

Chirurgie ambulatoire : comparaison France et États-Unis

**Communication présentée aux journées thématiques
sur l'hospitalisation (CNAMTS), Lille, 25-26 novembre 1999**

Olivier Busson
Anne Doussin
Marie-Jo Sourty-Le-Guellec

Chirurgie ambulatoire : comparaison France et États-Unis

Communication présentée aux journées thématiques
sur l'hospitalisation (CNAMTS), Lille, 25-26 novembre 1999

Intervenants et auteurs :
Olivier Busson
Anne Doussin
Marie-Jo Sourty Le Guellec

Biblio n° 1288

Février 2000

Les noms d'auteurs apparaissent en ordre alphabétique
Toute reproduction de textes, graphiques 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.

Diapositive 1

Chirurgie ambulatoire

Comparaisons France / États-Unis

Olivier BUSSON - Anne DOUSSIN - Marie-Jo SOURTY LE GUELLEC

CREDES

Conception graphique : Franck-Séverin CLÉREMBAULT

Depuis longtemps le CREDES maintient des relations privilégiées avec le NCHS, Centre National des Statistiques de Santé, organisme fédéral basé à Washington DC. En particulier, cet organisme nous transmet régulièrement des données concernant l'hospitalisation, suite à un travail réalisé en commun sur ce sujet en 1992.

A l'occasion de la dernière conférence des utilisateurs des données organisée par le NCHS en août 99, on a choisi de présenter les premiers résultats d'une comparaison France / États-Unis sur la chirurgie ambulatoire. On disposait pour cela des données américaines transmises par le NCHS et des données du PMSI 1997.

Ce sont ces résultats que l'on propose de vous présenter.

Les objectifs

Notre objectif principal est de montrer les difficultés et les problèmes rencontrés, lorsque l'on compare des données provenant de sources différentes et surtout de deux pays différents. Lors de ce travail, on s'est focalisé autant sur la comparabilité des données que sur la comparaison entre les deux pays.

Les données

Les données américaines sont issues de deux enquêtes représentatives réalisées par le NCHS, l'une sur la chirurgie ambulatoire (NSAS), réalisée en 1996 auprès des hôpitaux et des centres spécifiques de chirurgie ambulatoire, et l'autre sur les hospitalisés sortants (NHDS), réalisée annuellement auprès des hôpitaux depuis 1965.

Les données françaises sont issues de la base de données nationale PMSI de 1997, rassemblant le secteur public et le secteur privé.

La méthode

Nous avons choisi de comparer le taux de chirurgie ambulatoire d'une vingtaine d'actes déjà sélectionnés par l'IAAS (International Association for Ambulatory Surgery) pour des comparaisons internationales. Il s'agit d'actes globalement fréquents, qui sont couramment pratiqués « en ambulatoire » ou devraient l'être à court terme.

Résultats et discussion

La première interrogation porte sur la nature des données. Les données françaises devraient être exhaustives mais en réalité sont loin de l'être, ce qui entraîne une sous estimation du volume et de possibles distorsions de l'observation (biais de sélection). Quant aux données américaines, elles sont issues de deux échantillons représentatifs au niveau national. Une pondération permet l'extrapolation. Cependant, l'étude d'interventions relativement rares est rendue difficile, en particulier au niveau de l'âge et du sexe, à cause des faibles effectifs observés.

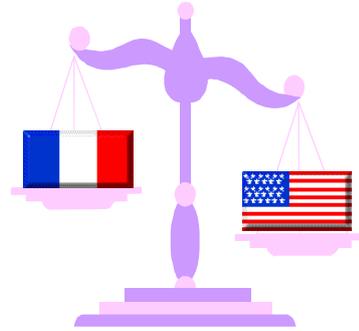
D'autre part, les différences culturelles et institutionnelles compliquent certaines comparaisons. Les variations observables entre pays peuvent correspondre à une réalité : le volume des actes sélectionnés est évidemment plus important aux États-Unis puisque la population est 4,5 fois plus nombreuse ; le taux de chirurgie ambulatoire est sans aucun doute plus faible en France et ce quasiment pour l'ensemble des actes sélectionnés. Les facteurs qui peuvent expliquer les disparités sont multiples : les caractéristiques de l'offre, les différences de cultures et de pratiques médicales, les mesures initiatives etc. Par exemple, malgré un défaut d'exhaustivité certain sur les données françaises, le nombre d'actes de chirurgie des varices, soit en hospitalisation complète, soit en chirurgie ambulatoire, est plus important en France. Il s'agit probablement dans ce cas d'une différence entre les 2 pays concernant la prise en charge de l'insuffisance veineuse. De même, le taux de circoncisions ou cures de phimosis réalisées en ambulatoire est plus important en France au cours des premières années de vie. En fait, les circoncisions non motivées médicalement sont réalisées aux États-Unis au cours des premiers jours de vie donc durant l'hospitalisation en suite de couche.

En dehors de toutes ces considérations, un problème important concerne le codage des actes. Est-on sûr que « ce dont on parle du côté français » ressemble à « ce dont on parle du côté américain » ? En effet, les différences observées peuvent correspondre, ou au moins en partie, à une distorsion de l'information par « translation » d'un système de codage dans l'autre (ICD-9-CM pour les États-Unis, CDAM pour la France). C'est peut-être le cas pour la chirurgie de la cataracte, les adénoïdectomies ou amygdalectomies...

Les résultats présentés, bien que sommaires, permettent déjà d'illustrer ces remarques, d'abord à travers une vision globale des différences observées en termes de volumes d'actes et de taux de chirurgie ambulatoire puis, par l'observation de ces taux par âge et par sexe pour quelques actes particulièrement évocateurs. On remarque, en dépit des réserves émises plus haut, qu'il existe des divergences mais aussi des convergences entre la pratique de la chirurgie ambulatoire en France et aux États-Unis.

Diapositive 2

Comparaison entre la France et les États-Unis :



Comparer l'incomparable

L'objectif que l'on s'est fixé pour cette présentation est d'insister sur les difficultés et les problèmes qui se posent lorsque l'on se propose de comparer des données provenant de deux sources différentes et, encore plus, de deux pays différents. C'est bien pour cela que nous l'avons intitulée « Comparer l'incomparable ».

Diapositive 3

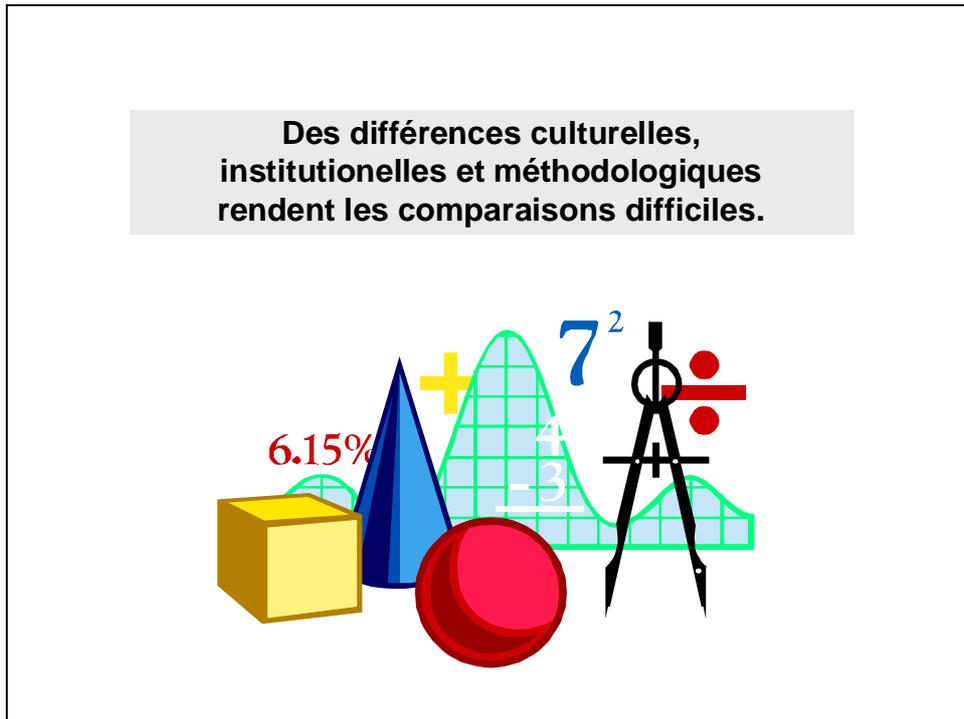
La fréquentation hospitalière

résultats basés sur les travaux de :

- ◆ Jean Kozak,
- ◆ Eileen McCarthy,
- ◆ Arié and Andrée Mizrahi,
- ◆ Simone Sandier



Diapositive 4



Les contextes culturel et institutionnel sont différents, quand on parle d'un séjour hospitalier, parle-t-on de la même chose en France et aux États-Unis ?

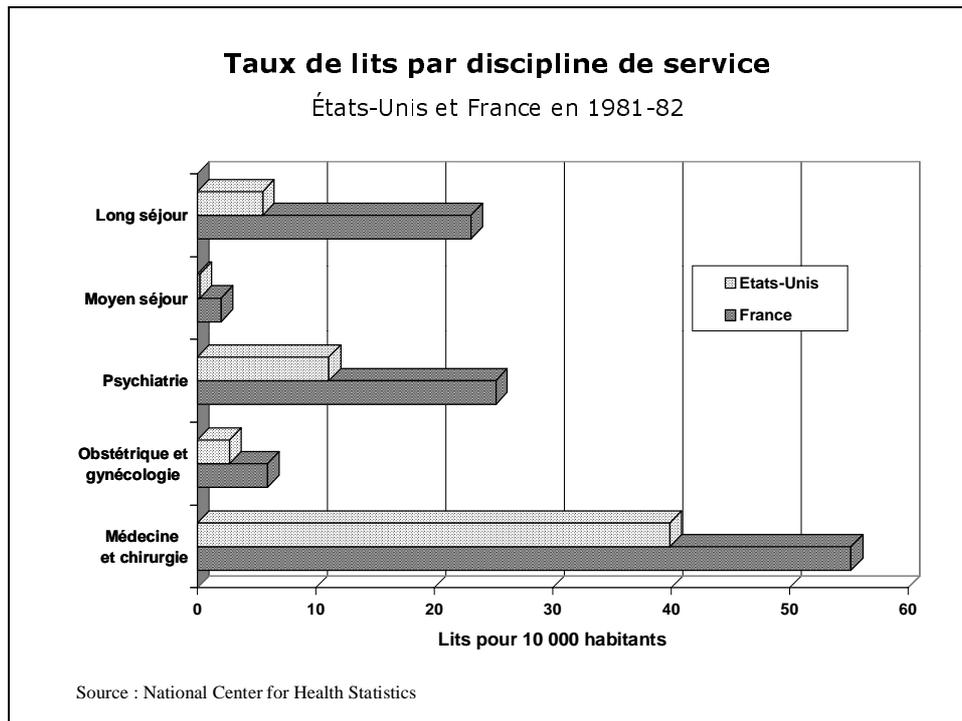
L'accès aux soins et particulièrement l'accès à l'hôpital sont différents. En France les deux tiers des lits sont des lits publics, alors qu'aux États-Unis ils sont essentiellement privés avec profit. L'assurance maladie couvre en France une large part des hospitalisations, alors qu'aux États-Unis, c'est plus problématique.

Sans parler des différences concernant la méthodologie des enquêtes : objectifs différents, champ différents, échantillonnages différents et recueil des données différents, etc.

Les nomenclatures de diagnostics et d'actes sont différentes : en France la CIM 9, la CIM 10 et la CDAM ; aux États-Unis, la ICD-9-CM qui classe diagnostics et actes.

Il faut être familier avec les méthodes et les définitions utilisées dans les deux pays pour être sûr que l'on parle bien de la même chose.

Diapositive 5



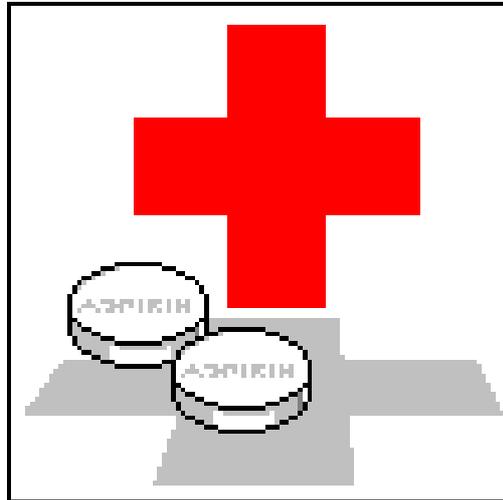
Ce graphique illustre que ce que l'on appelle « hôpital » est différent dans les deux pays : le fait de n'avoir pas beaucoup de lits de long séjour aux États-Unis, ne signifie pas que les personnes âgées ne sont pas institutionnalisées, mais que d'autres structures existent pour elles, qui ne sont pas considérées comme faisant partie de l'hôpital, idem pour le moyen séjour et la psychiatrie.

On retient qu'aux États-Unis, plus des deux tiers des lits de ce qui s'appelle hôpital, sont des lits de court séjour, et essentiellement médecine + chirurgie.

On compare là des structures en 1981-82, on aurait certainement une autre image aujourd'hui après que dans les deux pays se soient développées la politique des alternatives.

Diapositive 6

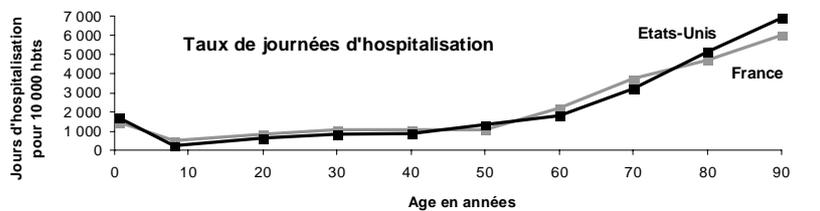
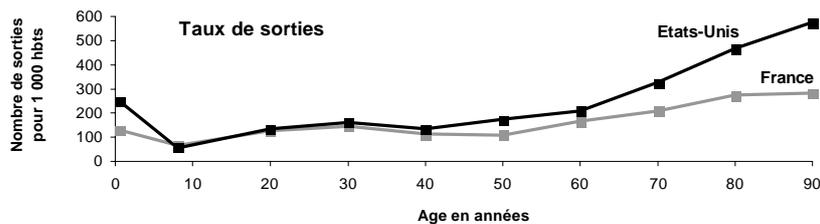
Malgré des variations entre les systèmes hospitaliers français et américains et les différences culturelles, on met quand même en évidence des similarités entre les deux pays.



Diapositive 7

Taux annuel d'hospitalisation et de journées, par âge

Patients sortant d'un service de court séjour en 1981-82

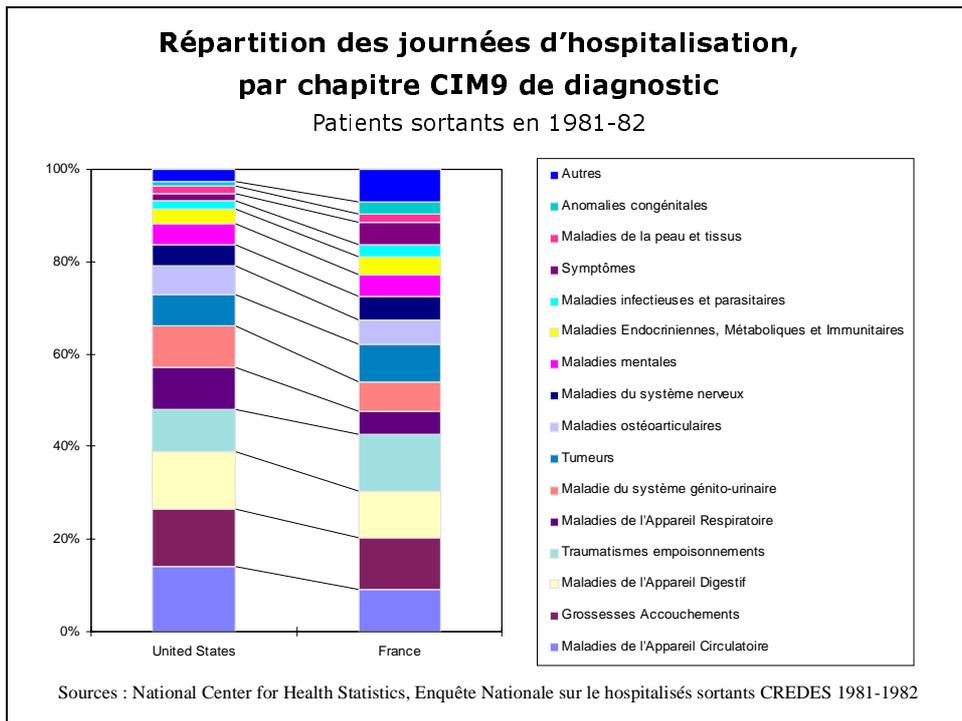


Sources : National Center for Health Statistics, Enquête Nationale sur le hospitalisés sortants CREDES 1981-1982

Par exemple,

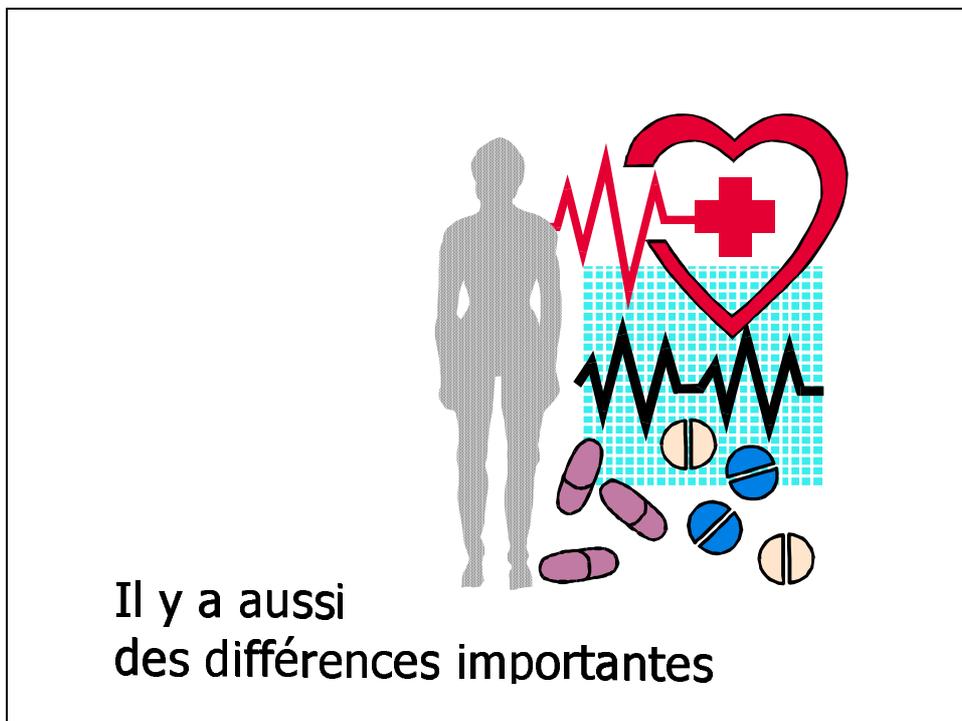
la fréquentation hospitalière (en nombre de sorties ou de journées) en fonction de l'âge des patients varie selon des courbes en « J », élevée pour les moins de 2 ans, basse pour les enfants et grimant ensuite pour atteindre des valeurs élevées pour les personnes âgées.

Diapositive 8



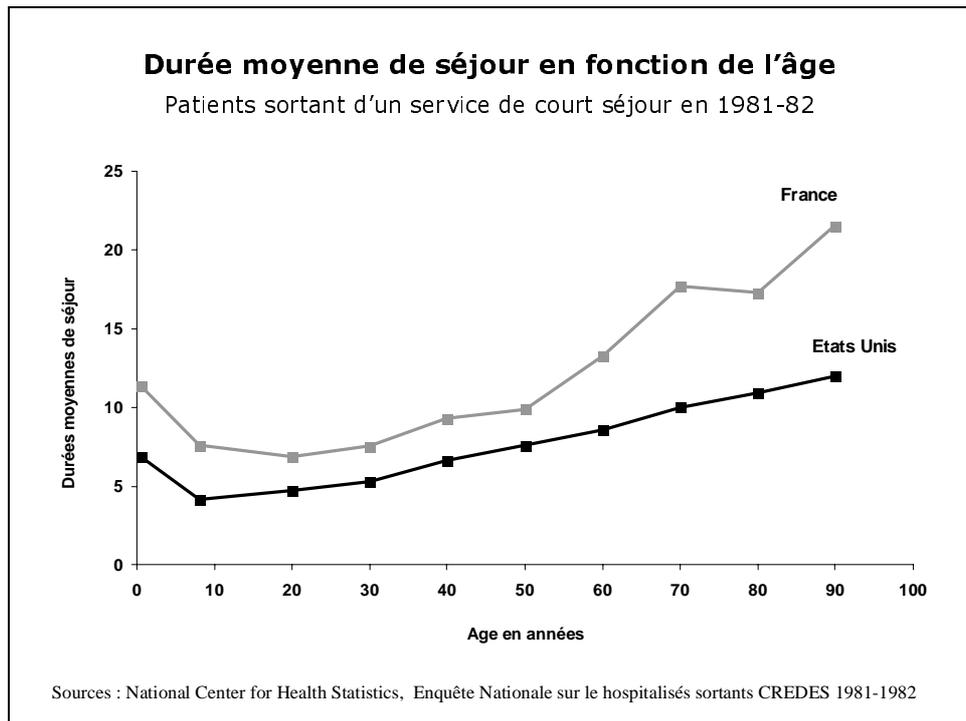
Les chapitres de diagnostics les plus fréquents pour les hospitalisés sortants de court séjour, sont les mêmes dans les deux pays : maladie de l'appareil circulatoire, grossesse et accouchements, maladies de l'appareil digestif, traumatismes et empoisonnements, etc.

Diapositive 9



En 1981, les nombres d'admissions et de sorties étaient plus élevés aux États-Unis qu'en France et les durées moyennes de séjour beaucoup plus courtes. Depuis lors, en France, les durées moyennes de séjour tendent à diminuer.

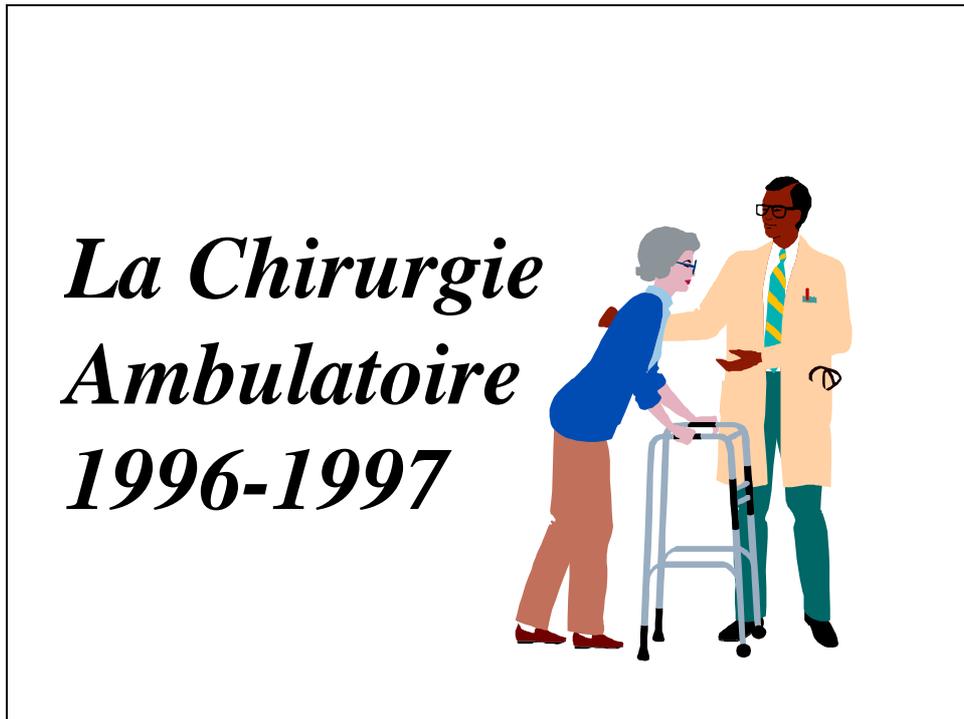
Diapositive 10



Quel que soit l'âge du patient, la durée moyenne de séjour était de 50 à 100 % plus élevée en France qu'aux Etats-Unis. La moyenne globale était de 11 jours en France et 7,5 jours aux États-Unis.

Tout cela confirme bien qu'un séjour à l'hôpital n'était pas tout à fait la même entité dans les deux pays.

Diapositive 11

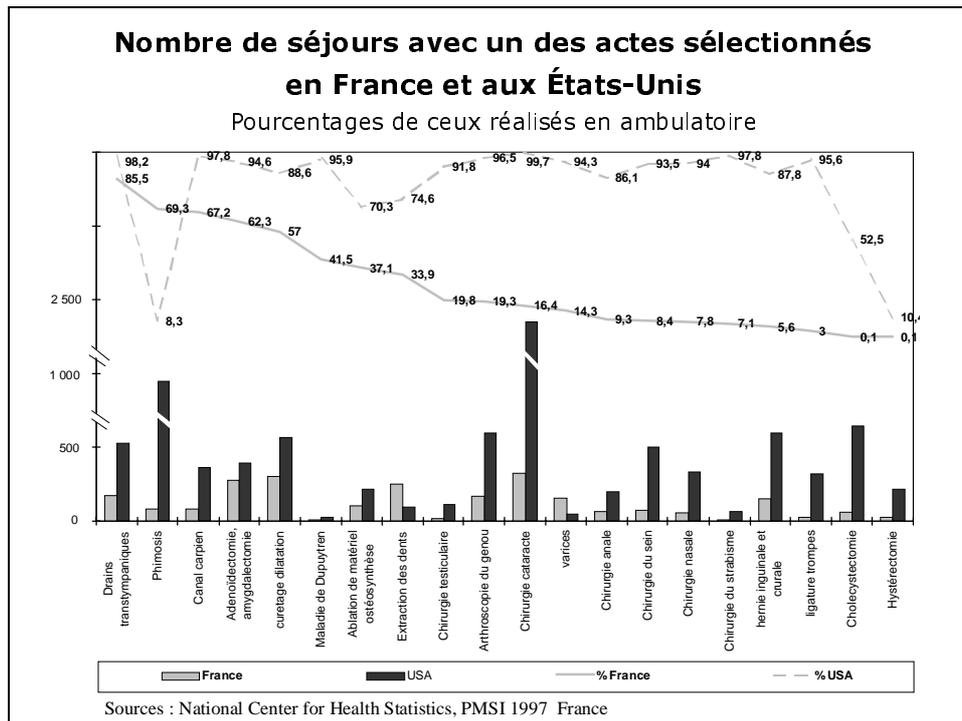


Nous disposons donc pour la France des données PMSI 1997, public et privé ; pour les États-Unis, des données de l'enquête spécifique de 1996 sur la chirurgie ambulatoire et pour l'hospitalisation complète, des données de l'enquête 1996 sur les sorties hospitalières.

Pour pouvoir comparer les données, il faut être très prudent. On est bien conscient qu'il est toujours difficile d'être sûr que les données sont absolument comparables. On va vous soumettre nos résultats, attendant plutôt des critiques et un débat sur ce que l'on a fait, que l'on aurait pu ou du faire :

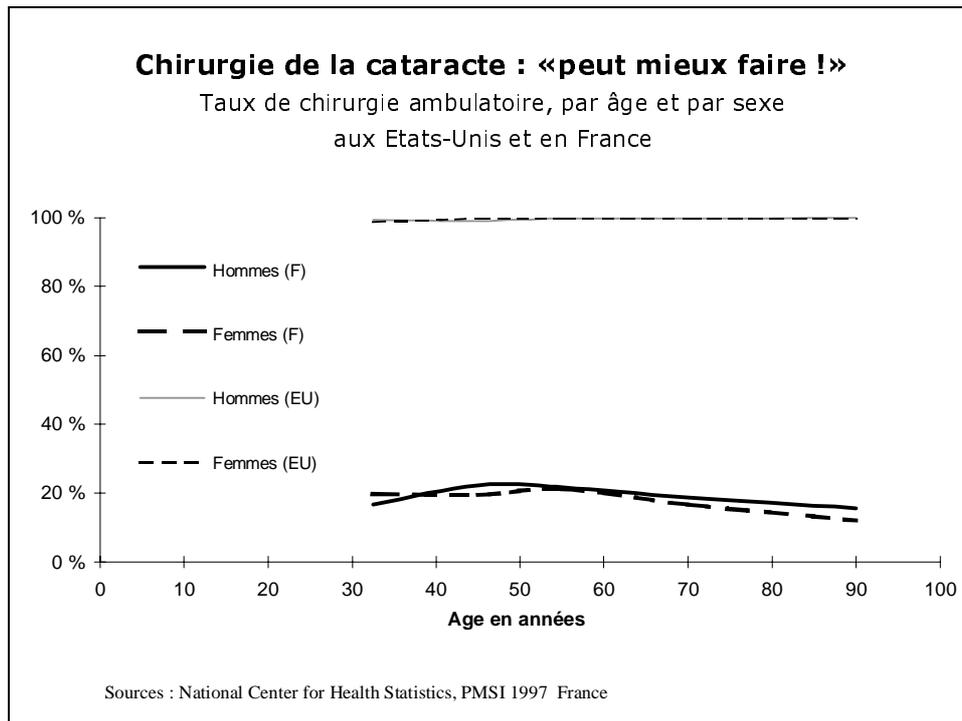
- ◆ 1ère difficulté : établir une correspondance entre les deux nomenclatures utilisées.
- ◆ 2ème difficulté : les données françaises ne sont pas exhaustives, on espère que cela s'améliorera sur les données 1998. On sait que le nombre d'actes est sous-estimé en France, même si par la suite, on va vous présenter des comparaisons en volumes. Pour les taux de chirurgie ambulatoire, on fait l'hypothèse qu'aucun biais de sélection ne les perturbent et que les numérateurs restant comparables au dénominateur, ils sont correctement évalués.
- ◆ 3ème difficulté : les données américaines sont des données d'enquêtes représentatives, un taux de pondération était appliqué à chaque observation pour obtenir une extrapolation au niveau global. Quand le nombre d'observations correspondant à une catégorie, en particulier une classe d'âge, était trop faible (moins de 30), on n'a pas calculé de taux.

Diapositive 12



Les actes sélectionnés pour la comparaison sont classés, sur le graphique, par taux de séjours en chirurgie ambulatoire décroissant en France. Les nombres totaux de séjours comportant ces actes sont représentés par les « barres » (gris foncé pour les États-Unis, gris clair pour la France) et sont exprimés en milliers. Première constatation, qui n'est pas un scoop : globalement, pour des actes équivalents, les taux de chirurgie ambulatoire sont plus élevés aux États-Unis, entre 80 et 100 %, qu'en France. Mais ce premier graphique illustre déjà les difficultés de comparaison. La population des États-Unis est approximativement de 4,5 fois celle de la France. On pourrait s'attendre à un rapport entre les nombres de séjours du même ordre de grandeur. Nous avons déjà évoqué la sous-estimation des chiffres français, cependant, ce défaut d'exhaustivité « n'explique pas tout ». Les séjours avec cure de phimosis sont 10 fois plus nombreux dans la base américaine que dans le PMSI, alors que ce sont les seuls séjours avec un taux de chirurgie ambulatoire plus important en France (60 %) qu'aux États-Unis (8 %). A l'opposé, les séjours avec adénoïdectomie ou amygdalectomie, extraction dentaire et surtout chirurgie des varices des membres inférieures sont quasiment aussi nombreux voir plus nombreux en France qu'aux États-Unis. Ces différents cas sont des exemples de problèmes de correspondance de codes, d'indications, de pratiques, qui rendent les comparaisons internationales difficiles voir dénuées de sens sans information complémentaire sur le « contexte ». Les comparaisons qui suivent vont illustrer plus précisément les difficultés rencontrées.

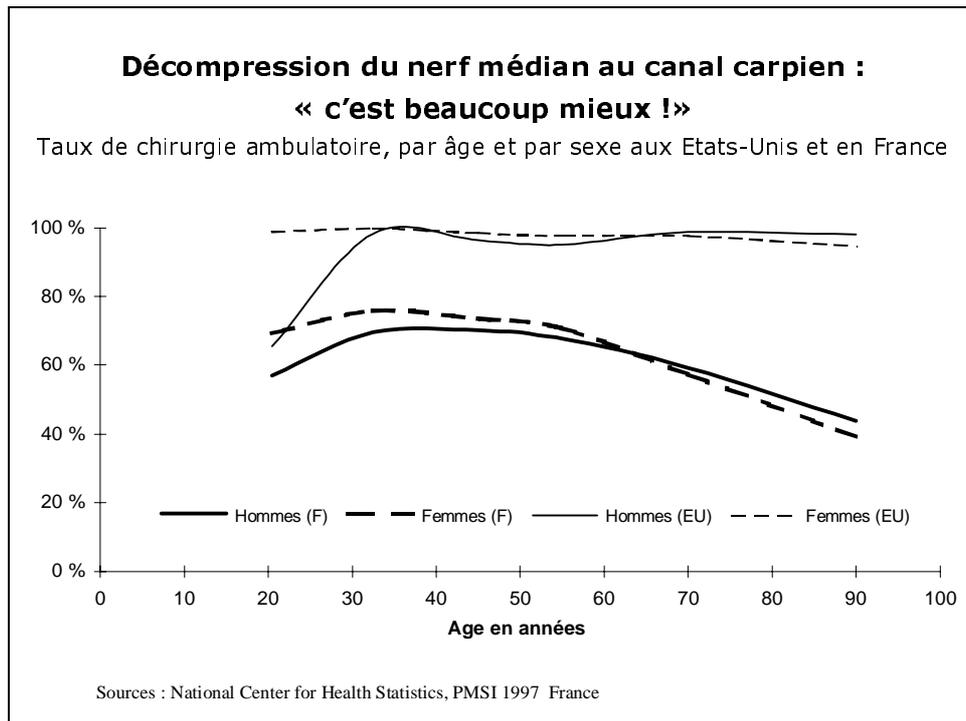
Diapositive 13



Aux États-Unis, le codage des actes chirurgicaux est réalisé avec la table ICD 9 CM (adaptation américaine de la CIM 9 comportant des codes des actes chirurgicaux) alors que dans le PMSI, ils sont codés à l'aide de la CDAM.

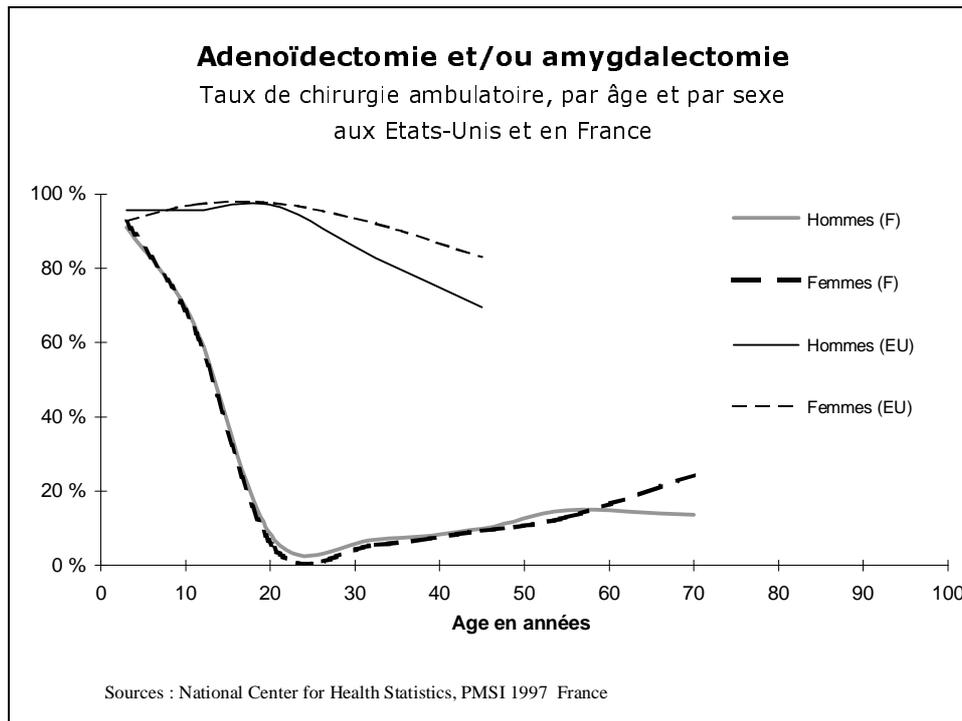
Les actes correspondant à la chirurgie de la cataracte ne posent aucun problème de correspondance entre les 2 systèmes de codification. Les différences observées entre les taux de chirurgie ambulatoire sont donc bien réelles. Quels que soient l'âge et le sexe, ce taux est quasiment de 100 % aux États-Unis alors qu'il n'atteint pas 20 % dans les données françaises. Même si le taux américain ne constitue pas un objectif, surtout en l'absence d'information sur les suites opératoires, la chirurgie ambulatoire de la cataracte a, en France, un potentiel de développement important.

Diapositive 14



La décompression du nerf médian au niveau du canal carpien ne pose pas non plus de problème de correspondance de codes. Les différences observées sont là bien réelles. Par contre, le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire pour cet acte semble relativement peu important en France : dans les bases 1997 du PMSI, 60 % des séjours comportant cette intervention sont déjà réalisés en ambulatoire.

Diapositive 15



Dans la CDAM, il existe un code « adénoïdectomie », un code « amygdalectomie avec adénoïdectomie » et un code « amygdalectomie ». Dans la classification américaine, les 3 codes sont présents également mais le dernier comprend une précision tout à fait justifiée : « sans adénoïdectomie ». En effet, compte tenu de l'importance relative des actes, une adénoïdectomie, associée à une amygdalectomie, peut être oubliée au cours du codage alors que l'inverse est peu probable. De ce fait, les interventions associant les 2 actes peuvent être sous-estimées dans la base PMSI.

Pour comparer les taux de chirurgie ambulatoire sur des actes identiques nous avons donc pris en compte l'ensemble des séjours comportant au moins l'un des 3 codes dans l'une et l'autre bases.

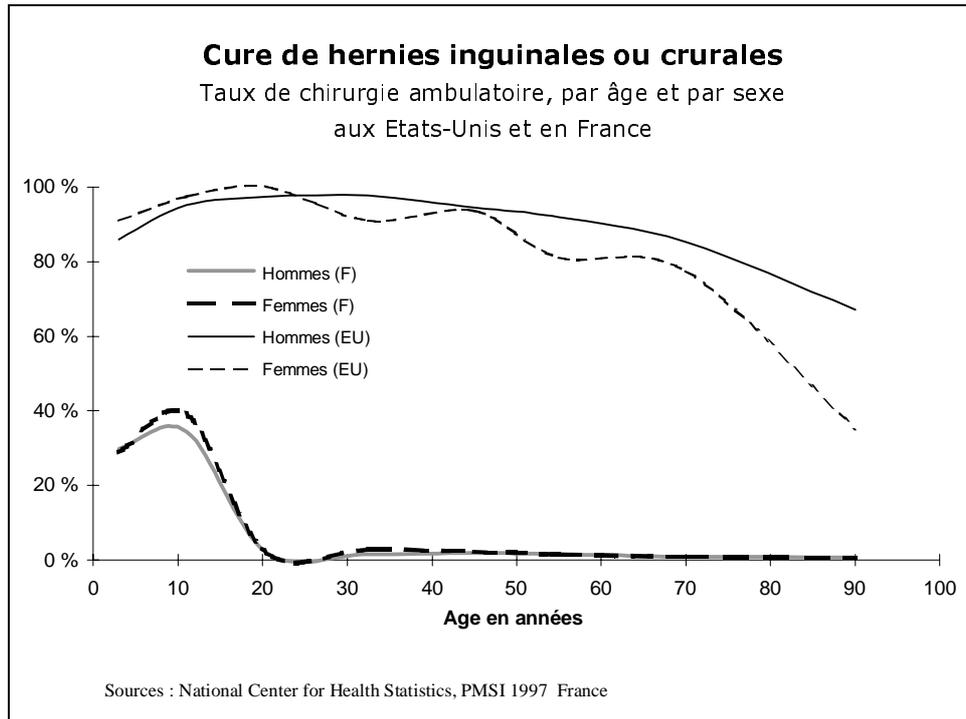
Le taux de chirurgie ambulatoire aux États-Unis est de l'ordre de 95 %, il a tendance à diminuer avec l'âge. En France, l'effet de l'âge est très net et survient avant 20 ans, le taux est maximal chez les nourrissons (90 %) et de l'ordre de 10 % chez l'adulte. En fait, cette comparaison globale est là insuffisante pour apprécier le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire.

La courbe des taux français résulte d'un effet « âge » et « acte ». 57 % des séjours (soit environ 160 000) concernent une adénoïdectomie isolée, dans 98 % des cas, réalisée en pédiatrie avec un taux de chirurgie ambulatoire de 90 %. Parmi les 2 % de séjours avec adénoïdectomie isolée qui concernent des adultes, un tiers sont « ambulatoires ».

21 % des séjours sont associés à une amygdalectomie « isolée » (cf. supra), dans 61 % des cas pour des enfants, et parmi ceux-ci, 24 % en ambulatoire. Parmi les 40 % de séjours concernant des adultes, 4 % seulement relèvent de la chirurgie ambulatoire.

Donc, si des efforts doivent être fait pour développer la chirurgie ambulatoire dans ce domaine, ils concernent l'amygdalectomie et les adultes, soit un potentiel relativement limité.

Diapositive 16

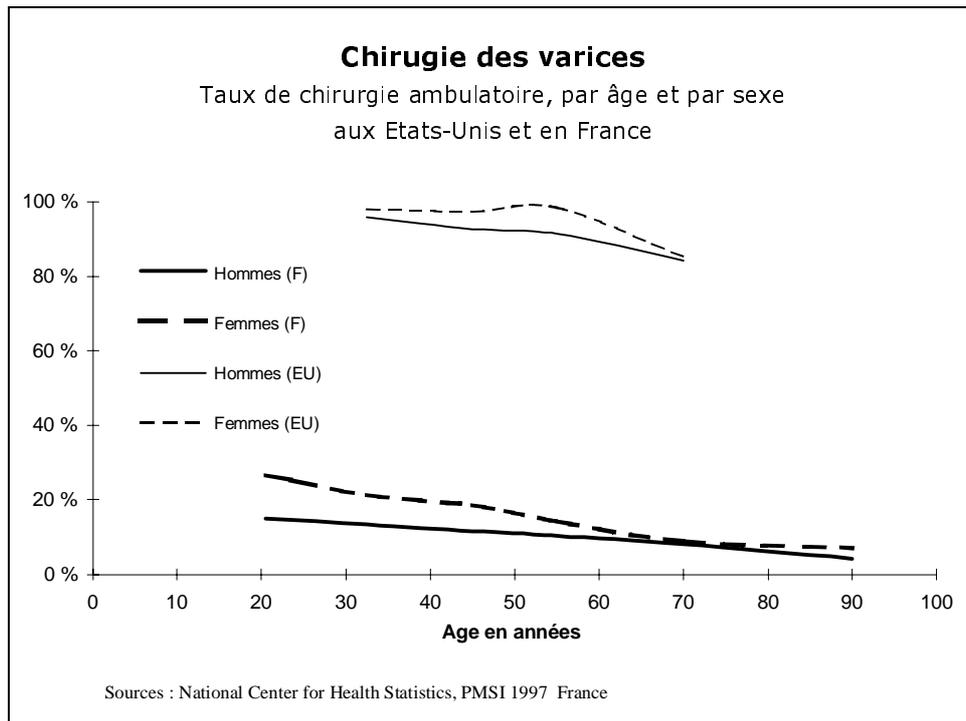


Toujours du fait de problèmes de codes, pour être sûr de comparer les mêmes données, nous avons rassemblé les cures de hernies inguinales et crurales.

Le taux de chirurgie ambulatoire aux États-Unis est supérieur à 80 %, il diminue avec l'âge pour atteindre 50 % à 80 ans. Cependant les chiffres aux âges extrêmes de la vie doivent être considérés avec prudence du fait des faibles effectifs. En France, la chirurgie ambulatoire dans le traitement des hernies est quasi inexistante chez l'adulte, or au moins 80 % des séjours les concernent.

Par exemple, pour les cures de hernies inguinales unilatérales et isolées (qui représentent 65 % du total des séjours) chez les enfants de moins de 10 ans, le pourcentage de séjours « ambulatoires » est compris entre 25 et 40 %, en fonction du type de hernie ou d'intervention (même avec prothèse) ; chez les adultes de 20 ans, ce pourcentage oscille autour de 2 %. En France, bien que le type de hernie et donc d'intervention dépendent de l'âge, la cure, quelle qu'elle soit, de hernie inguinale est plus fréquemment réalisée en ambulatoire chez les enfants. Pourquoi ? Compte tenu de la répartition du volume de séjours en fonction de l'âge (80 % chez les plus de 20 ans), il serait intéressant de répondre à cette question qui contribuerait à évaluer précisément le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire chez l'adulte.

Diapositive 17



Les deux exemples qui suivent sont des illustrations d'une association de problèmes de codage et de différences de pratiques professionnelles, surtout d'indications.

Malgré le défaut d'exhaustivité sur les données françaises, le volume de séjours relatifs à la chirurgie des varices des membres inférieurs est plus important dans le PMSI que dans la base américaine. Pourquoi ?

⇒ L'insuffisance veineuse des membres inférieurs est moins fréquente aux États-Unis qu'en France ?

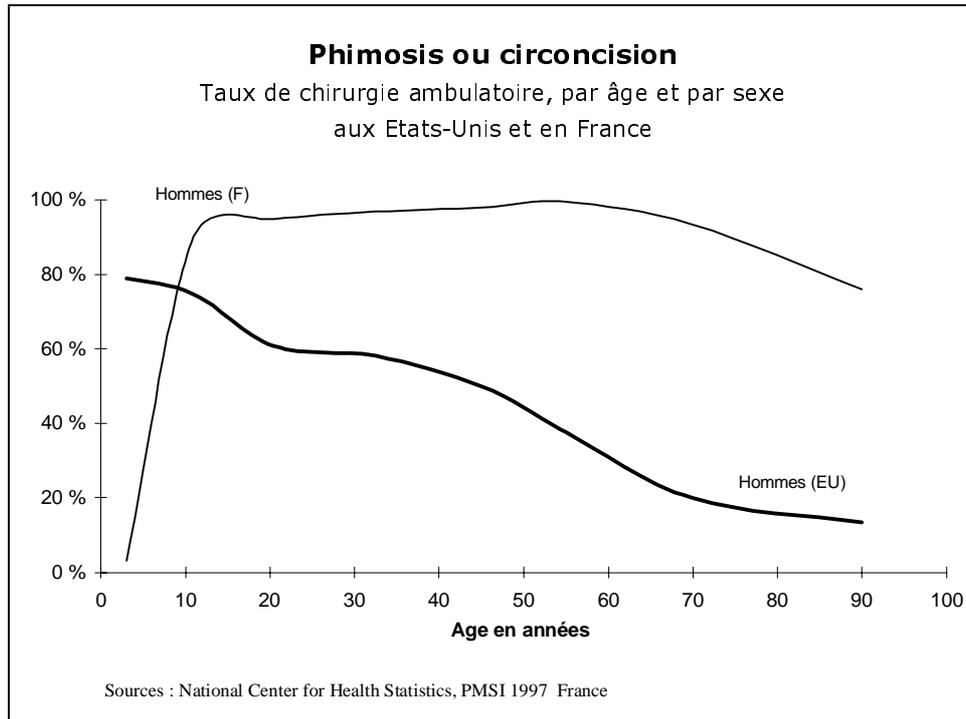
⇒ Les interventions chirurgicales sont moins fréquentes car :

- l'indication est moins fréquemment posée (par exemple si elles sont considérées comme chirurgie de confort) ?
- elles sont mal prises en charge par les assurances (idem) ?
- les traitements sont différents ?

⇒ La correspondance que nous avons établi entre les codes de la CDAM et ceux de la ICD-9-CM n'est vraiment pas bonne. Pour 14 codes dans la CDAM, nous n'en avons repéré que 3 dans la table américaine. Ces derniers sont évidemment beaucoup moins précis. En existe-t-il d'autres ?

Comparer des taux de chirurgie ambulatoire nous paraît abusif sans tenter de répondre à ces différentes questions, par des analyses et études plus précises, menées en collaboration avec des spécialistes des 2 pays.

Diapositive 18



Dans la CDAM, le code « circoncision seule » n'existe pas, donc pour rendre les données comparables, nous avons dû prendre en compte dans la base américaine les actes codés « circoncision » ou « cure de phimosis ».

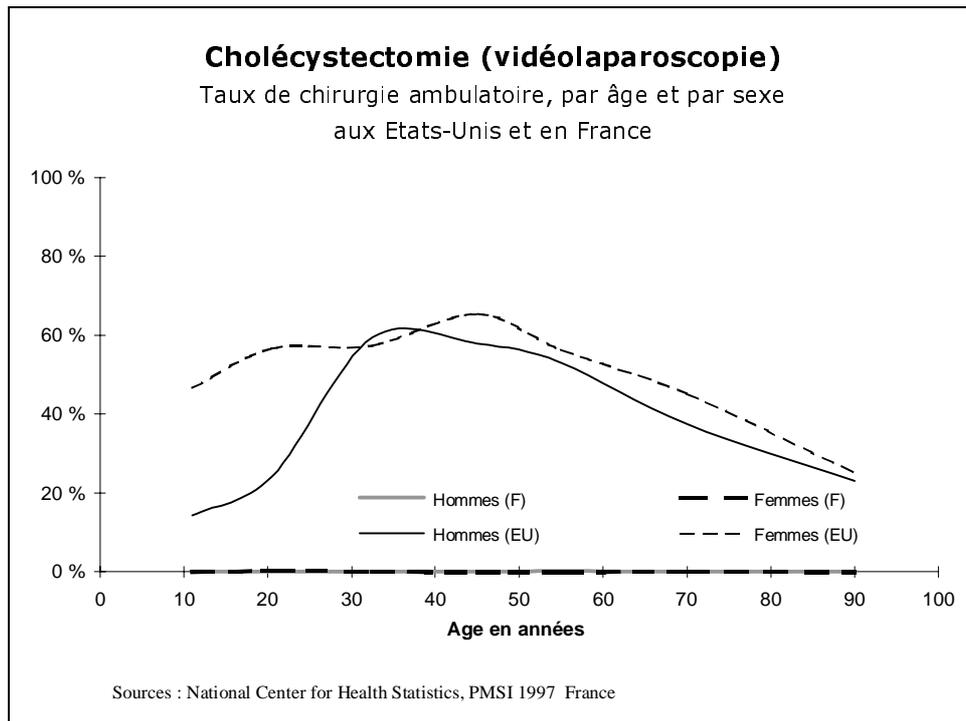
Comme nous l'avons remarqué précédemment, le taux global de chirurgie ambulatoire pour ces actes est aux États-Unis de 8 %. Au vue de la courbe de ce taux en fonction de l'âge, il est évident que la majorité des interventions ont lieu chez le nourrisson en hospitalisation complète. Par ailleurs, le volume de séjours concernant ces interventions est au moins 10 fois plus important aux États-Unis qu'en France.

Après renseignement sur place nous avons appris que, pour des raisons culturelles et confessionnelles, la circoncision est très répandue aux États-Unis, qu'elle est pratiquée dans les heures qui suivent la naissance, donc en hospitalisation complète.

En France, nous ne sommes pas en mesure dans le PMSI de distinguer ce qui revient aux circoncisions « simples » ou aux cures de phimosis. Donc globalement le taux de chirurgie ambulatoire est plus important en France, mais nous ne sommes pas sûrs de parler des mêmes actes ou plutôt des mêmes indications, qui elles-mêmes sont probablement liées à l'âge et peut-être de façon différente en France et aux États-Unis.

En conclusion, nous ne pouvons conclure...

Diapositive 19



La cholécystectomie sous vidéolaparoscopie est une technique de routine aux États-Unis. Le taux de séjours concernés réalisés en ambulatoire semble rester limité comparativement à ceux d'autres actes et malgré une politique de développement de l'ambulatoire particulièrement « musclée ». Acte moins fréquent en France, peut-être appelé à se développer, l'évolution de son taux de séjours en ambulatoire sera peut-être un bon marqueur de la diffusion de cette prise en charge.

* * *

Ces quelques exemples illustrent bien, nous semble-t-il, les limites de ces comparaisons internationales mais, surtout leur intérêt dès lors que leurs limites sont reconnues, et, si possible réduites.

Bibliographie

KOZAK J., Mc CARTHY E., MIZRAHI An, MIZRAHI Ar, SANDIER S., Hospital use in France and the United States. *"Vital and Health Statistics"*, 1988, Vol 5, n° 4, pp. 1-80.

SOURTY-LE GUELLEC M.-J., *Hospital diagnoses in the United States and France - Principal and secondary diagnoses*. CREDES, décembre 1990, n° 877.

Achévé d'imprimer le 14 février 2000
ÉLECTROGELOZ - 58, rue de Rochechouart
75009 PARIS
Dépôt légal : Février 2000

