

N° 101 • février 2001

Avec 392 000 interventions réalisées en 1998, l'opération de la cataracte est l'acte chirurgical le plus fréquent en France. Il représente la deuxième cause d'hospitalisation après l'accouchement. En quinze ans, le nombre d'interventions a été multiplié par trois. Pourtant, les taux de recours restent, à structure de population identique, très différents selon les départements. Ces disparités semblent à la fois liées à la géographie et à la densité de l'offre de soins. L'activité est, par ailleurs, très concentrée dans le secteur privé qui réalise plus des trois quarts des interventions. Les CHU, qui ont une activité relativement faible, sont surtout spécialisés dans la prise en charge des cataractes de l'enfant et des cas complexes.

Les modes de prises en charge tendent à se standardiser allant de la chirurgie ambulatoire, pour 23 % des séjours, à l'hospitalisation de deux jours. Toutefois, en 1998, 10 % des patients sont restés hospitalisés plus de trois jours alors qu'aux États-Unis ou au Canada, plus de 90 % des interventions se déroulent en ambulatoire. En France, les durées de séjours et la proportion de patients traités en ambulatoire varient en fonction des caractéristiques médicales du patient mais aussi de facteurs propres aux établissements. Le recours à la chirurgie ambulatoire est plus développé dans les établissements privés et dans ceux qui ont un volume d'activité important allant avec une organisation adaptée.

Dominique BAUBEAU,
Frédéric BOUSQUET et Marc JOUBERT
Ministère de l'Emploi et de la solidarité, DREES,
avec la participation
du P^r **Christophe BAUDOIN,**
du D^r **Stéphane QUESNOT,**
CHNO Quinze-Vingts,
du D^r **Thierry TORROSSIAN,**
Chirurgien ophtalmologue
et d'**Alain CORVEZ,** ARH Languedoc-Roussillon

Le traitement chirurgical de la cataracte en France un développement encore limité de la chirurgie ambulatoire

En France, 392 000 opérations de la cataracte ont été réalisées en 1998, ce qui place cette intervention au premier rang des interventions chirurgicales. Le traitement chirurgical de la cataracte représente actuellement 2,6 % des séjours hospitaliers en soins de courte durée (hors psychiatrie), 7,5 % des actes chirurgicaux dits « classants » et les trois quarts des interventions sur l'œil (encadré 1).

Un recours en forte croissance, essentiellement dû aux personnes âgées

Le traitement chirurgical de la cataracte connaît une augmentation régulière et rapide. En quatorze ans, on est passé de 120 200 séjours comportant un diagnostic principal de cataracte en 1984 à 286 300 en 1991, puis 392 000 en 1998, soit une augmentation de plus de 300 %. Entre 1993 et 1998, le taux d'interventions est passé de 4,9 à 6,6 opérations pour 1 000 habitants, tous âges confondus.



Le même constat vaut dans d'autres pays occidentaux (+ 350 % au Danemark entre 1980 et 1991, + 263 % dans la province canadienne du Saskatchewan entre 1983 et 1993¹). L'amélioration des techniques qui permet

d'élargir les indications et de traiter plus fréquemment qu'auparavant les deux yeux en deux séjours séparés, ainsi que le vieillissement de la population sont, pour partie, à l'origine de cette évolution (encadré 2).

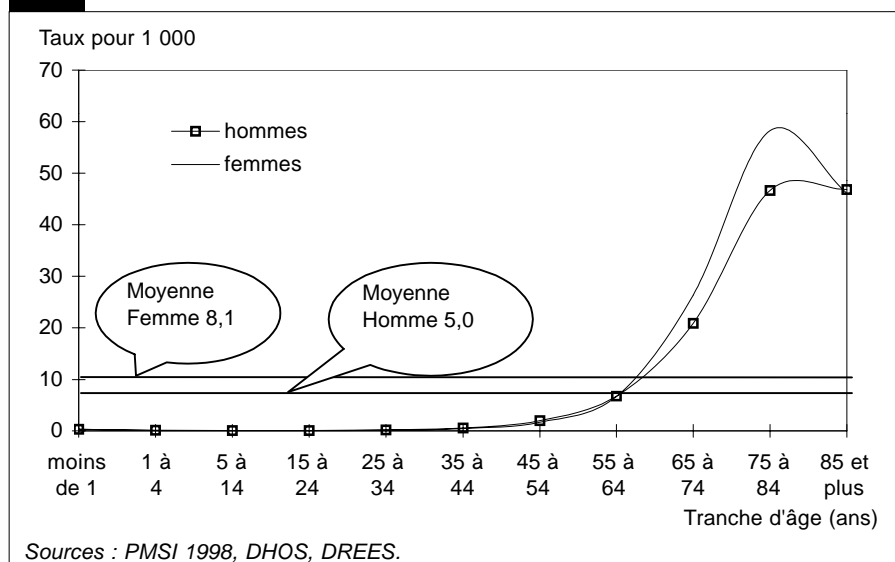
L'opacification du cristallin et les troubles de la vue qui en résultent sont, en effet, principalement liés à l'âge ; 85 % des interventions concernent des personnes âgées de 65 ans et plus (graphique 1). De la naissance jusqu'à 45 ans, on observe moins d'une intervention pour 1 000 habitants (essentiellement des cataractes congénitales et traumatiques). Ce taux augmente ensuite pour atteindre 54 opérations pour 1 000 habitants de 75 à 85 ans. En raison, notamment, de la plus forte mortalité masculine avant 70 ans, les femmes sont globalement plus concernées : elles représentent les deux tiers des séjours et leur part augmente dans les tranches d'âge les plus élevées. Toutefois, les hommes sont majoritaires avant 55 ans du fait de la prédominance des cataractes d'origine traumatique (accidents de la voie publique et professionnels).

Entre 1993 et 1996, le taux de recours a, en outre, crû significativement pour les tranches d'âge les plus élevées (graphique 2).

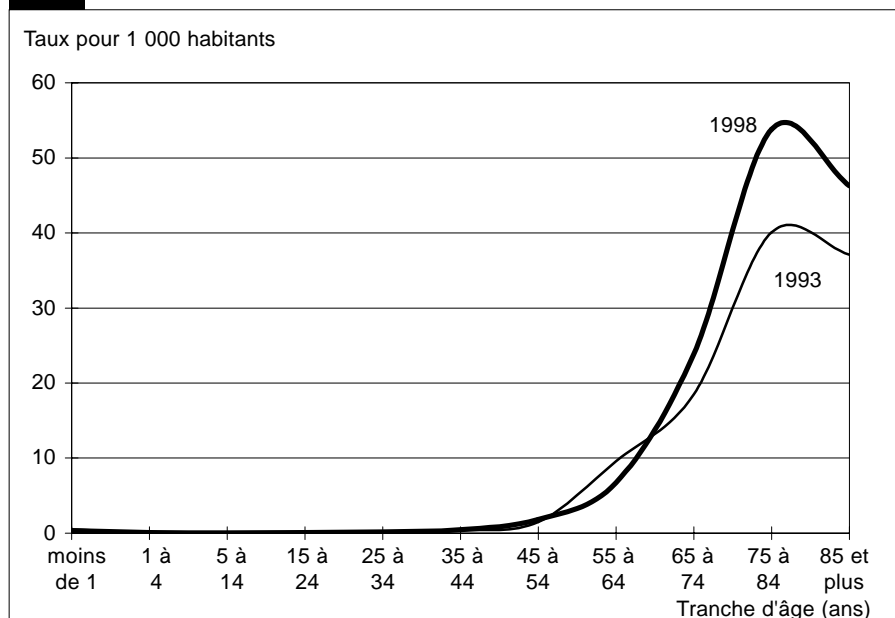
Malgré cette augmentation générale, les taux de recours restent, à structure de population identique, très différents selon les départements, avec des disparités qui semblent à la fois liées à l'ensoleillement et à la densité de l'offre de soins (encadré 3).

Le système d'information médicalisé permet de distinguer² les différents types de cataractes selon leurs causes ou les diagnostics associés. Les cataractes congénitales sont ainsi à l'origine de la très grande majorité des interventions de cataracte chez les enfants. Les cataractes traumatiques concernent surtout les enfants et les hommes entre 5 et 45 ans :

G.01 taux de traitement de la cataracte réalisé en 1998 selon le sexe et l'âge du patient



G.02 comparaison des taux de recours 1998 / 1993



Avertissement : l'enquête de 1993 ayant été réalisée sur un échantillon, les effectifs dans certaines classes d'âge ne sont pas toujours suffisants pour disposer d'une mesure suffisamment précise du taux de recours et conclure à des différences significatives avec les résultats de 1998 basés sur des données exhaustives. C'est en particulier le cas de la tranche d'âge comprise entre 55 et 64 ans.
Sources : PMSI 1998, DHOS, DREES, SESI.

1. Études citées par le rapport de l'ANAES intitulé « L'évaluation du traitement chirurgical de la cataracte de l'adulte », février 2000.

2. Cette information étant renseignée de façon relativement peu précise, on ne peut pas être certain de l'homogénéité de la qualité du codage d'un établissement à l'autre.

1 % des séjours des hommes et 30 % chez les moins de 25 ans. Elles sont rares chez les femmes : 0,2 % des séjours (graphique 3).

En ce qui concerne les diagnostics associés et, notamment les pathologies concomitantes de l'œil, le diabète est mentionné dans 10,5 % des cas chez les hommes et 7,5 % chez les femmes, les glaucomes dans environ 5 % des séjours, principalement aux âges extrêmes. Les problèmes de rétine et de vitré sont encore plus rares (respectivement 1,1 % et 1,7 % des séjours).

Une forte concentration des interventions dans le privé

Le traitement chirurgical reste aujourd'hui la seule solution thérapeutique possible de la cataracte. La forte augmentation de la demande constatée (augmentation du taux de recours) et potentielle (vieillesse de la population) pose la question de la capacité du système de soins hospitalier à y faire face. Aujourd'hui, il ne semble pas exister de problème de file d'attente pour subir cette intervention, la forte croissance du nombre d'opérations semblant avoir été compensée par la baisse de la durée de séjour et le développement des prises en charge en chirurgie ambulatoire.

Le secteur privé joue un rôle prédominant dans la prise en charge de cette opération, avec des disparités géographiques qui peuvent être très fortes selon les départements. Les cliniques privées assurent ainsi 77 % des interventions chirurgicales liées à la cataracte (tableau 1) alors qu'elles prennent en charge 59 % de l'activité chirurgicale globale. Pour le reste de l'activité chirurgicale de l'œil, un partage plus classique s'établit entre les différentes catégories d'établissements : 53 % des interventions dans le secteur privé sous OQN (cliniques), 26 % dans les CHU/R et 22 % dans les centres hospitaliers (CH) et les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH).

E•1

Méthodologie de repérage et de comptabilisation des interventions sur la cataracte

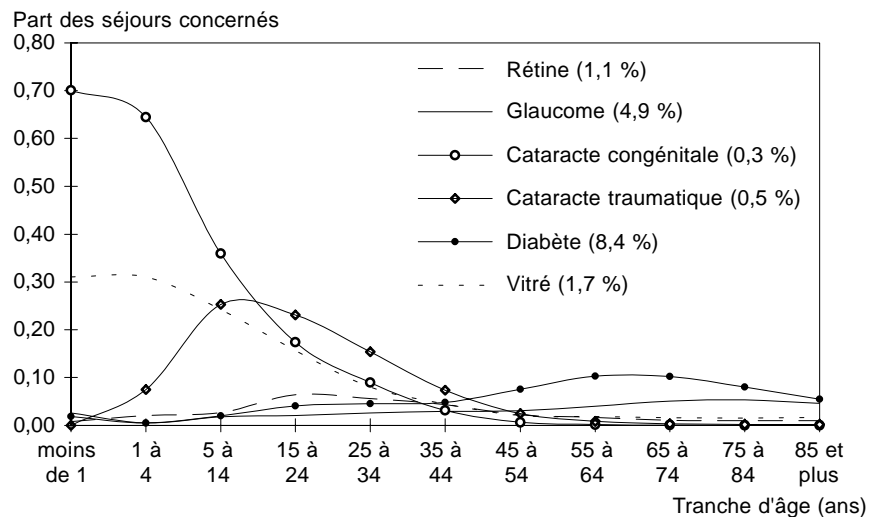
Les données du PMSI de l'année 1998 ont été utilisées pour analyser l'activité de cataracte. La sélection des 392 000 séjours a été faite au moyen des diagnostics de cataracte, ainsi qu'avec les actes d'insertion du cristallin enregistrés au cours du séjour. En dernier lieu, l'appartenance aux groupes homogènes de malades (GHM) 048, 051, 054 et 762 a permis de délimiter le champ de l'étude.

Sur les 392 000 séjours étudiés, 97 % appartiennent aux GHM 051 et 762. Les données utilisées ont été pondérées afin de corriger autant que possible les non réponses dans le PMSI.

L'ensemble des sélections a été effectué tant sur le diagnostic principal que sur le diagnostic associé, afin de pouvoir prendre en compte la totalité des séjours concernés par ce traitement, même s'il n'en constitue pas la caractéristique principale.

G•03

causes et concomitances de la cataracte, en part des séjours pour chaque tranche d'âge, hommes et femmes confondus



Lecture : les cataractes congénitales représentent 0,3 % de la totalité des cataractes opérées ; elles se retrouvent dans 70 % des interventions de cataracte chez les bébés de moins d'un an et 36 % de celles des 5-14 ans. Les cataractes associées à un traumatisme regroupent 0,5 % des séjours, elles sont opérées le plus fréquemment chez les 5-24 ans.

Sources : PMSI 1998, DHOS, DREES.

T•01

place de l'activité de cataracte dans l'activité sur l'œil, par groupe d'établissement

	Part de marché	CHR / U	CH et PSPH	OQN	Total
Séjours « chirurgicaux » de cataracte	H. complète	9 %	18 %	74 %	100 %
	H. ambulatoire	4 %	9 %	87 %	100 %
	Total	8 %	16 %	77 %	100 %
Séjours « chirurgicaux » œil hors cataracte	H. complète	34 %	23 %	43 %	100 %
	H. ambulatoire	10 %	19 %	71 %	100 %
	Total	26 %	22 %	53 %	100 %
Séjours « médicaux » œil hors cataracte	H. complète	41 %	49 %	9 %	99 %*
	H. ambulatoire	49 %	31 %	17 %	97 %*
	Total	44 %	44 %	11 %	99 %*
Total		15 %	19 %	65 %	100 %

* Le complément est réalisé par les centres de lutte contre le cancer.

Sources : PMSI 1998, DHOS, DREES.

En ce qui concerne les séjours médicaux en ophtalmologie, le secteur privé est, d'ailleurs, plutôt sous-représenté (11 % des séjours, alors qu'il réalise plus de 20 % des séjours de l'ensemble des disciplines médicales).

Que le diagnostic de la cataracte soit principalement effectué dans le cadre de consultations en médecine de ville (86 % des ophtalmologistes exercent en secteur libéral) constitue peut-être un des éléments d'explication de cette concentration. La filière libérale et donc la prise en charge en établissements privés pourraient alors se trouver privilégiées, l'hôpital public ne s'imposant pas comme voie d'entrée naturelle pour une opération qui ne revêt que rarement un caractère d'urgence. Les établissements privés ont en

outre une propension plus forte que les hôpitaux publics à gérer des interventions à la fois programmées et caractérisées par un système de rotation rapide des patients, comme c'est le cas de la cataracte.

Le partage public/privé s'inscrit également dans un contexte global de spécialisation d'établissements sur des catégories de populations particulières. Ainsi, les patients de moins de 35 ans sont sensiblement plus nombreux dans les établissements publics et PSPH, et surtout dans les CHU qui traitent près de la moitié des enfants de moins de 5 ans. De même, les patients présentant des pathologies associées autres que le diabète sont, proportionnellement à la moyenne de chaque catégorie, plus souvent traités dans les éta-

blissements publics et PSPH. En particulier, les CHU qui ne traitent globalement que 8 % des cataractes prennent en charge 22 % de celles associées à un problème de rétine. Les établissements sous OQN traitent, en effet, 53 % de ces dernières contre 77 % de l'ensemble des cataractes.

Globalement, les CHU apparaissent donc comme les établissements de référence dans le traitement des enfants et des cas complexes, ce qui recoupe les constats habituellement effectués sur l'organisation de l'offre hospitalière en matière de pédiatrie et de prise en charge des urgences. Les logiques locales de partage de l'activité entre les établissements peuvent aussi influencer.

Dans les régions, la part des interventions sur la cataracte réalisées par le secteur privé est d'autant plus importante que la part des capacités de chirurgie détenues par le privé est élevée. L'Île-de-France semble cependant déroger à cette règle. Le profil particulier de cette région s'explique essentiellement par la présence dans le secteur hospitalier public ou privé PSPH de centres de références en ophtalmologie. Deux établissements en particulier, le centre hospitalier national d'ophtalmologie (CHNO) des Quinze-Vingts et la Fondation Rothschild, comptabilisent 3 % des séjours tous secteurs confondus et 14 % de l'activité nationale du secteur public et PSPH.

Dans les sept autres régions à forte activité (PACA, Rhône-Alpes, Aquitaine et Pays de la Loire, Bretagne, Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées), le secteur privé est largement majoritaire, en particulier en Languedoc où 92 % des cataractes sont opérées dans les cliniques.

Une activité très variable selon les établissements

Parmi les 1 350 établissements ayant eu une activité chirurgicale en 1998, 850 ont traité des cataractes, soit une diffusion de ce type d'intervention

E•2

Qu'est-ce que la cataracte ?

La cataracte peut être définie comme l'opacification du cristallin (lentille intra-oculaire normalement transparente) qui entraîne une dégradation progressive de la vision. Sa prévalence est inférieure à 10 % avant l'âge de 65 ans, elle est de 37 à 59 % de 75 à 85 ans et de plus de 60 % au-delà selon les données de l'ANAES¹. Certains facteurs augmentent le risque d'être atteint, notamment le diabète, le tabagisme mais aussi les rayons ultraviolets, d'où sa plus grande fréquence dans les zones très ensoleillées.

Le traitement chirurgical de la cataracte constitue un acte fréquent, bien standardisé et programmable, généralement réalisé sous anesthésie locale ou loco-régionale. L'efficacité du traitement dans la grande majorité des cas ne fait aucun doute ; toujours selon l'ANAES, il « est actuellement bien démontré que les interventions... sont capables d'améliorer, non seulement l'acuité visuelle mesurée, mais aussi la qualité de vie des patients et leur capacité à la conduite automobile ».

Les techniques d'interventions ont évolué ces dix dernières années et font l'objet d'un consensus médical très large : au début des années 90, la technique de référence consistait à extraire

manuellement le cristallin (extraction extra-capsulaire) avant de mettre en place un implant dans la chambre postérieure de l'œil, derrière l'iris. Actuellement, on utilise le plus souvent, un appareil qui fragmente le cristallin à l'aide d'ultrasons (ou d'un laser) avant de l'extraire. L'avantage de cette technique appelée « phakoémulsification » est de ne pratiquer qu'une ouverture limitée du globe oculaire et de réduire certaines complications per-opératoires comme l'issue du vitré ou l'hémorragie expulsive. Elle n'est cependant pas toujours réalisable, notamment lorsque le cristallin est trop dur, on effectue alors une extraction manuelle. Bien qu'il s'agisse d'un geste de chirurgie courante, l'intervention sur la cataracte nécessite une ouverture de l'œil et n'est donc pas exempte de complications inflammatoires, infectieuses ou hémorragiques. Celles-ci sont rares, de l'ordre de 0,3 %.

techniques d'extraction du cristallin

Gestes en % des séjours	CHR / U	CH et PSPH	Cliniques OQN	Total
phako-émulsification	87 %	78 %	91 %	88 %
phako-fragmentation*	11 %	13 %	6 %	7 %

Le total n'est pas égal à 100 car il existe d'autres techniques plus rarement utilisées.

* Ou extraction manuelle

Sources : PMSI 1998, DHOS, DREES.

1. Voir ANAES, « L'évaluation du traitement chirurgical de la cataracte de l'adulte », février 2000.

relativement réduite³. Cependant, la variabilité de l'activité entre les établissements est très forte. 17 % d'entre eux concentrent la moitié des cataractes opérées et en effectuent en moyenne deux par jour. Il s'agit pour l'essentiel (85 %) d'établissements privés. Pour la moitié des établissements qui effectuent le moins d'interventions, l'activité équivaut à une intervention par jour en moyenne. Enfin, un quart des établissements se partage seulement 2 % des interventions, soit moins de deux interventions par semaine.

Une douzaine d'établissements, tous privés, sont très spécialisés, la cataracte représentant plus de 40 % de leur activité de court séjour, soit 1 700 opérations dans l'année. Ils réalisent à eux seuls plus de 7 % de la totalité des interventions. Pour 130 établissements, l'intervention sur la cataracte constitue au moins 10 % de leur activité, ces établissements ayant réalisé 37 % de la totalité des interventions en 1998. Ici encore, il s'agit de cliniques privées à l'exception de la Fondation Rothschild et du CHNO des Quinze-Vingts.

Environ un quart des interventions réalisées en chirurgie ambulatoire

Pour l'ensemble des interventions réalisées en 1998, la durée moyenne de séjour est légèrement supérieure à deux jours. 23 % des prises en charge s'effectuent sur le mode ambulatoire, le patient rentrant à son domicile quelques heures après l'intervention ; 19 % d'entre eux passent une nuit à l'hôpital (en-

3. À titre de comparaison, la diffusion de la chirurgie du cancer du sein est plus largement répandue sur un plus grand nombre d'établissements (1 150). Hui-Quan CONG *et al.*, « Les actes chirurgicaux liés aux cancers du sein en 1997 à travers le PMSI », Études et Résultats n° 18, juin 1999, DREES.

E•3

De fortes disparités géographiques dans les taux de recours

À structure de population identique en sexe et âge, les taux de recours pour cataracte varient de manière sensible selon les départements. Ainsi, l'indice comparatif de recours aux soins¹ pour cataracte varie de 0,47 dans la Nièvre à 1,46 dans les Bouches-du-Rhône. La Corse et la Creuse sont parmi les départements à avoir les taux de recours les plus faibles tandis que le Gard, le Var et la Charente-Maritime comptent parmi les départements ayant des niveaux de recours les plus élevés. Les populations des départements côtiers du pourtour méditerranéen (hormis la Corse) et du rivage atlantique, en particulier, recourent donc plus souvent à cette chirurgie, ce qui semble confirmer les liens mis en évidence par des études épidémiologiques² entre l'ensoleillement (durée et intensité de l'exposition au soleil) et l'incidence de la cataracte.

En outre, le niveau de recours à l'intervention et celui de l'offre de soins semblent liés. En effet, les populations bénéficiant le plus souvent d'un traitement chirurgical vivent dans des départements relativement mieux dotés en ophtalmologues comme ceux de la vallée de la Loire, de la vallée du Rhône et de la Garonne. À l'inverse, les indices de recours les plus faibles se situent dans les départements les moins dotés en ophtalmologues (départements du Centre, de l'Est et de la Manche) [carte].

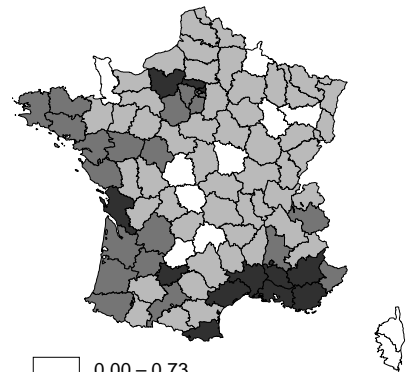
Ainsi, l'analyse en régression multiple souligne non seulement le rôle déterminant de la densité des ophtalmologues exerçant en milieu hospitalier, mais aussi de ceux qui déclarent une activité exclusive en cabinet et, dans une moindre mesure, celui de la densité de places de chirurgie ambulatoire. Il faut, en effet, une première consultation spécialisée pour que le diagnostic de cataracte soit posé et qu'une intervention soit proposée, ce qui suppose la présence de spécialistes en nombre suffisant. Le nombre d'opérations dépend ensuite du nombre et de la capacité des établissements pratiquant la chirurgie de la cataracte et de celui des ophtalmologues assurant ce type d'interventions³ (53 % des spécialistes de l'œil déclarent n'exercer qu'en cabinet).

Cette relation positive entre niveau d'offre et activité doit être interprétée avec prudence : elle peut tout autant signifier qu'il existe un problème d'accessibilité aux soins là où l'offre est plus faible, ou encore qu'il y a « suractivité » là où elle est forte.

En effet, 20 % des séjours pour la cataracte ont lieu hors du département de résidence du patient. L'importance de ces flux est plus grande que pour d'autres interventions programmées fréquentes (éveinage par exemple, 16,5 %...). En outre, les départements pour lesquels on constate des « fuites »⁴ importantes de résidents, coïncident avec ceux dont la densité d'ophtalmologues hospitaliers est plus faible que la moyenne nationale.

Par ailleurs, selon l'étude du Dr CORVEZ menée pour la région Languedoc-Roussillon, une offre de soins « abondante » et une activité soutenue dans une région ne signifient pas pour autant que toutes les personnes âgées en profitent de la même façon, en particulier celles qui vivent dans les cantons ruraux, éloignés des pôles hospitaliers situés dans les zones urbaines ou périurbaines. Ces conclusions semblent étayées par une étude complémentaire du service médical de l'assurance maladie menée dans la même région qui, sur une cohorte de malades opérés, a vérifié la pertinence des indications et l'absence d'interventions « abusives » au regard des référentiels publiés.

indice comparatif de recours pour cataracte par département, âge et sexe corrigés



□	0,00 – 0,73
■	0,73 – 1,00
■	1,00 – 1,20
■	1,20 – 1,80

Sources : PMSI 1998, DHOS, DREES, estimations localisées de population (ELP)

1. Il est calculé en prenant le nombre d'interventions de la population résidant dans le département considéré (quel que soit le lieu de l'intervention). Il tient compte de la structure âge/sexe de la population des départements. Il mesure donc la propension d'une population à se faire opérer.

2. C. DELCOURT, I. CARRIÈRE *et al.*, Archives Ophthalmologiques 2000 : « Light Exposure and the Risk of Cortical, Nuclear, and Posterior Subcapsular Cataracts », 118, 385-392.

3. Leur nombre n'est pas connu avec précision, car cette variable n'existe pas dans ADELI et un certain nombre d'ophtalmologues exerçant à l'hôpital n'y effectuent que des consultations et des actes médicaux.

4. Séjours effectués hors du département de résidence.

trée le jour de l'intervention et sortie le lendemain), tandis que 49 % passent deux nuits dans l'établissement.

La forte croissance du nombre d'interventions effectuées en chirurgie ambulatoire a contribué à rendre la chirurgie de la cataracte plus « accessible » et moins incommode pour les patients. Dans ce sens, elle a sans doute été un facteur de croissance des taux de recours. L'évolution sur cinq ans du mode de prise en charge est sensible : alors qu'en 1993 les hospitalisations de moins de 24 heures ne concernaient qu'à peine 10 % des séjours, elles en représentent près du quart en 1998.

Aux USA et au Canada, ce sont toutefois plus de 90 % des interventions qui sont réalisées en ambulatoire. Le développement restreint de la chirurgie ambulatoire dans notre pays est notamment dû au fait que les modalités du suivi opératoire ne font pas encore l'objet d'un véritable consensus. En effet, un examen doit être réalisé le lendemain de l'intervention qui, même s'il peut être délégué à une autre personne que le chirurgien, nécessite une qualification et un équipement professionnel de bon niveau. Lorsqu'il n'existe pas d'ophtalmologue près de leur domicile, les patients résidant loin du lieu de l'intervention doivent disposer de facilités de transport et être

accompagnés le lendemain, ou être hébergés chez des proches ou dans des structures de type hôtel médical, lesquelles sont encore peu développées.

La part des cataractes traitées en ambulatoire varie ainsi, selon les établissements, de 0 à 95 %. Près du quart n'a effectué aucune prise en charge de moins de 24 heures et un autre quart environ est resté en deçà des 5 %. À l'opposé, 12 % réalisent plus de la moitié de leur activité en chirurgie ambulatoire (graphique 4).

Un recours plus développé à la chirurgie ambulatoire dans les établissements privés...

La répartition des taux de cataractes réalisées en chirurgie ambulatoire est sensiblement différente selon le secteur d'hospitalisation (tableau 2) : 37 % des établissements sous dotation globale n'offrent pas la possibilité d'une prise en charge de moins de 24 heures ; cette proportion est de seulement 19 % des établissements sous OQN. En moyenne, les établissements sous dotation globale réalisent 14 % des interventions sur la cataracte en ambulatoire et ceux sous OQN, 28 %.

Le mode de rémunération des établissements est un argument souvent invoqué pour expliquer la propension

des établissements privés à développer ce mode de prise en charge. Mais cette explication est sans doute insuffisante dans le cas de la cataracte. D'abord, parce que la proportion d'établissements sous OQN réalisant moins de 5 % de cataractes en ambulatoire demeure très importante (40 %). Ensuite, parce qu'un nombre non négligeable d'établissements sous dotation globale effectue plus de 35 % d'interventions en chirurgie d'un jour.

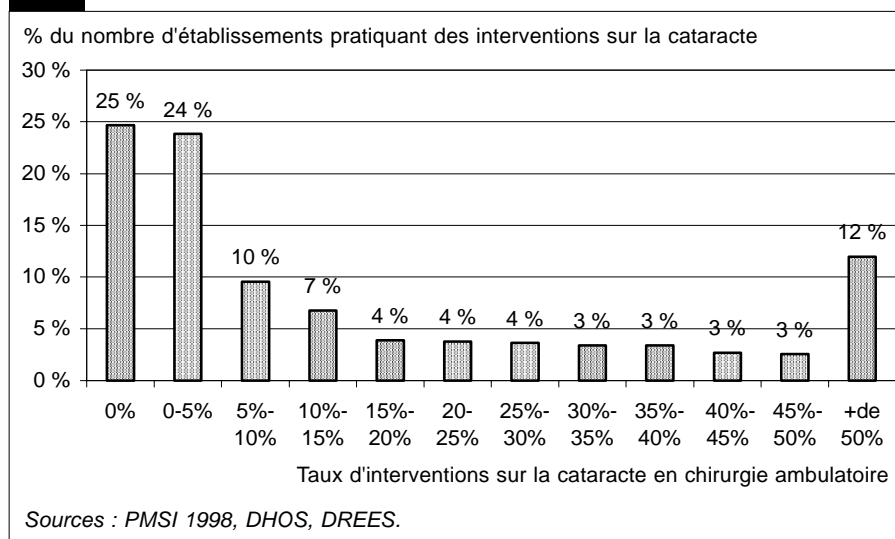
... et dans ceux à fort volume d'activité

Le volume d'interventions pratiquées semble être également un indicateur de la propension d'un établissement à exercer une forte activité ambulatoire. Les établissements dont le taux de chirurgie ambulatoire est supérieur à 50 % réalisent en moyenne un nombre d'interventions nettement supérieur à la moyenne de leur secteur. Ceci est particulièrement marqué pour les établissements privés (tableau 2).

L'analyse, toutes choses égales par ailleurs, de la probabilité qu'une intervention soit réalisée en chirurgie ambulatoire confirme ces résultats :

- d'abord, le choix de la technique chirurgicale oriente le patient vers l'ambulatoire ; si la phakoémulsification⁴ n'est pas utilisée, ses chances d'être opéré en ambulatoire diminuent fortement. L'âge n'apparaît pas comme un facteur important, seuls les âges extrêmes (enfants et personnes âgées de 85 ans ou plus) sont moins fréquemment traités en hospitalisation de moins de 24 heures ;
- ensuite, le facteur institutionnel joue : la probabilité d'une intervention en ambulatoire est plus grande, à pathologies associées identiques, lorsque le patient est pris en charge dans un établissement privé ;
- un faible volume d'activité de l'établissement (moins de 100 interventions sur la cataracte par an) est, quant à lui, explicatif d'un faible niveau d'activité ambulatoire.

G.04 répartition des établissements selon le taux d'interventions sur la cataracte réalisées en chirurgie ambulatoire



• l'existence d'une pathologie concomitante diminue enfin les possibilités de ce type de prise en charge.

En résumé, les patients pris en charge en ambulatoire relèvent d'une technique chirurgicale bien standardisée quand ils disposent d'une certaine autonomie (et qui exclut les âges extrêmes) et que les probabilités de complications sont minimales⁵. Le rôle important joué par la variable « catégorie d'établissement » souligne le poids du déséquilibre historique entre établissements publics et privés dans le développement de la chirurgie ambulatoire. Il reste que ce modèle n'explique qu'une petite partie de la variabilité de la part de l'ambulatoire, d'autres facteurs propres à l'organisation des établissements ou à leur environnement étant également déterminants.

Des durées de séjour plus élevées pour les cas complexes...

Les trois quarts des séjours qui donnent lieu à une hospitalisation complète ont, dans neuf cas sur dix, une durée limitée à une ou deux nuits (graphique 5).

De l'avis même des praticiens, les séjours dépassant deux nuits d'hospitalisation peuvent être considérés comme des « outliers » (séjours extrêmes), c'est-à-dire des séjours dont la durée est anormale au regard de la pratique courante. D'une manière générale,

ils peuvent avoir plusieurs explications : certaines liées au patient (isolement des personnes âgées, problèmes médicaux associés), d'autres en rapport avec des problèmes d'organisation de l'établissement, ou encore avec des erreurs de codage. En 1998, environ 10 % des interventions se sont accompagnées d'un séjour de trois nuits et plus (environ 6 % des patients ont été hospitalisés trois nuits, 2 % quatre nuits et 2 % cinq nuits ou plus).

La durée d'hospitalisation est liée à la technique chirurgicale utilisée. Ainsi, 95 % des interventions pratiquées en chirurgie ambulatoire utilisent la phakoémulsification pour l'extraction du cristallin. Ce pourcentage n'est

plus que de 90 % lorsque le patient est hospitalisé une à deux nuits, et tombe à 70 % à partir de trois nuits. Cependant, il n'est pas possible de déterminer si c'est le choix de la technique qui influence la durée de séjour, ou si c'est l'état de santé du patient qui justifie à la fois une technique différente de la phakoémulsification et une durée de séjour plus longue.

Les affections associées expliquent d'ailleurs des durées de séjours plus longues que la moyenne : les cataractes liées à un traumatisme donnent lieu, la plupart du temps, à des hospitalisations dépassant trois nuits. De même, les patients chez qui sont mentionnés des glaucomes, des infections ou des

T 02 répartition des établissements selon le taux de cataractes réalisées en ambulatoires

Taux de cataractes ambulatoires	Données	Secteurs sous dotation globale	Secteurs sous OQN	Total
0 %	Nombre d'établissements	103	109	212
	% d'établissements par secteur	37 %	19 %	25 %
	Nombre moyen d'interventions	97	179	139
	Nombre moyen de places	1	5	3
0 % - 5 %	Nombre d'établissements	85	117	202
	% d'établissements par secteur	31 %	21 %	24 %
	Nombre moyen d'interventions	287	500	412
	Nombre moyen de places	3	7	6
5 % - 15 %	Nombre d'établissements	40	98	138
	% d'établissements par secteur	14 %	17 %	16 %
	Nombre moyen d'interventions	567	580	576
	Nombre moyen de places	6	9	8
15 % - 35 %	Nombre d'établissements	42	91	124
	% d'établissements par secteur	15 %	16 %	15 %
	Nombre moyen d'interventions	619	621	665
	Nombre moyen de places	9	9	9
+ de 35 %	Nombre d'établissements	17	153	170
	% d'établissements par secteur	6 %	27 %	20 %
	Nombre moyen d'interventions	300	601	568
	Nombre moyen de places	4	9	9
Total nombre d'établissements		287	568	855
Total % d'établissements par secteur		100 %	100 %	100 %
Total nombre moyen d'interventions		307	499	439
Total nombre moyen de places		4	8	7
Avertissement : le nombre d'établissements est indiqué par une valeur approchée. Les systèmes d'information ne permettent pas toujours de distinguer les établissements géographiques des entités juridiques. Ainsi, l'AP-HP est comptée pour une entité juridique alors qu'il y existe une dizaine de services de chirurgie ophtalmologique. Par ailleurs, il n'a pas été possible de tenir compte des établissements non répondant au PMSI. Sources : PMSI 1998, DHOS, DREES.				

4. Technique de fragmentation du cristallin (cf. encadré 1).

5. Pour d'autres types d'interventions comme la cure de hernie inguinale, la répartition public/privé de l'activité ambulatoire est sensiblement différente (Philippe OBERLIN *et al.*, « Le traitement des hernies de l'aine en 1998 : un exemple de la disparité des pratiques », Études et Résultats n° 92, novembre 2000, DREES) ; pour cette intervention, c'est également le choix de la technique chirurgicale qui joue un rôle prépondérant, mais la diffusion des techniques est très différente entre établissements publics et privés.

problèmes de rétine ou du vitré sont hospitalisés plus longtemps.

Contrairement à ce qu'on constate pour d'autres pathologies, la durée d'hospitalisation n'augmente pas régulièrement avec l'âge. Au contraire, les durées de séjour des patients âgés de moins de 35 ans sont plus longues (environ 3 jours) que celles des populations d'âge compris entre 35 et 85 ans (2,1 jours). Ceci s'explique notamment par la proportion plus importante des cataractes traumatiques chez les jeunes hommes. Aux âges

très avancés (plus de 85 ans), la durée de séjour (2,2 jours) est à nouveau plus longue du fait de pathologies associées rendant la prise en charge plus complexe ou d'un isolement familial plus fréquent.

... mais l'organisation des établissements joue aussi un rôle

La durée moyenne de séjour (DMS) en hospitalisation complète varie d'un à dix jours selon les établissements. Toutefois, près de 80 % d'entre eux gardent leurs patients moins de deux jours. À cet égard, deux catégories d'établissements très différentes apparaissent nettement (graphique 6).

Les 8 % d'établissements dont les séjours durent en moyenne quatre jours ou plus ne réalisent que 3 % des interventions sur la cataracte et ont une activité annuelle plus faible que les autres (une centaine d'opérations au lieu de près de 500). Ils se caractérisent également par un nombre de places en ambulatoire nettement inférieur (deux places en moyenne pour ces établissements contre sept pour les premiers).

À l'inverse, ceux qui ont développé une activité ambulatoire affichent aussi, globalement, des durées de sé-

jour plus courtes en hospitalisation complète. Ceci est plus particulièrement visible au sein du groupe des centres hospitalo-universitaires où le séjour se raccourcit lorsque la proportion de patients opérés en ambulatoire est plus élevée.

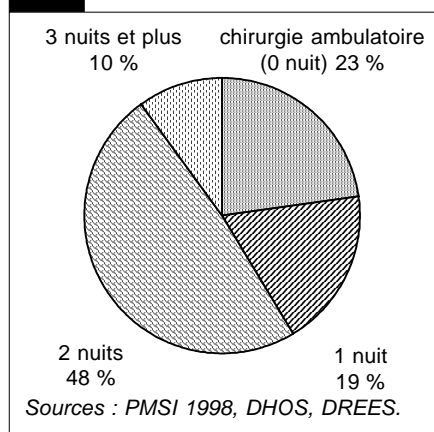
De fait, l'analyse toutes choses égales d'ailleurs montre que :

- les caractéristiques du patient (définies par l'âge et le sexe) n'expliquent que de manière limitée la variabilité des durées de séjours ;
- la technique chirurgicale ne joue que faiblement dans son allongement sauf lorsque la phakofragmentation est utilisée ;
- par contre, les pathologies associées ont un impact plus marqué ; en particulier les cataractes associées à un traumatisme constituent l'une des principales explications des durées de séjours longues ;
- enfin et surtout, les séjours sont plus longs dans les établissements qui ne pratiquent pas de chirurgie ambulatoire⁶, ainsi que dans certaines catégories d'établissements : les CHU ont, toutes choses égales par ailleurs, des durées de séjour plus longues, les établissements privés des durées significativement plus courtes.

Ainsi, la durée de séjour dépend, pour partie, des types de pathologies associées à la cataracte, mais aussi de facteurs propres aux établissements. L'interprétation de ces résultats reste néanmoins complexe car ces variables traduisent des différences non seulement dans l'organisation des soins, mais probablement aussi dans les caractéristiques sociales et environnementales des établissements. ●

6. Alors que l'on s'attendait à l'effet inverse : du fait de la sélection des patients pris en charge en ambulatoire au sein d'un établissement, l'hospitalisation complète devient essentiellement le fait de cas de malades plus lourds.

G.05 répartition des durées de séjour pour le traitement chirurgical de la cataracte



G.06 répartition des établissements selon la durée moyenne de séjour et la catégorie

