

Patients opérés de la cataracte et les deux modalités de prise en charge

L Amar
D Castiel
S Nghiem-Buffer
G de Pouvoirville
G Chaine

Résumé. – La chirurgie de la cataracte est réalisée soit en « ambulatoire », soit au cours d'une hospitalisation classique brève. Ce choix est dicté par de nombreux facteurs liés au patient (vivant seul ou non, éloigné ou non de la clinique ou de l'hôpital), aux habitudes du chirurgien et/ou de la structure hospitalière.

© 2003 Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots-clés : chirurgie ambulatoire, hospitalisation classique, chirurgie de la cataracte, transports.

Introduction

À l'heure actuelle, la chirurgie de la cataracte est l'intervention la plus fréquente chez les patients de plus de 65 ans dans les pays industrialisés [2]. Une partie des services d'ophtalmologie réalise cet acte chirurgical dans le cadre d'une « chirurgie de jour » [1], c'est-à-dire que le patient est admis le jour même de l'intervention et repart quelques heures après celle-ci.

Il doit se présenter le lendemain à une consultation post-opératoire. La condition pour pouvoir bénéficier de la chirurgie de jour est d'être accompagné à la sortie de l'établissement, le jour de l'intervention, et de s'assurer d'une présence la première nuit suivant celle-ci.

Si l'allègement de la durée d'hospitalisation peut contribuer à rendre cet acte chirurgical plus « accessible » [1], il apparaît qu'il se heurte aussi à des difficultés liées à l'acceptabilité de ce mode de prise en charge par les patients. On peut effectivement suspecter les conditions exigées pour pouvoir bénéficier d'une « chirurgie en ambulatoire » de constituer un frein à sa généralisation.

Une étude menée auprès de patients ayant bénéficié de l'intervention de la cataracte a permis de comparer les conditions dans lesquelles ils s'étaient organisés pour faire face aux contraintes liées à l'intervention ; un certain nombre d'éléments ont pu être recueillis sur la satisfaction par rapport à la prise en charge au sens large. Le but de l'étude était de documenter le transfert de charge qui s'opère lorsque le patient ne bénéficie pas d'un hébergement hospitalier. Outre les facteurs qui sont susceptibles de freiner l'adhésion à ce mode de prise en charge, l'étude permet d'identifier les conditions sociales susceptibles d'influer sur le choix entre les deux modalités d'hospitalisation existantes.

Laure Amar : Ingénieur, DEA sociologie. Centre de recherche en gestion de l'école Polytechnique, 1, rue Descartes, 75005 Paris, France.
Didier Castiel : Maître de conférence en économie. Université Paris XIII, UFR Léonard de Vinci, 64, rue Marcel-Cachin, 93017 Bobigny cedex, France.
S Nghiem-Buffer : Chef de clinique-assistant.
Gilles Chaine : Professeur des Universités, praticien hospitalier. Hôpital Avicenne, service d'ophtalmologie, 125, route de Stalingrad, 93009 Bobigny cedex 04, France.
Gérard de Pouvoirville : Directeur. Unité inserm 537/UMR, hôpital de Bicêtre, 78, rue du Général-Leclerc, 94275 Le Kremlin Bicêtre cedex, France.

Matériel et méthode

L'étude s'est déroulée sur quatre sites : trois hôpitaux publics de Paris ou d'Île-de-France, et une clinique privée parisienne. Deux de ces sites pratiquaient les deux modalités d'hospitalisation. Parmi les 40 personnes interrogées, 19 patients ont été opérés en « ambulatoire » et 21 patients ont été hospitalisés la nuit précédant et la nuit suivant l'intervention. Tous ont été interrogés par entretiens semi-directifs, 8 jours après l'intervention. Vingt-deux patients étaient des femmes, 18 des hommes.

Les patients inclus dans l'étude relevaient d'un point de vue clinique des deux modalités d'hospitalisation (tableau I).

Résultats

Cette recherche a permis de cerner la nature des facteurs pesant sur le choix de l'une ou l'autre des modalités de la prise en charge. Beaucoup de ces facteurs ne sont pas liés directement aux coûts financiers supportés par le patient, mais plutôt à des contraintes socio-économiques qui sont plus fondamentalement liées aux conditions de vie.

CONTEXTE DE L'INTERVENTION

Les éléments des conditions de vie qui peuvent influencer sur les décisions entre les deux modalités de prise en charge sont les suivantes.

I. – Répartition de la population dans les quatre sites selon l'œil opéré.

Établissement	Premier œil	Deuxième œil	Total
	N = 19	N = 21	40
Établissement I	6	7	13
Établissement II	6	7	13
Établissement III	2	4	6
Établissement IV	5	3	8

Tableau II. – Situation des personnes interrogées.

	Ambulatoire	Traditionnel
Personnes vivant seules	5	12
Personnes vivant en couple (ou en famille)	14	9

■ Conditions de vie familiale

Les situations des personnes interrogées sont indiquées dans le tableau II.

Le fait de vivre seul ou en couple (ou avec une autre personne) affecte la décision, mais pas forcément dans un seul sens.

Vivre seul, ne pas pouvoir héberger quelqu'un ou être hébergé sont des conditions « contraires » au choix de la chirurgie de jour. Toutefois, pour les personnes vivant « en couple », cette condition peut également s'avérer défavorable lorsque l'autre membre du couple se trouve être une personne « dépendante ».

Je suis embêtée, parce que j'ai mon mari handicapé, alors il ne sort plus.

Ma femme ne voit presque pas, c'est moi qui suis là à faire les courses, à l'aider. Si on était tous les deux aveugles, vous ne voyez pas ? Deux cannes blanches !

■ Caractéristiques de l'habitat

Un logement situé en étage, dans un immeuble sans ascenseur, est avancé comme étant une difficulté si on anticipe que la vision sera perturbée à la suite de l'intervention. Inversement, habiter un immeuble collectif va de pair avec des relations de voisinage qui favorisent parfois la mobilisation d'un certain type d'aide.

J'ai une dame charmante au troisième étage qui, le premier jour, est allée chercher les médicaments.

Il y a deux voisines qui sont très gentilles. Elles m'ont vraiment aidée, puis mon mari aussi. Elles sont venues lui apporter à manger. Autrement, ce n'était pas possible.

■ Distance géographique et conditions de transport

La distance géographique entre le domicile et l'hôpital est fréquemment évoquée comme premier motif du refus de bénéficier de l'intervention en hospitalisation de jour. Plusieurs ordres d'explication peuvent être avancés, comme les difficultés de transport, car plus de la moitié des opérés des trois établissements parisiens proviennent effectivement des départements limitrophes. Cette contrainte est moins ressentie lorsque les opérés peuvent être accompagnés par un proche disposant d'un véhicule. Mais cette personne doit dans ce cas être en mesure d'effectuer jusqu'à quatre trajets en 2 jours pour l'intervention en « ambulatoire ». De plus, dans ce cas, les horaires de convocation doivent être strictement respectés, car ils sont directement échelonnés en fonction du programme opératoire, notamment dans un établissement où la convocation à la consultation de contrôle s'effectue aux premières heures de la matinée.

Une grande variété de modes de transport est utilisée, et parfois même alternativement. Prendre les transports en commun, assumer le prix d'une course en taxi (ou être autorisé à en demander le remboursement à sa caisse de sécurité sociale), recourir au véhicule d'un proche ou d'un ami, ou bénéficier d'un VSL (véhicule sanitaire léger) ou simplement venir à pied, ces possibilités illustrent l'éventail des situations décrites par les intéressés. Beaucoup de personnes effectuent ces trajets accompagnées d'un conjoint ou d'un ami, par « choix » plus que par « nécessité ».

Je suis rentrée de chez mon fils le dimanche soir après le dîner. Mon amie est venue le lendemain, elle avait été chercher du pain, elle avait fait à manger chez elle : « Ne fais rien ! On va manger toutes les deux chez toi. Et puis je t'accompagne. » Là, j'ai une amie qui est venue m'accompagner pour le rendez-vous avec le Dr X. - Vous pouvez demander à quelqu'un de se rendre disponible pour vous accompagner ? - Oui j'ai beaucoup d'amis. De toute façon, c'est comme ça, j'ai du mal à rester tranquille.

Ces différents moyens reposent sur de multiples caractéristiques personnelles, comme l'état de santé ou l'âge, et des caractéristiques liées au mode de vie de chacun. Elles se conjuguent ensuite avec les ressources en termes de réseau d'aide familial ou amical qu'une personne est susceptible de mobiliser.

En règle générale, il semble que des personnes se déplaçant en transports en commun comme les banlieusards « habitués » du RER n'hésitent pas à l'utiliser dès l'après-midi de l'intervention. De même, deux opérés ont pris le volant pour revenir à la première consultation 24 heures après l'intervention.

■ Demande d'aide

On constate que la demande d'aide n'est pas liée à l'option chirurgie de jour.

L'aide principale est demandée pour les transports, qu'il s'agisse d'accompagner ou de véhiculer l'intéressé. Sur les 21 personnes opérées avec hospitalisation, 12 étaient également accompagnées lors de leur sortie de l'hôpital. Si la présence d'une autre personne est une condition « requise » pour être opéré en chirurgie de jour, elle concerne également les opérés avec hospitalisation.

Si la plupart des opérés que nous avons interrogés ne sollicitent pas une aide « concrète » mais plutôt une présence, c'est que leur autonomie n'est pas nettement diminuée une fois qu'ils sont rentrés à leur domicile (cf infra). Certaines personnes anticipent leurs besoins durant les premiers jours en prévoyant leurs achats et en préparant des repas à l'avance. Toutefois, les ressources dont ils disposent jouent un rôle important : la famille, les voisins, les amis peuvent avec plus ou moins de facilité se rendre disponibles ou « rendre service ». Ainsi, de la voisine qui viendra servir les repas du conjoint dépendant resté seul au domicile à l'amie qui propose l'hébergement et se charge de la conduite en voiture, on voit se dessiner toute une gamme de relations, qui traduisent la solidarité et la sociabilité et reposent sur la disponibilité, les conditions de travail ou le capital économique des personnes sollicitées.

L'aide apportée concrètement recouvre bien souvent des fonctions habituellement assumées par un tiers. Certaines personnes sortent peu de leur domicile, leurs conjoints ou leurs enfants pourvoient aux achats du ménage ; il est alors artificiel d'évaluer l'accroissement de l'aide découlant d'une diminution de l'autonomie du fait des suites de l'intervention, tant cette « coopération » est déjà inscrite dans la vie quotidienne.

Pour confirmer l'absence de recours à une aide supplémentaire, on peut observer que même les personnes disposant de quelques heures d'aide ménagère dans la semaine n'ont pas fait en sorte de pouvoir en disposer juste après l'intervention. Toutefois, il a été dit par les intéressés qu'il ne leur était pas possible d'en modifier l'horaire habituel pour pouvoir l'utiliser à ce moment-là.

Quelques personnes ou leur « accompagnant » ont mentionné l'aide pour le suivi du traitement. Il ne s'agissait pas d'aider le patient à mettre ses gouttes, mais de lui rappeler de le faire ou de lui éviter de se tromper de produit. Ces cas semblent se rencontrer chez des personnes suivant régulièrement des traitements médicamenteux sur lesquels l'entourage exerce déjà un certain contrôle visant à éviter les oublis ou les erreurs.

Ma mère m'a téléphoné deux trois fois : « tu es sûre que c'est tel jour, tel truc ? ». Elle avait des gouttes pendant 2 jours. Mais on est vigilantes parce qu'elle avait aussi des cachets à prendre. On lui avait dit « tu prends les cachets et après tu jettes la boîte » - pour ne pas qu'elle continue ou qu'elle les confonde (fille de la patiente).

■ Préservation de l'autonomie

Une autre dimension est apparue de façon très manifeste au cours des entretiens. C'est celle de l'autonomie comme étant de l'ordre de la responsabilité vis-à-vis de soi-même et des autres, et qui fait évidemment envisager avec réticence la nécessité de devoir solliciter l'aide d'un proche.

Je suis aidée par les uns, par les autres. Je n'ai rien demandé, je ne suis pas une personne qui demande. Certains ont besoin de rien et quémandent, moi je ne suis pas de ceux-là.

Bien des personnes déclarent préférer passer une nuit à l'hôpital plutôt que de déranger un tiers, surtout s'il faut prévoir que cette personne sera sollicitée deux fois.

Cette attitude contraste évidemment avec une représentation de la famille comme lieu d'échange intense entre ses membres et entre générations. Rares sont les personnes indiquant qu'elles jouissent d'un soutien familial élargi, où chacun est susceptible de se rendre disponible, le cas cité est unique :

Mon mari est retraité, il a 77 ans. J'ai un fils de 45 ans. Oui, mon mari est bien, il a les réflexes tout cela. Il m'a accompagnée, sans cela j'aurais fait venir un de mes fils. Pour la première opération, c'est ma belle-fille qui est venue. Pour la deuxième, c'est mon mari. Il m'a dit : « C'est l'heure creuse, c'était pas un problème » (femme d'origine italienne).

En revanche, un autre type d'engagement familial est apparu dans plusieurs cas : il concerne les parents éloignés de la métropole ou vivant à l'étranger dont la famille organise et prend en charge parfois collectivement les transports et l'hébergement.

■ **Rapports d'échange intergénérationnels**

Ces rapports sont évoqués avec beaucoup de pudeur, surtout lorsqu'il s'agit d'exprimer la réticence que l'on a à solliciter ses proches pour une aide ponctuelle. Les rapports intergénérationnels sont souvent « justifiés » par une nécessité ou une opportunité « fonctionnelle » plus qu'affective, la solitude étant (sauf à quelques exceptions près de célibat ou de veuvage déclaré sans restriction) presque toujours l'occasion d'annoncer une condition de vie « inadéquate » lorsqu'il s'agit de faire face à un événement particulier comme le serait une intervention chirurgicale requérant une aide momentanée.

Les situations recueillies au cours des entretiens donnent un éventail de la variété des solutions préconisées. Les pratiques d'entraide, les obligations et les relations d'échanges dans la parenté y apparaissent saisies à travers le prisme de cet épisode unique où une « difficulté » passagère surgit, à l'occasion de l'intervention chirurgicale. Mais elles montrent aussi les enjeux d'une demande d'aide dans le contexte actuel où « si la proche parenté est bien un vecteur de soutien et de services, ceux-ci tendent néanmoins à se situer dans la perspective globale de la préservation de l'autonomie des membres de la famille »^[3].

■ **Choix entre les deux modes de prise en charge**

Cette étude ne prévoyait pas d'observer directement l'interaction au cours de laquelle la modalité d'intervention est arrêtée. En revanche, certains patients ont évoqué cette « prise de décision » qui a eu lieu au cours de la consultation médicale. Quelques-uns ont indiqué qu'ils avaient modifié la décision initiale et avaient eu l'impression que le médecin les avait « poussés » à choisir l'intervention en chirurgie de jour.

Les contraintes matérielles ont un poids déterminant dans les raisons avancées par les patients pour l'option de la modalité d'hospitalisation, mais d'autres considérations centrées sur l'intervention ont également été évoquées.

Préférence pour une intervention en « ambulatoire »

La chirurgie de jour fait souvent l'objet d'un choix positif, en particulier dans le cas de l'intervention se déroulant en clinique privée, où les patients font majoritairement le choix du chirurgien et des modalités opératoires en connaissance de cause. C'est également le cas dans les deux hôpitaux publics, pour une part des opérés, mais d'autres patients n'avaient pas d'idée préalable sur le mode d'intervention dont ils auraient bénéficié.

Éviter l'hospitalisation est l'argument fréquemment avancé pour expliquer le choix de l'intervention en « ambulatoire ». Plutôt qu'un évitement systématique de l'hospitalisation, on peut noter ici qu'il s'agit plutôt d'une attitude de recours « approprié », sinon « proportionné » au « service hôtelier » de l'hôpital. Plusieurs patients dans ce cas avaient déjà effectué des séjours hospitaliers,

même prolongés ou pour des pathologies graves. Ils étaient peut-être mieux en mesure de dissocier la qualité technique d'un geste opératoire, de la « médicalisation » de l'hébergement et se trouvaient très satisfaits d'avoir pu rentrer chez eux le soir.

Préférence pour l'hospitalisation classique

Deux thèmes apparaissent, ce sont les questions d'organisation pratique et la recherche d'une prise en charge apportant un maximum de sécurité aux yeux des patients.

La visite du lendemain pose un problème d'organisation matérielle lié à la fois à la distance à parcourir et à l'accompagnement, même si celui-ci n'est pas imposé. Deux personnes ont admis qu'elles auraient accepté d'être opérées en ambulatoire si l'hôpital était situé à proximité de chez elles.

Toutefois, l'appréciation de la distance entre l'hôpital et le domicile se traduit en une revendication de « sécurité » de la prise en charge, l'éloignement interdisant le recours rapide « en cas de pépin ».

C'est plus angoissant d'être en ambulatoire car il n'y a pas de suivi après l'opération.

Les arguments avancés par les personnes qui ont pris l'initiative de demander à être hospitalisées après que leur inscription ait été faite pour une intervention en « ambulatoire » ne sont pas spécifiques, ils se centrent sur les difficultés d'organisation du transport et l'éloignement de l'établissement, évitant ainsi de désavouer une première décision prise avec le médecin.

■ **Suivi postopératoire et sécurité de la prise en charge**

Le suivi postopératoire avancé comme argument en faveur de l'hospitalisation fait également état de bénéfices médicaux pour les patients qui renforcent l'impression de sécurité. Au nombre de ces « bénéfices », on trouve notamment des actes médicaux comme la prise de tension ou la prise de sang.

Un autre aspect est évoqué en faveur de l'hospitalisation, c'est le repos et la tranquillité dont semble jouir le patient comparés à la « précipitation » de la prise en charge en ambulatoire.

Moi personnellement, ça m'a reposée (...) Je trouve que c'est quand même mieux de venir 2 jours. On est là, on est tranquille, on est sur place, plutôt que de se trimbaler avec le truc sur l'œil.

L'hospitalisation, c'est mieux. Parce qu'on est plus tranquille ici. C'est-à-dire on est mieux. Toutes les opérations, tout ce qu'il y a à faire se fait ici. On est pas obligé d'aller, de rentrer, de revenir.

DISCUSSION

Cette démarche d'étude revêt un caractère avant tout exploratoire. Étant donné le nombre restreint de personnes interrogées, les indications quantitatives ne peuvent révéler des tendances dans les attitudes exprimées. Ces résultats permettent avant tout d'identifier des questions à partir des situations décrites, situations dont la représentativité pourrait être vérifiée à partir d'une interrogation d'un échantillon de population suffisant.

Toutefois, on peut d'ores et déjà considérer que les éléments appréhendés mettent en évidence le caractère relatif de ce qui peut être appréhendé comme relevant d'un « transfert de charge ».

■ **Choix alternatifs**

Le « choix positif » pour l'ambulatoire affirme une volonté d'« abrégé » le séjour à l'hôpital, et d'appréhender l'intervention à travers une réflexion où elle apparaît autant comme un « acte médical » que comme un épisode dont on peut maîtriser les répercussions sur la vie courante. Beaucoup de patients se sont renseignés, en ont parlé avec des amis qui avaient eux-mêmes subi cette intervention. Mais même si la confiance dans le choix du chirurgien confirmée par l'exemple de tiers qui ont apprécié les modalités « ambulatoires » favorise l'adoption de ce type de prise en charge, les patients ne banalisent pas pour autant celle-ci. Certains opérés « satisfaits » de leur prise en charge considèrent

malgré tout qu'il vaudrait mieux être surveillé la première nuit. Faut-il voir dans ces propos l'écho de considérations actuelles sur la sécurité des soins dont les médias se font le relais ou la volonté de ne pas « banaliser » une intervention qui touche une fonction majeure ? Elle rejoint en tout cas le discours régulièrement développé par ceux qui ont passé ou ont souhaité passer une nuit à l'hôpital.

■ **Équité et efficacité**

On remarque que si les administrations hospitalières n'ont pas localement les mêmes « habitudes » en matière d'orientation vers l'une ou l'autre des modalités de prise en charge ou ne se réfèrent pas à des « règles » unifiées, par exemple en matière d'autorisation d'emploi de VSL ou de remboursement de taxi, les services « n'ignorent » pas dans les faits la prise en compte de caractéristiques individuelles. En effet, l'inscription dans le programme opératoire est réalisée par le secrétariat médical, après une interrogation et une information précise des futurs opérés. L'enjeu ici est de limiter tout aléa futur pouvant perturber le programme opératoire et donc de s'assurer que les conditions tant pratiques que cliniques seront bien remplies le jour de l'intervention. On note que le niveau de qualification professionnelle du personnel mis en place pour assurer cette fonction est élevé : ce sont des infirmières car elles sont en mesure de mener un interrogatoire sur l'état clinique du patient ou les traitements médicamenteux qu'il suit habituellement.

■ **Accès aux soins et transferts de charge**

L'exploration du contexte ayant permis aux opérés d'organiser leur séjour, leurs trajets et leur retour au domicile sont l'occasion d'aborder un aspect concret de ce qu'il est convenu de désigner sous le vocable large d'« accès aux soins ». Dans le cas de l'intervention de la cataracte, on peut noter que les « coûts » ne sont pas directement monétaires ; en revanche, le transfert de charge qu'ils induisent sont très variables et de plus ne concernent pas forcément directement la personne de l'opéré qui par ailleurs ne les

« supporte » pas toujours elle-même. Or, dans notre système de santé, les « prestations » financières sont liées au patient et correspondent généralement à un « état de santé » déterminé et non pas à des conditions « morales et matérielles ». Ces caractéristiques, telles que l'éloignement, l'absence de transport, l'absence de ressources familiales ou sociales, sont difficilement « traduisibles » en équivalent « prestations » et amènent à poser la question d'une éventuelle prise en compte de ces éléments pour accroître l'adhésion à la formule « chirurgie de jour », ou même pour l'ensemble des opérés, quel que soit le mode d'hospitalisation retenu. En dehors de toute considération de résultat clinique et en postulant que celui-ci sera identique, quel que soit le mode d'intervention retenu, il est vraisemblable qu'une proportion de la population âgée, difficilement compressible, nécessitera toujours une nuit d'hospitalisation.

Favoriser l'adhésion des futurs opérés à l'intervention en « ambulatoire » repose sur une plus large information sur l'absence de risque que représente cette prise en charge du point de vue clinique et une prise en considération de l'engagement que représente pour le patient et son entourage les conditions matérielles qu'elle impose.

Remerciements. – Nous remercions de leur collaboration le Professeur G Renard, service d'ophtalmologie de l'Hôtel Dieu de Paris, le Dr M Ullern, Centre national des Quinze-Vingt, le Dr C. Boureau de la clinique Geoffroy Saint-Hilaire et le personnel de l'ensemble des établissements qui nous ont apporté leur concours, ainsi que les patients qui ont bien voulu se prêter à l'étude.

Références

- [1] La forte croissance de la chirurgie ambulatoire était déjà amorcée en 1998 où elle représentait 23 % des 392 000 interventions recensées par la DRESS, alors qu'en 1993 seulement 10 % relevaient de ce type de prise en charge. *Études et Résultats*, 2001 ; 101
- [2] L'exposition à la lumière augmente le risque de cataracte. Résultats de la cohorte POLA. *J Fr Ophtalmol* 2000 ; 23 : 534-535
- [3] Martin M. Solidarités familiales : débat scientifique, enjeu politique. In : Kaufmann J Céd. *Faire ou faire faire ? Famille et services*. Paris : Presses Universitaires de Rennes, 1996 : 57