

ETUDES

Le coût de la chirurgie
de la **cataracte en**
Belgique





Une publication des ***Mutualités Libres***

Rue Saint-Hubert, 19 - 1150 Bruxelles

T 02 778 92 11 - F 02 778 94 04

commu@mloz.be

—

Rédaction > Rudy Van Tielen

Chantal Neiryck

Coordination > Pascale Janssens

Layout > Marinella Cecaloni

Photos > Reporters

www.mloz.be

(©) Mutualités Libres / Bruxelles, Novembre 2011
(N° d'entreprise 411 766 483)

Le coût de la chirurgie de la **cataracte** en **Belgique**

Cette analyse a pour but de donner une image du coût de la chirurgie de la cataracte sur base des données de facturation disponibles pour les patients affiliés à l'une des sept mutualités de l'Union Nationale des Mutualités Libres (MLOZ).

La cataracte est la principale cause des troubles visuels dans le monde. Cette pathologie est principalement due au vieillissement et survient après l'âge de 60 ans, parfois plus tôt.

En Belgique, chez les personnes âgées de 65 ans et plus, 6,2 % des hommes et 12,2 % des femmes souffrent ou ont souffert de cette affection. Cela représente 9,7 % de la population de plus de 65 ans.

Dans la population des Mutualités Libres de 2009, l'incidence des opérations liées à la cataracte est de 7,3 interventions pour 1000 femmes par an et de 5,1 interventions pour 1000 hommes par an. Cette fréquence semble s'accroître au fil des années. L'âge moyen lors de cette intervention se situe à 74,3 ans pour les femmes et 72,5 pour les hommes, et cette intervention demeure relativement fréquente jusqu'à un âge avancé (>85 ans).

Nous n'avons pas constaté de différence régionale entre la Flandre et la Wallonie quant à l'incidence des interventions liées à la cataracte. Pour Bruxelles, même après standardisation pour l'âge, le sexe et le statut social, nous constatons une incidence presque deux fois supérieure par rapport aux deux autres régions. Le facteur explicatif pourrait être la grande concentration d'hôpitaux sur Bruxelles, attirant les patients habitant la périphérie.

Les interventions chirurgicales liées à la cataracte peuvent être effectuées soit pendant une hospitalisation classique soit en chirurgie de jour (ONE DAY). Depuis 2009, la chirurgie de la cataracte peut être réalisée, sous certaines conditions, dans des centres ophtalmologiques extrahospitaliers et privés.

Au cours des dernières années, de nouvelles options chirurgicales et médicales sont apparues et ont profondément modifié l'approche thérapeutique et la prise en charge hospitalière de cette pathologie. Les interventions chirurgicales actuelles pour la cataracte sont plus rapides et plus sûres, ce qui est primordial pour des patients essentiellement âgés.

Les hôpitaux non universitaires concentrent 80 % des interventions chirurgicales de la cataracte. Les patients à revenus plus faibles (BIM) fréquentent moins les hôpitaux universitaires que les patients plus aisés.

L'hospitalisation de jour représente plus de 90 % des hospitalisations sur la période 2006-2009. La durée de séjour pour les hospitalisations classiques varie selon les hôpitaux et les caractéristiques propres aux patients mais reste comprise en moyenne entre 2 et 5 jours.

Sur la période d'analyse, nous avons constaté que 75 % des hospitalisations classiques se faisaient en chambres communes ou à 2 lits et que les patients à revenus plus faibles (BIM) occupaient une chambre individuelle dans une même proportion que les patients non BIM.

Par contre, les patients BIM recourent plus souvent à l'hospitalisation classique qu'à l'hospitalisation de jour.

Le fait d'être BIM n'influence pas le choix du chirurgien dans la technique à utiliser. En d'autres termes, pour les deux procédures chirurgicales les plus utilisées, nous n'avons pas constaté de différence entre les BIM et les non-BIM.

Une constatation similaire est faite pour le type de lentille placée lors d'une intervention de la cataracte. En effet, sur la période 2006-2009, 99 % des lentilles placées sont des lentilles pliables et/ou multifocales. L'emploi des anciens types de lentilles intraoculaires en polyméthacrylate devient anecdotique (1 %).

Le prestataire chargé de l'anesthésie diffère d'un hôpital à l'autre mais, en moyenne, un anesthésiste intervient seul dans 90 % des hospitalisations classiques et dans 75 % des hospitalisations de jour. L'ophtalmologue réalise seul l'anesthésie dans presque 20 % des interventions en chirurgie de jour et jamais en hospitalisation classique. Les anesthésies "mixtes" se font dans 10 % des cas dans les hospitalisations classiques et 5 % dans les ONE DAY.

Les variations sont également importantes en termes de coûts : en 2009, en hospitalisation classique, la moyenne du coût total à charge de l'assurance maladie invalidité (AMI) est de 2.182 € (médiane : 1.845 €). Dans le cas de l'hospitalisation de jour, la moyenne du coût total AMI est de 1.459 € (médiane : 1.410 €). Il n'y a pas de différence de coût AMI entre les hommes et les femmes et ce, quel que soit le type d'hospitalisation ou le statut socioéconomique du patient.

Comme une intervention pour la cataracte ne peut être faite le même jour sur les deux yeux d'un même patient, nous avons constaté que la durée moyenne entre deux interventions chez un même individu est de 47 jours pour les hospitalisations en ONE DAY et de 148 jours en hospitalisation classique en 2009. Cette moyenne diminue d'année en année pour les hospitalisations en chirurgie de jour mais augmente pour les hospitalisations classiques.

Le ticket modérateur représente 44,3 % de la quote-part du patient pour une hospitalisation en ONE DAY (TM moyen : 195 € et supplément moyen: 245 €) et 38,2 % en hospitalisation classique (TM moyen : 253 € et supplément moyen de 406 €). Les suppléments enregistrés à charge du patient dépendent principalement de l'hôpital, du type de chambre demandé par le patient, des médecins et de l'implant oculaire (lentille).

Le ticket modérateur est constitué pour 95 % et presque 80 % des marges de sécurité et de délivrance concernant les implants, respectivement en ONE DAY et en hospitalisation classique.

Les suppléments à charge du patient sont composés à 77 % et 86 % de suppléments d'honoraires médicaux (ophtalmologue et anesthésiste), respectivement en ONE DAY et en hospitalisation classique. En ONE DAY, il convient d'ajouter 10 % pour les médicaments non remboursables et 5 % pour les implants non remboursables. Pour les hospitalisations classiques, nous pouvons ajouter 6 % pour les suppléments liés aux médicaments non remboursables. Un patient non BIM paie des suppléments deux à trois fois supérieurs à un patient BIM (494 € vs. 185 €).

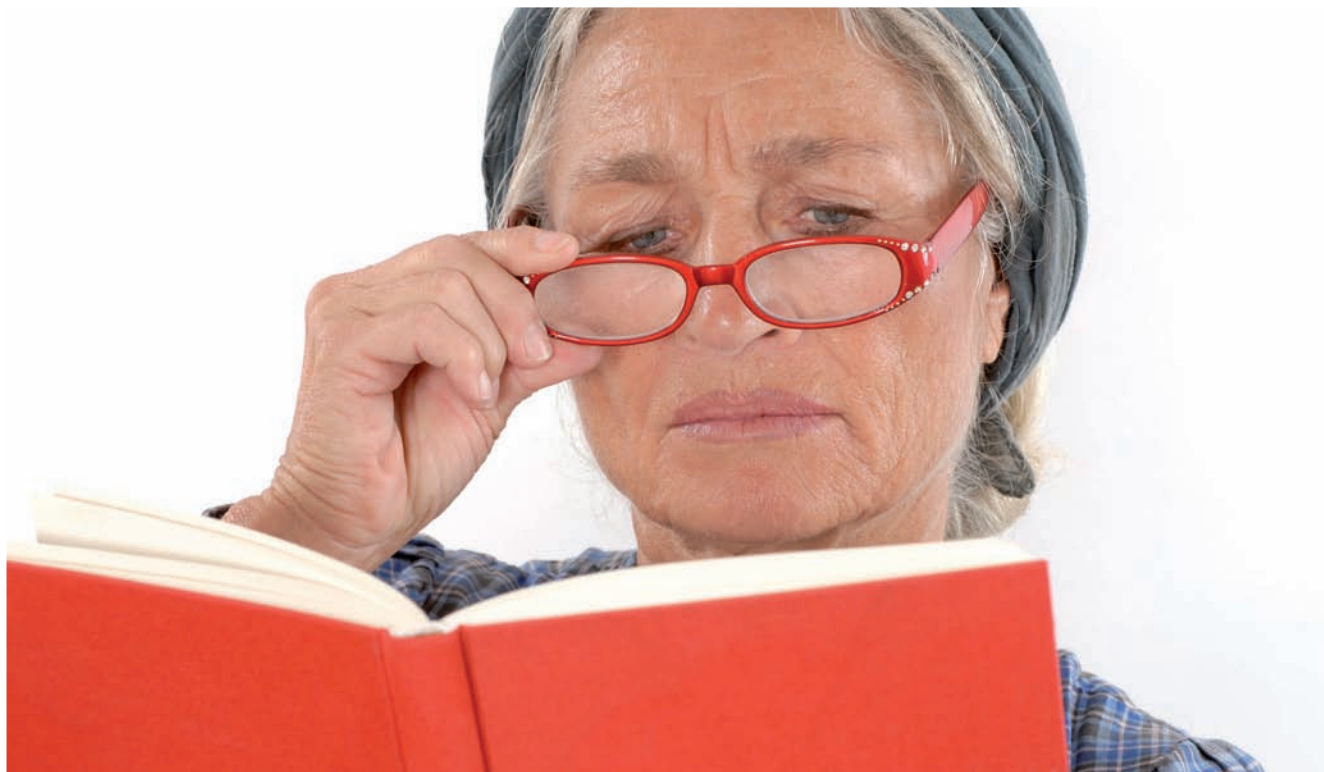
En extrapolant au niveau national les résultats obtenus à partir des données de facturation des patients affiliés aux Mutualités Libres, nous pouvons estimer que l'INAMI a dépensé une centaine de millions d'euros pour la chirurgie de la cataracte en 2009.

En raison de l'allongement de l'espérance de vie, de l'amélioration des techniques chirurgicales et du désir de vie active des personnes âgées, le nombre d'interventions chirurgicales pour la cataracte continuera à croître dans le futur. La substitution de l'hospitalisation classique par la chirurgie de jour doit être encouragée même si la marge de manœuvre est étroite avec les 10 % d'hospitalisations traditionnelles actuels.

Les résultats obtenus dans cette étude peuvent être le point de départ pour une discussion, voire d'une collaboration fructueuse sur le plan de l'efficacité et de la qualité des soins mais aussi sur les habitudes de facturation des hôpitaux ou les suppléments demandés aux patients par les prestataires.

Une évaluation de la chirurgie extrahospitalière sera réalisée ultérieurement lorsque nous aurons assez de recul vis-à-vis de la facturation sur le terrain de ce troisième mode de prise en charge de la chirurgie de la cataracte.

Rudy Van Tienen
Chantal Neiryck
Service Etudes MLOZ



Sommaire

• Contexte de l'analyse	7
• Introduction	9
• Qu'est-ce que la cataracte ?	10
• Nombre d'interventions	12
• Nombre de patients	14
• Types d'hospitalisation pour la chirurgie de la cataracte	15
• Durée de séjour pour une chirurgie de la cataracte	16
• Coûts d'une intervention	16
• Variations dans les prestations réalisées lors d'une intervention	29
• Conclusions et recommandations	33
• Références bibliographiques	35

Contexte de l'analyse

Les prestations chirurgicales liées à la cataracte ont fortement évolué ces dernières années tant en quantité qu'en qualité. De nouvelles techniques opératoires sont remboursées depuis peu et permettent de traiter la cataracte plus sûrement et rapidement, et ce pour des populations de plus en plus âgées. Actuellement, les interventions se déroulent principalement en ambulatoire, ce qui correspond à la tendance générale des soins de santé à trouver des alternatives à l'hospitalisation traditionnelle.

La qualité de vie des patients souffrant de la cataracte est significativement altérée du fait de l'importante réduction de l'acuité visuelle que cette pathologie engendre.

Comme la cataracte touche une population âgée potentiellement fragilisée tant du point de vue de la santé que du point de vue financier, une attention particulière doit être portée sur les divers aspects d'une des interventions chirurgicales les plus fréquentes dans notre pays.

L'augmentation importante des dépenses AMI* liées aux prestations impliquées dans le traitement de la cataracte a attiré l'attention des gestionnaires de l'INAMI et des mutualités sur les pratiques des hôpitaux et des médecins tant du point de vue chirurgical qu'en anesthésie ou encore sur la facturation des diverses prestations aux organismes assureurs (OA) et aux patients.

Une analyse préliminaire, en 2010¹, a mis en évidence l'adoption rapide d'une technique chirurgicale (la phacoémulsification), l'augmentation du nombre de personnes opérées et la grande variabilité de la facturation des prestations liées au type d'anesthésie pratiquée tant en ambulatoire qu'au cours d'une hospitalisation classique. Cela induisait une variabilité inexplicée entre les hôpitaux au niveau des coûts à charge de l'INAMI et des montants à charge du patient (tickets modérateurs pour les prestations remboursables et les suppléments pour les prestations non remboursables par les OA).

* AMI : Assurance Maladie Invalidité.

Introduction

En Belgique, chez les personnes âgées de 65 ans et plus, 6,2 % des hommes et 12,2 % des femmes souffrent ou ont souffert de la cataracte². Cela représente 9,7 % de la population de plus de 65 ans. En Grande-Bretagne, 2,4 millions d'Anglais et de Gallois présentent une cataracte³. En France, elle touche 20 % de la population à partir de l'âge de 65 ans, plus de 35 % à partir de l'âge de 75 ans et plus de 60 % à partir de l'âge de 85 ans⁴. Au Canada, 12 % des personnes âgées de 65 à 69 ans et 28 % des personnes de plus de 80 ans seraient atteintes de cataracte⁵.

Le remplacement du cristallin par une lentille constitue une intervention chirurgicale qui, pratiquée avec succès, améliore grandement la qualité de vie des patients. Nous pouvons estimer qu'**environ 70.000 interventions chirurgicales liées à la cataracte sont réalisées par an en Belgique**⁶. Le nombre d'interventions liées à l'extraction de la cataracte augmente chaque année.

L'intervention chirurgicale est le plus souvent réalisée sous anesthésie locale, ce qui permet généralement de la réaliser en ambulatoire, c'est-à-dire que le patient est admis à l'hôpital le matin et peut en repartir la même journée.

Quant aux résultats de la chirurgie, ils sont généralement très bons : la récupération visuelle s'effectue en quelques jours et la majorité des personnes opérées retrouvent une acuité visuelle égale ou supérieure à 5/10^{es} sans verres correcteurs⁷.

L'étude préliminaire des Mutualités Libres (2010) a mis en évidence une importante variabilité des pratiques liées au type d'hospitalisation, au type de technique chirurgicale ou d'anesthésie utilisées selon l'hôpital, le prestataire ou le statut social du patient.

La présente étude ambitionne de fournir des éléments de discussion avec les diverses instances intéressées par les coûts et/ou la qualité des prestations liées à la cataracte, entre autres l'INAMI, les hôpitaux et les divers prestataires concernés.

Les Mutualités Libres souhaitent fournir aux gestionnaires des hôpitaux, aux groupes professionnels des ophtalmologues, des anesthésistes et des autres prestataires concernés, une évaluation des coûts engendrés par les pratiques médicales ou de facturation actuelles, avec comme objectif explicite une amélioration de la qualité, davantage d'efficacité des soins pour un coût optimal et une plus grande transparence pour les OA (organismes assureurs) et les patients.

² Enquête santé 2004 et 2008, ISSP-LP, Belgique <http://www.wiv-isp.be/epidemiologie/epifir/>

³ Royal College of Ophthalmologists. Cataract Surgery Guidelines 2010. www.rcophth.ac.uk/core/core_picker/download.asp?id=544

⁴ ANAES. Evaluation du traitement chirurgical de la cataracte de l'adulte. Février 2000.

⁵ Millar WJ. Problèmes de vision chez les personnes âgées. Dans : Rapports sur la santé. Volume 16 n°1. Statistique Canada. 2004. p. 49-54.

⁶ Extrapolation nationale sur base des données MLOZ 2009.

⁷ Ancel JM. Les progrès de la cataracte en 2008. E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie 2008;7:43-44.

1. Qu'est-ce que la cataracte ?

1.1. Définition

La cataracte est une opacification du cristallin lentille naturelle placée à l'intérieur de l'œil, derrière la pupille où se "fait" la vision. A l'état normal, le cristallin est transparent et permet de focaliser l'image sur la rétine.

Cette rétine capte l'information visuelle et la transmet au cerveau. Quand le cristallin s'opacifie, c'est la cataracte. En d'autres termes, la lumière ne peut plus passer au travers du cristallin et la vision s'en trouve altérée.

En général, la cataracte se forme lentement et provoque une baisse de la vision progressive sur plusieurs mois ou années. Elle s'accompagne souvent soit d'un éblouissement en vision à contre-jour ou lors du passage de la lumière à l'obscurité (et inversement), soit d'une sensation de brouillard ou encore d'une vision double.

La cataracte touche fréquemment les deux yeux mais à des degrés différents.

L'âge est indiscutablement le facteur de risque majeur de survenue d'une cataracte. Les personnes de plus de 65 ans sont particulièrement concernées par cette pathologie. Lorsque l'opacification du cristallin survient avec l'âge, on parle de cataracte sénile⁸.

Outre l'âge, d'autres facteurs de risque ont été mis en évidence. Ainsi, une cataracte peut faire son apparition après un traumatisme au niveau de l'œil. On parle alors d'une cataracte traumatique. Le délai entre un choc et l'apparition de la cataracte est très variable et peut aller de quelques jours à quelques années.

Certains traitements médicaux ou pharmaceutiques peuvent également favoriser l'opacification du cristallin et provoquer une cataracte iatrogène. Il s'agit notamment des corticoïdes, lorsqu'ils sont pris sur une durée prolongée.

Certaines interventions chirurgicales au niveau de l'œil peuvent aussi être incriminées notamment la pose d'implants intraoculaires pour traiter le glaucome ou les fortes amétropies (myopie, astigmatie, hypermétropie).

Enfin, la cataracte peut être liée à l'exposition aux rayons X, par exemple dans le cadre d'une radiothérapie⁹.

Le tabagisme, la consommation d'alcool et l'exposition prolongée aux rayons ultraviolets sont d'autres facteurs de risque de la cataracte^{10,11}. Notons que la cataracte peut être présente dès la naissance en raison d'autres maladies comme la rubéole. On parle alors de cataracte congénitale. Cela concerne moins de huit naissances sur 100 000¹².

Actuellement, la cataracte n'est plus synonyme de cécité¹⁴. Pourtant, aucun traitement médicamenteux ou en collyre, aucun changement de lunettes ne peut empêcher ou retarder l'évolution d'une cataracte.

Dès lors, si un ophtalmologue préconise une intervention chirurgicale, le patient a intérêt à prendre cette option en considération s'il veut améliorer sa qualité de vie immédiate.

D'autant plus que cette chirurgie est devenue routinière et sûre.

1.2. La chirurgie de la cataracte

En Belgique, deux techniques d'extraction de la cataracte sont principalement utilisées :

1.2.1. **L'extraction intra capsulaire** consiste à créer une large ouverture au niveau de la cornée puis à retirer la totalité du cristallin. Ensuite, un implant intraoculaire est mis en place. Actuellement, cette technique est remplacée par la phacoémulsification.

1.2.2. **L'extraction extra capsulaire ou phacoémulsification** est aujourd'hui devenue la technique de choix pour trois raisons : elle est efficace, sûre et permet une récupération visuelle rapide en raison de l'incision plus petite que dans les autres techniques. La phacoémulsification consiste à réaliser une petite incision dans la cornée et à morceler le noyau du cristallin au moyen

d'un instrument délivrant des ultrasons. Les fragments sont ensuite aspirés hors de l'œil alors que la capsule du cristallin est maintenue en place et accueille un implant intraoculaire¹⁴.

L'intervention chirurgicale de la cataracte est le plus souvent réalisée sous anesthésie locale ou topique, ce qui permet généralement de la réaliser en ambulatoire, c'est-à-dire que le patient est admis à l'hôpital le matin et peut en repartir la même journée.

Dans certains cas, une hospitalisation classique peut être requise si l'état de santé du patient l'exige ou si sa situation familiale ne permet pas un retour immédiat à son domicile après l'intervention.

Actuellement, il est exceptionnel que l'extraction de la cataracte ne soit pas immédiatement suivie de l'insertion d'un implant. La raison est évidente : si on enlève le cristallin opacifié, qui est la lentille intraoculaire physiologique, il est logique de le remplacer par une lentille synthétique¹⁵.

1.3. Indications : Qui doit subir une intervention chirurgicale ?

Bien qu'en général le traitement de la cataracte ne soit pas une urgence, il semble qu'en l'absence de traitement, l'acuité visuelle se dégrade pour 60 à 70 % des patients au bout de 2 ans¹⁶.

La décision d'opérer semble dépendre de la gêne fonctionnelle ressentie par le patient et de l'acuité visuelle corrigée par ses lunettes. Il n'y a pas d'acuité visuelle seuil pour décider d'opérer mais une intervention chirurgicale est généralement proposée en dessous de 4 à 5/10^{es}¹⁷.

En bref, l'intervention chirurgicale sera décidée si les verres correcteurs n'apportent plus d'amélioration. Il faut que l'état du patient et l'état général de l'œil à opérer permettent une récupération suffisante de l'acuité visuelle.

L'état de l'œil est évalué par une batterie de tests ophtalmologiques tels que : les tests d'acuité visuelle avec correction par verre de lunettes, la tension intraoculaire, le champ visuel, la transparence et la densité endothéliale de la cornée, l'aspect en biomicroscopie de l'iris, de la rétine et du nerf optique.

Un âge très avancé n'est certainement plus un critère pour éviter une intervention chirurgicale. Des patients de 90 ans peuvent encore bénéficier d'une intervention chirurgicale de la cataracte. Les patients âgés désirent garder un niveau d'autonomie maximal notamment pour conduire leur véhicule ou vaquer à leurs activités quotidiennes à domicile.

Nous avons déjà mentionné que la cataracte touche souvent les deux yeux mais à des degrés différents nécessitant donc une prise en charge spécifique. Chaque œil est donc opéré à des moments différents pour éviter tout risque pour le patient et permettre une autonomie postopératoire suffisante.

-
- 8 ANAES. Evaluation du traitement chirurgical de la cataracte de l'adulte. Février 2000
 9 Chodick G. et al. Risk of cataract after exposure to low doses of ionizing radiation: A 20-year Prospective cohort study among US radiologic technologists. *Am J Epidemiol* 2008;168:620-63
 10 Beers MH, Porter RS, Jones VT et al. Cataracte. Dans : Le manuel Merck. Merck Research Laboratories 2006, p. 911-2 (<http://www.merckbooks.com/mmanual/pdf/editors.pdf>)
 11 Galand A. La cataracte. Editions du Céfal, 2007. 136 pages
 12 Conférence européenne sur les maladies rares. Luxembourg, 21-22 juin 2005. p. 21. (http://www.rare-diseases.eu/2005/images/ECRDtotal_fr.pdf)
 13 Organisation Mondiale de la Santé. Prévention de la cécité et des déficiences visuelles - Cataracte. <http://www.who.int/blindness/causes/priority/fr/index1.html>.
 14 Ansel JM. Les progrès de la cataracte en 2008. E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie (France) 2008;7:43-44
 15 Galand A. La cataracte. Editions du Céfal, 2007. 136 pages
 16 ANAES. Evaluation du traitement chirurgical de la cataracte de l'adulte. Février 2000
 17 Baudouin C, Félix D. Sur quels critères l'ophtalmologiste prend-il la décision de proposer une intervention ? Dans : Cataracte - Guide à l'usage des patients et de leur entourage. Editions Bash 2008, p. 69-70

2. Nombre d'interventions

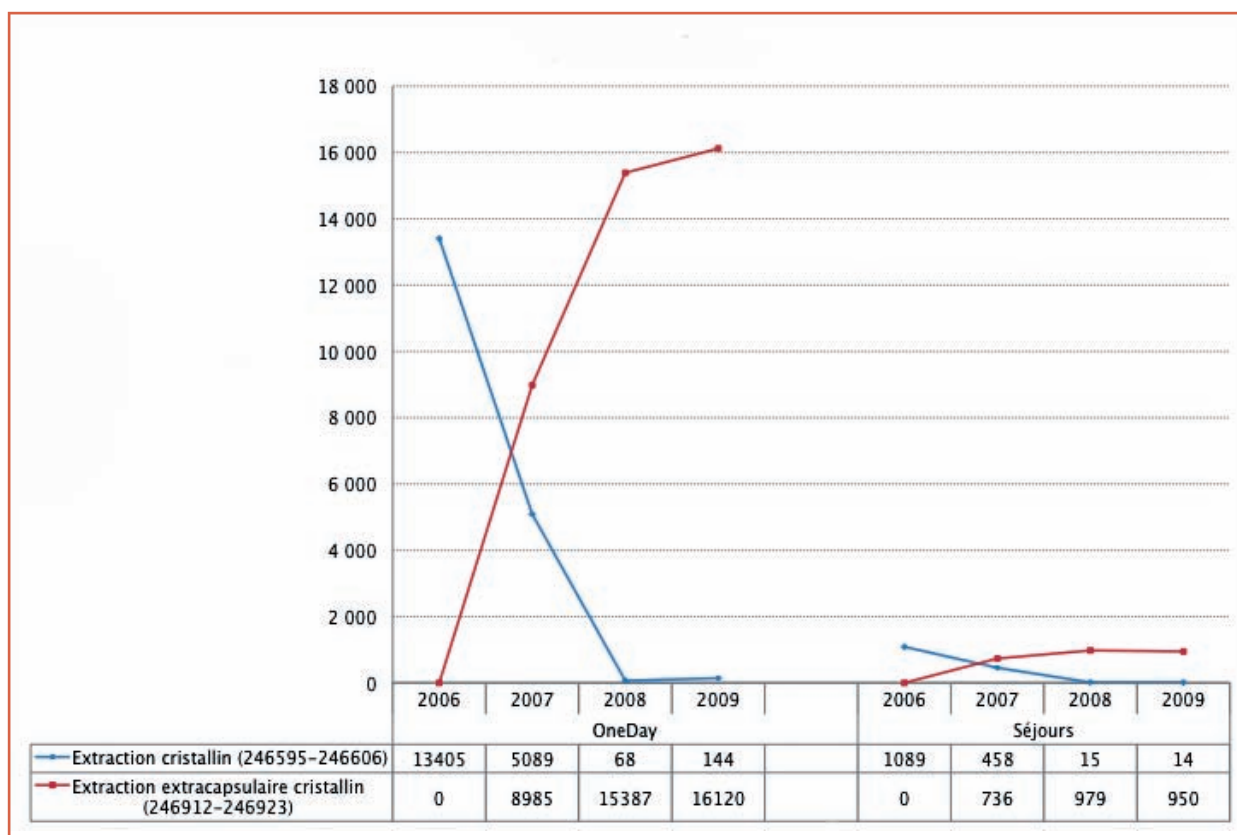
2.1. Evolution du nombre d'interventions

La nomenclature des prestations de soins de santé de l'INAMI fournit principalement 2 codes spécifiques pour les interventions liées à la cataracte :

- 246595-246606 : Extraction du cristallin, y compris l'implantation d'une lentille (N 450 : 420,31 € en 2009)
- 246912-246923 : Extraction extra capsulaire du cristallin par fragmentation + pose éventuelle d'une lentille (N 475 : 443,76 € en 2009)¹⁸

La figure 1 ci-dessous reprend, par année et par type d'hospitalisation, le nombre de cas réalisés pour ces deux prestations. Nous constatons, à partir de 2007, un changement dans la pratique chirurgicale. La nouvelle technique, la phacoémulsification, se substitue totalement à l'ancienne technique.

Figure 1 :
Nombre de cas de chirurgie de la cataracte, 2006-2009



Source : données MLOZ

Cette substitution de technique chirurgicale s'est faite aussi bien en séjour hospitalier classique qu'en hospitalisation de jour (ONE DAY). Le remboursement par l'INAMI de cette technique a induit une augmentation importante du nombre

d'interventions en 2008 (+ 8 % par rapport à 2007). En 2009, la croissance par rapport à 2008 est revenue au niveau d'avant l'introduction de la nouvelle technique (+ 5 %). Le nombre de cas a augmenté de 6 % par an entre 2006 et 2009.

¹⁸ En 2009, la Commission nationale médico-mutualiste (CNMM) a décidé, suite à d'importants dépassements budgétaires, de modifier la valeur de la prestation 246912-246923 en la faisant passer de N505 à N475. Outre l'impact financier sur la prestation de l'ophtalmologue, cela a aussi une conséquence sur le remboursement de l'anesthésie. La phacoémulsification n'était pourtant remboursée par l'INAMI que depuis le 1er mai 2007.

Soulignons que les données de la figure 1 sont issues des données de la facturation par code de nomenclature de l'INAMI des affiliés des MLOZ. Il s'agit donc du nombre de cas où une prestation spécifique est réalisée et non du nombre d'individus opérés.

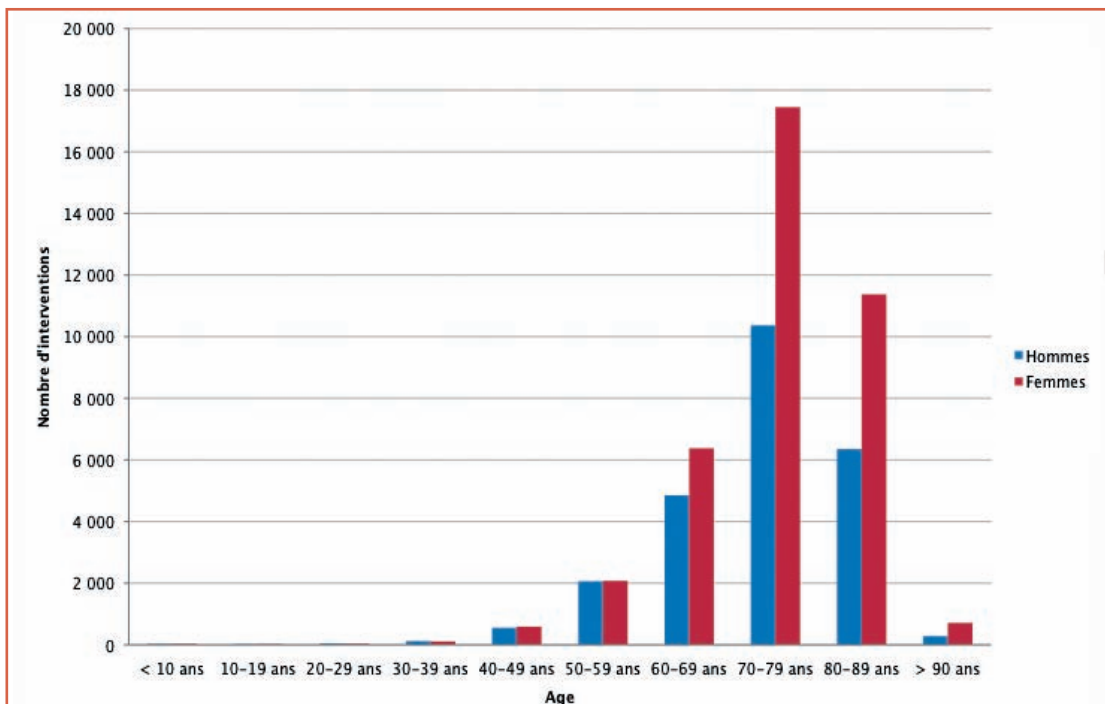
Les codes de nomenclature pris en compte sont spécifiquement liés à la cataracte et non à d'autres pathologies oculaires telles que le glaucome, les malformations oculaires, les pathologies liées à des traumatismes ou les suites d'une première opération de la cataracte (appelée erronément, semble-t-il, cataracte secondaire).

2.2. Nombre d'interventions selon l'âge et le sexe

La figure 2 donne, en chiffres absolus, la répartition du nombre d'interventions chirurgicales de la cataracte selon l'âge et le sexe pour les affiliés MLOZ durant la période 2006-2009.

Il convient de préciser qu'il faudrait compter deux interventions par individu. En fait, une intervention équivaut à une intervention sur un œil d'un patient.

Figure 2 :
Répartition du nombre d'interventions chirurgicales selon l'âge et le sexe, 2006-2009



Sur la période 2006-2009, l'âge moyen lors d'une intervention se situe à 74,3 ans pour les femmes et 72,5 ans pour les hommes, et cette intervention demeure relativement fréquente jusqu'à un âge avancé (>85 ans). On remarque également un nombre absolu plus élevé d'interventions chez les femmes.

Nous ne constatons aucune différence en ce qui concerne l'âge moyen au moment de l'opération entre les hommes et les femmes, tous types d'hospitalisations confondus.

Comme le processus de développement d'une cataracte s'étend sur une période plus ou moins longue, il est assez logique que les interventions chirurgicales commencent

à augmenter spectaculairement à partir de 60 ans. La surreprésentation relative des femmes peut s'expliquer partiellement par une plus longue espérance de vie.

Alors que la cataracte est essentiellement liée à l'âge, nous constatons que 10 % des patients se sont faits opérer avec un code de nomenclature lié à une cataracte "pure" alors qu'ils avaient moins de 60 ans. A priori, sans données précises sur le diagnostic réel de ces patients, nous ne pouvons rien affirmer sur les raisons exactes qui ont motivé une intervention chirurgicale¹⁹.

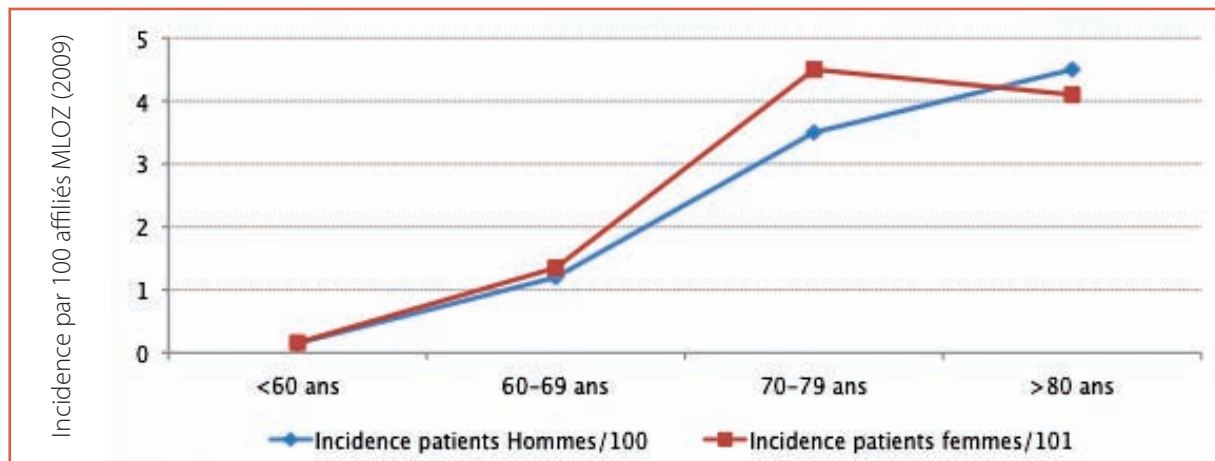
¹⁹ Une mutualité ne dispose pas des diagnostics liés aux prestations effectuées.

3. Nombre de patients

Comme indiqué plus haut, la cataracte touche, la plupart du temps, les deux yeux à des degrés divers. Un individu est donc opéré en deux temps, une opération par œil et ce, pour diverses raisons dont la principale est d'assurer le maintien d'une certaine autonomie du patient âgé à son domicile après l'opération.

La figure 3 représente le nombre de patients différents opérés de la cataracte par 100 affiliés MLOZ en 2009.

Figure 3 :
Nombre de patients différents opérés de la cataracte par 100 affiliés MLOZ de chaque tranche d'âge, 2009



L'importance de l'âge dans l'apparition et le traitement chirurgical de la cataracte est mise en évidence dans ce graphique. Nous pouvons considérer qu'il s'agit d'une incidence de la cataracte dans la population MLOZ.

Même en termes relatifs, les femmes semblent davantage être concernées par une opération de la cataracte.

Le tableau 1 montre que l'incidence de la cataracte (par 100 affiliés MLOZ) tend à augmenter (marginale) dans le temps et ce, tant pour les hommes que pour les femmes.

Tableau 1 : Incidence de la cataracte par 100 affiliés MLOZ, par sexe 2006-2009

	2006	2007	2008	2009
Incidence Hommes	0,43	0,45	0,48	0,51
Incidence Femmes	0,65	0,68	0,71	0,73
Incidence globale	0,54	0,57	0,60	0,62

Quel que soit le sexe, un individu présente 2 à 3 fois plus de "chance" de subir une opération de la cataracte entre 70 et 79 ans qu'entre 60 et 69 ans. Au-delà de 80 ans, le "risque" se stabilise pour les femmes mais semble augmenter pour les hommes.

Si nous résumons la figure 3 en un seul chiffre, en 2009, nous avons 0,62 patient opéré de la cataracte par 100 affiliés MLOZ, tous âge et sexe confondus.

Comme cette chirurgie est principalement pratiquée chez des personnes âgées, nous pouvons attribuer cette légère évolution, du moins en partie, au vieillissement naturel de la population. D'autre part, la technique extra capsulaire permet une prise en charge chirurgicale pour des patients de plus en plus âgés grâce au fait qu'elle est rapide et sûre (< 45 minutes, anesthésie incluse).

4. Types d'hospitalisation pour la chirurgie de la cataracte

La chirurgie de la cataracte peut se faire soit en hospitalisation classique soit en hospitalisation de jour pour une chirurgie ambulatoire. Une troisième voie existe depuis 2009 en Belgique, à savoir la chirurgie ophtalmologique extrahospitalière²⁰. Le tableau 2 ventile le nombre d'interventions pour les patients

opérés sur la période 2006-2009. Nous constatons que la chirurgie de jour (ONE DAY) devient le mode d'hospitalisation le plus fréquent au détriment des séjours hospitaliers classiques.

Tableau 2 : Nombre d'interventions par type d'hospitalisation, 2006-2009

Type d'hospitalisation	Année de prestation				
	2006	2007	2008	2009	Total
One Day	13.499	14.115	15.505	16.287	59.406
Hospitalisations classiques	1.026	1.094	926	897	3.943
Chirurgie extrahospitalière	5	2	8	113	128
Total	14.530	15.211	16.439	17.297	63.477

Sources : Données MLOZ, 2006-2009

Le développement des structures hospitalières permettant l'hospitalisation en ONE DAY et la banalisation de la chirurgie de la cataracte semblent être les vecteurs de la croissance du nombre d'interventions dans ce type de structures pour les patients souffrant de la cataracte (+ 6,5 % par an entre 2006 et 2009).

Cette tendance à la chirurgie de jour (pour quelle que raison que ce soit) répond à la volonté des autorités de réduire les coûts liés aux hospitalisations classiques pour des pathologies qui ne nécessitent pas toute l'intendance hospitalière traditionnelle.

Cet afflux en chirurgie de jour pourrait d'ailleurs poser des problèmes d'organisation en ce qui concerne l'utilisation des salles d'opération ou de la disponibilité des anesthésistes.

Les hospitalisations classiques pour la cataracte décroissent mais ne seront jamais totalement supprimées car l'état de santé de certains patients nécessitera toujours un monitoring plus important pour éviter les incidents péri- et postopératoires.

Les ophtalmologues, pour leur part, défendent de plus en plus l'idée que l'hospitalisation extrahospitalière pourrait induire des économies additionnelles²¹. Cela pourrait également solutionner le probable engorgement des structures actuelles. Mais nous manquons de recul et de données pour valider cette affirmation.

²⁰ Le 1er mai 2009 est entrée en vigueur une modification de l'article 15, §2 de la Loi du 25/11/1997, permettant d'attester des prestations de chirurgie ophtalmique d'une valeur > N200 faites en dehors de l'hôpital. Les mutualités ont insisté pour que le médecin exécutant déclare, dans un formulaire de notification, que les conditions mentionnées dans la nomenclature sont remplies et ce, en vue de la contrôlabilité. AR 16/03/2009, C-2009/22097

²¹ Galand A et al, Chirurgie ophtalmologique extrahospitalière, fascicule d'information, 2007 ; 55 pages

5. Durée de séjour pour une chirurgie de la cataracte

Pour la chirurgie en ONE DAY, la durée de séjour est de maximum 4 heures si tout se passe bien²². En fait, cela va dépendre du type d'anesthésie que le patient subit lors de l'intervention. Une anesthésie générale requerra que le patient reste en chambre de repos sous surveillance alors qu'une anesthésie locale ou topique ne le nécessite pas.

Pour les séjours hospitaliers classiques, nous avons constaté une certaine disparité entre les patients quant à la durée de séjour. Nous avons donc exclu de l'analyse les séjours anormalement long de patients qui devaient souffrir vraisemblablement de pathologies annexes impliquant des hospitalisations longues et non liées à la chirurgie de la cataracte.

Après exclusion de ces "outliers", nous observons qu'un patient opéré de la cataracte restait à l'hôpital entre 1 et 2 jours facturés, soit 1,3 jours en moyenne sans différence entre les sexes, le type de chambre ou le statut social du patient (Bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM) ou non) sur la période 2006-2009²³. Cette moyenne est en phase avec les chiffres de la cellule technique de l'INAMI qui a calculé une durée moyenne facturée de 2 jours²⁴.

6. Coûts d'une intervention

Le coût d'une intervention est une estimation de l'ensemble des dépenses liées à l'opération d'un seul œil lors d'une hospitalisation. Pour un traitement chirurgical complet des deux yeux, il conviendra de simplement multiplier par deux les montants indiqués.

6.1. Méthodologie

Dans un premier temps, nous avons sélectionné tous les patients qui avaient subi une intervention chirurgicale dont le code de nomenclature était spécifique à la cataracte, en excluant donc les prestations qui pouvaient être attribuées à une autre pathologie (myopie, astigmatisme, cataracte secondaire, décollement du vitré,...)²⁵.

La période d'analyse couvre les années 2006 à 2009 incluse. Les données de l'année 2010 n'étaient pas complètes (ou clôturées) lors de l'extraction des données concernant les patients MLOZ.

²² Galand A. La cataracte. Editions du Céfal, 2007. 136 pages.

²³ Nous avons fait l'hypothèse que les hôpitaux ne retiennent pas inutilement les patients et libèrent ceux-ci avant 14 heures le jour de leur sortie. C'est une hypothèse très conservatrice.

²⁴ <https://tct.fgov.be/webetct/etct-web/> (APR-DRG 073 intervention sur le cristallin avec ou sans vitrectomie) pour l'année 2008.

²⁵ La cataracte secondaire, contrairement à ce que son nom indique, n'est pas une « vraie » cataracte. Il s'agit d'une opacification relative qui se produit à l'arrière d'un implant posé chirurgicalement pour traiter une cataracte primaire. Cela peut se produire entre 2 et 5 ans après une opération. C'est un processus analogue à une cicatrisation et non une complication liée à cette opération. Le traitement se fait par laser (YAG laser) à la consultation et non en salle d'opération.

Le tableau 3 reprend les codes de nomenclature pris en compte pour sélectionner les patients opérés d'une cataracte primaire.

Tableau 3 : Codes de la nomenclature d'une opération de la cataracte primaire

Code INAMI	Intitulé
246595-246606	Extraction du cristallin, y compris implantation d'une lentille
246912-246923	Extraction extra capsulaire cristallin par fragmentation + lentille éventuelle
246610-246621	Implantation ou réimplantation d'une lentille intraoculaire dans un temps autre que l'extraction du cristallin
246676-246680	Extraction du cristallin, y compris implantation d'une lentille + cure glaucome
246890-246901	Intervention combinée: extraction cristallin et greffe cornéenne + lentille éventuelle

Une fois les patients sélectionnés, nous avons pris en compte tous les codes de nomenclature facturés lors du séjour hospitalier (médicaments, surveillance, honoraires, implants,...) pour le calcul du coût de l'intervention.

Sur base des dates d'admission et de sortie, nous avons exclu les séjours hospitaliers classiques dont la durée était anormalement longue (outliers) sur base de l'analyse descriptive des données. Finalement, seuls les séjours inférieurs à 6 jours ont été retenus dans l'analyse²⁶.

Quelques patients ont été écartés de l'analyse sur base de données aberrantes dans certains postes de dépenses.

Pour les hospitalisations en chirurgie de jour, aucun critère d'exclusion n'a dû être mis en place car l'analyse descriptive des données disponibles n'a révélé aucune anomalie. Tous les patients sont restés moins d'un jour.

Chaque prestation facturée est ventilée selon les codes de nomenclature de l'INAMI en une dépense AO, un ticket modérateur et un montant pour le(s) supplément(s) demandé(s) pour cette prestation. La somme du ticket modérateur et du supplément constituent le montant à charge du patient ou quote-part du patient. Les prestations sont regroupées par grand groupe de dépenses (honoraires, médicaments, frais de séjour, implants,...)²⁷.

6.2. Coût moyen par intervention

Nous allons détailler le coût moyen d'une opération de la cataracte d'un seul œil, pour l'assurance obligatoire (INAMI via mutualité) et pour le patient (ticket modérateur et suppléments).

La figure 4 indique, par type d'hospitalisation, le coût moyen lié à une intervention pour la cataracte en 2009.

En moyenne, le coût total (AO+TM+Suppléments) d'une intervention pour la cataracte lors d'une hospitalisation classique (2 841 €, n=897) est 50 % plus chère qu'une hospitalisation en chirurgie de jour (1 899 €, n=16 287).

Les frais à charge de l'assurance maladie (AO pour assurance obligatoire, INAMI) concernent principalement 3 grands postes qui vont représenter plus de 75 % des dépenses publiques.

En premier lieu, les prestations liées la chirurgie (45,1 %) telles que les honoraires de l'ophtalmologue et de l'anesthésiste, l'acte chirurgical en lui-même,... En deuxième lieu, nous trouvons les dépenses liées aux frais de séjour hospitalier (budget des moyens financiers, soit 21,4 %)²⁸. Ensuite, nous avons le poste des implants (c'est-à-dire la lentille qui va remplacer le cristallin et le matériel annexe) qui représente 10,6 % des 2 182 € du coût à charge de l'INAMI.

Les médicaments induisent 7,7 % des dépenses ce qui reflète une moyenne de 169 €. Ce montant ne représente pas la consommation médicamenteuse réelle du patient car 152 € (en moyenne) des 169 € concernent l'attribution du forfait pour les médicaments remboursables²⁹. Les produits remboursables sont utilisés principalement lors de l'anesthésie.

²⁶ Les patients "outliers" sur la durée de séjour ont été exclus sur base de la formule suivante : $Q3 + 1,5 * (Q3 - Q1)$.

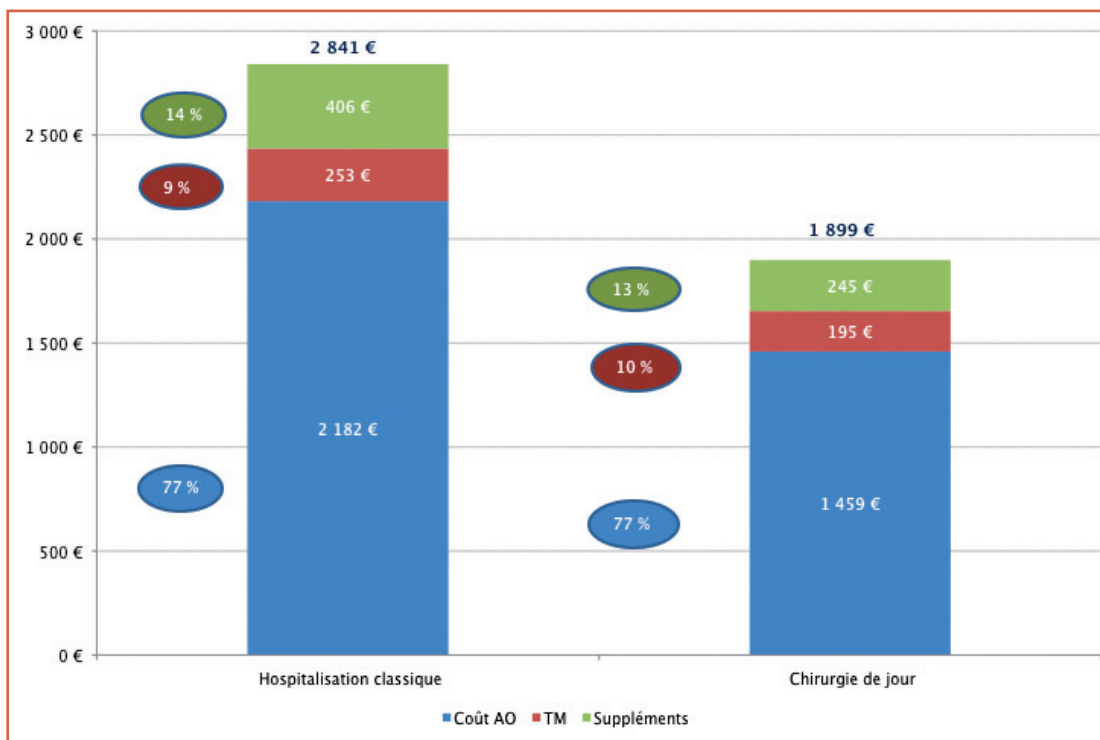
²⁷ En d'autres termes, nous n'avons pas exclus systématiquement les « outliers » sur les dépenses constatées par les factures transmises aux mutuelles car ces dépenses ont été faites au cours du séjour "inlier".

²⁸ Il s'agit de montants forfaitaires qui doivent couvrir l'ensemble des frais de séjour et de soins. Il y a un montant forfaitaire à l'admission et un montant forfaitaire pour chaque journée passée à l'hôpital (ou journée d'entretien). Ces montants sont différents pour chaque hôpital. Une partie de ces montants est remboursée par la mutualité. L'autre partie est à charge du patient. C'est sa quote-part personnelle. L'importance de cette quote-part n'est pas la même pour tout le monde puisque certaines catégories de patients bénéficient d'un régime préférentiel.

²⁹ Pour les hospitalisations classiques, chaque hôpital reçoit, par admission, un forfait pour certains médicaments remboursables. Ce montant est attribué qu'il y ait ou non une consommation effective de médicaments pendant le séjour. Ce forfait est sensé couvrir 75 % du coût des médicaments remboursables utilisés en moyenne lors d'un séjour hospitalier dans l'hôpital concerné. Les 25 % restant sont remboursés à la prestation réelle. Si nous retirons le forfait moyen attribué à chaque hôpital (152 €), nous avons, en moyenne, pour 17 € (169 € - 152 €) de médicaments remboursables en hospitalisation classique. Ces 17 € représentent une partie des 25 % des médicaments forfaitarisés et une partie des médicaments non forfaitarisés.



Figure 4 :
Coût moyen d'une intervention chirurgicale de la cataracte par type d'hospitalisation, 2009



La part relative des diverses composantes de ce coût est quasi identique avec une intervention de l'INAMI qui couvre 75 % du coût total et une quote-part patient à 25 %.

Le tableau 4 reprend la ventilation du coût total par intervention en différents postes de dépenses pour une hospitalisation classique.

Tableau 4 : Ventilation du coût moyen INAMI selon le poste de dépenses en hospitalisation classique, 2009

	AO		TM		Suppléments	
	Montant (€)	Pourcentage (%)	Montant (€)	Pourcentage (%)	Montant (€)	Pourcentage (%)
Chirurgie (honoraires)	985 €	45,1 %	0 €	0,1%	350 €	86,2 %
Frais de séjour (calculés à 100 %)	466 €	21,4 %	30 €	11,8 %	3 €	0,7 %
Implants	230 €	10,6 %	199 €	78,5 %	10 €	2,4 %
Médicaments	169 €	7,7 %	2 €	0,8 %	35 €	8,6 %
Biologie clinique	106 €	4,9 %	5 €	2,0 %	0 €	0,1 %
Imagerie médicale	82 €	3,7 %	5 €	1,9 %	1 €	0,2 %
Autres (27 postes)	143 €	6,6 %	13 €	5,0 %	8 €	1,9 %
Total	2.182 €	100 %	253 €	100 %	406 €	100 %

Les frais à charge du patient sont de deux types. D'abord, le patient paie une partie des prestations remboursables : c'est le ticket modérateur. Ensuite, le patient doit payer des suppléments qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie (les médicaments non remboursables, les implants non remboursables, les frais liés au confort de la chambre choisie par le patient,...) mais aussi les suppléments d'honoraires demandés par certains prestataires.

Le ticket modérateur est pour 78,5 % lié à l'implant et plus précisément à deux postes très spécifiques appelés "la marge de délivrance"³⁰ et "la marge de sécurité"³¹. La marge de délivrance consiste en des honoraires octroyés au pharmacien hospitalier et est à la charge du patient.

En 2009, ces "honoraires" représentait 20 % des 199 €. La marge de sécurité qui dépend du prix facturé de la lentille utilisée, représente quasi 50 % du TM moyen (soit 88 €).

Le patient intervient également dans ses frais de séjours et de soins à l'hôpital (30 € en moyenne).

Les suppléments à charge du patient lors d'une hospitalisation classique sont principalement liés aux suppléments d'honoraires demandés par l'ophtalmologue et par l'anesthésiste (ensemble 350 € en moyenne, soit plus de 86 % des suppléments). Les 1,9 % du poste "Autres" sont principalement des suppléments liés à des prestations non remboursables par l'INAMI telles que certains implants ou prestations diagnostiques ou de soins non remboursables.

Le tableau 5 reprend la même ventilation des coûts totaux mais pour les hospitalisations en chirurgie de jour (ONE DAY).

Les frais à charge de l'assurance maladie (AO) concernent les mêmes trois grands postes qui vont représenter quasi 90 % des dépenses publiques.

Les prestations liées la chirurgie (59,9 %) représentent les honoraires de l'ophtalmologue, de l'anesthésiste et l'acte chirurgical en lui-même,...

Tableau 5 : Ventilation du coût moyen INAMI selon le poste de dépenses en chirurgie de jour, 2009

	AO		TM		Suppléments	
	€	%	€	%	€	%
Chirurgie (honoraires)	758 €	52,0 %	1 €	0,3 %	188 €	77,0 %
Frais de séjour (calculés à 100%)	37 €	25,8 %	0 €	0,0 %	0 €	0,2 %
Implants	190 €	13,0 %	185 €	95,1 %	7 €	2,7 %
Médicaments	15 €	1,0 %	3 €	1,6 %	21 €	8,4 %
Biologie clinique	75 €	5,2 %	0 €	0,0 %	0 €	0,0 %
Imagerie médicale	0 €	0,0 %	0 €	0,0 %	0 €	0,0 %
Autres (27 postes)	44 €	3,0 %	6 €	3,0 %	29 €	11,7 %
	1.459 €	100,0 %	195 €	100,0 %	244 €	100,0 %

³⁰ Cette marge de délivrance couvre les éléments suivants : l'information aux implantateurs potentiels, l'achat de l'implant, la gestion des stocks, la stérilité de l'implant et, la dispensation et la surveillance du tracé parcouru par l'implant. La marge de délivrance du pharmacien hospitalier pour les implants de catégories 1 et 2 s'élève à 10 % du prix de vente (à l'hôpital) TVA incluse au prix de l'implant admis par le comité de l'assurance avec un plafond de 148,75 €. Depuis 2006, la marge de délivrance des fournitures d'implants est **reprise dans le compteur MAF**.

³¹ Cette marge de sécurité est un pourcentage que l'on ajoute au coefficient U du type d'implant de la NPS de l'INAMI de tel sorte qu'un prix plafond soit fixé au-dessus duquel il n'y a plus de remboursement en assurance obligatoire. Le patient paiera ce "supplément" de sa poche en tant que ticket modérateur. A ce titre, la marge de sécurité pour les implants entre dans le calcul du MAF depuis le 1er juillet 2008.



Ensuite, nous retrouvons les dépenses liées aux frais de séjour hospitalier et de soins, soit 25,8 % des 1.459 €. Ce poste est logiquement nettement moindre que pour une hospitalisation classique puisque le patient ne reste que quelques heures à l'hôpital³². Enfin, nous avons le poste des implants qui représente 13,0 % du coût à charge de l'INAMI.

Les médicaments remboursables ne représentent plus que 1,0 % des dépenses soit 15 € alors qu'en hospitalisation classique, ce même poste représente... 169 €. La différence s'explique uniquement par l'attribution du forfait couvrant (en partie) les médicaments remboursables pour les hospitalisations classiques³³.

Le ticket modérateur est pour 95,1 % lié à l'implant. Cela représente en moyenne 185 €. Comme pour les hospitalisations classiques, la marge de sécurité et la marge de délivrance expliquent principalement ce montant (ensemble 60 % des 185 € de TM). Les 40 % restants concernent l'utilisation de (petits) dispositifs médicaux lors de l'extraction extra capsulaire du cristallin (matériel facilitant la pose de la lentille).

Le patient n'intervient pas dans ses frais de séjours et de soins pour une hospitalisation en chirurgie de jour.

Les suppléments à charge du patient lors d'une hospitalisation classique sont, à nouveau, liés aux suppléments d'honoraires demandés par l'ophtalmologue et par l'anesthésiste (ensemble 188 € en moyenne, soit plus de 77 % des suppléments).

Il est frappant de constater que les suppléments demandés par ces prestataires pour une hospitalisation classique sont quasi le double de ce qui est demandé lors d'une hospitalisation en chirurgie de jour : 350 € versus 188 € de suppléments pour la même intervention !

Les 11,7 % du poste "Autres" sont également des suppléments liés à des prestations non remboursables par l'INAMI telles que certains implants,... En valeur absolue, cela représente 29 €. Ce montant est nettement supérieur aux 8 € demandés lors d'une hospitalisation classique³⁴. La différence semble provenir des coûts additionnels liés aux implants non remboursables utilisés lors de l'intervention.

Pour la chirurgie et les implants remboursables, il est intéressant de comparer les dépenses moyennes entre les 2 types d'hospitalisation. En effet, nous constatons que le coût moyen de la chirurgie est supérieur de 230 € en hospitalisation classique par rapport à la chirurgie de jour.

L'explication est triple : la facturation d'une aide opératoire est plus fréquente en hospitalisation classique qu'en ONE DAY, ensuite il semble que les hôpitaux facturent couramment la prestation liée à l'anesthésie de façon "maximale" sans rapport avec la lourdeur de l'acte chirurgical lié à la cataracte et enfin il y a l'impact d'actes chirurgicaux connexes à la cataracte qui ne sont jamais réalisés en chirurgie de jour.

En ce qui concerne la différence pour le coût AO des implants, la cause se trouve dans le matériel annexe utilisé lors des actes chirurgicaux connexes (coûts AO : 42 € en moyenne en hospitalisation classique et 3 € seulement en chirurgie de jour). Nous en reparlerons dans le point suivant.

En conclusion, la comparaison des tableaux 4 et 5 nous permet déjà de constater que la prise en charge d'une intervention de la cataracte en ambulatoire peut être une source d'économies pour les organismes payeurs et pour les patients.

6.3. Coût moyen d'une intervention selon la région

L'analyse des variations géographiques des coûts des prestations de soins de santé revêt un intérêt administratif (application uniforme de la législation) mais aussi de santé publique (identification des variations de besoins, de comportements de consommation et des inégalités de couverture de soins)³⁵.

La figure 5 présente les dépenses moyennes qui ont été calculées pour les hôpitaux de chacune des régions. Ces montants "bruts" sont ceux que nous constatons réellement "sur le terrain".

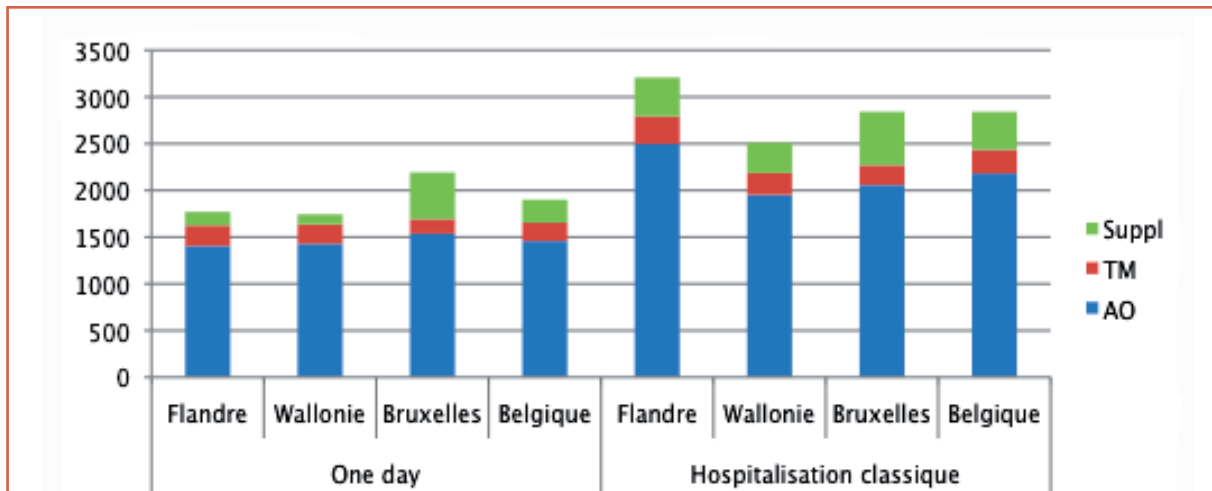
³² Le montant par admission en hospitalisation chirurgicale de jour et le montant de la journée d'entretien sont dus à l'hôpital pour les prestations chirurgicales liées à la cataracte. Le montant mentionné représente les frais de séjours et de soins calculés à 100 %.

³³ A ce jour, il n'y a pas (encore) de forfait pour les médicaments remboursables dans le cadre des hospitalisations en chirurgie de jour.

³⁴ En annexe, nous présentons une évolution de ce poste de dépenses "Autres".

³⁵ Ruz Torres R., Géographie de la consommation médicale : Variations des dépenses de l'assurance de soins de santé en Belgique. Données 2006. INAMI, 2008. <http://www.inami.fgov.be/information/fr/studies/study44/pdf/reportFR.pdf>

Figure 5 :
Dépenses moyennes par région, 2009



Toutefois, pour expliquer les différences régionales, nous ne pouvons pas utiliser les données brutes car ces montants recouvrent une multitude de réalités différentes.

Il convient de standardiser les données de manière à éliminer, dans la mesure du possible, l'influence de facteurs susceptibles d'induire un biais dans les comparaisons.

Nous avons donc "corrigé" les montants en tenant compte de la structure de la population MLOZ fréquentant les hôpitaux de chaque région (âge et sexe) et de leur statut socio-économique (via le proxy BIM-non BIM). Dans notre cas, on a retenu 3 strates d'âge, 2 strates pour le sexe et 2 strates pour le statut de remboursement du patient, soit 12 strates différentes.

Nous avons utilisé la méthode de standardisation indirecte qui répond à la question suivante: "quel serait le coût moyen de la région X si le coût moyen de chaque strate étaient

identiques au coût moyen national de chacune de ces strates ou autrement dit, si le comportement de facturation des hôpitaux de la région X était identique au comportement de facturation de l'ensemble des hôpitaux belges en fonction des caractéristiques de leurs patients"³⁶.

Le tableau 6 présente les coûts bruts et les coûts standardisés d'une intervention dans chaque région en 2009.

Nous constatons que la standardisation indirecte des données a un effet de régression vers la moyenne nationale. En d'autres termes, les différences que l'on peut constater avec les données brutes s'amenuisent après standardisation pour converger vers la moyenne nationale.

La comparaison entre régions ne peut être faite qu'en termes relatifs et non absolus³⁷.

Tableau 6 : Coûts moyens bruts et standardisés d'une intervention par région selon le type d'hospitalisation, 2009

		Coût AO		TM		Suppléments	
		Brut	Standardisé	Brut	Standardisé	Brut	Standardisé
One day	Flandre	1.406 €	1.457 €	218 €	194 €	146 €	247 €
	Wallonie	1.430 €	1.459 €	206 €	195 €	107 €	235 €
	Bruxelles	1.536 €	1.458 €	156 €	194 €	500 €	251 €
	Belgique	1.459 €		195 €		245 €	
Hospitalisation classique	Flandre	2.497 €	2.236 €	295 €	263 €	416 €	449 €
	Wallonie	1.953 €	2.156 €	233 €	245 €	324 €	376 €
	Bruxelles	2.058 €	2.130 €	211 €	249 €	572 €	385 €
	Belgique	2.182 €		253 €		406 €	

³⁶ En annexe, nous présentons la méthode de calcul de la standardisation indirecte.

³⁷ Il est techniquement incorrect de comparer les valeurs des taux obtenus au moyen de la standardisation indirecte pour deux entités géographiques distinctes.

Le tableau 7 présente le tableau 6 sous forme d'indices qui permettent effectivement de comparer les régions entre elles.

En chirurgie de jour, le coût de l'intervention à charge de l'assurance maladie et l'indice standardisé n'ont pas été modifiés par la standardisation des données. Bruxelles a un coût AO de 5,4 % supérieur à la moyenne nationale tandis que la Flandre et la Wallonie sont inférieures respectivement de 3,5 % et 2 % à cette même moyenne nationale.

Tableau 7 : Indices bruts et standardisés des coûts moyen par région et par type d'hospitalisation, 2009

		Coût AO		TM		Suppléments	
		Brut	Standardisé	Brut	Standardisé	Brut	Standardisé
One day	Flandre	96,4	96,5	111,7	112,1	59,5	59,0
	Wallonie	95,0	98,0	105,8	106,0	43,8	45,7
	Bruxelles	105,3	105,4	79,8	80,1	204,1	199,2
	Belgique	100		100		100	
Hospitalisation classique	Flandre	114,5	111,7	116,8	112,2	102,4	92,5
	Wallonie	89,5	90,6	92,3	95,1	79,7	86,0
	Bruxelles	94,4	96,7	83,4	84,7	140,9	148,4
	Belgique	100		100		100	

Les différences qui subsistent après une standardisation en fonction de l'âge, du sexe et du statut de bénéficiaire de l'intervention majorée peuvent être liées à des différences en termes de pratique médicale, de comportement de recours aux soins, ... ou de comportement de facturation des hôpitaux.

La Flandre présente, après standardisation, un ticket modérateur de 12,1 % plus élevé que la moyenne nationale pour chaque intervention alors que la Wallonie est 19,9 % en-dessous de cette moyenne.

Pour les suppléments en ONE DAY, Bruxelles demande le double de la moyenne nationale et jusqu'à 4 fois plus que la Wallonie ou 3 fois plus que la Flandre. Même si le phénomène est connu, nous devons encore constater que le patient hospitalisé est ainsi mis à contribution.

Toutefois, une grande partie des patients qui fréquentent les quelques hôpitaux bruxellois demandant ces suppléments, dispose d'une assurance hospitalisation complémentaire qui paie ces suppléments et finance ainsi un système de santé à deux vitesses.

Pour les hospitalisations classiques, à part le fait qu'une intervention en Flandre coûte à l'assurance maladie 11,7 % de plus que la moyenne nationale, nous constatons les mêmes variations entre les régions par rapport à l'hospitalisation en ONE DAY.

En analysant les postes de dépenses pour expliquer ce coût supérieur en Flandre, il apparaît que les implants et matériels annexes utilisés y sont plus chers, que les frais de séjours et de soins sont plus élevés et que certaines prestations chirurgicales onéreuses y sont pratiquées en même temps que les prestations pour la cataracte (notamment une prestation appelée transparsplana d'une valeur N600 coûtant 700,51 € et présentant 125 cas en 2009). Cette prestation est rarement réalisée en Wallonie (15 cas) et à Bruxelles (14 cas) lors d'une hospitalisation pour la cataracte. Cette différence régionale à ce cumul de prestations chirurgicales est remarquable et ... coûteuse mais peut être justifiée médicalement.

Les suppléments demandés à Bruxelles sont encore de 48,4 % plus élevés que la moyenne nationale. Cela confirme ce que nous avons observé pour les hospitalisations en chirurgie de jour.

Pour ce qui est de la ventilation des divers postes constitutifs des coûts, ils sont très similaires aux tableaux 4 et 5.

Au niveau des prestations chirurgicales, nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence dans les pratiques chirurgicales liées à la cataracte primaire entre les deux principaux types d'hospitalisation. La technique de l'extraction extra capsulaire du cristallin est devenue la pratique de référence dans les trois régions du pays.

6.4. Coût moyen d'une intervention selon le statut socio-économique du patient

Estimer le coût moyen global d'une intervention par type d'hospitalisation était la première étape de notre analyse. Pour affiner la charge financière réelle d'une intervention, il convient de tenir compte du statut social de patient dans un premier temps et du type de chambre choisie par le patient lors d'une hospitalisation classique dans un second temps.

Nous avons constaté que le statut socio-économique du patient avait une influence sur le type d'hospitalisation choisi (ou imposé).

En effet, quelle que soit l'année étudiée, il semble qu'un patient avec un statut de bénéficiaire d'une intervention majorée (BIM) ait une probabilité plus grande d'être hospitalisé de manière classique qu'en chirurgie de jour (χ^2 Pearson, $p < 0,001$ et $OR = 1,49$ [1,28-1,73]).

Ce constat est étonnant alors que nous venons de voir qu'une hospitalisation en chirurgie de jour coûtait, en moyenne, moins cher qu'une hospitalisation classique.

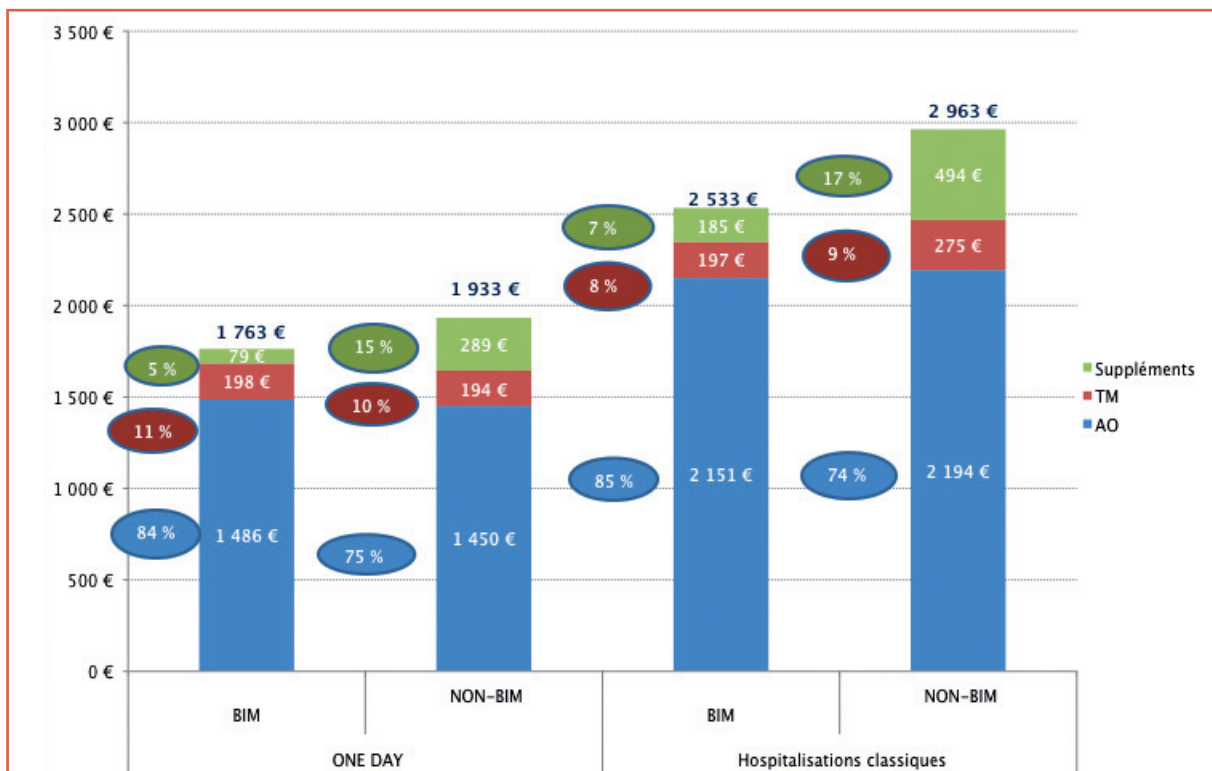
L'explication du "choix" d'une hospitalisation classique doit vraisemblablement être trouvée dans la situation familiale ou l'état de santé global du patient.

D'une part, nous savons qu'un patient BIM a, en moyenne, un état de santé moins bon qu'un patient non BIM, ce qui nécessite une prise en charge plus "lourde" et une surveillance médicale postopératoire plus importante³⁸.

D'autre part, il est probable qu'un patient avec un statut BIM ait un support familial plus fréquemment déficient lors de son retour à la maison après son opération. Or, un patient âgé doit pouvoir compter sur son entourage pour les activités quotidiennes postopératoires.

La figure 6 reprend les coûts moyens d'une intervention selon le statut social du patient et du type d'hospitalisation en 2009.

Figure 6 :
Coûts moyens d'une intervention selon le statut social du patient et du type d'hospitalisation, 2009



³⁸ Institut Scientifique de la Santé Publique-Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid : Enquête de santé par interview Belgique, 2008. <http://www.wivisp.be/epidemiologie/CROSPFR/HISFR/table08.htm>

En ONE DAY, comme l'intervention se passe sur quelques heures, il n'est pas étonnant qu'il n'y ait pas de différence de coût entre les patients avec un statut BIM et les non-BIM pour ce qui concerne les dépenses de l'assurance maladie et du ticket modérateur.

En effet, les prestations chirurgicales, les implants ainsi que l'ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors d'une intervention ont le même coût que l'on soit BIM ou non.

Le ticket modérateur sur les implants, principalement les marges de délivrance et de sécurité, est similaire pour tous les patients³⁹. Rappelons que ces marges cumulées représentent 95 % du total des tickets modérateurs en ONE DAY.

Par contre, au niveau des suppléments, nous constatons une nette différence selon le statut social du patient. Les suppléments d'honoraires et les suppléments sur les médicaments et les implants non remboursables sont 3,6 fois plus élevés si le patient n'est pas BIM (79 € vs. 288 €).

Pour les hospitalisations classiques, le coût pour l'assurance maladie est identique pour les BIM et les non-BIM. Ceci est cohérent puisque les actes chirurgicaux et les frais de séjour et de soins sont équivalents pour les deux groupes sociaux. Le ticket modérateur est 30 % plus élevé pour les patients non-BIM et reflète le remboursement préférentiel des prestations remboursables pour les patients BIM.

Par contre, les suppléments à charge des patients non BIM sont 2,5 fois plus élevés que pour les patients BIM (185 € vs. 494 €).

A nouveau, l'analyse des postes responsables de cette différence montre que les suppléments d'honoraires demandés par l'ophtalmologue et l'anesthésiste sont à mettre en évidence.

Nous constatons une quasi absence de suppléments pour le type de chambre choisi par le patient. Les suppléments sur les implants sont marginaux. Les patients ordinaires ont également des suppléments pour les honoraires mais 3 fois supérieurs par rapport à un assuré bénéficiant d'une intervention majorée.

Un patient BIM est donc financièrement pénalisé (via les suppléments) par le fait d'être (ou de devoir être) hospitalisé de manière classique à cause de son état de santé global ou d'un support familial (ou autre) inadéquat à son domicile après l'intervention.

Complémentairement, nous avons testé si le statut social d'un patient influençait le choix de la technique chirurgicale. Nous n'avons trouvé aucune différence (χ^2 Pearson, $p > 0,05$). La figure 1 répondait déjà visuellement à la question. En 2009, nous constatons une substitution quasi complète de la technique d'extraction "classique" du cristallin par la technique d'extraction extra capsulaire du cristallin. Tous les patients, quel que soit leur statut social, en ont bénéficié, d'autant plus qu'il n'y a pas de ticket modérateur sur la chirurgie. La différence de coût entre les 2 principales techniques est à charge de l'INAMI.

Pour les hospitalisations classiques, nous pouvons affiner les résultats en tenant compte du type de chambre occupé par le patient.

Le tableau 8 ventile les différents types de coûts en fonction du statut social de l'assuré et du type de chambre choisi par ce dernier.

En analysant les effectifs relatifs (colonne "N") dans chaque type de chambre, il semble que les patients BIM fréquentent les chambres particulières dans la même proportion que les patients non BIM lorsqu'ils se font opérer de la cataracte (χ^2 Pearson, $p > 0,05$). En analysant les effectifs cumulés de 2006 à 2009, nous obtenons le même résultat.

Tableau 8 : Ventilation des différents types de coûts selon le statut social du patient et du type de chambre, 2009

	BIM				NON-BIM			
	2009	N	AO	TM	Suppléments	N	AO	TM
Chambre 1 lit	65	2.083 €	207 €	251 €	169	2.235 €	295 €	569 €
Chambre 2 lits-commune	191	2.174 €	196 €	188 €	472	2.179 €	268 €	479 €

Nous n'avons pas constaté de différences statistiques entre les moyennes des dépenses de l'assurance maladie des BIM et des non-BIM selon le type de chambre.

Par contre, pour les tickets modérateurs et les suppléments, les patients non-BIM paient statistiquement (beaucoup) plus que les patients BIM et les patients installés dans une chambre particulière paient plus de suppléments que ceux logés dans une chambre commune ou à deux lits (Fisher, $p < 0,05$).

Ces suppléments sont essentiellement dûs aux suppléments d'honoraires médicaux sur les prestations de chirurgie et d'anesthésie.

³⁹ La marge de délivrance est fixe pour chaque type d'implant. Comme 99 % des lentilles utilisées sont groupées sous le code de nomenclature 682776-682780, la marge de délivrance est fixée à 7,74 € (soit 10 % du remboursement INAMI). La marge de sécurité est aussi fixe par rapport au montant remboursé par l'INAMI (113 %). Mais le montant à charge du patient dépend du prix facturé par l'hôpital pour la lentille choisie par l'ophtalmologue.

6.5. Variabilité des coûts d'une intervention selon les hôpitaux

Les coûts moyens mentionnés jusqu'à présent, pour une intervention de la cataracte, cachent une (très) grande variabilité à l'intérieur d'un même hôpital et entre les hôpitaux. Cette variabilité touche aussi bien les coûts à charge de l'assurance maladie que les coûts à charge du patient (ticket modérateur et suppléments).

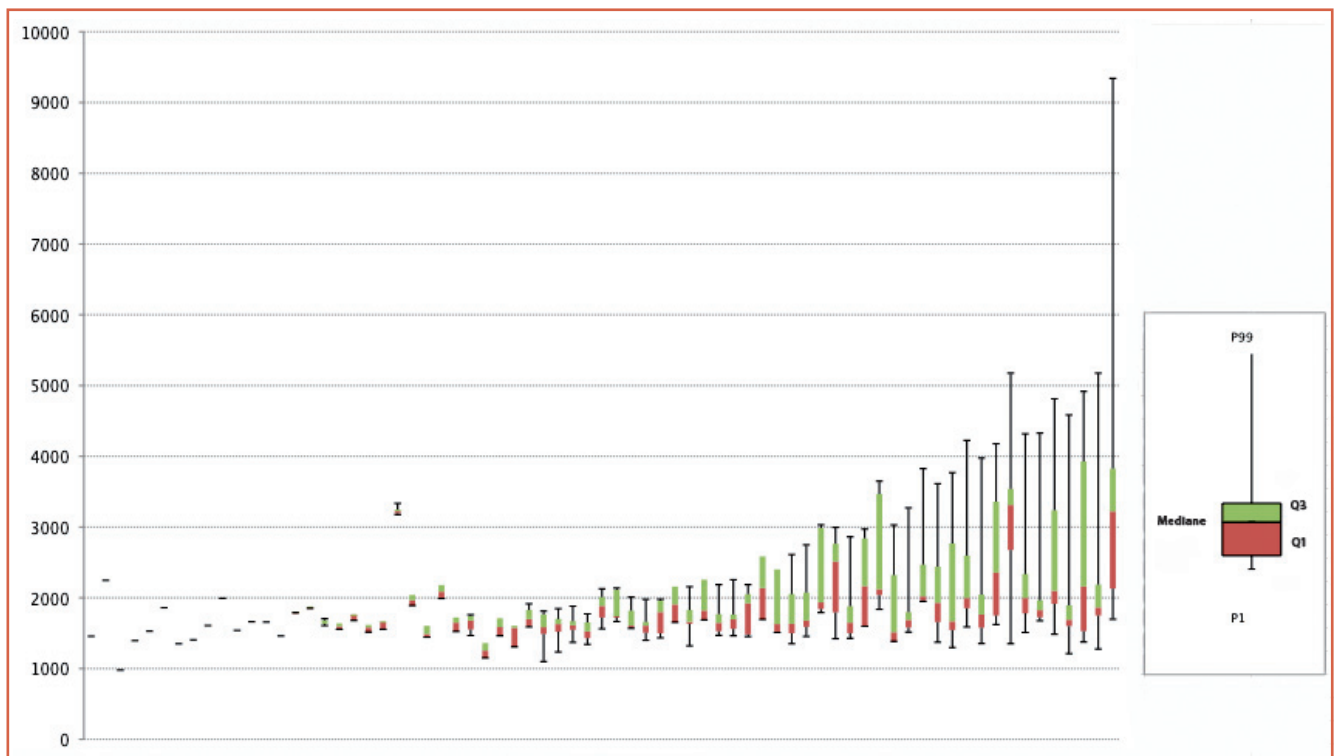
La figure 7 présente la variabilité du coût moyen d'une intervention pour la cataracte (en 2009), par hôpital, à charge de l'assurance maladie pour les prestations chirurgicales en hospitalisation classique. En ordonnée, nous avons le coût en euros et en abscisse, les hôpitaux (n= 897 interventions réparties sur 71 hôpitaux anonymisés, en 2009). Il s'agit de box-plot dont les moustaches représentent respectivement le premier et le 99^e percentile. La boîte synthétise le premier quartile, la médiane et le 3^e quartile.

Cette variabilité peut s'expliquer de diverses manières. D'abord, à l'intérieur d'un même hôpital, nous pouvons trouver plusieurs prestataires (ophtalmologues) qui ont leur façon de travailler (habitudes chirurgicales, techniques diagnostiques (examens techniques ophtalmologiques utilisés en pré-op,...), type d'anesthésie préférée, les implants utilisés...).

Ensuite, chaque patient est différent quant à sa (co)-morbidité. Cela induit des soins et des prestations techniques qui ne sont pas uniformes pour tous les patients et qui ont un coût parfois élevé.

Enfin, au niveau statistique, la moyenne et la dispersion sont calculées sur des nombres de cas qui peuvent être différents. Certains hôpitaux n'ont eu que quelques cas (n<10), d'autres plus de 100 par an durant l'année 2009.

Figure 7 :
Variabilité des coûts moyens INAMI intra- et inter hospitaliers pour les hospitalisations classiques, 2009

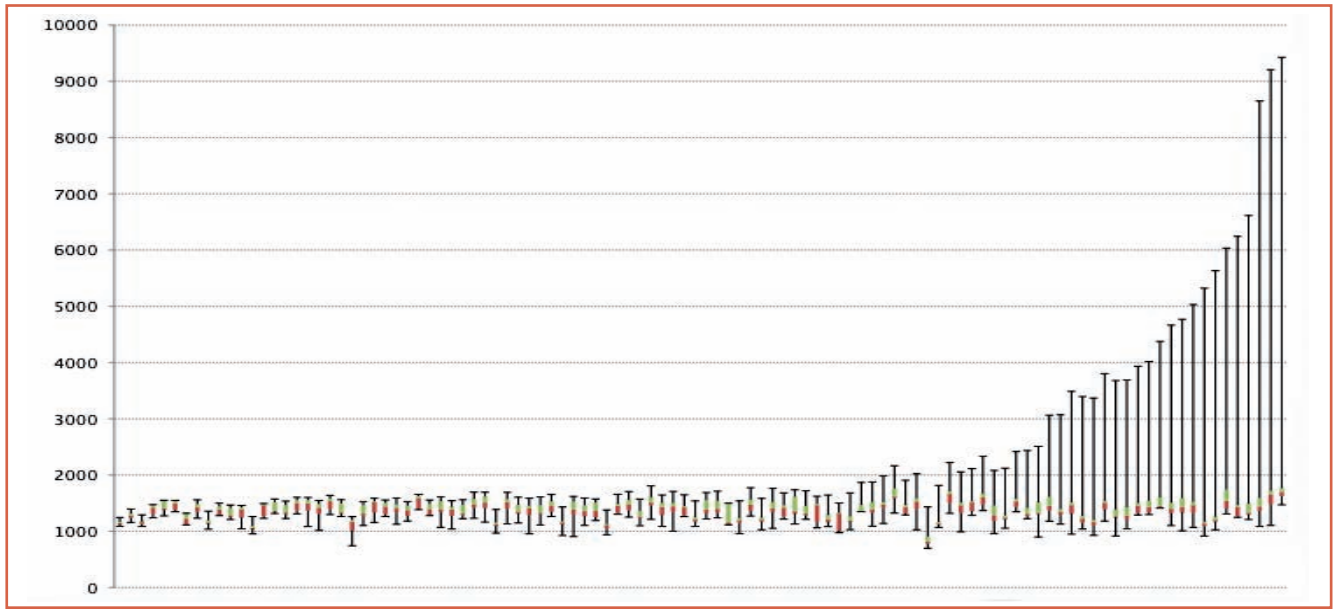


La figure 7 est similaire à la figure 8 mais pour les hospitalisations en chirurgie de jour (16.305 interventions réparties sur 107 hôpitaux en 2009). La variabilité entre les hôpitaux semble moins grande puisque chaque hôpital présente une moyenne d'environ 1.400 €.

Par contre, les valeurs extrêmes pour les coûts (outliers) sont nettement plus nombreuses et plus importantes en valeur.

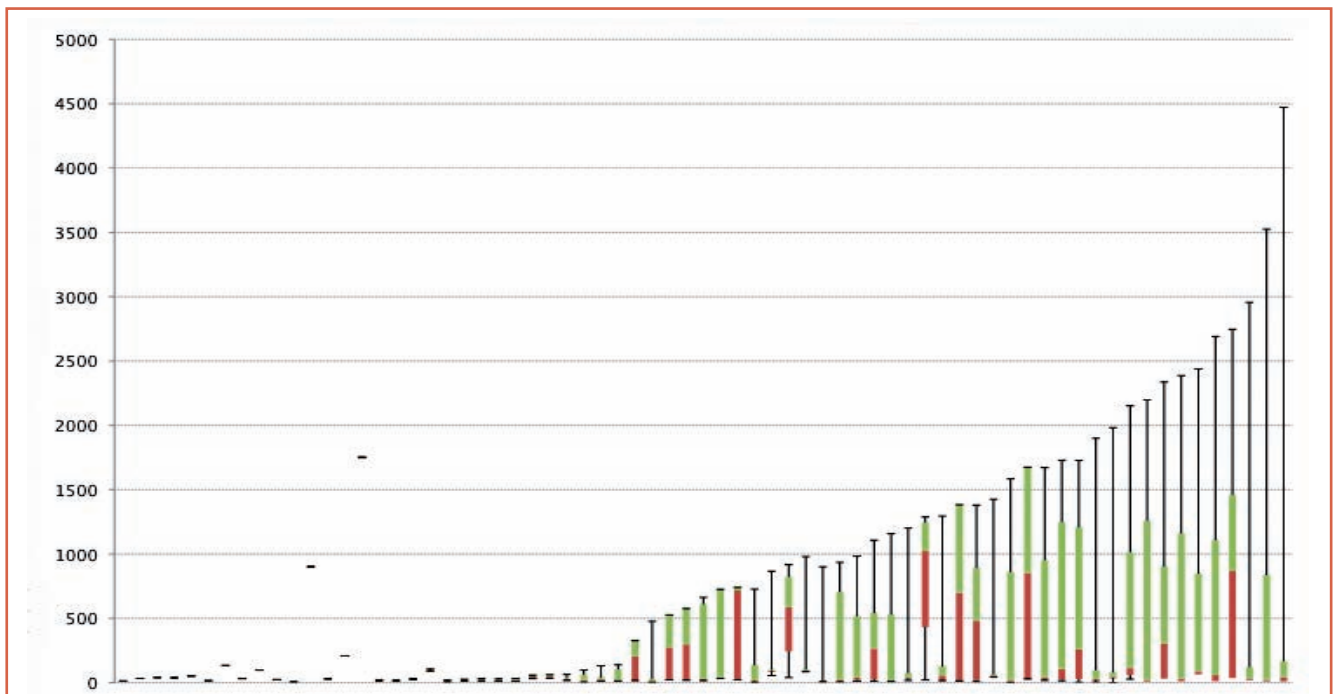
Il convient de relativiser l'importance du phénomène. En effet, un coût est considéré comme "outlier" s'il est supérieur à 1.999 €⁴⁰. Cela ne concerne que 228 cas sur les 16.305 interventions en ONE DAY (soit 1,4 %). Rappelons que cette intervention chirurgicale concerne des patients âgés dont la comorbidité peut être très importante.

Figure 8 :
Variabilité des coûts moyens INAMI intra- et inter hospitaliers en chirurgie de jour, 2009



Au niveau des suppléments, nous constatons une variabilité tout aussi importante entre les hôpitaux selon le type d'hospitalisation. La figure 9 représente les suppléments demandés aux patients lors d'une hospitalisation classique.

Figure 9 :
Variabilité des suppléments demandés par les hôpitaux lors d'une hospitalisation classique, 2009

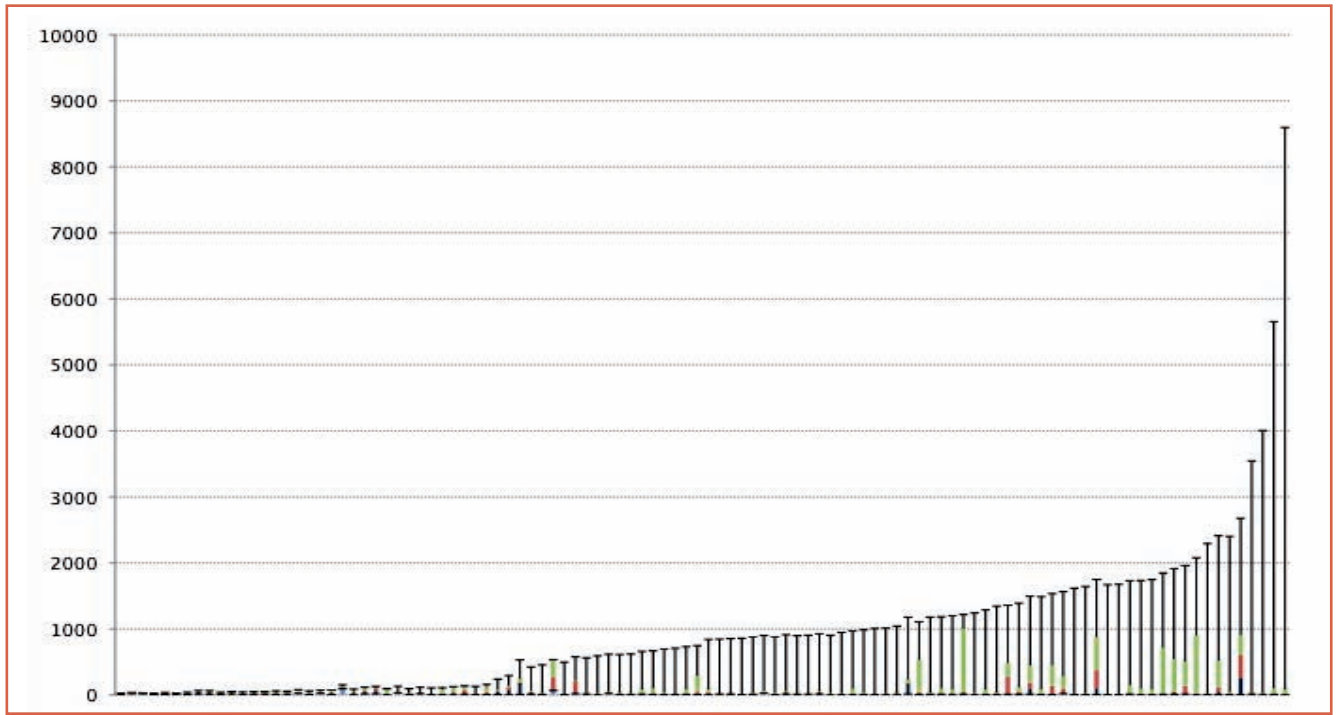


⁴⁰ Si on applique la formule traditionnelle : $Q3 + 2(Q3 - Q1)$ pour les coûts moyens.

Certains hôpitaux et/ou prestataires n'hésitent pas à demander des montants très importants aux patients. Il est frappant de constater qu'un même hôpital, pour une même intervention générique, peut demander 10 € ou 1.500 € selon le patient.

La situation semble même plus chaotique pour les suppléments demandés lors des hospitalisations en chirurgie de jour comme le montre la figure 10⁴¹.

Figure 10 :
Variabilité des suppléments demandés par les hôpitaux en chirurgie de jour, 2009



A nouveau, nous constatons graphiquement que, même pour une hospitalisation de quelques heures, les suppléments demandés au patient peuvent être importants voire extravagants.

Nous avons détecté 1.787 interventions avec des suppléments qui peuvent être considérés comme des "outliers", soit 10,9 % des interventions réalisées en 2009 sur des affiliés MLOZ.

Les suppléments d'honoraires doivent encore être pointés du doigt, principalement ceux demandés par le chirurgien ophtalmologue.

⁴¹ L'analyse descriptive des suppléments en ONE DAY indique que les données ne suivent pas une loi normale mais plutôt log-normale. Environ 75 % des suppléments demandés sont inférieurs à la moyenne de 244 €, 80 % sont inférieurs à 470 €, 90 % à moins de 850 €. Pour quelques heures d'hospitalisation...

6.6. Coûts d'une intervention selon le statut universitaire ou non de l'hôpital

Les hôpitaux universitaires sont peu nombreux mais sont localisés dans des zones densément peuplées⁴². Ils ont un pouvoir d'attraction indéniable sur les patients car ils bénéficient d'une image de qualité et de plus grande technicité.

Le tableau 9 résume toute l'information disponible sur les patients dans les différents types de structures et d'organisations hospitalières ainsi que les coûts moyens dans chacune de celles-ci en fonction du statut socio-économique du patient. Les données concernent l'année 2009.

Première constatation, les chambres à 2 lits sont moins fréquentées que les chambres individuelles ou les chambres communes. Il peut s'agir d'une stratégie délibérée des hôpitaux de ne plus proposer ce type de chambre.

Deuxième constatation, pour les hospitalisations classiques, les patients BIM fréquentent proportionnellement moins les hôpitaux universitaires que les patients non BIM (χ^2 Pearson, $p < 0,05$ et $OR = 1,54$ [1,11 ; 2,15]). Pour les hospitalisations en

chirurgie de jour, nous n'observons pas cette différence de fréquentation entre les patients.

Comment expliquer ce phénomène ? A priori, comme cette chirurgie est "réservée" à une patientèle âgée, nous pouvons émettre l'hypothèse que les personnes plus fragiles au niveau de leur santé et donc avec une comorbidité multiple, avec un statut BIM, se font hospitaliser de manière classique dans un hôpital proche de chez eux.

Les raisons, déjà évoquées plus haut, peuvent être liées à la surveillance médicale en postopératoire et/ou un support familial déficient au domicile du patient. Les patients âgés en meilleure santé (avec ou sans statut BIM) peuvent se faire opérer en ambulatoire et choisir éventuellement un hôpital universitaire plus éloigné.

Pour les affiliés MLOZ, nous remarquons que dans plus de 80 % des cas, les interventions pour la cataracte ont lieu dans un hôpital non-universitaire.

Tableau 9 : Coûts moyens d'une intervention selon le statut socioéconomique du patient, le type d'hospitalisation, le type d'hôpital et le type de chambre, 2009

			Statut socioéconomique du patient							
			BIM				NON_BIM			
Type d'hospitalisation	Type d'hôpital	Type de chambre	N	Montant AO	TM	Suppl.	N	Montant AO	TM	Suppl.
Hospitalisations classiques	hôpital non-universitaire	1 lit	49	1.863 €	202 €	194 €	116	2.057 €	282 €	611 €
		2 lits	40	2.112 €	185 €	102 €	99	1.865 €	257 €	458 €
		commune	105	1.948 €	188 €	128 €	214	1.956 €	249 €	465 €
	hôpital universitaire	1 lit	16	2.756 €	223 €	423 €	53	2.624 €	325 €	478 €
		2 lits	14	3.093 €	240 €	642 €	57	2.600 €	297 €	602 €
		commune	32	2.594 €	206 €	143 €	102	2.718 €	299 €	406 €
ONE DAY	hôpital non-universitaire		3.086	1.456 €	196 €	79 €	11.381	1.245 €	191 €	298 €
	hôpital universitaire		359	1.681 €	211 €	76 €	1.478	1.304 €	216 €	213 €

Troisième constatation, les coûts moyens d'une intervention sont toujours plus élevés dans un hôpital universitaire (F Scheffé, $p < 0,05$) sauf pour les suppléments demandés aux patients, quel que soit le type d'hospitalisation ou le type de chambre choisi par le patient.

Cette différence de coûts provient uniquement du fait que les hôpitaux universitaires reçoivent un financement pour les frais de séjour et de soins de leurs patients nettement plus élevé que les hôpitaux non universitaires.

⁴² Il s'agit des hôpitaux faisant partie de la CHAB (Confédération des Hôpitaux Académiques de Belgique). Tous les autres hôpitaux sont considérés comme non universitaires même si quelques-uns de leurs lits ont la qualité d'universitaire (essentiellement pour pouvoir former les assistants spécialistes).

7. Variations dans les prestations réalisées lors d'une intervention

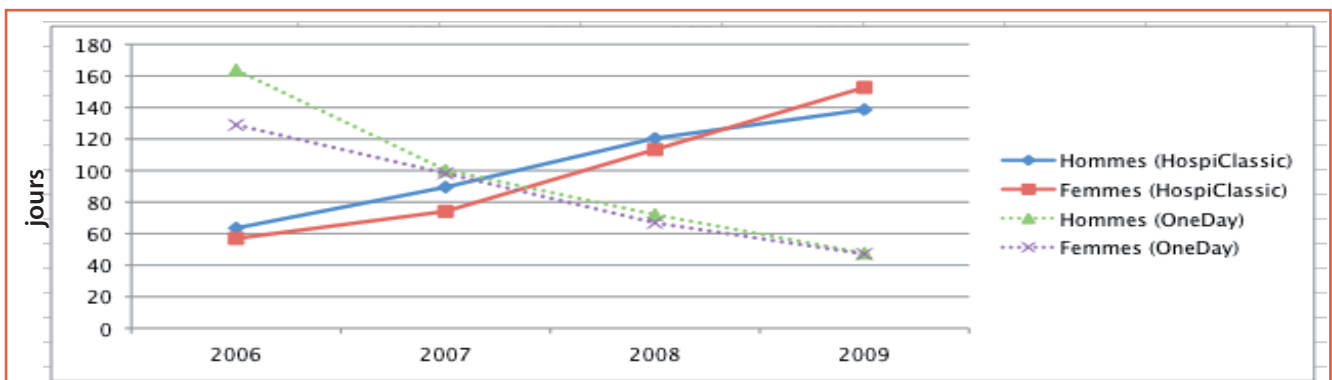
7.1. Prestations chirurgicales

Nous avons vu que la chirurgie de la cataracte comprenait principalement 5 prestations résumées par les codes de nomenclature repris dans le tableau 3. Depuis le remboursement de la chirurgie par extraction extra capsulaire⁴³, cette technique a quasi remplacé les autres interventions possibles et ce, indépendamment du type d'hôpital, du type d'hospitalisation (ONE DAY ou classique), de la région ou du statut socio-économique du patient.

Les patients se font souvent opérer des deux yeux. Nous avons constaté que le délai entre les deux opérations a fortement évolué selon le type d'hospitalisation entre 2006 et 2009.

La figure 11 montre que le délai moyen pour qu'un patient se fasse opérer du deuxième œil augmente spectaculairement pour les patients qui se font hospitaliser de manière classique en passant de 60 jours en 2006 à 140 jours en 2009 alors qu'en chirurgie de jour ce délai suit exactement la tendance inverse en passant de 140 jours à 55 jours.

Figure 11 :
Délai moyen entre deux interventions chirurgicales sur un même patient, 2009.



La symétrie est frappante. Il est tentant d'expliquer ce phénomène par le changement de technique chirurgicale et par la concentration des patients problématiques en hospitalisation classique. Nous manquons d'informations pour corroborer cette hypothèse.

⁴³ La phacoémulsification est une prestation remboursée par l'INAMI depuis le 1^{er} mai 2007.

7.2. Prestations liées l'anesthésie

La lutte contre la douleur d'une part et la minimisation de l'inconfort du patient doivent être des éléments clés d'une hospitalisation réussie.

La chirurgie de la cataracte se fait sous anesthésie. Celle-ci peut être générale, locale (injection dans l'orbite) ou topique ("inhibition" de l'œil par des gouttes anesthésiques). Un globe oculaire immobile pendant l'intervention est un facteur de sécurité opératoire⁴⁴. Cette anesthésie peut être faite par l'ophtalmologue lui-même (pour l'anesthésie topique) ou par un anesthésiste (pour les 3 types d'anesthésie).

Les anesthésies locales et générales ne sont jamais sans risque et ce d'autant plus que la chirurgie de la cataracte s'adresse à une population âgée avec une forte comorbidité retrouvée dans la plupart des cas. L'hypertension artérielle, les cardiopathies ischémiques, l'hypothyroïdie, le diabète et l'obésité morbide sont les pathologies associées les plus fréquentes à ces âges⁴⁵.

Le choix entre ces trois types d'anesthésie est fait par l'ophtalmologue, en accord avec l'anesthésiste, en fonction de la durée de l'intervention (environ 30 minutes dont 15 minutes à l'intérieur de l'œil), de l'état de santé du patient (état pulmonaire, traitement médicamenteux, ... et état de stress) tout en respectant les contre-indications des anesthésies générales et locales.

Actuellement, le choix de la technique anesthésique s'oriente de plus en plus vers une anesthésie locale ou topique même si l'anesthésie générale est recommandée dans les cas où l'anesthésie locale sans sédation est contre-indiquée.

L'anesthésie locale et/ou topique permet une rotation rapide des salles d'opération et répond particulièrement bien aux exigences de la chirurgie de jour en pleine expansion en Belgique. Bien que le coût d'une anesthésie locale ou topique soit moindre que celui de l'anesthésie générale, l'indication anesthésique devrait rester une décision dictée par les intérêts médicaux pour la sécurité du patient.

En moyenne, pour la chirurgie de la cataracte, un anesthésiste intervient seul dans 90 % des hospitalisations classiques et dans 75 % des hospitalisations de jour. L'ophtalmologue réalise seul l'anesthésie dans presque 20 % des interventions en chirurgie de jour et jamais en hospitalisation classique. Les anesthésies mixtes se font dans 10 % des cas dans les hospitalisations classiques et 5 % dans les ONE DAY⁴⁶. Ces pourcentages sont relativement stables au cours du temps.

En ONE DAY, les ophtalmologues effectuent plus fréquemment, en solo, l'anesthésie de leurs patients dans les hôpitaux universitaires avec le corollaire que les anesthésies mixtes (ophtalmo-anesthésistes) y soient aussi plus fréquentes que

dans les hôpitaux non universitaires (χ^2 Pearson, $p < 0,05$). Pour les patients hospitalisés de manière classique, les anesthésistes interviennent dans toutes les anesthésies. Les ophtalmologues initient cette anesthésie dans 10 % des cas (=anesthésie mixte).

Une anesthésie mixte peut être nécessaire lorsque, après sédation topique, le patient bouge encore trop les yeux (stress,...)⁴⁷. L'anesthésiste prend alors le relai pour une anesthésie locale (piqûre dans l'orbite qui "paralyse" les muscles oculomoteurs) ou une anesthésie générale (de très courte durée).

Avec des données de facturation, il est quasi impossible de savoir exactement quel type d'anesthésie a réellement été pratiquée sur un patient. Les produits anesthésiques utilisés et facturés sont des indicateurs peu pertinents pour classifier l'anesthésie réalisée lors d'une intervention.

En effet, la classification ATC fournit bien 2 codes spécifiques, N01A (anesthésiques généraux) et N01B (anesthésiques locaux), mais nous avons constaté que dans près de la moitié des interventions en chirurgie de jour et dans 2/3 des hospitalisations traditionnelles, des anesthésiques généraux ont été facturés aux patients lors de l'intervention.

Par contre, pour les hospitalisations en ONE DAY, nous constatons, sur base de la facturation d'un maxi-forfait "anesthésie générale en chirurgie de jour", que moins de 1 % des interventions ont nécessité une anesthésie générale. Ce pourcentage est constant dans le temps. Cela signifie que dans les autres cas, des anesthésiques généraux ont été utilisés pour une sédation légère du patient en plus d'une anesthésie locale ou topique.

Pour les hospitalisations classiques, nous n'avons pas d'indicateur de facturation permettant d'isoler, de manière univoque, les anesthésies générales des autres types d'anesthésies. Il est probable que les anesthésies générales y soient plus fréquentes si nous faisons l'hypothèse que les patients hospitalisés de manière classique nécessitent une surveillance particulière.

Avec le développement de la chirurgie extrahospitalière, il est possible que l'organisation de la chirurgie de la cataracte connaisse un changement important avec une "disparition" de la présence d'un anesthésiste dans le théâtre opératoire. Si cela se produit et que la qualité des prestations reste identique à ce que l'on connaît actuellement, il conviendra de revoir les prestations liées à l'anesthésie en chirurgie de jour et en hospitalisation classique vu les coûts et suppléments qui lui sont liés.

7.3. Prestations liées au **type d'implant**

Actuellement, l'extraction de la cataracte est immédiatement suivie de l'insertion d'un implant ou plus exactement d'une lentille intraoculaire synthétique.

La nomenclature de l'INAMI reprend principalement deux types de lentilles intraoculaires placées lors d'une intervention pour la cataracte :

- (682754 – 682765) Lentille intraoculaire, en polyméthylméthacrylate, traitée et non traitée (U 75, marge de sécurité 54 %)
- (682776 – 682780) Lentille intraoculaire pliable ou multifocale (U 75, marge de sécurité 113 %)

L'intervention de l'assurance obligatoire et le ticket modérateur (ainsi que la marge de délivrance) sont identiques pour les deux types de lentilles. Seules diffèrent les marges de sécurité appliquées à ces deux types d'implants.

Cela peut entraîner une conséquence financière pour le patient. En effet, cette marge de sécurité est un pourcentage que l'on ajoute au coefficient U de tel sorte qu'un prix plafond soit fixé au-dessus duquel il n'y a plus de remboursement en assurance obligatoire. Le patient paiera ce supplément de sa poche.

Nous avons constaté que les lentilles pliables ou multifocales ont quasi le monopole dans les interventions pour la cataracte. Toutes ces lentilles sont rassemblées sous le code (682776 – 682780) de la NPS. Il existe des dizaines de lentilles pliables et/ou multifocales différentes, chacune ayant un prix différent mais un remboursement AO, un TM ainsi qu'une marge de délivrance identique. Le ticket modérateur de la lentille est toutefois augmenté du fait de l'existence de la marge de sécurité qui prend en compte les prix réellement facturés pour la lentille posée dans l'œil du patient.

Les implants se différencient en fonction de leurs matériaux et de leurs dimensions. Les trois matériaux principaux sont : la silicone, l'acrylate hydrophobe et l'acrylate hydrophile. La forme et la dimension de la lentille sont considérées comme plus importantes que le matériau. L'optique est toujours biconvexe et le diamètre de l'implant est compris entre 4,50 et 6,50 mm.

Le choix de la lentille dépend de la dimension du cristallin de chaque individu à opérer. Comme pour une paire de lunettes traditionnelles, la lentille a une dioptrie adaptée aux besoins de l'individu. Tous ces éléments expliquent que le prix des implants peut fortement varier d'un fournisseur à un autre.

Il en va de même pour le matériel accessoire mais absolument nécessaire à l'implantation de la lentille, que sont les produits viscoélastiques. Ces produits se distinguent l'un de l'autre par des caractéristiques spécifiques (élasticité, viscosité, cohésivité, poids moléculaire, ...) qui expliquent les prix différenciés.

En prenant le montant de la marge de sécurité, à charge du patient, comme indicateur de qualité de la lentille placée par l'ophtalmologue, nous avons testé l'hypothèse selon laquelle les patients BIM avaient à payer une marge de sécurité inférieure à celle payée par les patients non BIM.

Nous n'avons pas trouvé de différence entre les BIM et les non BIM, aussi bien en ONE DAY ($F=0,72$, $p=0,39$) qu'en hospitalisation classique ($F=0,39$, $p=0,53$). Donc, si le prix facturé est un indice de qualité de la lentille, il semble que les patients BIM et non BIM (de MLOZ) bénéficient de lentilles de même qualité (la marge de sécurité moyenne est similaire dans les 2 groupes).

44 Galand A. La cataracte. Editions du Céfal, 2007. 136 pages.

45 Enquête Santé par interview, 2008, ISSP-WIV.

46 Une anesthésie mixte signifie que l'ophtalmologue et l'anesthésiste ont facturé chacun une prestation spécifique liée à l'anesthésie pour une intervention. Pour l'ophtalmologue, il s'agit du code NPS (203335-203346). Pour l'anesthésiste, la valeur du coefficient N du code NPS d'anesthésie facturée est liée à la "lourdeur" de la prestation chirurgicale réalisée sur le patient.

47 L'anesthésie topique consiste à "inhiber" le segment antérieur de l'œil par un produit anesthésique, sans piqûre. L'anesthésie ainsi obtenue peut être parfaite, mais il n'y a pas d'"akinésie" : le patient peut bouger les yeux. Cf. Galand.

7.4. Prestations chirurgicales réalisées avant 50 ans

Nous avons déjà mentionné que le processus menant à la cataracte se déroule sur une longue période avant de devenir gênante pour le patient. Pourtant, nous avons constaté que 10 % des patients se sont fait opérer avec un code de nomenclature lié à une cataracte "primaire" alors qu'ils avaient moins de 50 ans.

Ces patients peuvent être considérés comme "outliers" pour l'âge de l'intervention.

Nous savons que l'âge n'est qu'un des facteurs de risque du développement de la cataracte. Les autres causes peuvent être un traumatisme, la prise de certains médicaments, une exposition prolongée aux rayons ultraviolets, le tabagisme, l'alcoolisme,...

Nous ne pouvons pas contrôler ces facteurs explicatifs à partir des données de facturation.

Pourtant, nous sommes interpellés par le pourcentage d'interventions sur des personnes qui se font opérer de la cataracte sans qu'une lentille ne soit facturée par l'hôpital. Tout âge confondu, cela représente 4,2 % des cas (14,9 % des cas pour des personnes de moins de 50 ans et 3,9 % des cas pour les plus de 50 ans).

Le tableau 10 suivant ventile le nombre d'interventions avec et sans lentille pour deux groupes d'âge (données 2006-2009).

Tableau 10 : Nombre d'interventions avec et sans lentille pour deux groupes d'âge, 2009

Groupe d'âge	Sans lentille	Avec lentille	Total
<= 50 ans	254	1.441	1.695
> 50 ans	2.271	55.440	57.711
Total	2.525	56.881	59.406

De ce tableau, nous pouvons déduire que le fait d'avoir moins de 50 ans quadruple le risque de subir une intervention sans pose d'une lentille (χ^2 Pearson, $p < 0,001$ et $OR = 4,30$ [3,78-4,89]) par rapport aux plus de 50 ans.

Que conclure de tels chiffres ? Il est peu probable que les hôpitaux oublient de facturer des lentilles. Cela pourrait donc signifier que ces patients ont été opérés pour quelque chose d'autre que la cataracte. Et là, nous pensons à la chirurgie réfractaire qui n'est pas remboursé par la nomenclature de l'INAMI. Cela sort du cadre de cette étude.

Sans données complémentaires, il nous est impossible de savoir précisément ce dont les patients souffraient avant de se faire opérer.

Conclusions et recommandations

Les principales constatations de cette étude sont les suivantes :

1. Les interventions chirurgicales pour traiter la cataracte sont très fréquentes après 60 ans. Il s'agit d'une intervention élective qui se déroule dans 90 % des cas en chirurgie ambulatoire et 10 % en hospitalisation classique. La technique d'extraction extra capsulaire du cristallin (phacoémulsification) est devenue la technique de choix actuellement et a remplacé la technique intra capsulaire. Cette nouvelle technique a contribué à l'extension de l'indication chirurgicale pour des personnes de plus en plus âgées. En tenant compte du vieillissement de la population, il faut s'attendre à une nouvelle augmentation des cas dans les 20 prochaines années. Il conviendra de prévoir un budget ad hoc. Actuellement, nous estimons qu'en 2009, la chirurgie de la cataracte s'élève à plus de 100 millions €.
 2. Il se peut que la modification, en 2009, par l'INAMI, de la valeur de la prestation 246912 (phacoémulsification) pour des raisons de dépassements budgétaires ait eu comme effet de ralentir la croissance du nombre d'opérations. Si cette tendance se confirme, il conviendrait d'expliquer ce phénomène en termes de justification de l'acte lui-même dans le passé. En effet, a priori, il n'y a aucune autre raison pour expliquer le ralentissement de la croissance des nouveaux cas après avoir connu une croissance exponentielle dans les années précédentes.
 3. On constate que la pratique chirurgicale ne diffère pas entre les hôpitaux. Tous les hôpitaux ont adopté la nouvelle technique opératoire par phacoémulsification. Le choix du matériel se fait à l'intérieur d'un même type de lentille, à savoir les lentilles pliables et/ou multifocales. L'emploi des lentilles rigides devient marginal. Par contre, nous observons une grande variabilité dans les coûts totaux par intervention entre les hôpitaux mais aussi à l'intérieur d'un même hôpital. Cette constatation est valable tant en chirurgie de jour qu'en hospitalisation classique. Les variations les plus importantes se trouvent au niveau des suppléments d'honoraires pour la chirurgie et l'anesthésie.
 4. Les lentilles appartenant à un même code de nomenclature de l'INAMI sont remboursées de façon identique en valeur absolue, quelle que soit la marque de la lentille utilisée. Il en va de même pour le ticket modérateur pour la lentille. Le patient paie un montant pour la marge de sécurité (incluse dans le ticket modérateur global du patient) qui est fonction du prix facturé pour une lentille par l'hôpital. Cela induit une variabilité des coûts à charge du patient en fonction de l'hôpital.
 5. Nous avons constaté qu'en Flandre, outre l'acte spécifique de la cataracte, il était pratiqué une autre intervention chirurgicale, la transparsplana dont le coût est loin d'être négligeable. Comment évaluer l'opportunité du jumelage de ces interventions ? Est-ce nécessaire ? Est-ce plus efficace ?
 6. En ce qui concerne l'anesthésie, nous n'avons des données précises que pour les hospitalisations de jour. Nous avons constaté qu'une anesthésie générale n'a lieu que dans 1 % des cas. Les autres anesthésies sont soit topiques soit locales. Pourtant la prestation d'anesthésie est toujours liée à la "lourdeur" de la chirurgie. Donc, en caricaturant, une anesthésie nécessitant quelques gouttes dans l'œil est facturée de la même manière qu'une anesthésie générale avec un monitoring complet des paramètres physiologiques. Ce couplage nous paraît archaïque surtout en chirurgie de jour. De plus, cela coûte cher au patient en termes de suppléments d'honoraires.
 7. L'anesthésie pratiquée par le chirurgien ophtalmologue n'est pas assez pratiquée. Mais le sujet est délicat car l'expertise de chirurgien dans ce domaine est certainement très variable et ne peut être évaluée avec nos données. Nous ne perdons pas de vue non plus les rapports de force et de pouvoir qu'il doit exister entre les divers prestataires dans une salle d'opération. Mais cela a un coût pour la société.
 8. Une intervention chirurgicale en chirurgie de jour coûte moins cher qu'une hospitalisation classique. Une mutualité a donc le devoir d'informer ses affiliés des conséquences financières de leurs choix, même si parfois ce choix est dicté par des considérations autres que médicales, notamment familiales.
 9. La chirurgie extrahospitalière n'a pas pu être étudiée dans notre analyse du fait de l'absence de données. Ce type de chirurgie est une piste d'avenir pour le patient et les organismes assureurs. Si les coûts peuvent y être comprimés, il se peut que les différents "payeurs" soient enclins à pousser ce type de structure (si toutes les conditions légales qui y sont liées sont respectées). C'est peut-être une solution pour continuer à rembourser les futures générations.
 10. La chirurgie de la cataracte fait partie du système des montants de référence. Ce système est valable pour les hospitalisations classiques. Chaque hôpital est donc financièrement "responsable" du coût de cette pathologie au sein de son organisation. Malgré cela, nous sommes étonnés par les variations de coûts à charge des organismes assureurs constatés à l'intérieur d'un même hôpital. Vu de l'extérieur, ces variations sont difficilement explicables par des raisons médicales. Par contre, en chirurgie de jour, cette responsabilité n'existe pas et les coûts sont beaucoup plus concentrés. L'état de santé des patients y serait plus homogène ?

Les résultats de l'étude mènent aux recommandations suivantes :

1. Une information sur les coûts (OA, TM et suppléments) à destination des hôpitaux et des prestataires (ophtalmologues et anesthésistes) pourrait combler le manque actuel d'information, notamment pour les coûts en chirurgie de jour. Un feedback quant aux pratiques de facturation peut être un élément d'amélioration de la qualité et assurer la pérennité du système de santé actuel. Nous savons que la diffusion d'une information pertinente peut avoir un impact réel sur la pratique de terrain.
2. Une information détaillée pour le patient (et son médecin traitant) peut être une plus-value pour le système de santé. **Le choix éclairé d'un hôpital et de son type d'hospitalisation peut générer des économies pour le système** tout en maintenant la qualité des prestations offertes.
3. De même, **une transparence plus grande en matière du prix facturé** des implants et du matériel annexe et un contrôle de leurs prix pourrait inciter les prestataires à choisir un matériel permettant de limiter l'impact financier sur les patients.
4. La prestation liée à l'extraction extra capsulaire du cristallin a été "dévaluée" de N 505 à N 475 dans le courant de l'année 2009. Cela a un impact sur la prestation d'anesthésie qui lui est couplée. Il conviendrait de vérifier que les hôpitaux ont bien pris l'habitude de facturer aux organismes assureurs une prestation tenant compte de cette adaptation.
5. La prestation liée à la transparsplana, réalisée plus fréquemment en Flandre en même temps que l'opération de la cataracte, nécessite une exploration approfondie avec les hôpitaux et/ou prestataires concernés.
6. Il conviendrait de **stimuler les anesthésies réalisées par l'ophtalmologue seul**. Un code de nomenclature spécifique existe mais il semble que l'acte d'anesthésie soit délégué à l'anesthésiste lorsqu'un patient est à l'hôpital.
7. Dans le cas spécifique des interventions chirurgicales de la cataracte, il convient de poser la question du couplage systématique du remboursement de l'anesthésie au niveau de l'acte chirurgical lui-même. La proportionnalité de l'acte de chirurgie et de l'anesthésie est normale dans la chirurgie lourde mais mérite d'être discutée pour la chirurgie de jour pour laquelle les techniques chirurgicales ont fortement évolué. Sans nier la complexité de l'anesthésie de la cataracte, la sécurité du patient ou la qualité des soins, il nous semble que **la rétribution actuelle de l'anesthésie pratiquée n'est pas en proportion avec l'acte chirurgical en lui-même**. Par contre, en hospitalisation classique, nous ne prônons un changement que s'il s'avère que les cas opérés soient plus difficiles qu'en chirurgie de jour.
8. Nous avons constaté que des interventions chirurgicales liées à la cataracte (principalement la phacoémulsification, 246912) ont été réalisées sans pose d'une lentille. Cela est très surprenant car si on enlève une lentille physiologique, il est normal de la remplacer par une lentille artificielle. Si une prestation liée à la cataracte a été facturée pour une chirurgie réfractaire, il peut être utile, dans l'intérêt des affiliés des Mutualités Libres, d'étudier l'opportunité de proposer à l'INAMI de rembourser ce type de chirurgie. Cela pourrait éviter des problèmes à des prestataires si des contrôles a posteriori sont effectués par l'INAMI.
9. En 2005, la SECM* avait constaté qu'un certain nombre d'ophtalmologues attestaient fréquemment le comptage des cellules endothéliales (248953-248964 N75) principalement lors d'une chirurgie de la cataracte. Or, la littérature scientifique n'apporte aucun élément en faveur de cet acte médical. Au printemps 2006, une circulaire avait été adressée aux ophtalmologues leur rappelant les informations factuelles de la littérature. Or, notre analyse montre que dans 8 % des interventions, cet acte est encore facturé à l'INAMI. **Donc, rien que pour les Mutualités Libres, sur la période 2006-2009, il y a eu 5.000 actes techniques potentiellement superflus qui ont été facturés et remboursés**. Il pourrait donc être intéressant de suivre au niveau de l'INAMI, l'évolution de l'attestation de cette prestation et d'éventuellement rappeler la circulaire de 2006.

* SECM : Service d'Evaluation et de Contrôle Médicaux.

Rudy Van Tienen
Chantal Neiryck
Service Etudes MLOZ

Références bibliographiques

1. Enquête santé 2004 et 2008, ISSP-LP, Belgique www.wiv-isp.be/epidemi/epifr/
2. The Royal College of Ophthalmologists. Cataract surgery guidelines 2010. www.rcophth.ac.uk/core/core_picker/download.asp?id=544
3. ANAES. Evaluation du traitement chirurgical de la cataracte de l'adulte. Février 2000
4. Millar WJ. Problèmes de vision chez les personnes âgées. Dans : Rapports sur la santé. Volume 16 n°1. Statistique Canada. 2004. p. 49-54
5. Leclercq A., De Paepe R., Ceuppens A. Traitement de la cataracte : Que se passe-t-il sur le terrain ? Dans "Health Forum" MLOZ n°2 Juin 2010, 22-25
6. Ancel JM. Les progrès de la cataracte en 2008. E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie 2008; 7: 43-44
7. Beers MH, Porter RS, Jones VT et al. Cataracte. Dans : Le manuel Merck. Merck Research Laboratories 2006, p. 911-2. <http://www.merckbooks.com/mmanual/pdf/editors.pdf>
8. Galand A. La cataracte. Editions du Céfal, 2007. 136 pages
9. Conférence européenne sur les maladies rares. Luxembourg, 21-22 juin 2005. p. 21. http://www.rare-diseases.eu/2005/images/ECRDtotal_fr.pdf
10. Ruz Torres R., Géographie de la consommation médicale : Variations des dépenses de l'assurance de soins de santé en Belgique. Données 2006. INAMI ;2008. <http://www.inami.fgov.be/information/fr/studies/study44/pdf/reportFR.pdf>
11. Jacques J, Gillain D, Fecher F, Van De Sande S, Vrijens F, Ramaekers D, et al. Etude des disparités de la chirurgie électorale en Belgique. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2006. KCE reports 42B (D/2006/10.273/46). www.kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=3461&CREF=7869
12. Fattore G, Torbica A, Cost and reimbursement of cataract surgery in Europe : a cross-country comparison. Health Econ. 17 : S71-S82. 2008
13. Allen D, Vasavada A. Cataract and surgery for cataract. British Medical Journal 333 : 2006; 128-132
14. Gogate P, Deshpande M. Why do phacoemulsification? Manual small-incision cataract surgery is almost as effective, but less expensive. Ophthalmology 114(5), 2007; 965-968
15. Chodick G. et al. Risk of cataract after exposure to low doses of ionizing radiation: A 20-year Prospective cohort study among US radiologic technologists. Am J Epidemiol 2008; 168 : 620-63
16. Kobelt G, Lundstrom M, Stenevi U. Cost-effectiveness of cataract surgery. Method to assess cost-effectiveness using registry data. Journal of Cataract and Refractive Surgery 2002; 28 : 1742-1749
17. Galand A et al, Chirurgie ophtalmologique extrahospitalière, fascicule d'information, 2007; 55 pages
18. Crandall A, Anesthesia modalities for cataract surgery. Current Opinion in Ophthalmology 2001; 12 (1) : 9-11
19. Lebuissou D, Jolivet MC, L'anesthésie topique en chirurgie de la cataracte ambulatoire de l'adulte sans anesthésiste présent. Journal Français d'Ophtalmologie 2005; 28(1) : 59-67
20. Arne JL, Turut P, Amzallag T, Chirurgie de la cataracte, Edition Masson, Paris 2005
21. Chul Yoon S, Woong Jung J, Jin Sohn H, Hwan Shyn K, Cataract and refractive surgery in a survey of KSCRS Members from 1995-2006, Korean J Ophthalmol. 2009 September, 23(3) : 142-147

Des **brochures** et des **guides** pour vous aider

—
www.mloz.be



L'Union Nationale des Mutualités Libres regroupe :