	2 193	15 %	2,22	2,62
Chirurgie anale	1 823	9 %	3,24	3,55
Cure hernie unil. sous coelio.	1 600	1 %	3,29	3,32
Cure hernie unil. ouv. adulte	2 486	3 %	4,22	4,35

* Du fait des méthodes de redressement utilisées pour cette étude (PMSI 2000), les résultats diffèrent légèrement de ceux publiés par le PNIR.

Source : Enquête nationale PNIR 2001-2003 sur la chirurgie ambulatoire

nes de séjour augmentent beaucoup en fonction de ce niveau ASA, quel que soit le geste. Par exemple, la durée moyenne de séjour pour les cures de hernies unilatérales ouvertes de l'adulte passe de 3,5 jours pour les patients les moins malades (ASA1) à 6,2 jours pour les cas les plus graves (niveau ASA supérieur à 2). Bien que moins marquée, cette progression se confirme pour tous les gestes (voir graphique ci-contre).

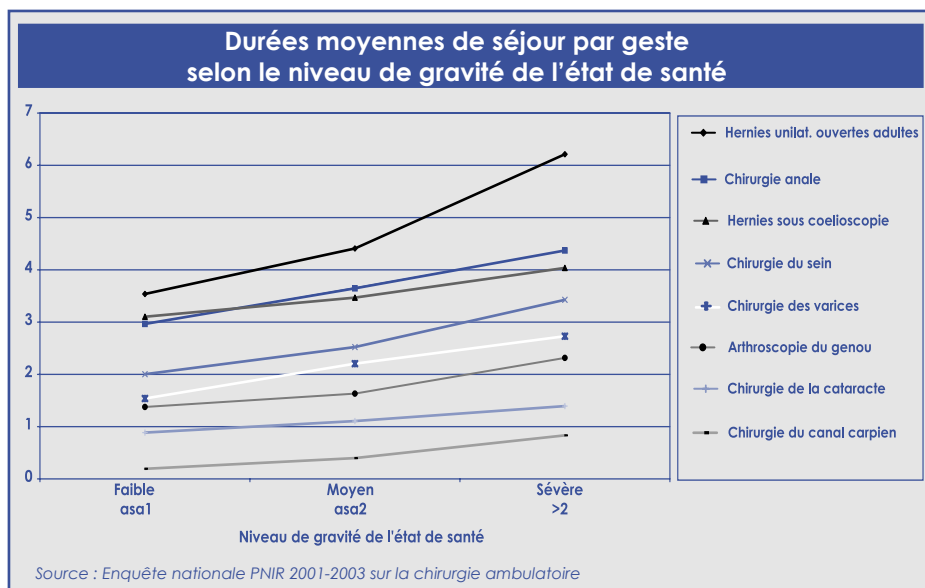
Les agriculteurs restent à l'hôpital plus longtemps

Les agriculteurs se distinguent des autres professions avec des durées de séjour plus longues. En se référant à la catégorie des cadres supérieurs et professions intellectuelles, voici les résultats obtenus pour quelques gestes :

- pour une cure de hernie unilatérale ouverte, la moitié des agriculteurs opérés est restée à l'hôpital plus de quatre jours alors que ce n'est le cas que pour 20 % des cadres supérieurs et professions intellectuelles (cf. graphique ci-dessous) ;
- pour une cure de hernie unilatérale pratiquée sous coelioscopie, 30 % des agriculteurs sont restés plus de quatre jours, contre moins de 10 % des cadres supérieurs et professions intellectuelles ;
- pour une chirurgie du sein, 25 % des agriculteurs ont été hospitalisés plus de trois jours, contre 9 % des cadres supérieurs et professions intellectuelles ;
- pour une chirurgie des varices, 12 % des agriculteurs sont restés plus de 3 jours et seulement 4 % des cadres supérieurs et professions intellectuelles.

Ces durées moyennes de séjours plus longues s'expliquent à la fois par le fait que les agriculteurs sont moins souvent pris en charge en chirurgie ambulatoire et aussi parce qu'ils restent plus longtemps hospitalisés, et ce pour la plupart des gestes.

L'éloignement géographique et/ou

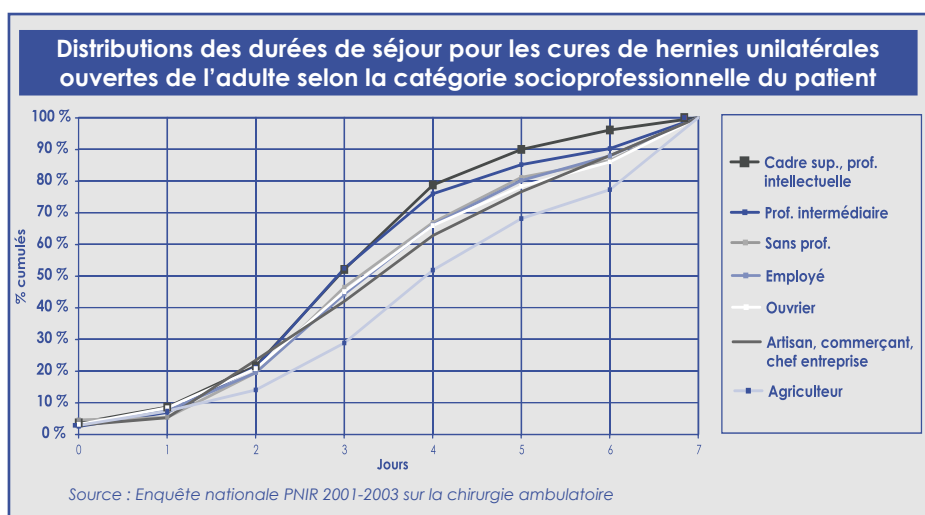


l'isolement social pourrait expliquer les plus longues durées de séjour des agriculteurs. Or, l'analyse économétrique des durées de séjour montre que « toutes choses égales par ailleurs », c'est-à-dire à état de santé, éloignement géographique et isolement social donnés, les différences restent importantes et significatives pour plusieurs gestes. Il existe donc un effet propre de la catégorie socioprofessionnelle, pour les agriculteurs (cf. tableau p. 6). Ainsi, ils ont notamment :

- des durées de séjour en hospitalisation complète significativement plus importantes pour la chirurgie de la cataracte, les cures de hernie et la chirurgie du canal carpien ;
- des taux de prise en charge en chirurgie ambulatoire significativement plus

faibles pour la chirurgie de la cataracte et la chirurgie des varices.

La situation spécifique des agriculteurs, peut s'expliquer par le fait que les chirurgiens préfèrent maintenir à l'hôpital quelques jours de plus un agriculteur susceptible de reprendre son activité au détriment de sa convalescence. Pour la chirurgie du canal carpien pratiquée en ambulatoire, cette hypothèse se vérifie également pour les professions indépendantes (artisans, commerçants...) qui subissent des contraintes professionnelles similaires. En effet, après les agriculteurs, ce sont eux qui bénéficient le moins de la chirurgie ambulatoire pour cet acte (cf. graphique p. 4). Toutefois, pour les autres gestes, les professions indépendantes ne sont pas, contrairement



aux agriculteurs, toujours les moins bien classés pour la chirurgie ambulatoire et ils ne restent en moyenne pas plus longtemps à l'hôpital que les autres catégories socioprofessionnelles.

Les cadres supérieurs bénéficient plus souvent de la chirurgie ambulatoire

Les cadres supérieurs et professions intellectuelles sont, quel que soit le geste, plus souvent pris en charge en chirurgie ambulatoire que les autres catégories socioprofessionnelles et nettement plus que les agriculteurs.

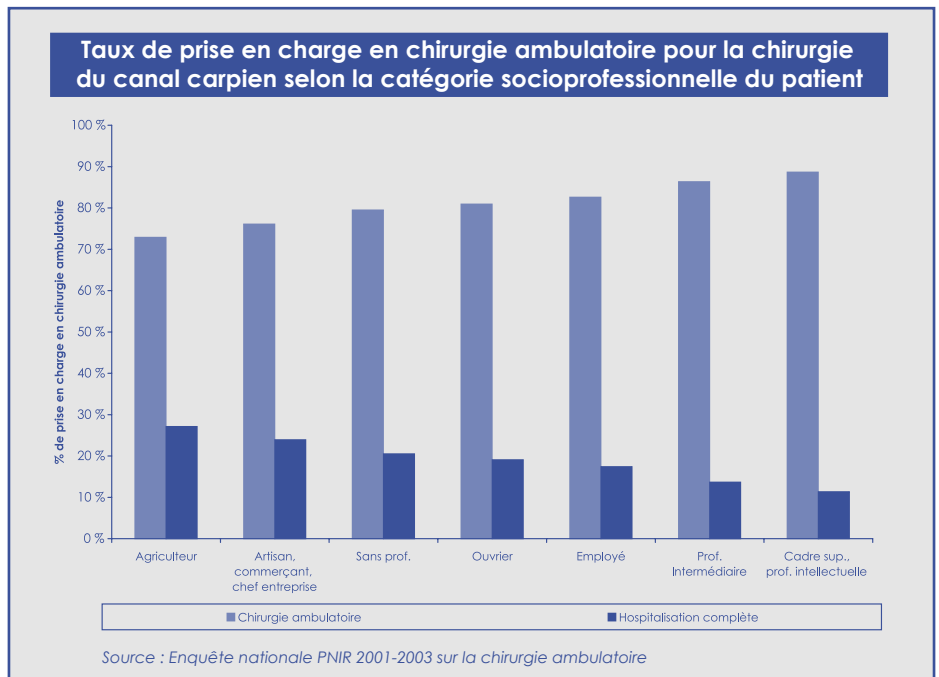
Ainsi,

- pour la chirurgie du canal carpien, geste le plus fréquemment réalisé en chirurgie ambulatoire, 89 % des cadres supérieurs et professions intellectuelles sont pris en charge en ambulatoire contre 73 % des agriculteurs (voir graphique ci-contre) ;
- pour la chirurgie de la cataracte, près de la moitié (47 %) des cadres supérieurs et professions intellectuelles sont pris en charge en chirurgie ambulatoire, alors que ce n'est le cas que de 29 % des agriculteurs ;
- pour la chirurgie des varices, cet écart passe de 35 % à 14 % ;
- pour la chirurgie du sein, il passe de 21 % à 10 %.

L'éloignement du domicile peut augmenter la durée de séjour à l'hôpital et diminue surtout le taux de prise en charge en chirurgie ambulatoire

Pour certains gestes, l'éloignement géographique, mesuré par le temps nécessaire au patient pour atteindre l'hôpital le plus proche de son domicile, entraîne des durées de séjour plus longues. Au-delà d'une heure de trajet, cet effet joue :

- pour l'arthroscopie du genou, 17 % des patients éloignés (à plus d'une heure) sont restés hospitalisés plus de trois jours, contre 4 % de ceux qui sont à moins d'une heure de trajet ;



- pour la chirurgie anale, 29 % des patients éloignés sont restés plus de trois jours, contre 20 % de ceux qui sont à moins d'une heure ;
- pour une chirurgie du sein, près d'un quart (23 %) des patients éloignés sont restés hospitalisés plus de deux jours contre seulement 14 % de ceux qui ont moins d'une heure de trajet.

Pour la chirurgie ambulatoire, on constate que les taux de prise en charge sont plus élevés pour les patients se situant à moins d'une heure de l'hôpital le plus proche :

- pour la chirurgie de la cataracte, 40 % de ceux qui sont à moins d'une demi-heure ont été pris en charge en chirurgie ambulatoire contre seulement 10 % de ceux qui sont à plus d'une heure ;
- pour la chirurgie des varices, 20 % de ceux qui sont à moins d'une heure ont été pris en charge en chirurgie ambulatoire contre 10 % des plus éloignés.

Globalement, les taux de chirurgie ambulatoire restent toujours plus faibles pour les patients éloignés. Ces résultats sont conformes aux recommandations de la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) et de l'Asso-

ciation française de chirurgie ambulatoire (AFCA)² qui préconisent pour une anesthésie du patient en ambulatoire un éloignement de moins d'une heure d'une structure de soins adaptée. Mais sans doute, au cas par cas et au fur et à mesure que la pratique se généralise, la prise en charge en chirurgie ambulatoire apparaît moins contre-indiquée par l'éloignement. Par exemple, 20 % des patients subissant une arthroscopie du genou et habitant à plus d'une heure de l'hôpital le plus proche sont pris en charge en chirurgie ambulatoire.

Les résultats de l'étude économétrique confirment que, « toutes choses égales par ailleurs », les taux de chirurgie ambulatoire diminuent avec l'éloignement du patient pour la plupart des gestes. Mais l'augmentation des durées de séjour en hospitalisation complète avec l'éloignement géographique persiste seulement pour la chirurgie du canal carpien (cf. tableau p. 6).

Pour les cures de hernies unilatérales ouvertes, pour lesquelles la chirurgie ambulatoire est encore émergente, il apparaît au contraire que l'éloignement

² Cf. liste des critères issus des recommandations de la SFAR et de l'AFCA (1990).

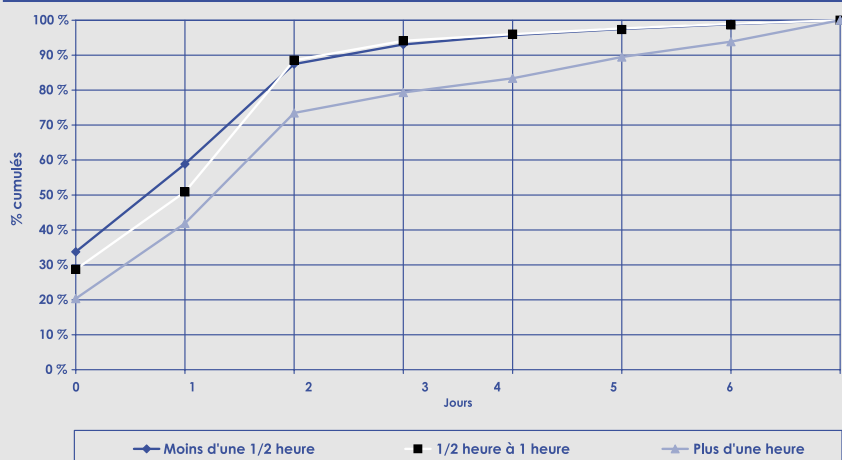
Source :**L'enquête nationale PNIR 2001-2003 sur la chirurgie ambulatoire****Données :**

Les données utilisées sont issues d'un des quatre volets de l'Enquête nationale sur la chirurgie ambulatoire réalisée par les trois principaux régimes d'assurance maladie dans le cadre du Programme national interrégime (PNIR). Cette enquête rétrospective a été réalisée sur des séjours hospitaliers effectués en juin 2001. Environ 1 300 établissements publics et privés des régions métropolitaines et des départements d'outre-mer y ont participé. Les données relatives à chaque séjour ont été collectées grâce au dossier patient hospitalier, puis auprès du patient lui-même par entretien téléphonique. Le dossier patient a fourni les données administratives et médicales (état civil, données de morbidité, mode de prise en charge, durée de séjour...) et l'entretien téléphonique a permis de compléter les caractéristiques sociales et environnementales du patient, absentes du dossier (catégorie socioprofessionnelle, conditions de logement, temps nécessaire pour atteindre l'hôpital le plus proche, isolement social du patient...).

Pour 18 gestes marqueurs étudiés dans le cadre de l'enquête, un échantillon de séjours a été constitué par sondage stratifié par région et par geste. Cependant, la représentativité nationale de l'échantillon n'est pas toujours assurée, car pour chacun des gestes, les régions ayant un nombre trop faible de séjours n'ont pas été enquêtées. Ce problème est limité ici par le fait que les gestes retenus sont les plus fréquents. Au total, les caractéristiques de 34 015 séjours ont été recueillies puis analysées. Pour cette étude, la base PMSI de l'année 2000 a été utilisée pour le redressement des données selon le geste et selon la région.

Méthode :

Une étude économétrique, utilisant un modèle logit pour le choix du mode de prise en charge et un modèle logit ou un modèle log-linéaire pour les durées de séjour en hospitalisation complète, a permis de quantifier les effets propres des caractéristiques du patient sur les durées de séjour et de tester leur significativité, supprimant l'effet de facteurs de confusion et des interactions entre les différentes variables. Cette méthode permet de mesurer les effets « toutes choses égales par ailleurs ».

Distribution des durées de séjour pour l'arthroscopie du genou selon la durée de transport du domicile du patient à l'hôpital le plus proche

Source : Enquête nationale PNIR 2001-2003 sur la chirurgie ambulatoire

géographique soit sans effet sur la durée moyenne de séjour. L'étude économétrique fait même ressortir un effet négatif du fait de quelques durées de séjour très longues observées sur des patients proches. Les effectifs de patients éloignés sont très faibles, ce qui fragilise les comparaisons et souligne aussi le fait que la cure de hernies est une intervention de proximité.

L'isolement social est un facteur d'allongement de la durée de séjour

Quel que soit le geste, l'isolement social total d'un patient, c'est-à-dire lorsqu'il ne peut mobiliser une personne de son entourage pour accompagner son entrée et sa sortie de l'hôpital, a un impact très important sur la durée de séjour. Ainsi, pour la chirurgie des varices, 44 % des patients totalement isolés ont séjourné plus de deux jours, contre 31 % des patients vivant seuls mais pouvant se faire accompagner et seulement 20 % des patients ne vivant pas seuls. Pour les cures de hernies unilatérales ouvertes de l'adulte, la moitié (49 %) des patients isolés totalement sont restés plus de quatre jours, mais seulement 29 % de ceux qui ne vivent pas seuls.

Les écarts pour les taux de chirurgie ambulatoire sont importants :

– pour la chirurgie des varices, le taux de chirurgie ambulatoire est de 5 % pour les patients totalement isolés et de 25 % pour les autres ;

– pour la chirurgie du canal carpien, le taux de chirurgie ambulatoire atteint près de 50 % pour les patients isolés totalement, il est de 70 % pour les patients vivant seuls mais pouvant se faire accompagner et s'élève à 85 % pour les patients ne vivant pas seuls ;

– pour la chirurgie de la cataracte, le taux de chirurgie ambulatoire pour les patients isolés totalement est de moins de 10 %, alors que pour les patients ne vivant pas seuls, ce taux atteint plus de 40 %.

Comme pour l'éloignement géographique, ces résultats montrent que le critère d'isolement social, critère retenu également dans les recommandations de la SFAR et de l'AFCA, n'exclut pas toujours une prise en charge en chirurgie ambulatoire.

L'étude économétrique montre que « toutes choses égales par ailleurs » l'isolement social total reste un facteur fortement influant. L'équipe hospitalière aurait tendance à garder plus longtemps un patient qui vit totalement seul (cf. tableau p. 6).

Analyse économétrique

Influence de certaines caractéristiques du patient sur la probabilité d'être pris en charge en hospitalisation complète et sur la durée de séjour en hospitalisation complète

	Chirurgie de la cataracte	Chirurgie du canal carpien	Chirurgie du sein	Chirurgie des varices	Cures de hernie ouvertes	Cures de hernie sous coelmo
→ Sur la probabilité de prise en charge en hospitalisation complète						
Etat de santé (référence : « niveau asa égal à 1 »)*						
Niv. asa égal à 2						↗
Niv. asa égal à 3 ou +	↗					↗↗
Catégorie socioprofessionnelle (référence : « cadre »)*						
Agriculteur	↗↗					↗
Artisan commerçant						
Prof. intermédiaire						
Employé				↗↗		↗↗
Ouvrier	↗			↗↗		
Sans profession				↗		
Autres						
Vit ou non avec un adulte (référence : « vit avec un adulte »)*						
Non mais peut en mobiliser un	↗↗					
Non et ne peut pas en mobiliser	↗↗			↗↗		↗↗
Distance du domicile post-opératoire à l'hôpital le plus proche (référence : « <30 minutes »)*						
30mn < < 1h.	↗↗					↗↗
> 1 h.	↗↗			↗		↗↗
→ Sur la durée de séjour en hospitalisation complète						
Etat de santé (référence : « niveau asa égal à 1 »)*						
Niv. asa égal à 2	↗					
Niv. asa égal à 3 ou +	↗↗			↗↗	↗↗	↗↗
Catégorie socioprofessionnelle (référence : « cadre »)*						
Agriculteur	↗↗	↗				↗↗
Artisan commerçant		↗↗				
Prof. intermédiaire						
Employé						
Ouvrier		↗				↗
Sans profession		↗↗				
Autres		↗				
Vit ou non avec un adulte (référence : « vit avec un adulte »)*						
Non mais peut en mobiliser un					↗	
Non et ne peut pas en mobiliser		↗			↗↗	↗↗
Distance du domicile post-opératoire à l'hôpital le plus proche (référence : « <30 minutes »)*						
30mn < < 1h.						
> 1 h.		↗			↘↘	

Trop peu de prise en charge en ambulatoire pour réaliser l'analyse

* Méthode : l'analyse multivariée utilisée ici permet de comparer, pour chacune des variables analysées, les résultats obtenus par rapport à une modalité de référence.

↗↗ : effet significatif à 1 % ; ↗ : effet significatif à 5 % ; rien : effet non significatif à 5 %.

Les gestes présentés ici illustrent différentes situations au regard de la durée de séjour à l'hôpital et du développement de la chirurgie ambulatoire.

Guide de lecture : pour la chirurgie de la cataracte, la probabilité d'être pris en charge en hospitalisation complète plutôt qu'en chirurgie ambulatoire augmente significativement avec le fait d'être ouvrier plutôt que cadre et très significativement avec le fait d'être agriculteur plutôt que cadre. Pour ce même geste, la durée de séjour en hospitalisation complète augmente très significativement avec le fait d'être agriculteur plutôt que cadre.

Au-delà de l'état de santé, facteur fortement explicatif de la durée de séjour à l'hôpital, certaines caractéristiques socio-environnementales du patient influencent de façon non négligeable la durée de séjour. Ainsi, à état de santé comparable, l'isolement social ou géo-

graphique joue fortement sur la durée moyenne de séjour à l'hôpital. Hormis ces critères, les agriculteurs occupent une position particulière, ayant à la fois moins recours à la chirurgie ambulatoire et restant à l'hôpital plus longtemps, et ce, quel que soit le geste.

Signalons que l'enquête PNIR 2001-2003, à partir de laquelle cette étude a été réalisée, n'avait pas pour objectif de distinguer les établissements hospitaliers pratiquant la chirurgie ambulatoire de ceux ne la pratiquant pas. La variabilité interétablissements n'a, par conséquent, pu être contrôlée. Or, une précédente étude a montré qu'il existait une forte concentration de pratique de chirurgie ambulatoire dans un faible pourcentage d'établissements, alors que bon nombre d'établissements ne peuvent proposer ce mode de prise en charge (Sourty Le Guellec, 2002). Par ailleurs, il nous a manqué des éléments pour étudier plus finement l'effet de la précarité sur les durées de séjour.

Il serait intéressant de pouvoir organiser une enquête similaire, plus modeste en taille, afin de comparer l'influence des caractéristiques socio-environnementales du patient sur la durée de séjour entre les établissements qui pratiquent la chirurgie ambulatoire et les autres. Le recueil d'informations supplémentaires serait également utile pour analyser le poids de la précarité.

Pour en savoir plus

Programme National Inter-Régime 2001-2003. (Septembre 2003), Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire.

Thevenon M.-O. (2003), Etude des déterminants individuels de la variabilité de mode de prise en charge et de la durée de des séjours hospitaliers pour la chirurgie de la cataracte et la décompression du nerf médian au canal carpien, Rapport de stage de DEA (en ligne sur le site du CREDES).

Sourty Le Guellec M.-J. (2002), La chirurgie ambulatoire : potentiel de développement pour 17 gestes marqueurs. *Questions d'économie de la santé* n° 50. Série « Analyses ». 6 pages.

Voir aussi :

Bensadon M. et al. (2002), Le surcoût de l'hospitalisation des patients précaires. *Journal d'économie médicale*, Vol 20, n° 5, pp. 263-78

Epstein A. et al. (1988), The association of patients' socioeconomic characteristics with the length of hospital stay and hospital charges within Diagnosis-Related Groups. *The New England Journal of Medicine*, Vol 318, n° 24, pp. 1579-85.