

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

Marie-Jo Sourty-Le-Guellec

Biblio n° 1357

Septembre 2001

Toute reproduction de textes ou tableaux est autorisée sous réserve de l'indication de la source et de l'auteur.
En cas de reproduction du texte intégral ou de plus de 10 pages, le Directeur du CREDES devra être informé préalablement.

Avertissement

Je tiens à remercier :

- ◆ Dominique Polton, Valérie Paris, Philippe Le Fur, Anne Doussin et Nathalie Meunier qui ont relu ce rapport et m'ont fait part de leurs commentaires critiques.
- ◆ Franck-Séverin Clérembault pour la mise en page de ce document.

Les résultats sont issus de la base PMSI du secteur public et du secteur privé de l'année 1999.

Marie-Jo Sourty-le Guellec

Sommaire

Introduction	9
1. La chirurgie de la cataracte, un geste propice à un développement de la chirurgie ambulatoire	11
2. Le développement de la chirurgie ambulatoire est plus avancé dans le secteur privé	15
3. La chirurgie de la cataracte en ambulatoire est plus développée dans le sud de la France.....	17
4. La dynamique du développement de la chirurgie ambulatoire est loin d'être uniforme dans les établissements hospitaliers	21
5. Sept niveaux de développement de la chirurgie ambulatoire	22
Conclusion.....	29
Bibliographie	45
Liste des graphiques et des tableaux	49

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

Introduction

La chirurgie de la cataracte est au premier rang des interventions pratiquées en France et dans la plupart des pays industrialisés. Du fait du développement technique et du vieillissement de la population de plus en plus de personnes y ont recours. De nouvelles techniques moins invasives permettent de pratiquer cette intervention en chirurgie ambulatoire en toute sécurité. Dans plusieurs pays, notamment en Amérique du nord, en Europe du nord, ainsi qu'en Australie et en Nouvelle-Zélande, l'hospitalisation pour cette intervention devient exceptionnelle.

En France, les hospitalisations restent majoritaires et seules 27 % des interventions se font en chirurgie ambulatoire. Il existe un fort potentiel de développement. On s'est inspiré de la méthode mise au point par l'Association des Hôpitaux du Québec (AHQ)¹ pour estimer ce potentiel, comme on l'avait déjà fait pour les cures de hernies inguinales et crurales². On obtient ainsi une estimation qui indique que le taux de chirurgie ambulatoire en France pourrait très rapidement atteindre des valeurs aussi élevées que dans les pays pionniers. Mais c'est un résultat global et on s'aperçoit en fait qu'il existe une très grande variabilité, d'abord des taux de chirurgie ambulatoire, puis des estimations de potentiel, entre secteurs et catégories d'établissements, entre régions et surtout entre établissements, conséquence d'une grande disparité dans les distributions des durées de séjour. Cela montre que le développement de la chirurgie ambulatoire pour l'intervention de la cataracte en France est loin de se faire uniformément. Une analyse fine à partir des distributions de durées de séjour fait ressortir sept groupes d'établissements caractérisant sept niveaux différents, plus ou moins avancés, de ce développement.

¹ P. Boyle, D. Nadeau, A. Framarin, Association des hôpitaux du Québec, *La chirurgie d'un jour : peut-on faire plus ? Trousse d'appréciation du développement de la chirurgie d'un jour*, 2^e édition, juin 1995.

² O. Busson, A. Doussin, M.-J. Sourty-Le Guellec, *Estimation du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire. Exemple des cures de hernies inguinales ou crurales*. CREDES n° 1303. mai 2000.

Les techniques de chirurgie de la cataracte

La cataracte est définie par l'ANAES³ 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'ultra-sons et maintenant de laser. Cette technique a permis d'améliorer les résultats sur le plan visuel et de diminuer les risques de complications, en effet, la phako-émulsification permet d'intervenir plus rapidement et sous anesthésie loco-régionale, au travers d'incisions plus courtes, ce qui n'a pu qu'aider au développement de la chirurgie ambulatoire. Des études comparatives montrent que les complications observées sont les mêmes et pas plus nombreuses en ambulatoire qu'en chirurgie traditionnelle et que la satisfaction des patients est comparable.

³ ANAES : *Evaluation du traitement chirurgical de la cataracte de l'adulte. Février 2000.*

1. La chirurgie de la cataracte, un geste propice à un développement de la chirurgie ambulatoire

Un total de 397 463 séjours avec chirurgie de la cataracte ont été recensés dans la base PMSI de 1999. Plus de trois séjours sur quatre ont eu lieu dans des établissements du secteur privé non PSPH⁴ : 305 782 (77 %). Restent 91 681 (23 %) opérés dans des établissements du secteur public ou pratiquant le service public (PSPH), donc sous dotation globale.

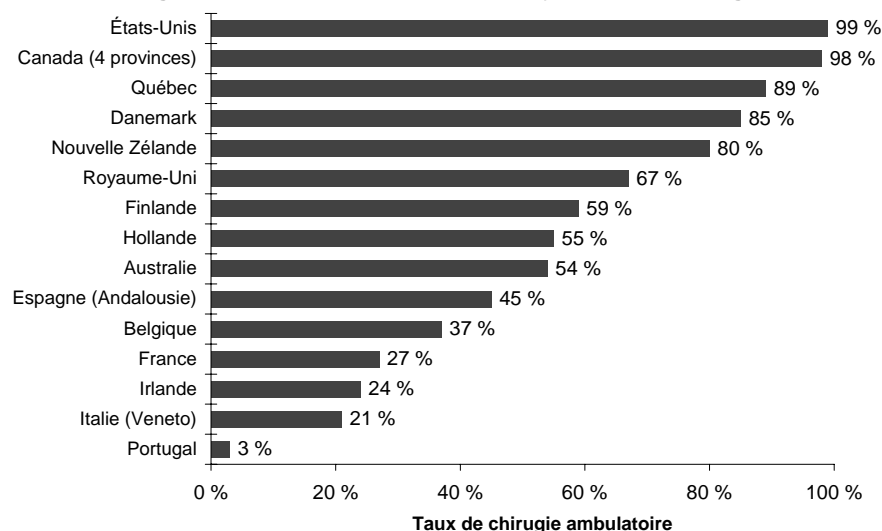
Plus d'un séjour sur quatre (27 %) correspond à une intervention faite en chirurgie ambulatoire, c'est-à-dire qui n'a pas nécessité l'hospitalisation du patient, sorti de l'établissement le jour même de l'intervention.

Le taux de chirurgie ambulatoire est plus élevé dans le secteur privé : 30 % alors qu'il est de 15 % en secteur public au sens strict, les établissements PSPH se situant entre les deux : 25 %.

On voit que par rapport à d'autres pays, en particulier l'Amérique du Nord, la Nouvelle Zélande et l'Australie, mais aussi des pays d'Europe : le Danemark, le Royaume-Uni, la Hollande, la France a encore un potentiel de développement important⁵ (cf. graphique 1).

Les séjours hospitaliers pour chirurgie de la cataracte ont déjà été amplement étudiés, notamment par la DREES sur les données 1998⁶. Tous les résultats commentés dans ce travail sont toujours valables sur les données 1999, le volume total ayant très peu augmenté (397 000 au lieu de 392 000). Le sujet de cette note se situe dans une continuation d'un travail réalisé précédemment par le CREDES⁷ sur l'estimation du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire.

Graphique n° 1
Le taux de chirurgie ambulatoire dans quelques pays pour la chirurgie de la cataracte



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.

⁴ PSPH : Établissements privés sous dotation globale, participant au service public hospitalier.

⁵ C. De Lathouwer, J.P. Poullier : How much ambulatory surgery in the world in 1996-97 and trends ? Ambulatory surgery 8 (2000) 191-210.

⁶ D. Baubeau, F. Bousquet et M. Joubert : Le traitement chirurgical de la cataracte en France. Etudes et résultats. DREES. N° 101, février 2001.

⁷ O. Busson, A. Doussin, M.-J. Sourty-Le Guellec : Estimation du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire. Exemple des cures de hernies inguinales ou crurales. CREDES n° 1303. mai 2000.

Le traitement chirurgical de la cataracte en France

Le travail présenté ici ne se veut pas une mise à jour des résultats publiés par le DREES, il en est complémentaire. Il est focalisé sur la pratique de la chirurgie ambulatoire pour l'intervention de la cataracte et surtout sur les perspectives de développement de cette prise en charge, mis en parallèle avec l'évolution des distributions de durées de séjour.

En France, 397 000 séjours avec opération de la cataracte ont été recensés en 1999, dont 27 % étaient pris en charge en chirurgie ambulatoire. Ces résultats sont proches de ceux présentés par la DREES et concernant l'année 1998 : 392 000 séjours cette année là.

La DREES soulignait un évolution spectaculaire de 300 % du volume d'interventions de la cataracte au cours des 14 dernières années. On constate une stabilisation du phénomène. Cette augmentation impressionnante s'expliquait en grande partie par les améliorations importantes survenues dans le domaine technique qui a fait que de plus en plus de patients âgés ont pu être traités dans des conditions de sécurité bien supérieures à précédemment. La demande a été comblée sur une décennie et maintenant seules des fluctuations démographiques et en particulier le vieillissement de la population, peut expliquer des variations annuelles.

Les résultats présentés dans la publication de la DREES montrent :

- 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 séjours 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.

Entre 1998 et 1999, on souligne cependant une augmentation marquée du taux de prise en charge en chirurgie ambulatoire des patients devant subir une intervention de la cataracte. Le taux global passe de 23 % à 27 % : de 28 % à 30 % dans les établissements du secteur privé non PSPH et de 14 % à 17 % dans les établissements sous dotation globale.

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

La méthodologie s'inspire et reste très proche de la méthodologie développée par l'Association de Hôpitaux du Québec dans leur programme « OPTIMAH » (Optimisation de l'Information pour le Monitoring de l'Activité Hospitalière)⁸. L'objectif est d'apporter une information quantitative sur les possibilités de développement de la chirurgie ambulatoire, sans considération relative à l'organisation et à la technicité nécessaires à cette prise en charge.

A partir des données enregistrées dans les bases du PMSI 1999 des secteurs public et privé, on détermine, rétrospectivement, le nombre de séjours de 1 jour et plus au cours desquels a été effectuée une chirurgie de la cataracte et qui auraient pu être réalisés en moins de 24 heures, c'est-à-dire pour des patients qui ne présentent aucun critère d'exclusion à la chirurgie ambulatoire.

Hormis le refus du patient et de son entourage, un consensus médical existe sur les contre-indications de la prise en charge en chirurgie ambulatoire, quel que soit le type d'intervention. Il s'agit de :

⁸ P. Boyle, D. Nadeau, A. Framarin, Association des hôpitaux du Québec, La chirurgie d'un jour : peut-on faire plus ? Trousse d'appréciation du développement de la chirurgie d'un jour, 2^e édition, juin 1995.

- contre-indications médicales : âge inférieur à 6 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 en chirurgie ambulatoire.
- contre-indications psycho-sociales : l'isolement social, l'incompréhension et le manque d'autonomie du patient et de son entourage, l'isolement géographique.

Pour dénombrer les séjours ayant 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 comorbidité⁹, 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 une certaine durée. On a choisi ici le seuil de deux jours, estimant alors ne conserver que les patients sans problèmes médicaux ou psycho-sociaux graves ou incontrôlés.

Les diagnostics retenus pour définir les critères médicaux de contre-indication se veulent universels et non spécifiques d'un geste particulier. Il s'agit de pathologies pouvant majorer les risques liés à l'intervention. La liste de ces diagnostics figurent en annexe.

Pour la cataracte, le taux de chirurgie ambulatoire pour l'année 1999 était de 27 %. Durant cette période, parmi tous les séjours hospitaliers (en hospitalisation complète) avec chirurgie de la cataracte, 89 % ont duré un ou deux jours (28 % un jour et 61 % deux jours). Deux séjours sur trois (68 %) concernaient des patients ne présentant aucun des critères médicaux de contre-indication. C'est ce groupe qui constitue le potentiel de chirurgie ambulatoire. La prise en charge de ces patients en chirurgie ambulatoire aurait porté le taux de chirurgie ambulatoire à 77 %¹⁰.

On constate par ailleurs que 18 % des patients qui ont été réellement traités en chirurgie ambulatoire présentent ces critères médicaux de contre-indication. Parmi les patients hospitalisés un ou deux jours, ils sont 22 %. Cela modère sérieusement le caractère contre-indiquant de ces critères dans le cas de la cataracte. Ces contre-indications sont souvent des diagnostics fréquemment rencontrés chez des personnes âgées, qui constituent presque exclusivement les patients opérés de la cataracte. Dans le cas des cures de hernie et particulièrement chez l'enfant,

⁹ Voir la liste de diagnostics retenus, qui sont pour une part ceux qui ont aussi été retenus par la méthode québécoise et à laquelle aidé par un comité de pilotage on a rajouté des éléments relatifs à la toxicomanie. Ils se veulent universels et pas spécialement complications de l'intervention considérée.

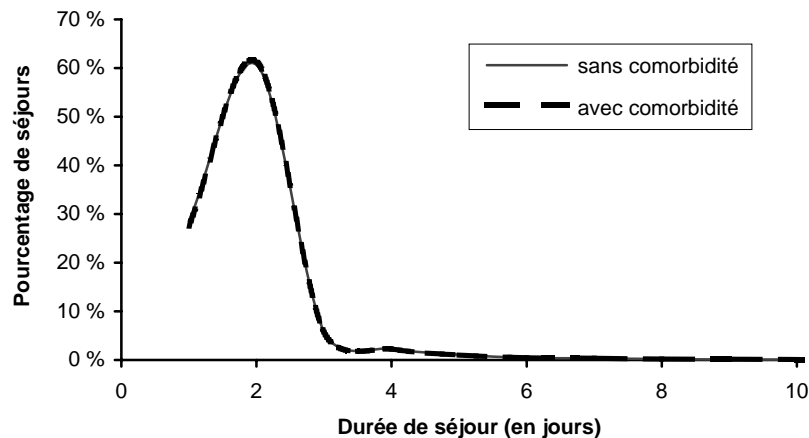
¹⁰ Si HC est le total de séjours en hospitalisation complète :

- hypothèse restrictive : NE est le nombre de séjours soit de plus de 2 jours, soit qui présentent des contre-indications médicales et E le nombre de séjours qui auraient pu être pris en charge en chirurgie ambulatoire : on a $E + NE = HC$ et $E / HC = 68 \%$. Si CA désigne le nombre d'interventions en chirurgie ambulatoire, on obtient : $(CA + E) / (HC + CA) = 77 \%$.
- hypothèse plus large ne prenant pas en compte les C.I. médicales : NE est le nombre de séjours de plus de 2 jours, on a $E / HC = 88 \%$.
On obtient : $(CA + E) / (HC + CA) = 91 \%$.
L'intervalle cible est alors : [77 % ; 91 %].

ces critères étaient apparus beaucoup plus pertinents¹. Cela laisse à penser que dans le cas de la cataracte, lorsque l'environnement hospitalier permet la chirurgie ambulatoire, la plupart de ces diagnostics ne sont pas considérés par le corps médical comme contre-indications. Le développement technique et surtout l'absence d'anesthésie générale explique certainement cette attitude. Le fait que les deux courbes de répartition des durées de séjour avec ou sans cette comorbidité soient parfaitement superposées confirme le fait que la durée de séjour n'est pas influencée par ce critère (cf. graphique 2). Ces critères médicaux choisis dans la méthodologie se veulent universels et d'autres critères spécifiques à la cataracte pourraient avoir une autre influence. On constate en particulier que les patients avec diagnostic associé de glaucome (17 224 séjours), sont pris en charge en chirurgie ambulatoire dans 19 % des cas (contre 27 % globalement) (cf. tableau 1).

Graphique n° 2

La répartition des séjours en hospitalisation complète avec intervention de la cataracte en fonction de la durée de séjour selon la présence ou non de critères médicaux de contre-indication



Source : PMSI 1999

Tableau n° 1

Le taux de chirurgie ambulatoire pour quelques diagnostics principaux ou associés

	Taux actuel de chirurgie ambulatoire	Taux espéré hypothèse restrictive	Taux espéré hypothèse large
Cataractes séniles	26 %	78 %	92 %
Autres cataractes (dont traumatiques)	31 %	78 %	95 %
Diagnostic de glaucome	19 %	66 %	83 %

Source : PMSI 1999

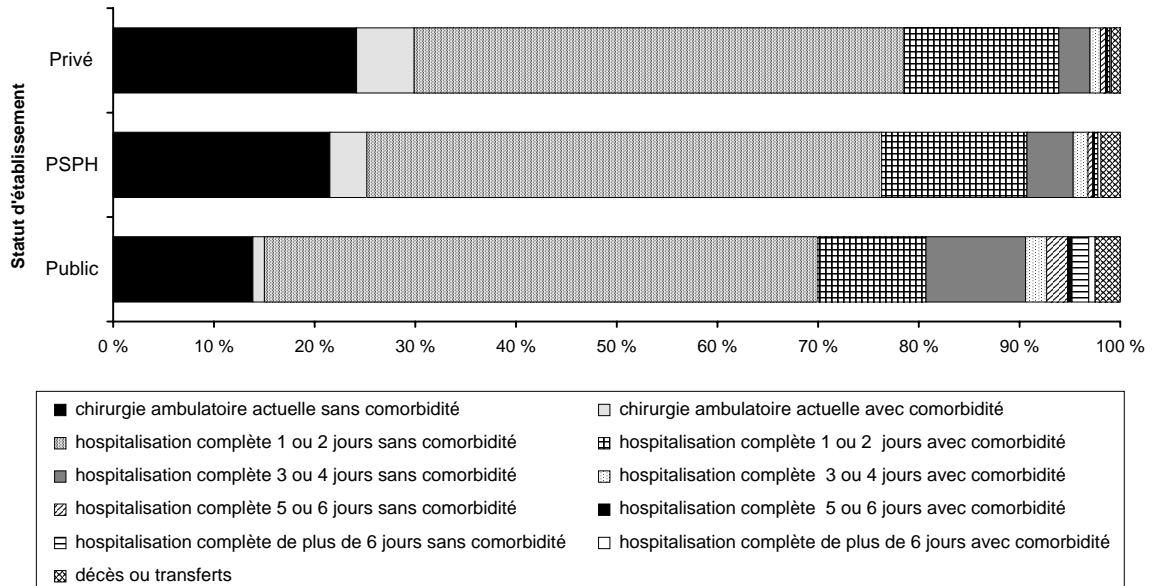
Si, hypothèse plus large, on ne retient que la durée de séjour comme critère de contre-indication, c'est-à-dire que l'on considère que l'ensemble des séjours de un ou deux jours auraient pu être transférés en chirurgie ambulatoire, alors le taux de chirurgie ambulatoire potentiel aurait atteint 91 %⁷, taux équivalent à ceux observés dans les pays utilisant au maximum ce type de prise en charge.

Un 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, que nous désignons par « intervalle cible », que nous avons retenu pour effectuer les comparaisons entre secteur et catégorie d'établissements, entre région, entre établissements, présentées ci-dessous.

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

Graphique n° 3

La répartition des durées de séjour par statut d'établissement pour les interventions de la cataracte



Source : PMSI 1999

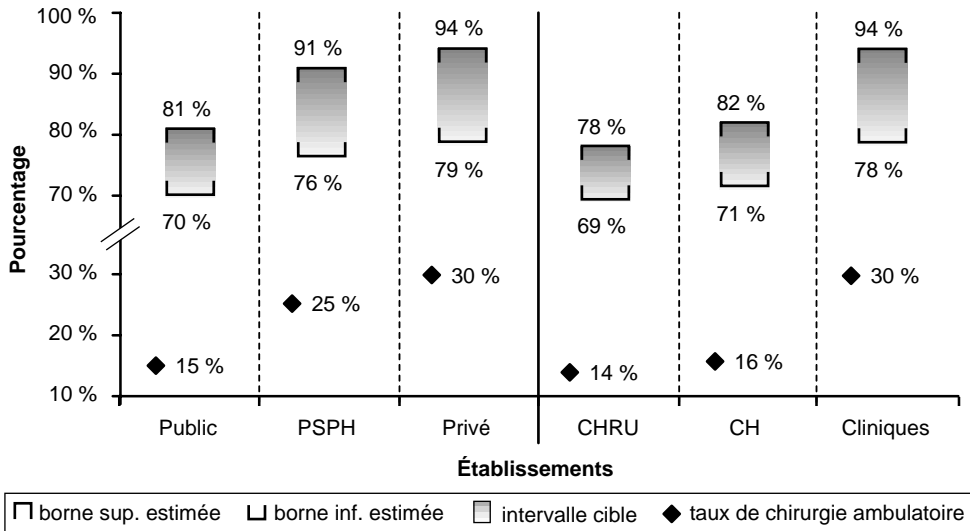
L'intervention de la cataracte est surtout une activité du secteur privé (non PSPH), puisque trois séjours sur quatre (y compris les prises en charge en chirurgie ambulatoire) ont lieu dans ce secteur avec un taux de chirurgie ambulatoire de 30 % en 1999. Ce même taux est deux fois plus faible (15 %) dans le secteur public, les établissements PSPH se situant entre les deux (25 %).

Cependant, étant donné la différence importante en volume d'activité entre le secteur privé non PSPH (306 000 séjours) et le secteur public proprement dit (76 000 séjours), on aurait pu s'attendre à ce que le secteur public affiche une dynamique de la chirurgie ambulatoire encore plus modérée.

Le potentiel au seuil de 2 jours est élevé quel que soit le secteur, même si légèrement plus faible dans le secteur public. Selon que l'on tienne compte ou non des critères médicaux de contre-indication, 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 (cf. graphique 4).

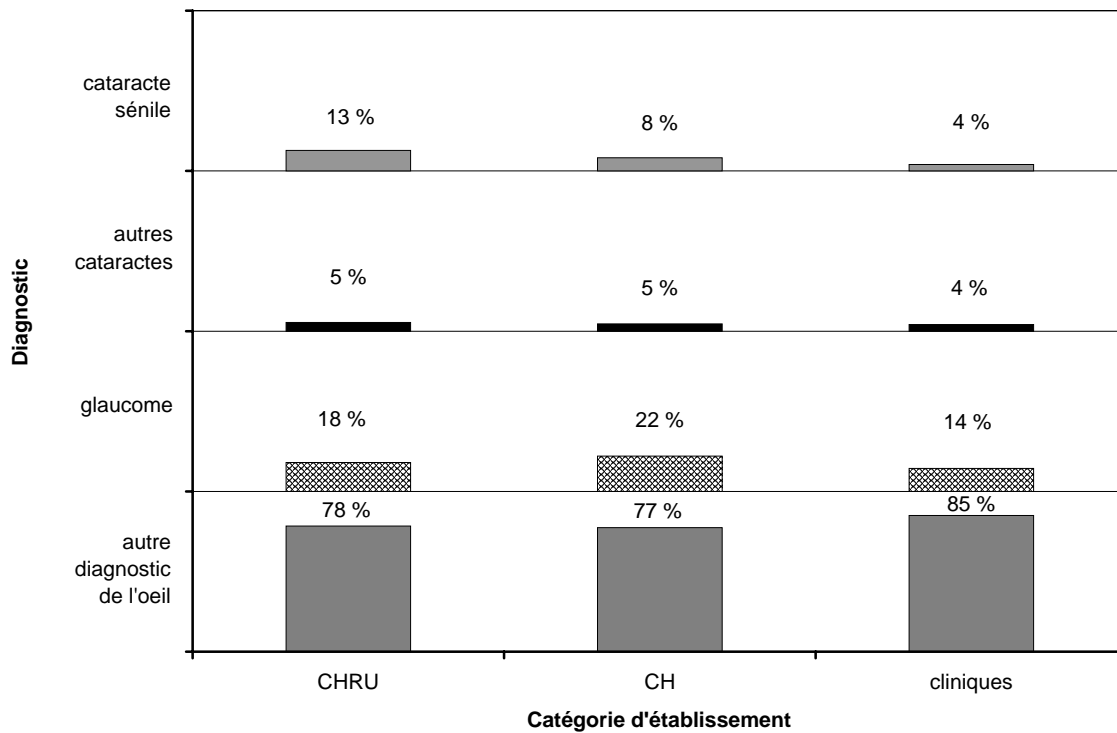
Dans le secteur public, on note une proportion plus importante de séjours de 3 et 4 jours (12 % contre 4 % en secteur privé), conséquence d'une pathologie souvent plus lourde (Cf. graphique 3) que dans le secteur privé. En effet, des diagnostics de cataractes non séniles (incluant en particulier les cataractes post-traumatiques) ou de cataractes avec complications, de même que des diagnostics associés de glaucome ou autres diagnostics concernant l'œil sont plus fréquents dans le secteur public en CHR ou en CH. Cela explique sûrement pour partie un potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire plus faible (cf. graphique 5).

Graphique n° 4
Le taux de chirurgie ambulatoire observé et l'intervalle cible au seuil de 2 jours
selon le secteur et la catégorie d'établissement



Source : PMSI 1999

Graphique n° 5
Le pourcentage de séjours pour chirurgie de la cataracte
selon le diagnostic et la catégorie d'établissement



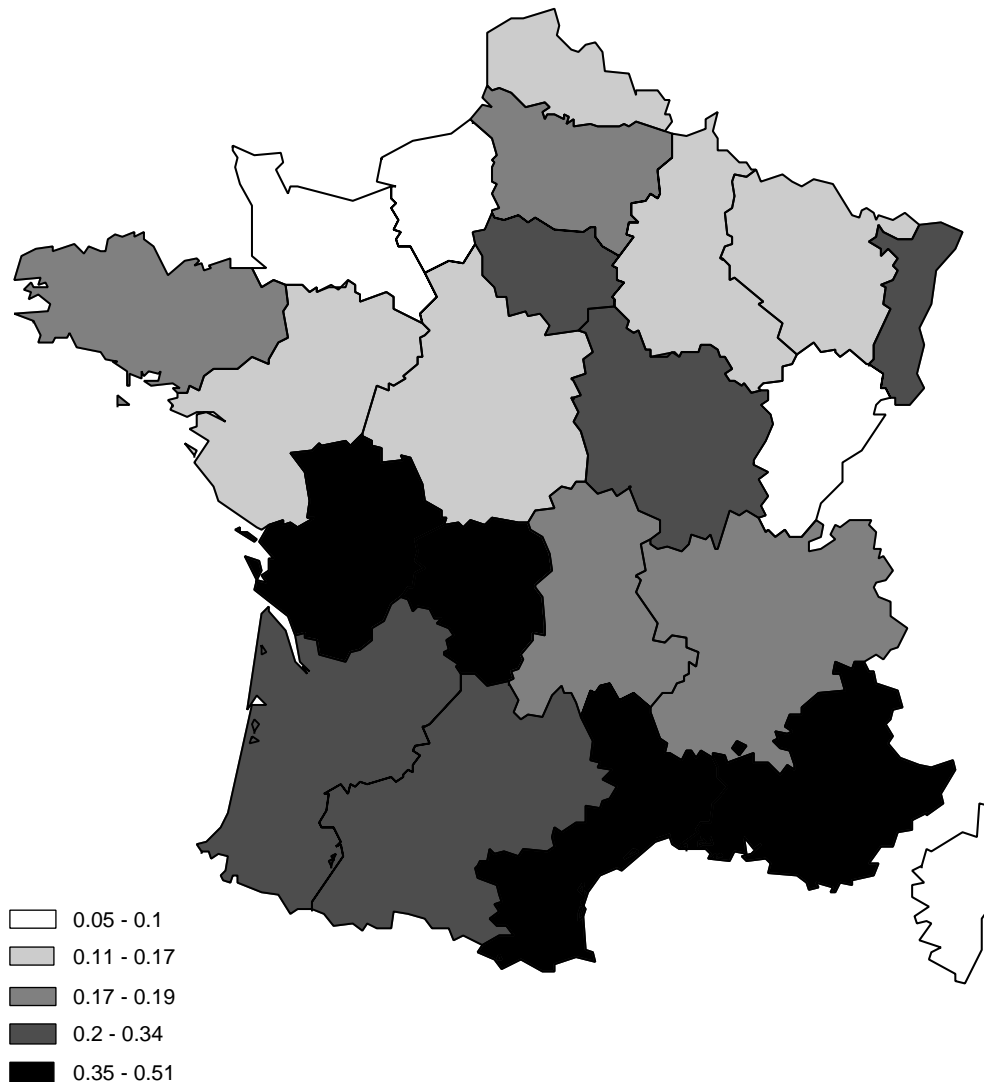
Source : PMSI 1999

¹¹ Le total ne fait pas 100 %, car il y a des diagnostics associés.

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

Il existe une très grande disparité régionale de ce type de prise en charge. La chirurgie ambulatoire est déjà très développée dans des régions comme la 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 dans le Poitou-Charentes, l'Aquitaine et l'Île-de-France. A l'opposé, le taux de chirurgie ambulatoire est au-dessous des 10 % en Haute-Normandie, Basse-Normandie et Franche-Comté. Ce classement des régions est tout à fait spécifique à la chirurgie de la cataracte. Si on regarde ce qui se passe pour les opérations des varices, par exemple, on voit que la Basse-Normandie est en tête pour le taux de chirurgie ambulatoire. Cela montre qu'une politique régionale de développement de la chirurgie ambulatoire n'est pas forcément globale, mais peut cibler plus particulièrement certains gestes, choix tenant compte certainement de la demande et aussi influencé par les spécialités de praticiens représentées dans la région.

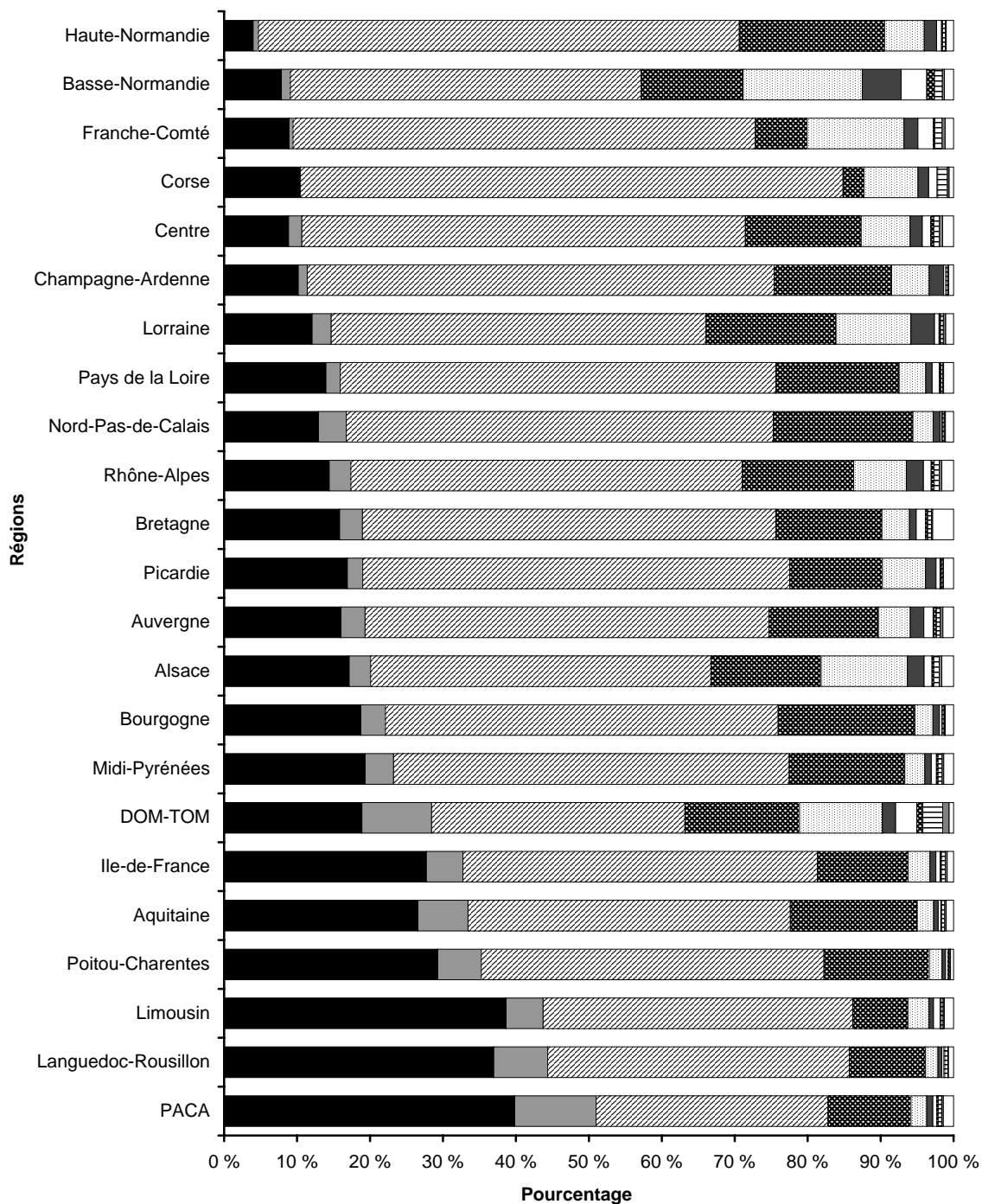
Carte n° 1
Le taux de chirurgie ambulatoire observé. Disparités régionales



Source : Credes 2001 d'après données PMSI 1999.

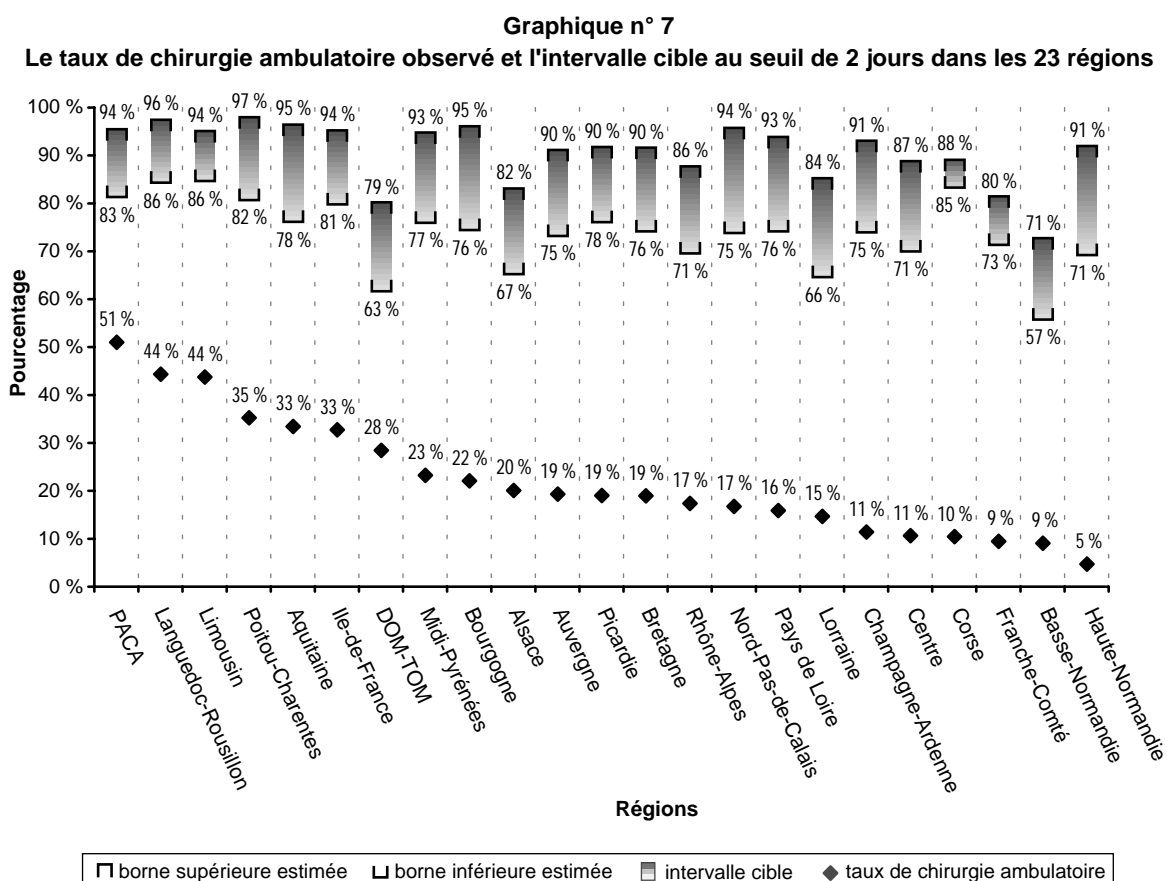
La disparité régionale est importante entre les distributions des durées de séjour, qui sont à la base de la méthodologie de l'estimation du potentiel de chirurgie ambulatoire (Cf. graphique 6).

Graphique n° 6
La répartition des durées de séjour par région pour les interventions de la cataracte



Source : PMSI 1999

Il existe plusieurs cas de figure. Certaines régions, avec un taux élevé de chirurgie ambulatoire (entre 30 % et 40 %) ont aussi une proportion de séjours de un ou deux jours très importante (plus de 90 % des séjours en hospitalisation complète). C'est le cas de la Provence-Alpes-Côte-d'Azur, du Languedoc-Roussillon, du Limousin, du Poitou-Charentes, de l'Aquitaine et de l'Île-de-France. Dans ces régions, on note un développement de la chirurgie ambulatoire très dynamique qui devrait atteindre rapidement des taux maximum : on obtient des « intervalles cible » compris entre 80 % et 95 % (Cf. graphique 7).



Source : CREDES 2001 d'après données PMSI 1999.

D'autres régions, telles le Midi-Pyrénées, la Bourgogne, l'Auvergne, la Picardie, la Bretagne, le Nord-Pas-de-Calais, les Pays de la Loire, la Champagne-Ardenne ont des taux de chirurgie ambulatoire plus faibles (entre 11 % et 20 %). Environ 90 % de leurs patients hospitalisés séjournent 1 ou 2 jours, représentant donc un fort potentiel de développement. On peut supposer que ces régions ont donné la priorité à une politique de diminution des durées de séjour en hospitalisation complète (ce qui a amené à cette forte proportion de séjours de un ou deux jours), avant de se tourner vers la substitution par de la chirurgie ambulatoire qui reste encore moyenne. Étant donné le fort potentiel que représentent ces séjours courts, l'intervalle cible dans ces régions reste proche de ceux des régions précédentes (entre 75 % et 95 %). Mais elles mettront probablement plus de temps pour y parvenir.

Des régions comme le Rhône-Alpes, l'Alsace et la Lorraine ont des taux de chirurgie ambulatoire relativement élevés (respectivement 20 %, 17 % et 15 %). Cependant elles ont une proportion importante de séjours de plus de deux jours (10 % à 15 % de séjours durent trois ou quatre jours) et cela sans que la comorbidité l'explique. Les intervalles cibles se situent plus bas que pour les

régions précédentes, entre 66 % et 86 %. Un essor existe vers le développement de la chirurgie ambulatoire mais la diminution des durées de séjour en hospitalisation complète est moins avancée.

La Franche-Comté, la Basse-Normandie et surtout la Haute-Normandie se distinguent par des taux de chirurgie ambulatoire très faibles (respectivement 9 %, 9 % et 5 %). Néanmoins, en Haute-Normandie on note des séjours de un ou deux jours c'est-à-dire un potentiel de développement très élevé avec un intervalle cible de [71 % ; 91 %]. A l'opposé, en Basse-Normandie, près d'un séjour sur trois dépasse les deux jours ce qui implique un potentiel de développement faible. On obtient l'intervalle cible le plus bas parmi toutes les régions : [57 % ; 71 %].

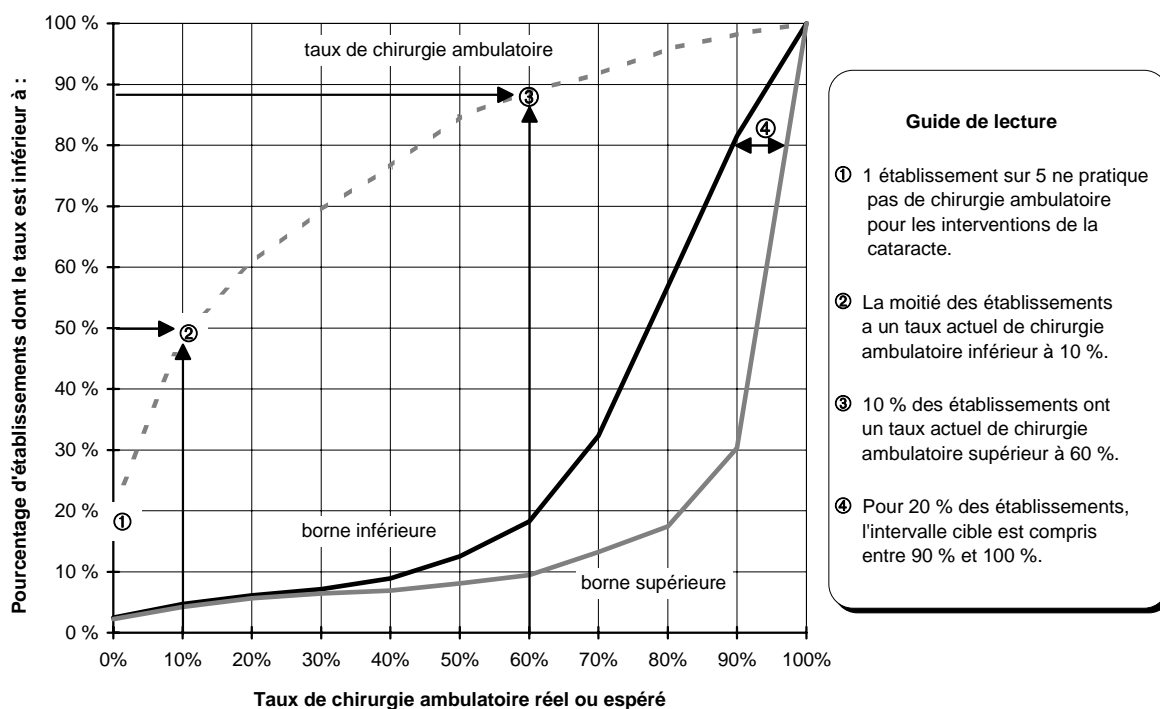
4. La dynamique du développement de la chirurgie ambulatoire est loin d'être uniforme dans les établissements hospitaliers

Les résultats précédents sont des résultats agrégés par catégorie d'établissement ou par région. Si l'on regarde de plus près, on s'aperçoit qu'il existe de très grandes disparités entre les établissements pratiquant de la chirurgie de la cataracte. Les taux de chirurgie ambulatoire varient beaucoup : parmi les 855 établissements qui pratiquent la chirurgie de la cataracte, un établissement sur deux a un taux de chirurgie ambulatoire supérieur à 60 %, mais un sur deux a aussi un taux inférieur à 10 %. De même, les distributions de durées de séjour varient beaucoup entre établissements et donc le potentiel de développement, 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 au-dessous de 60 %.

Cette disparité inter-établissements montrent que la dynamique de développement est loin d'être uniforme. Il se confirme tout de même qu'un développement de chirurgie ambulatoire s'accompagne souvent d'une diminution des durées de séjours en hospitalisation complète. Tout se passe comme si le développement de la chirurgie ambulatoire dans un établissement succédait ou accompagnait une politique d'optimisation des durées de séjours en hospitalisation complète.

Le graphique suivant indique qu'un établissement sur cinq ne pratique pas la chirurgie ambulatoire (taux = 0 %). La moitié des établissements a un taux de chirurgie ambulatoire inférieur à 10 %. Un peu plus d'un établissement sur dix a un taux de chirurgie ambulatoire supérieur à 60 %. Pour 20 % des établissements, l'intervalle cible se situe entre 90 % et 100 % (Cf. graphique 8).

Graphique n° 8
La répartition des taux de chirurgie ambulatoire et des taux espérés avec hypothèse restrictive et hypothèse plus large, dans les 855 établissements pratiquant la chirurgie de la cataracte



Source : PMSI 1999

5. Sept niveaux de développement de la chirurgie ambulatoire

Afin d'analyser plus finement ce phénomène, on a appliqué des méthodes d'analyse factorielle aux répartitions de durées de séjour dans les établissements pratiquant la chirurgie de la cataracte. Cette méthode a permis d'obtenir une typologie des établissements qui fait apparaître différents niveaux de développement de la chirurgie ambulatoire.

On analyse l'ensemble des 855 établissements ayant pratiqué de la chirurgie la cataracte, en faisant intervenir à la fois leur distribution de durées de séjour et l'importance des critères médicaux de contre-indication. Pour cela on croise la durée de séjour regroupée en 5 classes (0 jour ; 1 ou 2 jours ; 3 ou 4 jours ; 5 ou 6 jours ; plus de 6 jours) avec la variable dichotomique relative aux critères médicaux de contre-indication de la chirurgie ambulatoire (absence ou présence) après avoir mis à part les séjours qui se sont terminés par un décès ou un transfert dans un autre établissement. On obtient au final 11 modalités. Un tableau de fréquences croise les établissements en lignes avec les 11 modalités en colonnes. A l'intersection d'un établissement et d'une modalité figure le nombre de séjours dans l'établissement correspondant à la modalité.

On soumet ce tableau à une analyse de correspondance en excluant les établissements cumulant moins de 5 séjours avec chirurgie de la cataracte ainsi que les décès et transferts. Il reste 843 établissements et 10 modalités. On procède ensuite à une classification automatique. On retient 7 classes qui mettent en évidence 7 niveaux différents de développement de la chirurgie ambulatoire. On retrouve dans cette typologie l'effet statut et l'effet régional déjà commentés précédemment.

L'analyse fait donc ressortir sept niveaux de développement de la chirurgie ambulatoire. Les taux de chirurgie ambulatoire allant en décroissant d'un groupe à l'autre : on passe de groupes d'établissements avec des taux de chirurgie ambulatoire très élevés, autant que dans les pays les plus avancés et avec encore un potentiel important de séjours de 1 ou 2 jours (donc un développement qui est encore en marche), à des établissements où les taux de chirurgie ambulatoire sont faibles, mais où le potentiel à 1 ou 2 jours est très élevé. Viennent ensuite des établissements où la chirurgie ambulatoire semble inconnue ou presque et les durées moyennes de séjours sont élevées. Cette typologie laisse apparaître un processus évolutif du développement de la chirurgie ambulatoire dans les établissements, précédé ou accompagné d'une optimisation des durées de séjour en hospitalisation complète. Un effet comorbidité semble freiner légèrement le processus (entre le 1^{er} groupe et le 2^e groupe, puis entre le 3^e groupe et le 4^e groupe), mais sans expliquer le retard affiché par les trois derniers groupes.

Un tableau synthétique (Cf. tableau 2) présente les caractéristiques de chacune des étapes. Pour chaque groupe, figurent le nombre d'établissements, le volume de séjours correspondant et l'activité moyenne. On note un certain effet volume : les deux premiers groupes d'établissements ont une activité moyenne élevée (plus de 500 séjours en moyenne par an) ; les deux groupes suivants ont une activité moyenne proche de la moyenne globale (472 et 483 séjours) ; les trois derniers groupes ont une activité moyenne de plus en plus faible, le dernier groupe arrivant à 52 séjours en moyenne par an. Pourquoi investir dans un développement de la chirurgie ambulatoire pour une activité aussi faible ?

Le tableau présente également la répartition des établissements composant chaque groupe selon le secteur et la catégorie d'établissement, puis les régions les mieux représentées, avec le nombre d'établissements correspondant. Bien sûr le nombre d'établissements est relatif à l'équipement hospitalier de la région (3 établissements du Limousin ont un poids bien plus important pour la région, que n'ont 11 établissements dans la région Rhône-Alpes).

Tableau n° 2
Tableau récapitulatif - Sept niveaux de développement de la chirurgie ambulatoire de la cataracte

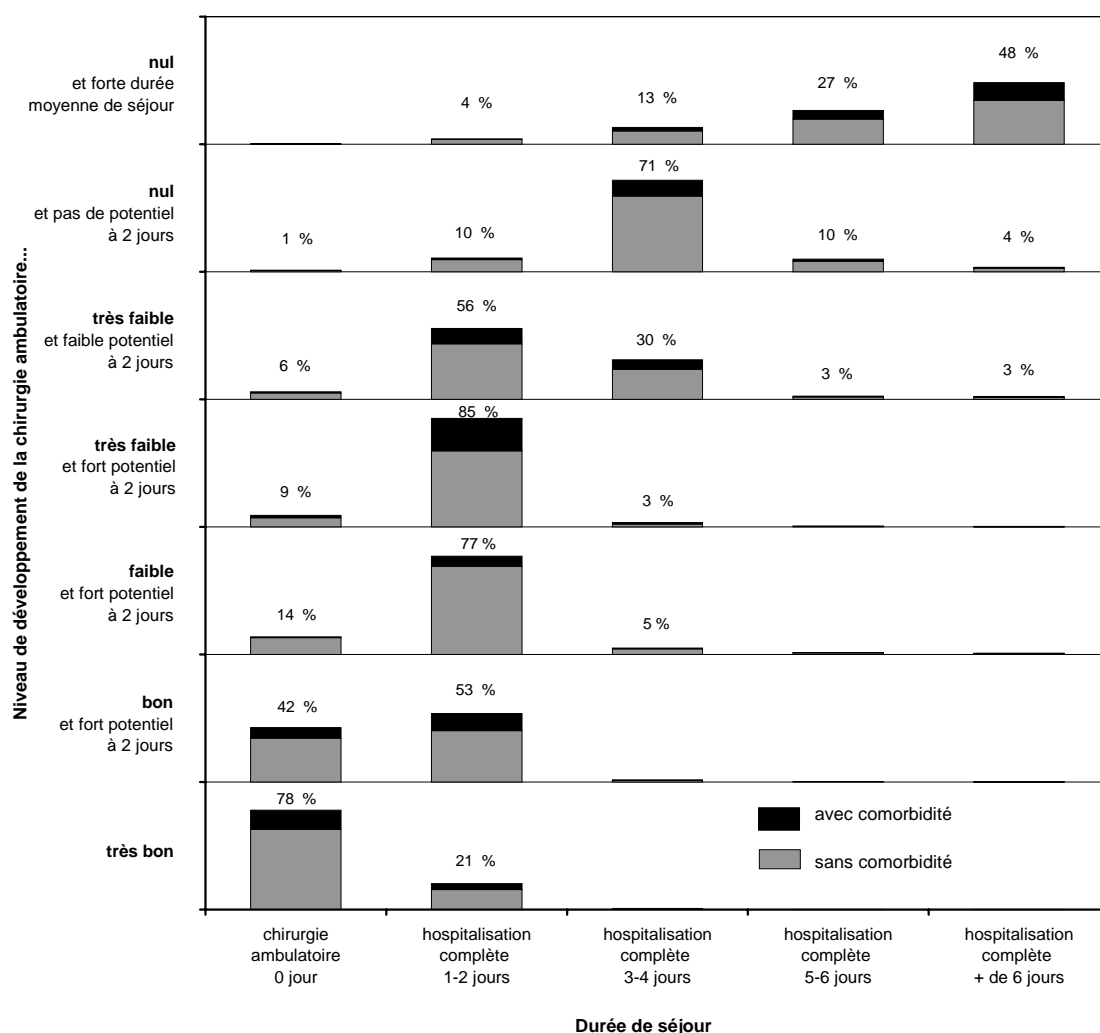
	Développement de la chirurgie ambulatoire...							Ensemble
	très bon	bon et bon potentiel à 2 jours	moyen et bon potentiel à 2 jours	faible et bon potentiel à 2 jours	faible et faible potentiel à 2 jours	nul et faible potentiel à 2 jours	nul et séjours supérieurs à 6 jours	
Nombre de séjours	47 818	101 923	95 452	124 976	19 343	7 301	621	397 434
Pourcentage de séjours	12 %	26 %	24 %	31 %	5 %	2 %	0 %	100,0 %
Nombre d'établissements	91	180	198	264	62	36	12	843
Pourcentage d'établissements	11 %	21 %	24 %	31 %	7 %	4 %	1 %	100,0 %
Activité moyenne	525	566	482	473	312	203	52	471
Taux actuel de chirurgie ambulatoire	78 %	43 %	14 %	9 %	6 %	1 %	0 %	27 %
Borne inférieure*	94 %	83 %	83 %	69 %	50 %	11 %	4 %	77 %
Borne supérieure*	98 %	96 %	91 %	94 %	62 %	12 %	5 %	91 %
CHRU	0	1	17	7	6	2		33
CH	3	22	66	30	28	20	5	174
Cliniques	85	154	108	209	27	13	2	598
Pourcentage de séjours avec comorbidité C.I.	20 %	22 %	10 %	29 %	22 %	16 %	24 %	21 %
Régions caractéristiques	PACA (29) Limousin (3) Aquitaine (9) Poitou-Charentes (5) Languedoc-Roussillon (6) Picardie (3) Ile-de-France (21)	Languedoc-Roussillon (19) Ile-de-France (48) Poitou-Charentes (9) Bretagne (11) Aquitaine (13) PACA (22) Limousin (3)	Franche-Comté (7) Corse (4) Limousin (5) Auvergne (7) Centre (11) Champagne Ardenne (7) Haute-Normandie (7) Bretagne (13) Rhône-Alpes (24)	Haute-Normandie (11) Nord Pas de Calais (24) Pays de Loire (18) Bourgogne (14) Lorraine (12) Centre (14) Midi-Pyrénées (16) Basse-Normandie (9)	Corse (2) Champagne-Ardenne (5) Alsace (4) Auvergne (3) Franche-Comté (2) Picardie (3) Rhône-Alpes (11)	Lorraine (6) Picardie (3) Basse-Normandie (3) Corse (1) Rhône-Alpes (9)	DOM-TOM (4) Centre (2) Basse-Normandie (1) PACA (2)	

* Ce sont les bornes de l'intervalle cible.

Source : PMSI 1999

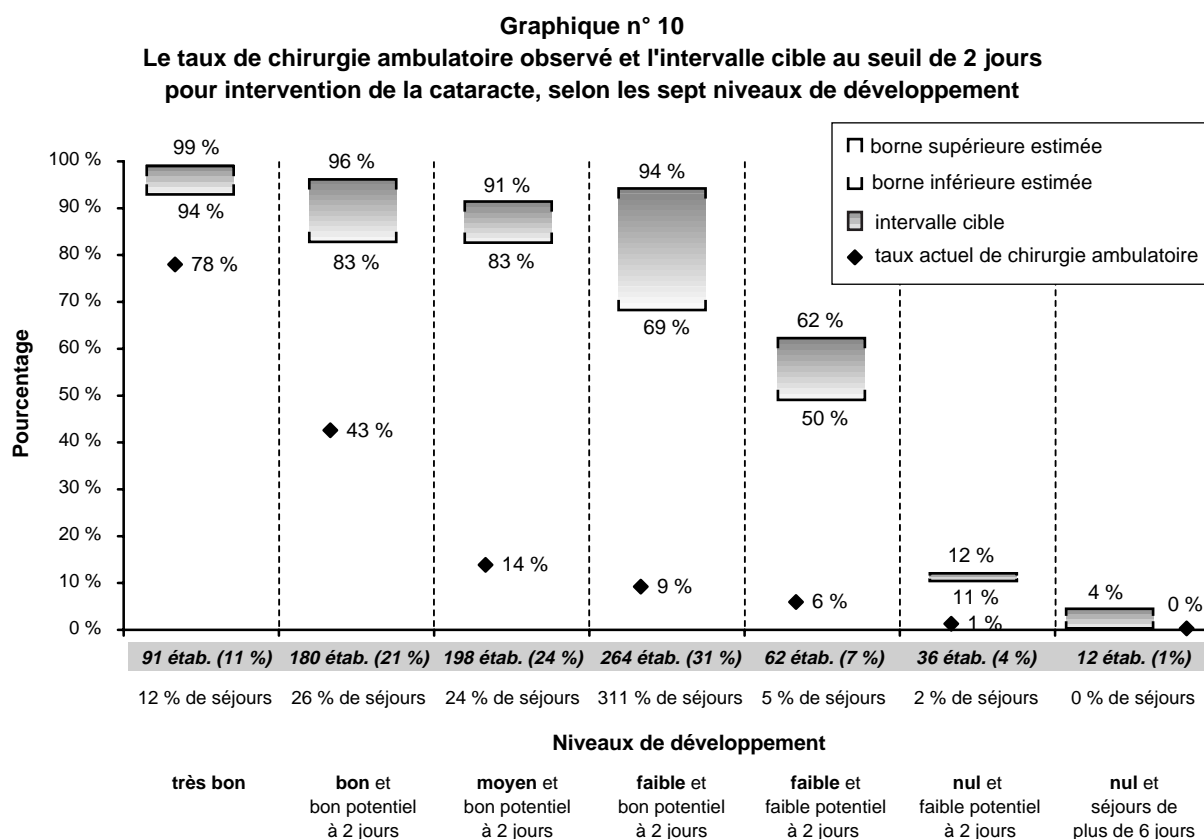
Le graphique suivant présente les distributions de durées de séjour dans chacun des groupes et on voit nettement le glissement qui s'effectue vers les durées plus longues quand on passe du groupe avec un très bon développement de chirurgie ambulatoire où donc les séjours sont presque exclusivement de moins de 24 heures, aux 3 groupes suivants où la grande majorité des séjours est de 1 ou 2 jours. Viennent ensuite les établissements du 5^e groupe où les séjours de 1 ou 2 jours sont encore majoritaires, mais où la proportion des séjours de 3 ou 4 jours devient importante. Puis les établissements du 6^e groupe où les séjours de 3 ou 4 jours deviennent majoritaires et enfin ceux du 7^e groupe où ce sont les séjours de 6 jours et plus qui prédominent. La proportion des séjours avec contre-indication médicale apparaissent aussi sur le graphique, et si elle différencie certains groupes proches par ailleurs, il n'est pas du tout évident que ce soit un facteur explicatif des très longs séjours (cf. graphique 9).

Graphique n° 9
La répartition des séjours selon la durée de séjour et l'absence ou la présence de comorbidité
selon le niveau de développement de la chirurgie ambulatoire



Source : PMSI 1999

Le graphique suivant présente les taux de chirurgie ambulatoire et les intervalles cibles dans chacun des 7 groupes obtenus. Les établissements qui font partie du premier groupe avec un très bon développement de chirurgie ambulatoire ont un taux moyen actuel de chirurgie ambulatoire de 78 % qui pourrait encore s'améliorer jusqu'à atteindre l'intervalle cible de 94 % à 99 %. Les établissements constituant le deuxième groupe ont un taux actuel de chirurgie ambulatoire de 43 % et cumulent un fort potentiel de séjours de 1 ou 2 jours. Ce taux pourrait atteindre une valeur comprise entre 83 % et 96 %. Le troisième et le quatrième groupes d'établissements ont un faible développement de la chirurgie ambulatoire (respectivement 14 % et 9 %) et on perçoit davantage une préoccupation d'optimiser les séjours de 1 ou 2 jours que la volonté de développer la chirurgie ambulatoire. Pour le troisième groupe on obtient un intervalle cible de 83 % à 91 % et pour le quatrième groupe l'intervalle cible est de 69 % à 94 % (l'amplitude est grande car la proportion de comorbidité est importante). Ces quatre premiers groupes représentent la grande majorité des établissements pratiquant la chirurgie de la cataracte et la presque totalité des séjours en raison de l'effet volume constaté (87 % des établissements pour 93 % des séjours). Les 3 groupes d'établissements suivants sont marginaux et se caractérisent par une chirurgie ambulatoire quasi nulle (respectivement 6 %, 1 % et 0 %) et des proportions élevées de séjours à durées supérieures à 2, 4 et même 6 jours donc un faible potentiel de développement et des intervalles cibles très bas, surtout pour les deux derniers groupes (respectivement [50 % ; 62 %], [11 % ; 12 %], [0 % ; 4 %]) (cf. graphique 10).



Source : CREDES 2001, d'après données PMSI 1999

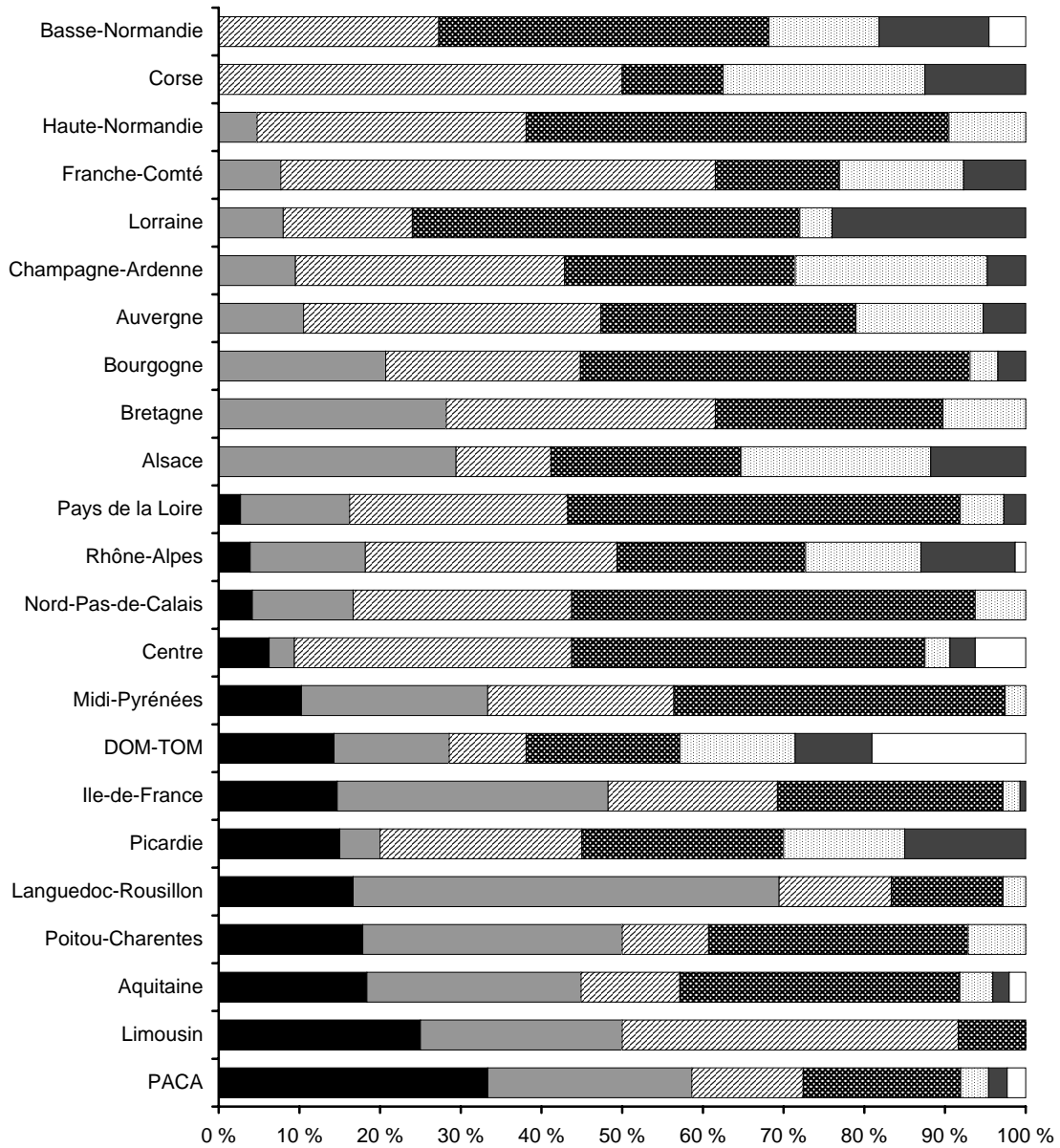
L'effet statut, mais aussi l'effet régional commenté précédemment, se retrouvent à travers cette typologie.

Les établissements composant les deux premiers groupes, à fort développement de la chirurgie ambulatoire, sont en grande majorité des cliniques du secteur privé. Les établissements du secteur public, CHRU et CH, sont bien plus fréquents dans les deux groupes suivants visant davantage une politique d'optimisation de séjours de 1 ou 2 jours que de développement de la chirurgie ambulatoire. Le secteur public est également majoritaire dans les 3 derniers groupes où la chirurgie ambulatoire est quasi inexistante.

Les différences régionales apparaissent également de façon nette. Certainement que l'effet statut appuie les oppositions régionales, en particulier des régions à forte densité de cliniques privées sont mieux représentées dans les premiers groupes. 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, indiquant une forte dynamique de développement de la chirurgie ambulatoire. La dynamique est moins avancée dans le Nord, particulièrement en Normandie, dans l'Est mais aussi dans le Rhône-Alpes (Cf. graphique 10). Cependant, cette opposition ne se généralise pas pour toutes les prises en charge en chirurgie ambulatoire, car la Normandie se trouve en tête du développement de la chirurgie ambulatoire pour les opérations des varices. Des différences de pratiques entre établissements et entre régions peuvent s'expliquer par la présence de praticiens de générations et d'écoles différentes. Un fort développement local indique souvent la présence de chirurgiens ayant particulièrement investi et développé les techniques de pointe.

On retrouve dans le graphique 11 un ordre des régions assez proche que celui du graphique 6.

Graphique n° 11
La répartition des 7 niveaux de développement de la chirurgie ambulatoire de la cataracte
dans chaque région



Niveau de développement de la chirurgie ambulatoire

- très bon
- bon et bon potentiel à 2 jours
- ▨ moyen et bon potentiel à 2 jours
- ▩ faible et bon potentiel à 2 jours
- ▧ faible et faible potentiel à 2 jours
- ▦ nul et faible potentiel à 2 jours
- nul et séjours supérieurs à 6 jours

Source : PMSI 1999

Conclusion

La chirurgie ambulatoire de la cataracte est en cours de développement en France, nous avons tenté de dérouler le film de ce développement. Il apparaît qu'il se fait selon un processus évolutif précédé ou accompagné d'une optimisation des durées de séjour en hospitalisation complète, sans que la comorbidité ne freine de façon notable le processus. 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. La variabilité inter-régionale et surtout inter-établissements est très importante.

Dans une grande majorité d'établissements, que les taux de chirurgie ambulatoire soient élevés ou pas, les patients restent très rarement hospitalisés plus de 2 jours après une intervention de la cataracte. Les établissements où les séjours plus longs sont plus fréquents restent marginaux, et semblent totalement ignorer la chirurgie ambulatoire et cela sans que par ailleurs apparaisse une raison médicale justifiant un allongement des séjours. Ceci dit, on n'est pas en possession de toutes les informations pouvant expliquer de tels comportements, en particulier, ne disposant d'aucune donnée sur les caractéristiques sociales et environnementales de la zone d'attraction d'un établissement.

La méthodologie utilisée donne une importance essentielle à la durée de séjour comme déterminant du potentiel de chirurgie ambulatoire. Les résultats peuvent remettre en question la pertinence de ce choix, surtout dans les cas où le processus de développement de la chirurgie ambulatoire est déjà bien avancé. En effet, comme on l'a dit, quand il s'opère un transfert de plus en plus important de patients en chirurgie ambulatoire, on constate une diminution des durées de séjour pour les patients maintenus en hospitalisation complète. Il se passe un moment où le processus arrive à saturation, c'est-à-dire où le potentiel est entièrement utilisé. Une certaine proportion de patients sera toujours maintenue en hospitalisation complète, avec des durées de séjour presque exclusivement de un ou deux jours, sans constituer un potentiel de développement de chirurgie ambulatoire.

La méthodologie a été utilisée pendant plusieurs années au Québec et sur plusieurs gestes marqueurs afin de développer la chirurgie ambulatoire selon une volonté politique très affirmée. Le principe de la méthode était de permettre à chaque établissement de se situer par rapport à l'ensemble, de le stimuler et de le guider dans ses choix afin d'évoluer dans le processus de développement. Au fil des années, les taux ont augmenté considérablement. En 1999, le taux global de chirurgie ambulatoire pour la cataracte est de 91 %. La méthode a joué pleinement son rôle, même si maintenant la saturation semble atteinte et si certains cas difficiles nécessitent d'organiser des audits plus précis dans les établissements concernés.

La France n'est pas encore à ce niveau de développement et malgré les limites évoquées, la méthodologie peut encore se montrer pleinement efficace dans la majorité des établissements encore loin de la saturation. Les résultats présentés peuvent permettre à chaque établissement et à chaque région d'évaluer sa position en se plaçant sur une échelle de 7 niveaux et de repérer des cibles réalistes, à viser, moyennant les investissements humains et techniques nécessaires pour y parvenir.

Ces résultats valent pour la chirurgie de la cataracte. La méthodologie se généralise à tous les types d'interventions propices à un développement de la chirurgie ambulatoire et a pour principe de rendre les critères médicaux de contre-indications indépendants de la nature du geste. Cependant, on a vu que pour la cataracte, ces critères apparaissaient peu pertinents. Ce qui valait pour les cures de hernies inguinales et crurales, ne vaut plus pour la chirurgie de la cataracte, et ne vaudra peut-être pas pour les opérations des varices ou autres gestes. Cette condition d'universalité ne semble d'ailleurs pas indispensable, quand on voit que les politiques de développement de la chirurgie ambulatoire au niveau des régions ou des établissements ne se font pas globalement, mais semblent plutôt privilégier des gestes pour lesquels ils se sentent performants.

ANNEXES

Tableau n° 3
La répartition des durées de séjour en fonction des contre-indications médicales selon le secteur, pour la chirurgie de la cataracte

	Chirurgie ambulatoire ss comorbidité	Chirurgie ambulatoire av. comorbidité	Hospitalisation complète 1-2 jours ss comorbidité	Hospitalisation complète 1-2 jours av. comorbidité	Hospitalisation complète 3-4 jours ss comorbidité	Hospitalisation complète 3-4 jours av. comorbidité	Hospitalisation complète 5-6 jours ss comorbidité	Hospitalisation complète 5-6 jours av. comorbidité	Hospitalisation complète plus de 6 jours ss comorbidité	Hospitalisation complète plus de 6 jours av. comorbidité	Décès ou transferts	Total
Nombre de séjours												
Public	10 563	857	41 845	8 169	7 522	1 600	1 589	329	1 264	478	1 900	76 116
PSPH	3 348	572	7 959	2 245	714	229	73	28	52	47	298	15 565
Privé	73 911	17 499	148 762	46 979	9 444	3 189	1 539	560	758	404	2 737	305 782
Ensemble	87 822	18 928	198 566	57 393	17 680	5 018	3 201	917	2 074	929	4 935	397 463
Pourcentage												
Public	14 %	1 %	55 %	11 %	10 %	2 %	2 %	0 %	2 %	1 %	2 %	100 %
PSPH	22 %	4 %	51 %	14 %	5 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	2 %	100 %
Privé	24 %	6 %	49 %	15 %	3 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	100 %
Ensemble	22 %	5 %	50 %	14 %	4 %	1 %	1 %	0 %	1 %	0 %	1 %	100 %

av. : avec, ss : sans

Source : PMSI 1999

Tableau n° 4
La répartition des durées de séjour en fonction des contre-indications médicales selon la région, pour la chirurgie de la cataracte

	Chirurgie ambulatoire ss comorbidité	Chirurgie ambulatoire av. comorbidité	Hospitalisation complète 1-2 jours ss comorbidité	Hospitalisation complète 1-2 jours av. comorbidité	Hospitalisation complète 3-4 jours ss comorbidité	Hospitalisation complète 3-4 jours av. comorbidité	Hospitalisation complète 5-6 jours ss comorbidité	Hospitalisation complète 5-6 jours av. comorbidité	Hospitalisation complète plus de 6 jours ss comorbidité	Hospitalisation complète plus de 6 jours av. comorbidité	Décès ou transferts	Total
PACA	17 202	4 817	13 725	4 903	934	359	242	80	204	100	605	43 171
Languedoc-Rousillon	8 166	1 632	9 136	2 307	377	117	69	20	94	19	154	22 091
Limousin	2 325	306	2 552	455	175	37	56	7	17	9	76	6 015
Poitou-Charentes	4 050	827	6 500	1 994	245	66	49	12	24	9	58	13 834
Aquitaine	7 139	1 844	11 873	4 677	606	165	97	30	117	53	271	26 872
Ile-de-France	18 068	3 268	31 676	8 099	1 950	536	378	108	348	176	566	65 173
DOM-TOM	1 191	602	2 189	990	716	115	183	52	171	57	38	6 304
Midi-Pyrénées	3 934	795	11 041	3 224	558	180	144	47	112	44	276	20 355
Bourgogne	2 296	413	6 598	2 298	304	109	41	19	22	15	140	12 255
Alsace	1 620	279	4 410	1 426	1 119	217	103	23	69	34	153	9 453
Auvergne	1 535	317	5 305	1 436	420	178	121	44	51	34	140	9 581
Picardie	1 151	144	3 988	865	403	98	38	13	16	3	94	6 813
Bretagne	3 546	701	12 688	3 255	843	209	293	61	112	40	641	22 389
Rhône-Alpes	4 670	961	17 394	4 944	2 342	755	345	132	228	109	525	32 405
Nord-Pas-de-Calais	2 326	685	10 523	3 436	498	170	41	15	45	30	202	17 971
Pays de Loire	3 519	490	15 057	4 263	920	222	246	52	70	28	344	25 211
Lorraine	1 395	304	5 945	2 062	1 189	373	71	25	44	37	125	11 570
Champagne-Ardenne	759	93	4 781	1 201	385	148	23	7	18	5	49	7 469
Centre	1 212	250	8 342	2 178	922	227	160	56	106	61	206	13 720
Corse	172	0	1 223	47	122	24	19	1	22	4	10	1 644
Franche-Comté	539	34	3 844	429	805	116	130	11	60	26	70	6 064
Basse-Normandie	661	103	4 047	1 173	1 374	449	294	90	91	24	105	8 411
Haute-Normandie	346	63	5 729	1 731	473	148	58	12	33	12	87	8 692
Ensemble	58 141	13 296	77 651	23 425	5 003	1 395	1 074	309	975	423	1 768	183 460

av. : avec, ss : sans

Source : PMSI 1999

Tableau n° 4 (suite)
La répartition des durées de séjour en fonction des contre-indications médicales selon la région, pour la chirurgie de la cataracte

	Chirurgie ambulatoire ss comorbidité	Chirurgie ambulatoire av. comorbidité	Hospitalisation complète 1-2 jours ss comorbidité	Hospitalisation complète 1-2 jours av. comorbidité	Hospitalisation complète 3-4 jours ss comorbidité	Hospitalisation complète 3-4 jours av. comorbidité	Hospitalisation complète 5-6 jours ss comorbidité	Hospitalisation complète 5-6 jours av. comorbidité	Hospitalisation complète plus de 6 jours ss comorbidité	Hospitalisation complète plus de 6 jours av. comorbidité	Décès ou transferts	Total
PACA	40 %	11 %	32 %	11 %	2 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	100 %
Languedoc-Rousillon	37 %	7 %	41 %	10 %	2 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	100 %
Limousin	39 %	5 %	42 %	8 %	3 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	100 %
Poitou-Charentes	29 %	6 %	47 %	14 %	2 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Aquitaine	27 %	7 %	44 %	17 %	2 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	100 %
Ile-de-France	28 %	5 %	49 %	12 %	3 %	1 %	1 %	0 %	1 %	0 %	1 %	100 %
DOM-TOM	19 %	10 %	35 %	16 %	11 %	2 %	3 %	1 %	3 %	1 %	1 %	100 %
Midi-Pyrénées	19 %	4 %	54 %	16 %	3 %	1 %	1 %	0 %	1 %	0 %	1 %	100 %
Bourgogne	19 %	3 %	54 %	19 %	2 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	100 %
Alsace	17 %	3 %	47 %	15 %	12 %	2 %	1 %	0 %	1 %	0 %	2 %	100 %
Auvergne	16 %	3 %	55 %	15 %	4 %	2 %	1 %	0 %	1 %	0 %	1 %	100 %
Picardie	17 %	2 %	59 %	13 %	6 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	100 %
Bretagne	16 %	3 %	57 %	15 %	4 %	1 %	1 %	0 %	1 %	0 %	3 %	100 %
Rhône-Alpes	14 %	3 %	54 %	15 %	7 %	2 %	1 %	0 %	1 %	0 %	2 %	100 %
Nord-Pas-de-Calais	13 %	4 %	59 %	19 %	3 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	100 %
Pays de Loire	14 %	2 %	60 %	17 %	4 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	100 %
Lorraine	12 %	3 %	51 %	18 %	10 %	3 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	100 %
Champagne-Ardenne	10 %	1 %	64 %	16 %	5 %	2 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	100 %
Centre	9 %	2 %	61 %	16 %	7 %	2 %	1 %	0 %	1 %	0 %	2 %	100 %
Corse	10 %	0 %	74 %	3 %	7 %	1 %	1 %	0 %	1 %	0 %	1 %	100 %
Franche-Comté	9 %	1 %	63 %	7 %	13 %	2 %	2 %	0 %	1 %	0 %	1 %	100 %
Basse-Normandie	8 %	1 %	48 %	14 %	16 %	5 %	3 %	1 %	1 %	0 %	1 %	100 %
Haute-Normandie	4 %	1 %	66 %	20 %	5 %	2 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	100 %
Ensemble	32 %	7 %	42 %	13 %	3 %	1 %	1 %	0 %	1 %	0 %	1 %	100 %

av. : avec, ss : sans

Source : PMSI 1999

Tableau n° 5
Une typologie des établissements en 7 groupes relativement au niveau de développement actuel de la chirurgie ambulatoire de la cataracte
La répartition des séjours et des établissements dans chacun des groupes

Nombre d'étab.	Nombre de séjours	Chirurgie ambulatoire		Hospitalisation complète								Décès ou transferts	Total	Taux actuel de chirurgie ambulatoire	Borne inférieure	Borne supérieure	
				1-2 jours		3-4 jours		5-6 jours		plus de 6 jours							
		sans	avec	sans	avec	sans	avec	sans	avec	sans	avec						
Très bon développement de la chirurgie ambulatoire																	
91	47 818	63 %	15 %	16 %	5 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	78 %	94 %	98 %
Bon développement de la chirurgie ambulatoire et bon potentiel à 2 jours																	
180	101 923	34 %	8 %	40 %	13 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	100 %	43 %	83 %	96 %
Développement moyen de la chirurgie ambulatoire et bon potentiel à 2 jours																	
199	95 452	13 %	1 %	69 %	8 %	4 %	1 %	1 %	0 %	1 %	0 %	1 %	100 %	14 %	83 %	91 %	
Développement de la chirurgie ambulatoire faible et bon potentiel à 2 jours																	
264	124 976	7 %	2 %	60 %	25 %	2 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	100 %	9 %	69 %	94 %	
Développement de la chirurgie ambulatoire faible et faible potentiel à 2 jours																	
62	19 343	5 %	1 %	44 %	12 %	23 %	7 %	2 %	1 %	2 %	1 %	2 %	100 %	6 %	50 %	62 %	
Développement de la chirurgie ambulatoire nul et faible potentiel à 2 jours																	
36	7 301	1 %	0 %	9 %	1 %	59 %	12 %	8 %	2 %	3 %	1 %	3 %	100 %	1 %	11 %	12 %	
Développement de la chirurgie ambulatoire nul et séjours supérieurs à 6 jours																	
11	621	0 %	0 %	4 %	0 %	10 %	3 %	20 %	7 %	34 %	14 %	7 %	100 %	0 %	4 %	5 %	
Ensemble																	
843	397 434	22 %	5 %	50 %	14 %	4 %	1 %	1 %	0 %	1 %	0 %	1 %	100 %	27 %	77 %	91 %	

Source : PMSI 1999

Tableau n° 6
7 niveaux de développement de la chirurgie ambulatoire de la cataracte
La répartition des séjours et des établissements selon les 7 niveaux par statut et catégorie d'établissement

	Développement de la chirurgie ambulatoire...														ensemble	
	très bon		bon et bon potentiel à 2 jours		moyen et bon potentiel à 2 jours		faible et bon potentiel à 2 jours		faible et faible potentiel à 2 jours		nul et faible potentiel à 2 jours		nul et séjours supérieurs à 6 jours			
	séjours	établ.	séjours	établ.	séjours	établ.	séjours	établ.	séjours	établ.	séjours	établ.	séjours	établ.	séjours	établ.
Nombre de séjours																
Public	1 363	4	7 946	25	38 817	84	15 409	54	9 090	34	3 322	22	156	4	76 103	227
PSPH	1 326	4	2 825	7	5 557	9	4 804	11	618	1	432	2	0	0	15 562	34
Privé	45 129	83	91 152	148	51 078	106	104 763	199	9 610	27	3 536	12	465	5	305 733	580
CHRU	0	0	618	1	20 386	17	5 067	7	4 888	6	923	2	0		31 882	33
CH	592	3	7 100	22	18 426	66	6 148	30	4 202	28	2 399	20	127	5	38 994	174
Cliniques	46 034	85	92 827	154	53 812	108	108 732	209	9 924	27	3 852	13	351	2	315 532	598
Ensemble	47 818	91	101 923	180	95 452	199	124 976	264	19 343	62	7 301	36	621	11	397 434	843
Pourcentage																
Public	2 %	2 %	10 %	11 %	51 %	37 %	20 %	24 %	12 %	15 %	4 %	10 %	0 %	2 %	100 %	100 %
PSPH	9 %	12 %	18 %	21 %	36 %	26 %	31 %	32 %	4 %	3 %	3 %	6 %	0 %	0 %	100 %	100 %
Privé	15 %	14 %	30 %	26 %	17 %	18 %	34 %	34 %	3 %	5 %	1 %	2 %	0 %	1 %	100 %	100 %
CHRU	0 %	0 %	2 %	3 %	64 %	52 %	16 %	21 %	15 %	18 %	3 %	6 %	0 %	0 %	100 %	100 %
CH	2 %	2 %	18 %	13 %	47 %	38 %	16 %	17 %	11 %	16 %	6 %	11 %	0 %	3 %	100 %	100 %
Cliniques	15 %	14 %	29 %	26 %	17 %	18 %	34 %	35 %	3 %	5 %	1 %	2 %	0 %	0 %	100 %	100 %
Ensemble	12 %	11 %	26 %	21 %	24 %	24 %	31 %	31 %	5 %	7 %	2 %	4 %	0 %	1 %	100 %	100 %

Source : PMSI 1999

Tableau n° 6 (suite)
7 niveaux de développement de la chirurgie ambulatoire de la cataracte
La répartition des séjours et des établissements selon les 7 niveaux par région

	Développement de la chirurgie ambulatoire...														ensemble	
	très bon		bon et bon potentiel à 2 jours		moyen et bon potentiel à 2 jours		faible et bon potentiel à 2 jours		faible et faible potentiel à 2 jours		nul et faible potentiel à 2 jours		nul et séjours supérieurs à 6 jours			
	nbre séjours	nbre établ.	nbre séjours	nbre établ.	nbre séjours	nbre établ.	nbre séjours	nbre établ.	nbre séjours	nbre établ.	nbre séjours	nbre établ.	nbre séjours	nbre établ.	nbre séjours	nbre établ.
Ile-de-France	9 552	21	19 699	48	23 425	30	12 013	40	308	3	171	1	0	0	65 168	143
Champ.-Ardenne	0	0	164	2	4 077	7	2 128	6	1 071	5	25	1	0	0	7 465	21
Picardie	765	3	586	1	3 161	5	1 729	5	327	3	245	3	0	0	6 813	20
Haute-Normandie	0	0	88	1	2 408	7	5 116	11	1 080	2	0	0	0	0	8 692	21
Centre	62	2	1 016	1	6 260	11	4 855	14	683	1	742	1	100	2	13 718	32
Nord-Pas-de-Calais	762	2	2 281	6	4 709	13	9 878	24	340	3	0	0	0	0	17 970	48
Lorraine	0	0	1 469	2	2 675	4	5 953	12	52	1	1 420	6	0	0	11 569	25
Alsace	0	0	3 581	5	996	2	2 199	4	2 052	4	625	2	0	0	9 453	17
Franche-Comté	0	0	361	1	4 004	7	275	2	898	2	523	1	0	0	6 061	13
Basse-Normandie	0	0	0	0	2 911	6	2 957	9	1 298	3	1 201	3	44	1	8 411	22
Pays de la Loire	986	1	2 223	5	5 862	10	15 730	18	389	2	21	1	0	0	25 211	37
Bretagne	0	0	7 460	11	7 654	13	5 061	11	2 212	4	0	0	0	0	22 387	39
Limousin	2 129	3	1 559	3	1 404	5	923	1	0	0	0	0	0	0	6 015	12
Auvergne	0	0	2 200	2	3 119	7	3 879	6	359	3	21	1	0	0	9 578	19
Poitou-Charentes	2 309	5	5 516	9	919	3	4 675	9	415	2	0	0	0	0	13 834	28
Aquitaine	5 368	9	6 722	13	1 523	6	12 193	17	1 039	2	20	1	7	1	26 872	49
Midi-Pyrénées	1 631	4	6 158	9	3 572	9	8 636	16	358	1	0	0	0	0	20 355	39
Bourgogne	0	0	4 711	6	1 617	7	5 663	14	250	1	14	1	0	0	12 255	29
Rhône-Alpes	1 601	3	6 462	11	8 333	24	10 228	18	4 245	11	1 529	9	7	1	32 405	77
Languedoc-Roussillon	3 311	6	15 137	19	2 021	5	1 112	5	506	1	0	0	0	0	22 087	36
PACA	18 318	29	12 711	22	3 047	12	8 459	17	474	3	124	2	34	2	43 167	87
Corse	0	0	0	0	1 366	4	30	1	121	2	127	1	0	0	1 644	8
DOM-TOM	1 024	3	1 819	3	389	2	1 284	4	866	3	493	2	429	4	6 304	21
Total	47 818	91	101 923	180	95 452	199	124 976	264	19 343	62	7 301	36	621	11	397 434	843

Source : PMSI 1999

Tableau n° 7
7 niveaux de développement de la chirurgie ambulatoire
La répartition des séjours et des établissements selon les 7 niveaux par région (pourcentages)

	Développement de la chirurgie ambulatoire...														ensemble	
	très bon		bon et bon potentiel à 2 jours		moyen et bon potentiel à 2 jours		faible et bon potentiel à 2 jours		faible et faible potentiel à 2 jours		nul et faible potentiel à 2 jours		nul et séjours supérieurs à 6 jours			
	% séjours	% établ.	% séjours	% établ.	% séjours	% établ.	% séjours	% établ.	% séjours	% établ.	% séjours	% établ.	% séjours	% établ.	% séjours	% établ.
Ile-de-France	15 %	15 %	30 %	34 %	36 %	21 %	18 %	28 %	0 %	2 %	0 %	1 %	0 %	0 %	100 %	100 %
Champ.-Ardenne	0 %	0 %	2 %	10 %	55 %	33 %	29 %	29 %	14 %	24 %	0 %	5 %	0 %	0 %	100 %	100 %
Picardie	11 %	15 %	9 %	5 %	46 %	25 %	25 %	25 %	5 %	15 %	4 %	15 %	0 %	0 %	100 %	100 %
Haute-Normandie	0 %	0 %	1 %	5 %	28 %	33 %	59 %	52 %	12 %	10 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	100 %
Centre	0 %	6 %	7 %	3 %	46 %	34 %	35 %	44 %	5 %	3 %	5 %	3 %	1 %	6 %	100 %	100 %
Nord-Pas-de-Calais	4 %	4 %	13 %	13 %	26 %	27 %	55 %	50 %	2 %	6 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	100 %
Lorraine	0 %	0 %	13 %	8 %	23 %	16 %	51 %	48 %	0 %	4 %	12 %	24 %	0 %	0 %	100 %	100 %
Alsace	0 %	0 %	38 %	29 %	11 %	12 %	23 %	24 %	22 %	24 %	7 %	12 %	0 %	0 %	100 %	100 %
Franche-Comté	0 %	0 %	6 %	8 %	66 %	54 %	5 %	15 %	15 %	15 %	9 %	8 %	0 %	0 %	100 %	100 %
Basse-Normandie	0 %	0 %	0 %	0 %	35 %	27 %	35 %	41 %	15 %	14 %	14 %	14 %	1 %	5 %	100 %	100 %
Pays de la Loire	4 %	3 %	9 %	14 %	23 %	27 %	62 %	49 %	2 %	5 %	0 %	3 %	0 %	0 %	100 %	100 %
Bretagne	0 %	0 %	33 %	28 %	34 %	33 %	23 %	28 %	10 %	10 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	100 %
Limousin	35 %	25 %	26 %	25 %	23 %	42 %	15 %	8 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	100 %
Auvergne	0 %	0 %	23 %	11 %	33 %	37 %	40 %	32 %	4 %	16 %	0 %	5 %	0 %	0 %	100 %	100 %
Poitou-Charentes	17 %	18 %	40 %	32 %	7 %	11 %	34 %	32 %	3 %	7 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	100 %
Aquitaine	20 %	18 %	25 %	27 %	6 %	12 %	45 %	35 %	4 %	4 %	0 %	2 %	0 %	2 %	100 %	100 %
Midi-Pyrénées	8 %	10 %	30 %	23 %	18 %	23 %	42 %	41 %	2 %	3 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	100 %
Bourgogne	0 %	0 %	38 %	21 %	13 %	24 %	46 %	48 %	2 %	3 %	0 %	3 %	0 %	0 %	100 %	100 %
Rhône-Alpes	5 %	4 %	20 %	14 %	26 %	31 %	32 %	23 %	13 %	14 %	5 %	12 %	0 %	1 %	100 %	100 %
Languedoc-Roussillon	15 %	17 %	69 %	53 %	9 %	14 %	5 %	14 %	2 %	3 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	100 %
PACA	42 %	33 %	29 %	25 %	7 %	14 %	20 %	20 %	1 %	3 %	0 %	2 %	0 %	2 %	100 %	100 %
Corse	0 %	0 %	0 %	0 %	83 %	50 %	2 %	13 %	7 %	25 %	8 %	13 %	0 %	0 %	100 %	100 %
DOM-TOM	16 %	14 %	29 %	14 %	6 %	10 %	20 %	19 %	14 %	14 %	8 %	10 %	7 %	19 %	100 %	100 %
Total	12 %	11 %	26 %	21 %	24 %	24 %	31 %	31 %	5 %	7 %	2 %	4 %	0 %	1 %	100 %	100 %

Source : PMSI 1999

Tableau n° 8
Liste des codes actes de Catalogue Des Actes Médicaux constituant la chirurgie de la cataracte

Codes	Actes
H476	Extraction intracapsulaire du cristallin par voie supérieure
H477	Extraction intracapsulaire du cristallin par voie autre que supérieure
H478	Autres extractions intracapsulaires du cristallin
H485	Extraction extracapsulaire du cristallin par la technique d'aspiration simple et d'irrigation
H490	Phako-émulsification et aspiration de la cataracte
H491	Phako-fragmentation mécanique et aspiration de cataracte par voie antérieure
H492	Phako-fragmentation mécanique et aspiration de cataracte par voie postérieure
H493	Phako-fragmentation mécanique et autre aspiration de cataracte
H496	Autres extractions extracapsulaires du cristallin
H504	Excision de membrane secondaire après cataracte
H505	Fragmentation mécanique de membrane secondaire après cataracte
H506	Autres extractions de la cataracte
H511	Insertion du cristallin artificiel de chambre antérieure au moment d'une extraction de cataracte en un temps
H512	Insertion secondaire de cristallin artificiel de chambre antérieure
H513	Phako-exérèse SAI
H514	Insertion du cristallin artificiel de chambre postérieure au moment d'une extraction de cataracte en un temps
H515	Explantation de cristallin artificiel
H516	Insertion secondaire de cristallin artificiel de chambre postérieure

Source : *Catalogue des Actes Médicaux, Actes diagnostiques et thérapeutiques, Fascicule spécial n°13/13 bis, volume II, Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, 1994.*

Tableau n° 9
Liste des pathologies constituant la comorbidité retenue comme contre-indication médicale
de la chirurgie ambulatoire

Pathologies retenues dans la méthode de l'AHQ :	CIM9 ¹² (AHQ)	CIM10 ¹³ (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

¹² Classification Internationale des Maladies, 9^e révision (1975), OMS, 1977.

¹³ Classification Internationale des Maladies, 10^e révision (1993), OMS, 1995.

Bibliographie

Bibliographie

ANAES, Évaluation du traitement chirurgical de la cataracte de l'adulte. Février 2000.

P. Boyle, D. Nadeau, A. Framarin, Association des Hôpitaux du Québec, *La chirurgie d'un jour : peut-on faire plus ? Trousse d'appréciation du potentiel de développement en chirurgie d'un jour*. 2^e édition. Juin 1995.

D. Bobeau, F. Bousquet et M. Joubert, *Le traitement chirurgical de la cataracte en France*. Études et résultats. DREES. N° 101, Février 2001.

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

O. Busson, A. Doussin, M.-J. Sourty-Le Guellec, *Estimation du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire. Exemple des cures de hernies inguinales ou crurales*. CREDES n° 1303. Mai 2000

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

Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, *Catalogue des Actes Médicaux, Actes diagnostiques et thérapeutiques*, Fascicule spécial n°13/13 bis, volume II, 1994.

URCAM de Bretagne, *La chirurgie de la cataracte en Bretagne*, Février 2001.

Liste des graphiques et des tableaux

Liste des graphiques et des tableaux

Graphique n° 1

Le taux de chirurgie ambulatoire dans quelques pays pour la chirurgie de la cataracte 11

Graphique n° 2

La répartition des séjours en hospitalisation complète avec intervention de la cataracte en fonction de la durée de séjour selon la présence ou non de critères médicaux de contre-indication 14

Graphique n° 3

La répartition des durées de séjour par statut d'établissement pour les interventions de la cataracte..... 15

Graphique n° 4

Le taux de chirurgie ambulatoire observé et l'intervalle cible au seuil de 2 jours selon le secteur et la catégorie d'établissement 16

Graphique n° 5

Le pourcentage de séjours pour chirurgie de la cataracte selon le diagnostic et la catégorie d'établissement 16

Graphique n° 6

La répartition des durées de séjour par région pour les interventions de la cataracte..... 18

Graphique n° 7

Le taux de chirurgie ambulatoire observé et l'intervalle cible au seuil de 2 jours dans les 23 régions..... 19

Graphique n° 8

La répartition des taux de chirurgie ambulatoire et des taux espérés avec hypothèse restrictive et hypothèse plus large, dans les 855 établissements pratiquant la chirurgie de la cataracte 21

Graphique n° 9

La répartition des séjours selon la durée de séjour et l'absence ou la présence de comorbidité selon le niveau de développement de la chirurgie ambulatoire 25

Graphique n° 10

Le taux de chirurgie ambulatoire observé et l'intervalle cible au seuil de 2 jours pour intervention de la cataracte, selon les sept niveaux de développement..... 26

Graphique n° 11

La répartition des 7 niveaux de développement de la chirurgie ambulatoire de la cataracte dans chaque région 28

Tableau n° 1	
Le taux de chirurgie ambulatoire pour quelques diagnostics principaux ou associés.....	14
Tableau n° 2	
Tableau récapitulatif - Sept niveaux de développement de la chirurgie ambulatoire de la cataracte	23
Tableau n° 3	
La répartition des durées de séjour en fonction des contre-indications médicales selon le secteur, pour la chirurgie de la cataracte.....	33
Tableau n° 4	
La répartition des durées de séjour en fonction des contre-indications médicales selon la région, pour la chirurgie de la cataracte.....	34
Tableau n° 5	
Une typologie des établissements en 7 groupes relativement au niveau de développement actuel de la chirurgie ambulatoire de la cataracte. La répartition des séjours et des établissements dans chacun des groupes.....	36
Tableau n° 6	
7 niveaux de développement de la chirurgie ambulatoire de la cataracte. La répartition des séjours et des établissements selon les 7 niveaux par statut et catégorie d'établissement	37
Tableau n° 7	
7 niveaux de développement de la chirurgie ambulatoire. La répartition des séjours et des établissements selon les 7 niveaux par région (pourcentages).....	39
Tableau n° 8	
Liste des codes actes de Catalogue Des Actes Médicaux constituant la chirurgie de la cataracte.	40
Tableau n° 9	
Liste des pathologies constituant la comorbidité retenue comme contre-indication médicale de la chirurgie ambulatoire.....	41