

Contribution d'une étude du service médical de l'assurance maladie à la restructuration de l'offre de soins en chirurgie en Ile-de-France

Contribution of a Survey by the Medical Service of French Health Insurance for Reallocating the Supply of Surgical Care in the Ile-de-France

Deraedt S (*), Sagnat J (*), Arpin-Rambal A (*), Van Haverbeke L (**), Weiss J-J (*), Di Menza L (**), Trutt B (***)

Résumé

Objectifs : Dans le cadre de l'élaboration du volet chirurgie du schéma régional d'organisation sanitaire de deuxième génération (SROS 2), le service médical de l'assurance maladie d'Ile-de-France a réalisé une étude visant à décrire quantitativement et qualitativement l'activité chirurgicale de l'ensemble des établissements franciliens.

Méthodes : Aux indicateurs classiques recueillis sur site, ont été adjoints des ratios de productivité et l'analyse des données du programme de médicalisation du système d'information à l'aide des actes traceurs.

Résultats : Les principaux résultats de cette étude soulignent l'inégalité de répartition et l'éclatement de l'offre de soins, l'inadaptation aux besoins de certaines structures franciliennes en termes de capacité et d'équipement. Il existe également une insuffisance de développement de la chirurgie ambulatoire dans le secteur sous dotation globale.

L'étude de la répartition des séjours pour les actes traceurs sélectionnés dans les différentes disciplines a mis en évidence, pour beaucoup d'entre eux, une grande hétérogénéité de production entre établissements, soulignant la nécessité de développer les complémentarités entre établissements et de regrouper les équipes pour la prise en charge de certaines affections.

Conclusions : L'étude a permis d'élaborer des recommandations et les annexes opposables du schéma, contribuant largement à la restructuration d'une offre de soins excédentaire.

Rev Med Ass Maladie 2001;32,1:31-39

Mots clés : anesthésie chirurgie ambulatoire, chirurgie, planification, acte traceur, productivité, seuil d'activité, PMSI.

Summary

Aims: In order to help in the elaboration of the surgical aspect of the second generation regional development plan for health organization (SROS 2), the medical service of French health insurance in the Ile-de-France undertook a survey designed to quantitatively and qualitatively inventory the surgical activity of all the health institutions in the region.

Methods: The data consisted in adding productivity ratios and an analysis of the DRG's by using tracer treatments to habitual on-site indicators.

Results: The main results underscore the unequal repartition and the dispersion of overall surgical means with an inappropriate repartition of resources in terms of capacity and equipment in certain hospitals in the region. In addition, out-patient surgery is insufficiently developed in hospitals financed by annual endowment.

In a number of instances, an analysis of the distribution of hospital stays for selected tracer treatments in different specialties demonstrated important differences among a number of institutions, underscoring the need to encourage complementarity between institutions and the possible merging of surgical teams in order to provide optimum care in certain diagnostic situations.

Conclusions: This survey helped in the elaboration of recommendations and mandatory annexes for the health organization plan and largely contributed to reallocating the existing over-supply in health care means.

Rev Med Ass Maladie 2001;32,1:31-39

Key words: anesthesia, out-patient surgery, surgery, planning, tracer surgery, production, activity threshold, DRG's.

(*) Médecin-conseil, Échelon régional du service médical de la région Ile-de-France (CNAMTS).

(**) Médecin-conseil, chef de service, Échelon régional du service médical de la région Ile-de-France (CNAMTS).

(***) Médecin-conseil régional, Échelon régional du service médical de la région Ile-de-France (CNAMTS).

Adresse de correspondance : Sophie Deraedt, Echelon régional du service médical de la région Ile-de-France, Mission expertise en santé publique – établissements de santé, 17-19, avenue de Flandre 75170 Paris cedex 19, e-mail ; sophie.deraedt@ersm-idf.cnamts.fr

INTRODUCTION

Dans le cadre de l'élaboration du volet chirurgie du schéma régional d'organisation sanitaire de deuxième génération (SROS 2) d'Ile-de-France, le service médical de l'assurance maladie d'Ile-de-France (SMAMIF) a réalisé une analyse quantitative et qualitative de l'offre de soins des établissements de santé franciliens pratiquant la chirurgie.

L'objectif de cet état des lieux précis, dans un contexte sanitaire excédentaire, était d'émettre des recommandations en matière de restructuration et de rédiger des annexes opposables.

Par ailleurs, cette étude nous a permis d'utiliser une approche par les actes traceurs à partir des données du programme de médicalisation du système d'information (PMSI), dont nous présentons une partie des résultats.

MÉTHODE

1. Champ de l'étude

L'étude descriptive a porté sur l'ensemble des établissements d'Ile-de-France ayant une activité chirurgicale en hospitalisation complète et/ou en ambulatoire, dont le renouvellement de l'autorisation dépendait de l'agence régionale de l'hospitalisation, quel que soit le statut de l'établissement : privé lucratif, établissement public de santé (EPS), Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), établissement privé participant au service public hospitalier (PSPH), centre de lutte contre le cancer (CLCC).

De ce fait, ont été exclus les hôpitaux militaires, les activités de chirurgie cardiaque, de neurochirurgie, de transplantation, de chirurgie des grands brûlés. Par ailleurs, la chirurgie obstétricale n'a pas été analysée puisque cette activité relevait du schéma de périnatalité.

2. Le recueil en établissement

Pour des raisons de faisabilité, l'enquête a été réalisée au cours de trois périodes :

- 2^e trimestre 1998 pour les services de chirurgie viscérale et orthopédique des établissements sous dotation globale
- 2^e et 3^e trimestres 1999 pour les établissements privés lucratifs
- 4^e trimestre 1999 pour les services de chirurgie spécialisée des établissements sous dotation globale

Des questionnaires ont été élaborés à partir des grilles d'évaluation comparative des structures et des services hospitaliers (ECSSH). Ils ont été présentés aux directeurs d'établissements et aux responsables médicaux des structures chirurgicales et

renseignés de façon conjointe avec les médecins-conseils des trois régimes d'assurance maladie.

Ils portaient sur les capacités autorisées (inventaire DRASS du 26 janvier 1999) et installées, les spécialités offertes par l'établissement, l'environnement et l'équipement, les indicateurs classiques d'activité en hospitalisation complète et en ambulatoire déclarés par les établissements (notamment taux d'occupation, durée moyenne de séjour, nombre de K chirurgicaux - KC).

Les effectifs de chirurgiens et d'anesthésistes ont été calculés en équivalent temps plein (ETP) par les établissements privés à but lucratif, en divisant par 39 le nombre d'heures réalisées par l'ensemble des médecins (hors garde).

Dans le secteur sous dotation globale, l'ETP chirurgien ou anesthésiste a été calculé sur la base d'un contrat de travail de 39 heures hebdomadaires ; cependant, un praticien hospitalo-universitaire travaillant à temps plein a été évalué à 0,5 ETP, afin de ne pas prendre en compte ses activités universitaires.

Des ratios de productivité ont été calculés (nombre d'interventions réalisées/nombre d'ETP, nombre de journées produites/nombre d'ETP IDE, nombre de venues en ACA/nombre d'ETP IDE).

Pour mesurer l'activité réalisée par garde (nuit et jours fériés), les données ont été recueillies sur un trimestre par les médecins-conseils à partir :

- des documents de facturation en repérant les forfaits de salle d'opération (FSO) et les forfaits de sécurité et d'environnement (FSE) auxquels étaient appliquées les majorations de nuit, dimanche et jours fériés pour les établissements privés ;
- des cahiers de bloc pour les établissements sous dotation globale.

La qualité du dossier médical a été étudiée à partir des trente premiers dossiers des malades sortis de l'établissement dans le mois civil précédant l'étude, en excluant juillet et août, afin d'obtenir un nombre suffisant de dossiers. Une note sur 10 a été attribuée à chaque dossier, en tenant compte de la présence des éléments administratifs, médicaux et d'archivage prévus par les articles R. 710-2-1 à R. 710-2-10 du Code de la santé publique pour les établissements sous dotation globale et par l'annexe n° II du contrat national tripartite (1998) pour les établissements privés.

Une coupe transversale a été réalisée par le médecin-conseil, afin d'étudier l'adéquation des malades. L'appréciation de l'inadéquation a relevé d'une décision consensuelle entre les responsables médicaux et le médecin-conseil.

Toutes les données ont été traitées à l'aide du logiciel SPSS®.

3. Les données du PMSI

Les bases de résumés de sortie anonymes (RSA) du deuxième semestre 1997 et du premier semestre 1998 ont été traitées selon quatre axes. Leur exploitation a été effectuée par l'AP-HP pour ses propres données, grâce à l'outil Nestor élaboré sous DOS et pour les autres établissements sous logiciel *Access*® par le service médical régional ; ce dernier a en outre assuré la coordination du travail, puis la présentation des résultats aux experts.

a) Outil d'analyse du PMSI (OAP)

Cet outil [1] permet de rassembler des groupes homogènes de malades (GHM) par pôle d'activité, tout en distinguant le poids de la prise en charge des séjours.

b) Actes traceurs

Un acte traceur est un regroupement d'actes classés du catalogue des actes médicaux (CDAM) utilisé pour le codage des actes dans le cadre du PMSI [2] décrivant un type d'intervention. Les regroupements ont été réalisés avec des experts cliniciens et des médecins du département d'information médicale (DIM) de tous statuts. Pour chaque acte traceur, ont été dénombrés les séjours au cours desquels au moins un des actes constituant l'acte traceur était codé.

Treize spécialités chirurgicales ont été explorées, le nombre d'actes variant selon la discipline étudiée : chirurgies thoracique (4 actes traceurs), vasculaire (7), orthopédique pédiatrique (10), viscérale pédiatrique (9), ophtalmologique (8), gynécologique (6), plastique (5), urologique (9), oto-rhino-laryngologique (11), stomatologique et maxillo-faciale (7), sénologique (4), viscérale (12), orthopédique (18).

Seuls les résultats des cinq actes suivants sont présentés :

- « *exérèse totale ou partielle du poumon* » :
K 115 à 123, K 125, K 126, K 369 à 373 ;
- « *exérèse totale ou partielle de la prostate* » :
N 322, N 324, N 399, N 400, N 573, N 574 ;
- « *prothèse totale de hanche* » :
W 436 à 439, W 443, W 444, W 451, W 795 ;
- « *exérèse rectale* » :
L 329 à 333, L 355, L 356, L 358, L 359, L 361 à 363, L 366, L 397, L 407, L 408, L 473, L 474 ;
- « *décollement de la rétine* » :
H 565 à 567.

c) Activité concernant les nouveau-nés de moins de 29 jours

La méthode a consisté à dénombrer les séjours classés dans un GHM de type « chirurgical », selon l'al-

gorithme de groupage du PMSI, pour les nouveau-nés âgés de moins de 29 jours.

d) Part de l'activité en ambulatoire pour cinq types de séjours

Le pourcentage de séjours classés dans un GHM dit « ambulatoire » a été calculé pour chaque établissement sur l'ensemble des RSA réalisés dans chacun des cinq types de séjours décrits ci-dessous :

- arthroscopie en ambulatoire (GHM 770) et en hospitalisation complète (GHM 318) ;
- intervention sur le cristallin en ambulatoire (GHM 762) et en hospitalisation complète (GHM 051) ;
- libération du canal carpien en ambulatoire (GHM 761) et en hospitalisation complète (GHM 006) ;
- ligature de veines et éveinages en ambulatoire (GHM 765) et en hospitalisation complète (GHM 167) ;
- amygdalectomie et/ou adénoïdectomie en ambulatoire (GHM 763) et en hospitalisation complète (GHM 076 et 077).

Cinq classes ont été créées selon le pourcentage de séjours réalisés en ambulatoire : 0 % ; > 0 % et ≤ 25 % ; > 25 % et ≤ 50 % ; > 50 % et ≤ 75 % ; > 75 %.

La classe 0 % a concerné les établissements pour lesquels les RSA étaient tous classés dans un GHM de type « hospitalisation complète ».

RÉSULTATS

1. Les établissements

Une seule clinique ayant refusé l'enquête, 254 établissements ont été étudiés. Les établissements récemment fusionnés ayant été analysés site par site, les résultats concernent 256 sites chirurgicaux.

Certains établissements n'ayant pas fourni la totalité des données demandées, le nombre de sites pour l'item considéré est indiqué dans les tableaux ou dans le texte.

1.1. Les capacités

Sur la région, 22 909 lits et 2 033 places d'anesthésie ou chirurgie ambulatoire (ACA) étaient autorisés, représentant un excédent de 5 820 lits et places par rapport aux besoins théoriques (bilan de la carte sanitaire au 7 septembre 1999).

Parmi les lits autorisés, 1 276 n'étaient pas installés, principalement dans les EPS (958 lits).

Le nombre de lits et places installés variait de 2 à 543 selon les sites :

- 35 sites avaient moins de 40 lits et places ;
- 102 sites avaient entre 40 et 80 lits et places ;

– 119 sites avaient plus de 80 lits et places.

Plus de 80 % des places étaient installées dans le secteur privé.

La répartition géographique des lits et places n'était pas équilibrée de façon optimale, puisque Paris et les départements de la petite couronne concentraient 70 % des capacités installées pour 57 % de la population.

1.2. Les disciplines chirurgicales offertes

En dehors des chirurgies pédiatrique et thoracique, chaque spécialité était présente dans au moins 60 % des sites (tableau I).

1.3. L'environnement et l'équipement

39 sites (dont 37 dans le secteur privé) n'avaient pas la disponibilité 24 h/24, sur place ou par convention, de la biologie ou de l'imagerie traditionnelle.

Sur 244 sites, 96 ne possédaient ni unité de réanimation, ni unité de soins post-opératoires (tableau II).

Le ratio nombre de postes de réveil en salle de surveillance post-interventionnelle rapporté au nombre de salles où peut être réalisée une anesthésie était inférieur à 1 dans 23 sites sur les 244 pour lequel l'item a été renseigné.

Les unités de chirurgie ambulatoire ne disposaient pas d'un chariot de réanimation dédié à la structure dans 15 % des cas et ces unités n'étaient pas individualisées dans 5 % des cas (tableau III).

2. Les ressources humaines dédiées à la chirurgie

Plus de 3 000 chirurgiens et 1 300 anesthésistes réanimateurs exerçaient en Ile-de-France en 1999 pour un temps mesuré en équivalent temps plein. Des différences de pratique ont été notées entre les secteurs privé et sous dotation globale.

Ainsi, un ETP chirurgical exerçant en libéral réalisait 506 interventions par an lorsque son homologue hospitalier en réalisait 319, soit une moyenne de 424 interventions par an (231 sites).

De même, un ETP anesthésiste-réanimateur participait à 1 273 interventions par an dans le secteur privé et à 657 dans le secteur sous dotation globale pour une moyenne de 990 (225 sites).

En hospitalisation complète, les ETP infirmiers(ères) (IDE) étaient deux fois plus nombreux (5 944) dans le secteur sous dotation globale que dans le secteur privé (2 732). Le nombre de journées produites, rapporté au nombre d'ETP IDE était de 431 pour le secteur sous dotation globale et de 1 107 dans le secteur privé avec une moyenne régionale de 644 (252 sites).

Au bloc opératoire, 3 165 ETP IDE étaient disponibles sur l'ensemble de l'Ile-de-France ; le nombre d'interventions par ETP IDE était près de cinq fois plus important dans le secteur privé que dans le secteur sous dotation globale (995 versus 215) pour une moyenne régionale de 389 (240 sites).

En anesthésie chirurgie ambulatoire, 514 ETP IDE étaient recensés. Le nombre de venues par ETP IDE était trois fois plus important dans le secteur privé que dans le secteur sous dotation globale (995 versus 323) pour une moyenne régionale de 836 (216 sites).

Tableau I
Répartition des disciplines dans les différents sites, par statut

Disciplines chirurgicales	Sites chirurgicaux					
	privés lucratifs <i>n</i> = 170		en dotation globale <i>n</i> = 86		total <i>n</i> = 256	
	Nombre de sites	%	Nombre de sites	%	Nombre de sites	%
Viscérale	157	92,4	78	90,7	235	91,8
Orthopédique	152	89,4	68	79,1	220	85,9
Oto-rhino-laryngologique	156	91,8	63	73,3	219	85,5
Gynécologique	143	84,1	66	76,7	209	81,6
Urologique	142	83,5	62	72,1	204	79,7
Plastique et reconstructrice	148	87,1	34	39,5	182	71,1
Stomatologique et maxillo-faciale	131	77,1	45	52,3	176	68,8
Ophthalmologique	121	71,2	47	54,7	168	65,6
Vasculaire	118	69,4	40	46,6	158	61,7
Thoracique	52	30,6	18	20,9	70	27,3
Infantile	5	2,9	21	24,4	26	10,2

Tableau II
Environnement des services de chirurgie, par statut

	Nombre de sites enquêtés	Urgences			Unité de réanimation	Unité de soins post-opératoires	Dispositions sur place ou par astreinte 24 h/24				
		Nombre de sites			Nombre de sites	Nombre de sites	Nombre de sites				
		SAU ^a	POSU ^b	UP ^c			Biologie	Imagerie	Scanner	Angiographie numérisée	IRM ^d
AP-HP	26	12	3	3	24	–	26	26	24	20	14
EPS	38	17	–	12	36	–	38	38	32	17	8
PSPH	19	2	–	3	10	–	18	17	11	7	7
CLCC	3	–	–	–	2	–	3	3	1	0	1
Privé	170	–	–	13	28	67	146	143	56	50	17
Total	256	31	3	31	100	67	231	227	124	94	47

^a SAU : service d'accueil et de traitement des urgences.

^b POSU : pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences.

^c UP : unité de proximité.

^d IRM : imagerie par résonance magnétique.

Tableau III
Équipement de base en chirurgie ambulatoire, par statut

	Nombre de sites disposant d'une structure d'ACA ^a installée	Équipement (nombre de sites)			
		Individualisation de la structure	Arrivée de fluides médicaux	Poste de soins infirmiers	Chariot de réanimation
AP-HP	20	19	22 ^b	17	16
EPS	21	16	16	15	14
PSPH	14	18 ^b	19 ^b	17 ^b	17 ^b
CLCC	2	1	1	1	1
Privé	163	155	160	156	139
Total	220	209	218	206	187

^a ACA : anesthésie chirurgie ambulatoire.

^b Certains sites disposent de plusieurs unités d'ACA.

3. L'activité

3.1. Les indicateurs « classiques »

En hospitalisation complète, le KC moyen régional était de 103 ; il était plus élevé dans les secteurs sanitaires du centre de la région où sont situés les hôpitaux de l'AP-HP, ce que confirme l'analyse par statut (tableau IV).

En anesthésie chirurgie ambulatoire, les taux d'occupation (nombre de venues/nombre de places autorisées × 365) étaient très variables d'un statut à l'autre (tableau V) et également d'un site à l'autre au sein d'un même statut : de 3 à 73 % dans les EPS, de 39 à 137 % à l'AP-HP, de 1 à 176 % dans les PSPH, de 55 à 209 % dans les CLCC et de 11 à 104 % dans les sites privés.

Toutes activités confondues, en 1998, 54 sites avaient produit moins de 200 000 KC (hors obstétrique, chirurgie cardiaque et neurochirurgie) ; parmi ceux-ci, 38 étaient situés à Paris et dans les départements de la petite couronne.

L'activité chirurgicale de nuit et jours fériés a été recueillie dans 232 structures franciliennes. Sur l'ensemble de ces établissements, une moyenne de 109 interventions a été réalisée par garde, dont les trois quarts dans les établissements sous dotation globale.

3.2. Les données du PMSI

a) Outil d'analyse du PMSI

L'étude sur douze mois corrobore les principaux résultats obtenus lors de l'analyse des données du

Tableau IV
Activité en hospitalisation complète, par statut

	Nombre de lits de chirurgie		Nombre d'entrées	Nombre de journées réalisées	DMS ^a (jours)	TO ^b corrigé ^c (%)	Somme des K	Nombre d'interventions	Somme des K Nb d'interventions
	autorisés	installés							
AP-HP	4 930	4 739	224 588	1 186 174	5,3	68,5	18 184 641	145 147	125
EPS	4 505	3 540	183 023	846 850	4,6	65,6	12 887 262	159 352	81
PSPH	2 012	1 933	79 260	467 339	5,9	66,2	7 188 205	60 663	118
CLCC	349	311	14 833	84 681	5,7	74,6	1 506 262	14 286	105
Privé	11 148	11 110	505 595	3 071 116	6	75,7	51 313 817	503 321	102
Total ou Moyenne	22 944	21 633	1 007 299	5 656 160	5,6	71,6	91 080 787	882 769	103

^a DMS : durée moyenne de séjour.

^b TO : taux d'occupation.

^c Le taux d'occupation corrigé est calculé sur les lits installés sur 365 jours.

Tableau V
Activité d'anesthésie chirurgie ambulatoire, par statut

	Nombre d'établissements ayant une unité d'ACA installée	Nombre de places ACA ^a autorisées	Nombre de venues	TO ^b (%)	Nombre d'interventions	Nombre de KC + K
AP-HP	20	129	24 667	52	15 453	1 564 696
EPS	21	140	10 654	21	9 688	535 450
PSPH	14	80	11 800	40	9 763	476 191
CLCC	2	11	3 908	97	3 908	126 859
Privé	163	1 582	395 904	69	334 268	20 748 252
Total	220	1 942	446 933	63	373 080	23 451 448

^a Anesthésie chirurgie ambulatoire.

^b TO : taux d'occupation.

second semestre 1997 déjà publiées [3], à savoir le poids élevé du secteur privé dans la production des séjours et le rôle significatif des établissements sous dotation globale dans la prise en charge des séjours lourds.

b) Actes traceurs

Une grande hétérogénéité dans la production de séjours existait entre les différents établissements pour de nombreuses spécialités.

Pour l'acte traceur « exérèse totale ou partielle du poumon », le nombre de séjours était de 2 297 sur une période d'un an. Les séjours se répartissaient dans 89 établissements (de 1 à 539 séjours par établissement) ; 9 établissements ont produit plus de 50 séjours, soit 76 % des séjours étudiés, tandis que 64 établissements en ont produit chacun moins de 12.

Les mêmes constatations ont été faites pour les actes traceurs :

– « exérèse totale ou partielle de la prostate (11 847 séjours concernant 214 établissements dont

71 ont produit plus de 50 séjours et 44 moins de 12 séjours) ;

– « prothèse totale de hanche » (10 456 séjours concernant 224 établissements dont 71 ont produit plus de 50 séjours et 60 moins de 12 séjours) ;

– « exérèse rectale » (2 676 séjours concernant 222 établissements dont 7 ont produit plus de 50 séjours et 143 moins de 12 séjours) ;

– « décollement de la rétine » (2 527 séjours concernant 37 établissements dont 12 ont produit plus de 50 séjours et 17 moins de 12 séjours).

c) Activité concernant les nouveau-nés de moins de 29 jours

Le nombre de séjours classés dans un GHM « chirurgical » était de 857, répartis dans 65 établissements différents. Six établissements ont réalisé chacun plus de 50 séjours sur douze mois ; à l'opposé, 56 établissements en ont réalisé chacun moins de 12.

d) Part de l'activité en ambulatoire pour cinq types de séjours

Pour les interventions sur les cataractes, six établissements ont réalisé plus de 75 % des séjours en ambulatoire, alors que 35 établissements ont réalisé tous leurs séjours en hospitalisation complète (tableau VI). Par ailleurs, le secteur privé a assuré une part prépondérante des différents types de séjours en ambulatoire.

4. Les indicateurs de qualité

4.1. Le taux d'adéquation

Lors des coupes transversales, 15 396 patients ont été examinés, dont 94,5% ont été considérés adéquats à la structure. Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre le secteur sous dotation globale et le secteur privé en termes d'adéquation.

4.2. Le dossier médical

Sur les 244 établissements pour lesquels le dossier médical a été étudié, 72 avaient en moyenne une note supérieure à 8/10, tandis que 17 établissements avaient en moyenne une note inférieure ou égale à 5/10.

4.3. La permanence médicale

Toutes les structures pratiquant la chirurgie dans la région avaient une permanence médicale assurée pour l'anesthésie-réanimation. Dans le secteur privé, cette permanence était effectuée principalement par astreinte (82 % des cas) et seuls trois établissements n'avaient pas de chirurgien de garde ou d'astreinte pour leurs patients opérés.

Dans les établissements sous dotation globale, les gardes sur place et les astreintes étaient également réparties pour la chirurgie orthopédique et/ou viscérale.

4.4. Le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)

Lors de l'enquête, 16 établissements (6 %) n'avaient pas encore mis en place de comité de lutte contre les infections nosocomiales. Il s'agissait dans 15 cas de structures privées.

DISCUSSION

1. Limites de l'étude

1.1. Enquête sur site

La durée de l'étude s'étalant sur deux ans, la comparaison de données recueillies lors de périodes différentes peut être source de biais. Cependant, la plupart des données ne dépendaient pas de la date du recueil, puisqu'elles concernaient des informations sur une même année pleine.

Bien qu'imparfait comme indicateur, le nombre de KC a été retenu dans notre étude, puisqu'il permet de quantifier, plus précisément qu'avec un simple nombre d'interventions, l'activité des blocs opératoires.

1.2. Actes traceurs

Le choix des regroupements des actes du CDAM peut être discuté, bien que s'étant appuyé sur des experts cliniciens et des médecins du DIM.

Cette première approche est une incitation pour les sociétés savantes à réfléchir sur ces choix et à proposer des améliorations, afin d'obtenir un large consensus.

L'exhaustivité est imparfaite puisque 1997 constituait l'année de montée en charge du PMSI dans les cliniques privées ; l'exhaustivité est également incomplète dans le secteur sous dotation globale,

Tableau VI
Répartition des établissements en fonction du taux de réalisation (répartis en cinq classes) des séjours en ambulatoire (données du PMSI)

	Nombre d'établissements					Nombre total d'établissements
	Taux de réalisation des séjours (cinq classes)					
	<i>tx = 0 %</i>	<i>0 < % tx ≤ 25</i>	<i>25 < % tx ≤ 50</i>	<i>50 < % tx ≤ 75</i>	<i>tx > 75 %</i>	
Libération du canal carpien	31	39	44	42	46	202
Intervention sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	35	79	28	13	6	161
Amygdalectomie ou adénoïdectomie	15	9	39	109	48	220
Ligature de veines et éveinage	67	127	23	4	9	230
Arthroscopie	96	101	14	14	7	232

en raison de l'absence de données produites par les structures ayant moins de 100 lits en médecine-chirurgie-obstétrique.

Les résultats présentés sont dépendants de la qualité du codage réalisé dans les établissements et il n'est pas exclu que la faible activité constatée dans certains établissements, pour les actes traceurs retenus, soit en partie liée à un mauvais codage des actes. Cependant, afin de réduire ce biais, la sélection des actes du CDAM constituant chaque acte traceur a été la plus large possible.

Enfin, en cas d'intervention bilatérale au cours du même séjour, il n'a été comptabilisé qu'un seul séjour, ce qui peut conduire à une sous-estimation de l'activité pour certains actes traceurs. Cependant, notre méthode consistant à comptabiliser des séjours et non des actes du CDAM permet de réaliser des comparaisons entre les établissements, en réduisant l'impact des différences de pratiques de codage [4].

2. Approche qualitative

L'originalité de notre étude réside dans l'utilisation de ratios de productivité et dans la description de l'activité à l'aide d'actes traceurs.

2.1. Ratio de productivité

Les résultats révèlent une plus forte productivité dans les établissements privés lucratifs. Cependant, il est nécessaire de tenir compte, dans l'interprétation des résultats, de plusieurs facteurs expliquant au moins partiellement de telles différences :

- le secteur sous dotation globale prend en charge un pourcentage plus élevé d'interventions lourdes [3], assure des responsabilités importantes en matière d'accueil et de traitement des urgences, de formation et de prise en charge des plus démunis, tandis que le secteur privé a une activité de chirurgie programmée prépondérante [5] ;
- le secteur privé développe plus largement l'anesthésie chirurgie ambulatoire, l'activité réalisée comprenant une part importante d'actes peu techniques telles les endoscopies [5, 6].

Il est également possible de s'interroger sur le maintien de la qualité des soins au-delà d'un certain nombre d'interventions par ETP. Des ratios très élevés pourraient traduire, dans certains cas, un personnel en nombre insuffisant, bien que la méthodologie de notre étude n'ait pas permis de répondre à une telle question. Par ailleurs, le ratio « idéal » reste à définir et, à notre connaissance, aucune étude n'a été publiée sur ce sujet.

2.2. Actes traceurs

Dans notre méthodologie, un acte traceur est un regroupement d'actes permettant de quantifier

une activité de complexité et de fréquence variables au sein d'une spécialité, sans chercher à couvrir l'ensemble de celle-ci.

Cette définition est à différencier de la notion d'« actes marqueurs » utilisée pour désigner en chirurgie ambulatoire les actes constituant une réelle chirurgie substitutive [7].

L'indice de coût relatif (ICR) est utilisé par certaines équipes pour appréhender la complexité des interventions chirurgicales. Les actes traceurs permettent, à la différence de ceux-ci, une quantification précise de l'activité de chaque établissement par type d'interventions plus ou moins lourdes et la sélection des activités significatives.

Cette méthode répond aux besoins de groupage des nombreux codes des actes du CDAM, soulignés par certains auteurs [8] et facilite l'analyse des données.

L'étude a mis en évidence une grande hétérogénéité de production des séjours entre établissements, tout particulièrement pour les interventions nécessitant un haut niveau de technicité, une expérience importante de la part des équipes médicales et paramédicales et un environnement adapté à la lourdeur des prises en charge.

Plusieurs études ont montré qu'en dessous d'un certain seuil d'activité, la qualité de la prise en charge chirurgicale n'était pas assurée, l'expérience du chirurgien constituant un facteur pronostique indépendant [9, 10, 11].

Par ailleurs, il n'est pas exclu qu'au-delà de certains seuils d'activité, l'efficacité puisse diminuer, du fait de difficultés organisationnelles [12].

Si nous n'avons pas réussi à obtenir de consensus auprès des experts franciliens sur la définition de seuils minimaux d'activité, la présentation des résultats a cependant permis d'engager une réflexion au sein de la région.

3. Planification

Cette étude souligne le déséquilibre de l'offre de soins au profit du centre de la région et également la dispersion de l'offre, dans la mesure où coexistent 256 sites dont la majorité propose de nombreuses spécialités.

Cet éclatement de l'offre entraîne une multiplication des équipements, source de surcoût et une dispersion des ressources humaines, avec un risque de sous-entraînement des équipes.

Les indicateurs d'activité révèlent une inadéquation de certaines structures aux besoins, leur taux d'occupation devant être optimisé tant en hospitalisation complète qu'en ambulatoire.

Par ailleurs, le nombre important d'équipes médicales mobilisées contraste avec la faible activité constatée en garde, d'autant que cette dernière in-

tégrait également les interventions sur les patients hospitalisés de jour mais n'ayant pu être opérés dès leur arrivée.

Les résultats montrent également l'insuffisance d'investissement du secteur sous dotation globale en Ile-de-France dans le développement de la chirurgie ambulatoire, confirmant les constats réalisés par d'autres équipes [13, 14].

Suite à l'analyse des données du PMSI, l'Agence régionale de l'hospitalisation a considéré que le regroupement d'activités très techniques sur un nombre limité de sites devait être encouragé. Ceci concerne tout particulièrement la chirurgie thoracique et la prise en charge chirurgicale des nouveau-nés de moins de 29 jours, ces deux activités nécessitant des équipes entraînées et un environnement spécifique.

Les différents résultats de l'étude ont permis d'élaborer des recommandations en Ile-de-France dans le cadre du volet « chirurgie » du SROS 2 et d'écrire ses annexes opposables, utilisées lors du renouvellement des autorisations des lits et places en chirurgie. Les recommandations ont principalement concerné la nécessité de développer une offre de soins adaptée aux besoins, notamment à partir de critères minimaux d'activité, d'équipement et de personnel, et d'encourager les complémentarités entre établissements.

Dans les annexes opposables, il a été demandé à certains établissements de formaliser un projet de restructuration ou de regroupement ; pour d'autres, les annexes ont spécifié la nécessité de développer la chirurgie ambulatoire.

Ainsi, l'étude réalisée par les médecins-conseils a participé à la restructuration d'une offre de soins excédentaire.

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient les médecins-conseils des différents régimes qui ont participé au recueil des données.

RÉFÉRENCES

1. Buronfosse A, Discazeau B, Lepage E. OAP : outil d'analyse PMSI élaboré à des fins de planification pour le COTRIM Ile-de-France. La lettre d'informations hospitalières. Lettre des systèmes d'information médicalisés 2000;36:17-20.
2. Catalogue des actes médicaux (1997), champ alpha, actes diagnostiques et thérapeutiques, Volume 1. Bulletin officiel Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Fascicule spécial n° 96/10 bis.
3. Deraedt S, Piolot M, Lepage E et al. Outil d'analyse du PMSI et activité chirurgicale dans les établissements de santé d'Ile-de-France. Rev Med Ass Maladie 2000;1:71-8.
4. Lehmann M, Eon B, François G, du Caillar J, Goursoit G, de Pouvoirville G. Comparaison des activités chirurgicales : une enquête de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation. Courrier de l'évaluation en santé 1997;11:14-7.
5. Mouquet MC, Joubert M, Tudeau L. Les pathologies prises en charge à l'hôpital : une spécialisation marquée entre établissements relevant du secteur public et du secteur privé. Drees - Études et Résultats 1999;41:1-8.
6. Thevenin-Lemoine B, Allain M, Gouello M et al. La chirurgie ambulatoire dans les établissements privés du Val-d'Oise. Rev Med Ass Maladie 1996;4:32-7.
7. Olivier A. Où en est la chirurgie ambulatoire ? Gestions Hospitalières 1998;376:353-5.
8. Bernardini R, Bouzigues B, Giraudon M, Laurenceau F. Les établissements de santé chirurgicaux hors dotation globale en Languedoc-Roussillon : Évaluation de l'activité chirurgicale. Rev Med Ass Maladie 1997;1:83-97.
9. Porter GA, Soskolne CL, Yakimets WW, Newman SC. Surgeon-related factors and outcome in rectal cancer. Ann Surg 1998 ; 227 : 157-67.
10. Matthews HR, Powell DJ, McConkey CC. Effect of surgical experience on the results of resection for oesophageal carcinoma. Br J Surg 1986;73: 621-3.
11. Yeo CJ, Cameron JL, Maher MM et al. A prospective randomized trial of pancreaticogastrostomy versus pancreaticojejunostomy after pancreaticoduodenectomy. Ann Surg 1995;222:580-8; discussion 588-92.
12. Lombraïl P, Naiditch M, Baubeau D, Cuneo P. Les éléments de la « performance » hospitalière : les conditions d'une comparaison. Drees-Études et Résultats 1999;42:1-8.
13. Leblanc N, Daulhac C, Achard L, Gateau R. La chirurgie ambulatoire dans les établissements hospitaliers sous dotation globale : étude descriptive et estimation des places. Gestions Hospitalières 1999;387:413-9.
14. Raucoles-Aimé M, Chiché P. L'activité ambulatoire en France. Bulletin juridique de la santé publique 2000;33:10-3.