

# Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES



MARS  
2018  
NUMÉRO  
1056

## Le traitement de la cataracte primaire est la plus fréquente des interventions chirurgicales

En France, le nombre de séjours hospitaliers avec traitement chirurgical de cataracte primaire (remplacement du cristallin par une lentille artificielle) s'élève à 826 000 en 2016. Le nombre de patients opérés est toutefois plus faible : 574 000, car 44 % d'entre eux ont été opérés des deux yeux la même année, au cours de deux séjours distincts.

Entre 2008 et 2016, la part de la chirurgie ambulatoire est passée de 70 % à 92,5 %. Au cours de cette période, le nombre annuel de séjours pour cataracte primaire a augmenté de 39 % et celui des patients opérés de 28 %. Après prise en compte de l'augmentation de la population et de son vieillissement, la hausse des taux standardisés est de 23 % pour les interventions et de 13 % pour les patients. Ce décalage reflète l'augmentation des interventions bilatérales réalisées au cours de la même année.

Si les disparités géographiques ont diminué depuis l'étude réalisée en 1998, elles n'ont pas disparu et restent particulièrement perceptibles au niveau départemental. Ainsi, 17 départements métropolitains et 3 départements et régions d'outre-mer (DROM) présentent un taux standardisé de chirurgie de cataracte primaire inférieur d'au moins 10 % par rapport à la moyenne nationale, l'indice comparatif étant particulièrement bas à Mayotte.

**Christine de Peretti, Philippe Oberlin (DREES),  
Max Villain et Vincent Daien (CHU de Montpellier,  
département d'ophtalmologie)**

La cataracte est une opacification du cristallin oculaire associée à une baisse de vision non améliorée par une correction optique qui altère la qualité de la vie quotidienne (encadré 1). Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la cataracte est la première cause de cécité dans les pays où elle est peu opérée.

Le traitement chirurgical de la cataracte a en effet radicalement transformé le pronostic visuel de cette affection. L'apparition de nouvelles techniques simplifiant l'intervention a contribué à la diffusion de cette intervention qui s'est fortement répandue au cours des dernières décennies, en France comme dans de nombreux pays à revenus élevés. De fait, le traitement de la cataracte est devenu l'intervention chirurgicale la plus pratiquée en France.

Il existe toutefois des disparités notables entre pays, même au sein de l'Union européenne. Selon les données d'Eurostat pour l'année 2015, cinq pays ont un taux brut de séjours pour chirurgie de la cataracte inférieur à 25 pour 1 000 habitants de 65 ans ou plus en 2015 ; pour cette même classe d'âge, huit pays ont un taux compris entre 25 et 50 pour 1 000 habitants et 12, dont la France, ont un taux supérieur à 50 pour 1 000 habitants<sup>1</sup> (trois pays n'ayant pas fourni de données récentes). Avec un taux de 66 pour 1 000 habitants de 65 ans

...

1. Luxembourg, Portugal, Autriche, France, Belgique, République tchèque, Estonie, Malte, Danemark, Hongrie, Suède et Finlande.

ou plus, la France se situe en quatrième position, après le Luxembourg, le Portugal et l'Autriche.

La présente étude décrit le nombre et les modalités des interventions chirurgicales pour cataracte primaire réalisées en France en

2016, les évolutions survenues depuis 1998 et surtout entre 2008 et 2016, ainsi que les disparités géographiques (encadré 2).

## ENCADRÉ 1

### La cataracte : une affection qui touche essentiellement les personnes âgées

La cataracte est une affection due à une opacification de tout ou partie du cristallin pouvant atteindre un seul œil ou les deux yeux. Cette opacification entraîne une baisse de l'acuité visuelle s'accompagnant souvent de problèmes visuels tels que vision floue, éblouissements ou halos, etc. Non soignée, la cataracte est responsable de limitations de la vision de près et de loin, qui altèrent la qualité de vie, l'autonomie dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et la participation sociale ; ces limitations fonctionnelles augmentent le risque de chute, de fractures, mais aussi d'accident automobile. À cet égard, l'incapacité à la conduite automobile est définie par une acuité visuelle inférieure à 5/10 en vision de loin avec les deux yeux, non améliorée par une correction optique.

La cataracte est une affection fréquente. La cataracte dite « sénile » touche une part élevée de la population âgée. Son développement est lent et progressif ; le risque augmente avec l'âge et en cas d'exposition prolongée aux radiations ultraviolettes B (UVB), de consommation abusive de tabac et d'alcool... Des facteurs héréditaires sont aussi évoqués, avec un risque augmenté dans certaines populations. Une étude réalisée aux États-Unis a estimé à 68 %, en 2000, la prévalence de la cataracte dans la population âgée d'au moins 80 ans. En France, sa prévalence actuelle n'a pas été étudiée.

Plus rarement, la cataracte touche des nourrissons (cataracte congénitale), des enfants (cataracte infantile) ou des jeunes adultes (cataracte présénile) ; elle peut aussi se développer après un traumatisme oculaire ou à la suite de maladies telles que le diabète ou de certains traitements comme la prise de corticoïdes au long cours...

Le traitement de la cataracte est chirurgical, avec remplacement *a priori* définitif du cristallin par une lentille artificielle. Cette intervention a largement démontré son efficacité sur l'acuité visuelle et la qualité de vie des patients, ainsi que sur leur capacité à la conduite automobile. Elle peut être réalisée chez les personnes très âgées et est indiquée lorsque la cataracte altère la fonction visuelle et perturbe la réalisation des activités courantes, tout en étant susceptible d'être améliorée par cette chirurgie (et en l'absence de contre-indication formelle). On distingue la chirurgie initiale sur « cataracte primaire », réalisée généralement en deux temps distincts (premier œil, puis si nécessaire, deuxième œil) et, après chirurgie initiale, des interventions sur cataracte secondaire due à une opacification de la capsule postérieure du cristallin au contact de l'implant, généralement réalisées au laser lors de consultations. Seule la chirurgie sur cataracte primaire est étudiée ici.

## ENCADRÉ 2

### Sources et méthodes

#### Sources

Les données sur les interventions pour cataracte primaire proviennent des bases nationales annuelles du programme de médicalisation des systèmes d'information pour l'activité hospitalière en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO) produites par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Dans les différentes bases du PMSI, chaque patient se voit attribuer un numéro anonyme qui permet de relier toutes ses hospitalisations et de décrire ses parcours de soins hospitaliers. De plus, chaque séjour comporte un numéro permettant d'ordonner les séjours d'un même patient dans le temps.

Les données de population utilisées pour calculer les taux nationaux et régionaux sont les estimations localisées de population au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année produites par l'Insee.

#### Interventions chirurgicales pour traitement de cataracte

La population étudiée est celle de l'ensemble des résidents de Métropole et des départements et régions d'outre-mer (DROM). Mayotte a été incluse pour l'étude relative aux années 2015 et 2016, mais exclue des données sur les évolutions survenues entre 2008 et 2016.

Les hospitalisations avec chirurgie de cataracte primaire ont été sélectionnées dans les bases nationales du PMSI-MCO à partir des actes codés sur les résumés de sortie anonyme (RSA). Les codes de la classification commune des actes médicaux (CCAM) retenus pour l'étude du traitement chirurgical de la cataracte primaire sont les suivants :

- BFGA002 : extraction extracapsulaire manuelle du cristallin, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil ;
- BFGA003 : extraction extracapsulaire manuelle du cristallin, sans implantation de cristallin artificiel ;
- BFGA004 : extraction extracapsulaire du cristallin par phacoémulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil ;
- BFGA006 : extraction intracapsulaire ou extracapsulaire du cristallin, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre antérieure de l'œil en cas d'impossibilité d'implantation dans la chambre postérieure ;

– BFGA008 : extraction extracapsulaire du cristallin par phacoémulsification, sans implantation de cristallin artificiel ;

– BFGA009 : extraction intracapsulaire du cristallin, sans implantation de cristallin artificiel ;

– BFGA010 : extraction du cristallin par sclérotomie postérieure.

Dans un premier temps, tous les séjours comportant au moins un acte thérapeutique de cataracte primaire ont été sélectionnés dans chaque base nationale des années 2008 à 2016 du PMSI-MCO. Les RSA des patients non domiciliés en France et les RSA avec anomalie du numéro anonyme de patient ont été exclus. Lorsque les patients ont eu deux séjours avec acte thérapeutique de cataracte primaire, le second a été considéré comme traitement du deuxième œil. Les unités de comptes suivantes ont été distinguées :

- les séjours pour traitement de cataracte primaire ;
- les patients traités dans l'année (d'un ou des deux yeux) ;
- à partir de 2010, les patients sans intervention au cours des années antérieures, du moins depuis 2008, qui ont été considérés comme des « nouveaux patients ».

#### Méthodes d'analyse

Les taux d'intervention des différentes années étudiées ont été exprimés sous la forme de taux bruts pour 1 000 habitants et, pour prendre en compte le vieillissement de la population, de taux standardisés sur l'âge, avec comme population de référence la population française au recensement de 2006.

Les disparités géographiques de la chirurgie de la cataracte primaire ont été caractérisées sous forme de taux standardisés et d'indices comparatifs permettant une comparaison directe des valeurs régionales et départementales à la valeur 100, qui représente la moyenne nationale, en prenant en compte, par standardisation indirecte, la structure d'âge de la population de l'entité géographique considérée. Les données régionales et départementales ont été regroupées sur deux années.

## Le taux de recours à la chirurgie de la cataracte est maximum entre 75 et 84 ans

En 2016, il y a eu 826 000 séjours hospitaliers avec traitement chirurgical de cataracte primaire en France, soit un taux de séjour de 12,4 pour 1 000 habitants (*tableau 1*). Ces séjours pour cataracte primaire représentent 78 % des hospitalisations pour affections de l'œil, et près de 5 % de l'ensemble des hospitalisations de court séjour (hors séances).

Les patients opérés sont âgés en moyenne de 73,5 ans. Plus de neuf séjours sur dix concernent des patients âgés de 55 à 89 ans (94 %), 4 % impliquant des patients plus jeunes et 2 % des patients plus âgés. Le taux de recours augmente avec l'âge et atteint son maximum entre 75 et 84 ans (79 pour 1 000). Il diminue aux grands âges (56 pour 1 000 entre 85 et 89 ans et 24 pour 1 000 pour les plus âgés) car

la part de la population déjà opérée y est importante.

Avant 15 ans, les causes prépondérantes des interventions de cataracte primaire sont les malformations congénitales du cristallin (cataracte congénitale) et, à un moindre degré, la cataracte infantile (respectivement 58 % et 17 % des séjours de cette classe d'âge). Les diagnostics les plus fréquents entre 15 et 54 ans sont les cataractes juvéniles et préséniles et, pour les plus âgés, les cataractes dites séniles. La part des cataractes d'origine traumatique est marginale : 0,1 % tous âges confondus.

Les séjours féminins représentent 59 % de l'ensemble des séjours avec intervention pour cataracte primaire. Le taux brut de séjour est de 14 pour 1 000 femmes (*versus* 10,5 pour 1 000 hommes), mais cet écart se réduit après standardisation sur l'âge : 12 *versus* 11 pour 1 000. L'examen par

classe d'âge permet toutefois de nuancer ce constat global : les taux de recours féminins sont plus élevés que ceux des hommes entre 45 et 84 ans et, en conséquence, plus bas à partir de 85 ans (*tableau complémentaire A sur site internet de la DREES*).

## En 2016, 574 000 patients ont été opérés de cataracte primaire

Plus de quatre patients sur dix ont été opérés du deuxième œil au cours de cette même année 2016 (44 %). De ce fait, le nombre de patients opérés est nettement plus faible que le nombre de séjours, soit 574 000 patients (*tableau 1*). De plus, près d'un patient sur cinq (19 %) avait déjà eu une première intervention au cours des huit années précédentes, ce qui porte à 63 % la proportion de patients opérés en 2016 qui ont eu deux interventions pour cataracte primaire au cours de la période 2008-2016. Le taux global de patients opérés en 2016 est égal 9 pour 1 000 habitants, et celui des « nouveaux patients de l'année 2016 », c'est-à-dire de ceux qui n'ont pas eu d'intervention pour cataracte primaire au cours des huit années précédentes (cas incidents), à 7 pour 1 000 habitants.

Les interventions bilatérales au cours d'un même séjour sont exceptionnelles. Pour les patients ayant eu deux interventions chirurgicales de cataracte primaire en 2016, le délai moyen entre les deux séjours est de 31 jours et le délai médian de 14 jours.

## Neuf interventions sur dix sont réalisées en hospitalisation de jour

En 2016, la technique chirurgicale quasi exclusive du traitement de la cataracte primaire est « l'extraction extra-capsulaire du cristallin par phacoémulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil » (99 %) (*tableau complémentaire B sur le site internet de la DREES*).

La part de la chirurgie ambulatoire a considérablement augmenté au fil du temps du fait des évolutions techniques, mais aussi des incitations tarifaires, des recommandations professionnelles et de la mise sous accord préalable des établissements ayant un faible taux de réalisation en chirurgie ambulatoire<sup>2</sup>. En 2016, 92,5 % des inter-

•••  
2. La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) impose une procédure de « mise sous accord préalable » (MSAP) à certains hôpitaux publics ou privés ayant insuffisamment développé la chirurgie ambulatoire. Ces établissements doivent adresser au service médical de l'assurance maladie une demande d'accord préalable pour la prise en charge des nuitées lors d'hospitalisation pour opération chirurgicale à fort potentiel ambulatoire.

**TABLEAU 1**  
Nombres et taux de recours pour chirurgie de la cataracte primaire en 2016

2016	Nombre	Taux bruts pour 1 000 habitants	Taux standardisés <sup>2</sup> pour 1 000 habitants
<b>France entière</b>			
Séjours	825 651	12,4	11,2
Patients	573 914	8,6	7,80
dont nouveaux patients <sup>1</sup>	465 120	7,0	6,30
<b>Séjours par sexe</b>			
Femmes	486 344	14,1	11,8
Hommes	339 307	10,5	10,6
<b>Âge moyen des patients (ans)</b>			
Femmes	73,5		
Hommes	74,0		
	72,8		
<b>Séjours par classe d'âge</b>			
0-44 ans	7 116	0,2	
45-54 ans	22 510	2,5	
55-64 ans	99 557	12,0	
65-74 ans	286 110	44,3	
75-84 ans	320 787	78,8	
85-89 ans	71 232	56,1	
90 ans ou plus	18 339	24,3	

1. Patients 2016 sans chirurgie de cataracte primaire entre 2008 et 2015.

2. Taux standardisés sur la structure d'âge de la population française de 2006.

**Lecture** • Ce tableau présente les effectifs et taux (bruts et standardisés) des recours pour chirurgie de cataracte primaire, pour les séjours, les patients (incidence annuelle), nouveaux patients (cas incidents de la période), globalement, par sexe et par classe d'âge, ainsi que l'âge moyen des patients opérés. Toutes les données de ce tableau se lisent en ligne.

**Champ** • Séjours avec acte chirurgical de traitement de cataracte primaire, patients résidents en France métropolitaine ou dans les DROM, y compris Mayotte.

**Sources** • Hospitalisations : PMSI MCO, base nationale 2016 ; ATI, exploitation DREES. Populations : Insee, estimations localisées de populations au 1<sup>er</sup> janvier 2016.

ventions se sont déroulées au cours d'une hospitalisation de jour, contre 23 % en 1998. La part des séjours ambulatoires varie toutefois avec l'âge (*tableau complémentaire C sur site internet de la DREES*) : faible chez les nourrissons (18 %), elle augmente ensuite progressivement avec l'âge, atteignant 95 % entre 55 et 74 ans, puis diminue chez les plus âgés en se maintenant cependant à un niveau élevé (84 %). Les hospitalisations avec nuitée ne concernent plus que 7,5 % des séjours en 2016, avec une durée qui n'excède qu'exceptionnellement 2 jours et une durée moyenne de 1,3 jour.

Les interventions ont lieu dans le département de résidence des patients pour 80 % d'entre eux et dans leur région pour 95,5 %. Tous âges confondus, près de quatre opérations sur cinq ont été réalisées en établissement privé (73 % dans le secteur privé à but lucratif) et 22 % dans le secteur public, en centre hospitalier (16 %) ou, moins souvent, en centre hospitalier régional (6,5 %). Ces derniers sont toutefois prépondérants pour les opérations réalisées avant 15 ans (60 %), notamment pour malformations congénitales du cristallin, cataracte infantile ou intervention consécutive à un traumatisme de l'œil. Près de 700 établissements de santé ont réalisé des interventions chirurgicales de cataracte primaire au cours de l'année 2016, contre 850 en 1998. Parmi eux, les deux tiers ont une activité annuelle d'au moins 500 interventions, 28 % ont un volume d'activité compris entre 100 et 500 interventions et 5 %, un volume inférieur. En conséquence, les séjours en établissement à faible activité (moins de 100 séjours annuels) ne représentent que 0,3 % de l'ensemble des séjours chirurgicaux pour cataracte primaire. À l'inverse, plus de neuf interventions sur dix (93 %) sont réalisées en établissement à volume d'activité élevé, supérieur ou égal à 500 interventions annuelles, et plus de trois interventions sur quatre si l'on porte ce seuil d'activité à 1 000 interventions annuelles.

### Entre 2008 et 2016, le nombre d'interventions pour cataracte primaire a augmenté de 39 %

Le nombre de séjours avec chirurgie de cataracte primaire n'a cessé d'augmenter

au cours des trois dernières décennies. Il est passé de 120 000 séjours en 1984 à 392 000 séjours en 1998 (Baubeau, 2001), 592 000 en 2008 et 826 000 en 2016, soit une augmentation du nombre de séjours de 39 % entre 2008 et 2016 (*tableau 2*).

Cette évolution importante des séjours est due pour une part aux évolutions démographiques. L'augmentation est en effet moindre pour les taux bruts pour 1 000 habitants (+34 %), qui prennent en compte l'augmentation de la population, et surtout pour les taux standardisés (+23 %) qui tiennent compte en outre de la structure d'âge de la population, c'est-à-dire son vieillissement.

En revanche, les évolutions sont plus faibles lorsque l'on considère les patients opérés chaque année, dont les effectifs ont augmenté de 28 % entre 2008 et 2016,

les taux bruts de 23 % et les taux standardisés, de 13 %. C'est encore plus net pour les nouveaux patients de la période 2010-2016<sup>3</sup> : leurs effectifs n'augmentent que de 8 % et leurs taux bruts que de 5 %, tandis que les taux standardisés diminuent même de 1,8 % au cours de cette période. Cette moindre augmentation du nombre de patients et de nouveaux patients est due au développement de la chirurgie du deuxième œil. En effet, la proportion de patients avec interventions bilatérales au cours d'une même année a crû de 37 % entre 2008 et 2016 et celle des patients ayant eu une première intervention au cours des années précédentes de 52 % entre 2010 et 2016<sup>4</sup>. On assiste donc à une relative stabilisation des taux standardisés des nouveaux patients opérés de cataracte primaire, conjuguée à une aug-

•••  
3. Les évolutions des taux de nouveaux patients opérés de cataracte primaire n'ont été évaluées que pour la période 2010-2016, afin d'avoir au moins deux années antérieures d'observation pour chaque patient.

4. À noter toutefois que le recul est plus important pour les années les plus récentes comparativement aux premières années de la période d'étude.



TABLEAU 2

### Évolution du traitement chirurgical de la cataracte primaire entre 2008 et 2016

	2008	2010	2012	2014	2016	Évolution 2008-2016 (%) <sup>2</sup>
<b>Effectifs</b>						
Séjours	591 909	663 993	721 372	761 496	825 532	39,5
Part des hospitalisations de jour (%)	70,3	80,5	85,1	89,3	92,5	31,5
Patients	448 129	490 076	521 325	540 301	573 812	28,0
dont nouveaux patients <sup>1</sup>	448 129	429 171	437 398	442 492	465 035	8,4
<b>Patients avec plusieurs séjours dans l'année (%)</b>	32,0	35,4	38,3	40,9	43,8	36,7
<b>Patients avec séjour au cours des années précédentes (%)</b>	/	12,4	16,1	18,1	18,9	52,4
<b>Âge moyen des patients opérés</b>	73,8	73,8	73,8	73,7	73,5	-0,4
<b>Taux bruts (pour 1 000 habitants)</b>						
Séjours	9,3	10,3	11,1	11,6	12,4	34,0
Patients	7,0	7,6	8,0	8,2	8,7	23,1
dont nouveaux patients <sup>2</sup>		6,7	6,7	6,7	7,0	5,2
<b>Taux standardisés<sup>3</sup> (pour 1 000 habitants)</b>						
Séjours	9,1	10,0	10,5	10,7	11,2	23,2
Patients	6,9	7,4	7,6	7,6	7,8	13,0
dont nouveaux patients <sup>2</sup>		6,4	6,4	6,2	6,3	-1,8

1. Nouveaux patients de la période d'étude.

2. Pour les nouveaux patients de la période, les taux et les évolutions ont été calculés pour la période 2010-2016.

3. Taux standardisés sur la structure d'âge de la population française du recensement de 2006.

Champ • Patients résidant en France métropolitaine ou dans les DROM, à l'exclusion de Mayotte.

Sources • PMSI MCO, bases nationales 2008 à 2016 ; ATI, exploitation DREES. Populations : Insee, Estimations localisées de populations au 1<sup>er</sup> janvier des années correspondantes.

mentation des opérations du deuxième œil. Celles-ci se développent dans un contexte marqué par la publication d'études montrant l'utilité de la chirurgie du deuxième œil sur la qualité de la vision et la réduction des limitations fonctionnelles dues au déficit visuel (grâce notamment à l'amélioration de la stéréopsie, qui permet d'apprécier correctement les distances) et par l'augmentation des attentes de la population vieillissante en matière de santé fonctionnelle.

### L'évolution des taux d'intervention pour cataracte primaire varie selon la classe d'âge

Entre 2008 et 2016, l'âge moyen des patients au moment de l'intervention a légèrement diminué, passant de 73,8 ans en 2008 à 73,5 ans en 2016 (tableau 2). Les évolutions observées ne sont cependant pas homogènes dans l'ensemble des classes d'âge (tableau complémentaire D sur site internet de la DREES). Ainsi, l'augmentation des taux d'intervention pour cataracte primaire concerne surtout les personnes âgées de 55 à 74 ans. Pour les 55-64 ans, l'augmentation des taux entre 2008 et 2016 s'élève à 30 % pour les séjours, 21 % pour les patients, et à 5 % (entre 2010 et 2016<sup>3</sup>) pour les nouveaux patients. Pour les 65-74 ans, ces évolutions sont respectivement de 30 %, 19 % et 3 %.

À l'inverse, les taux concernant les nouveaux patients âgés de 75 ans ou plus diminuent au cours de la période, ce phénomène s'accroissant avec l'âge (-5 % entre 75 et 84 ans, -13 % entre 85 et 89 ans et -24 % pour les plus âgés). Les taux de séjours restent toutefois en augmentation chez les plus âgés, surtout entre 75 et 84 ans, en raison très probablement d'opérations du deuxième œil.

### Des disparités géographiques persistantes, mais moins marquées qu'en 1998

Afin d'étudier les disparités géographiques, des indices comparatifs (IC) départementaux et régionaux ont été calculés en regroupant les années 2015 et 2016, pour réduire les effets des fluctuations annuelles fréquentes dans les entités les moins peuplées. Ces indices permettent de comparer

ces valeurs locales à la moyenne nationale égale à 100.

En 2015-2016, les écarts entre les valeurs extrêmes des IC régionaux métropolitains des séjours avec traitement chirurgical de cataracte primaire varient entre 90, en Bourgogne-Franche-Comté, et 107 en Pays de la Loire. La Bourgogne-Franche-Comté est la seule région métropolitaine ayant un indice comparatif de séjours diminué de plus de 5 % par rapport à la moyenne nationale.

Des disparités interdépartementales sont toutefois observées dans la plupart des régions, à l'exception de la Bretagne, des Hauts-de-France et de la Corse, où les IC départementaux sont assez homogènes (carte 1). Les disparités des IC départementaux sont en effet plus marquées qu'au niveau régional, avec un minimum à 68 (dans le département des Ardennes) et un maximum à 113 en Savoie.

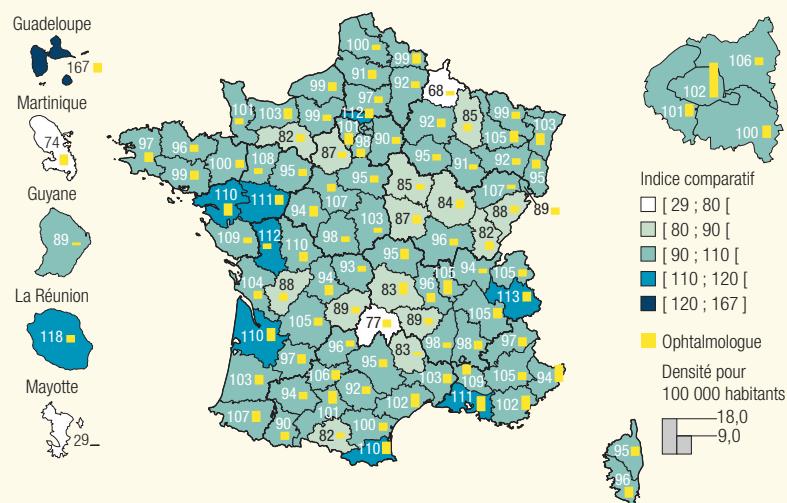
Dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), les écarts sont marqués : l'IC est élevé à La Réunion (118) et surtout en Guadeloupe (167), mais significativement inférieur à la moyenne nationale dans les

autres DROM, particulièrement à Mayotte (29). En Guyane, la situation est contrastée : l'IC des séjours pour cataracte primaire est bas (89), alors que celui relatif aux patients opérés est légèrement supérieur à la moyenne nationale (105, différence non significative), en raison d'un plus faible taux d'interventions bilatérales (25 % au cours de la période 2015-2016). La situation est similaire à Mayotte et en Martinique où la proportion de patients opérés des deux yeux au cours de cette période est également basse : 21 % en Martinique et 25 % à Mayotte.

Si les disparités départementales des taux de séjours pour chirurgie de cataracte primaire n'ont pas disparu, elles ont diminué de façon notable depuis une vingtaine d'années. À cet égard, le rapport entre les valeurs extrêmes des IC départementaux de Métropole était de 3 en 1998 (avec un maximum à 146 et un minimum à 47), contre 1,7 en 2015-2016 (113 et 68). L'harmonisation des pratiques s'est poursuivie entre les périodes 2008-2009 et 2015-2016, avec une corrélation négative ( $r = -0,55$ ) entre les taux standardisés départementaux initiaux et leur évolution

#### CARTE 1

### Séjours pour chirurgie de cataracte primaire : indices comparatifs départementaux 2015-2016 et densité d'ophtalmologues (2016)



**Lecture** • Le département des Ardennes (08) a un indice comparatif de séjours pour chirurgie de cataracte primaire bas, égal à 68, et une faible densité d'ophtalmologues (3,9 pour 100 000 habitants).

**Champ** • Séjours avec acte chirurgical de traitement de cataracte primaire de personnes résidant en France métropolitaine ou dans les DROM.

**Sources** • Hospitalisations : PMSI MCO, bases nationales 2015 et 2016 ; ATI, exploitation DREES.

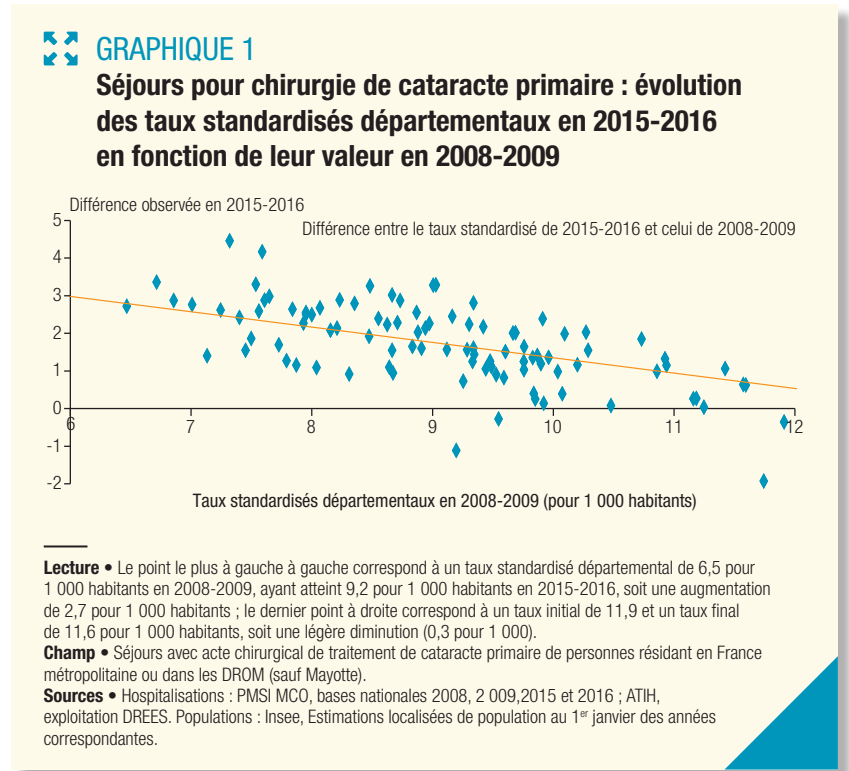
Populations : Insee, Estimations localisées de population au 1<sup>er</sup> janvier des années 2015 et 2016.

Densité d'ophtalmologues : DREES, 2016.

sur cette période : ce constat traduit une tendance à une augmentation de plus grande amplitude dans les départements qui avaient des taux plus faibles en 2008-2009 (graphique 1).

Toutefois, cette étude, qui mesure les taux de chirurgie de cataracte primaire à partir du PMSI, ne permet pas de conclure sur la pertinence des soins ni sur les besoins, satisfaits ou non, de chirurgie de la cataracte primaire, faute de données cliniques sur l'acuité visuelle, l'intensité de la cataracte et sur les limitations fonctionnelles induites par la cataracte.

En conclusion, le PMSI permet de décrire les nombres et taux de séjour pour chirurgie de la cataracte primaire au niveau national, régional et départemental, ainsi que leurs évolutions respectives. Entre 2008 et 2016, l'augmentation des séjours pour chirurgie de cataracte primaire est de 39,5 % pour le nombre et de 23 % pour le taux standardisé sur l'âge. Cette évolution des séjours est essentiellement due à l'augmentation de la chirurgie du deuxième œil, alors que les nombres et taux de nouveaux patients opérés ont peu évolué pendant la période (respecti-



vement +8 % et -2 %). Ces tendances s'accompagnent d'une réduction des disparités départementales, avec toutefois un faible recours préoccupant à Mayotte.

Concernant la prise en charge, la part de la chirurgie ambulatoire a augmenté de 30 % au cours de la période, atteignant 92,5 % en 2016. ■

## POUR EN SAVOIR PLUS

- **Baubeau, D., Bousquet, F., Joubert, M., et al.** (2001, février). Le traitement chirurgical de la cataracte en France : un développement encore limité de la chirurgie ambulatoire. DREES, *Études et Résultats*, 101.
- **Daïen V., Le Pape A., Hève D., et al.** (2015, August). Incidence and characteristics of cataract surgery in France from 2009 to 2012: a national population study. *Journal of the American academy of ophthalmology*;122:1633-8.
- **Data DREES** : site de données en open data (sur la base du diagnostic principal), disponible à l'adresse suivante (rubrique État de santé et morbidité, sous-rubrique Morbidité hospitalière) : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>
- **Haute Autorité de Santé** (2010). Conditions de réalisation de la chirurgie de la cataracte : environnement technique. Disponible en ligne à : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/rapport\\_chirurgie\\_cataracte.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/rapport_chirurgie_cataracte.pdf)
- **Mouquet M-C., Oberlin P.** (2013, novembre). L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1998 et 2008. Résultats détaillés. DREES, *Document de travail, série Études et Recherche*, 128.

## LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site

[drees.solidarites-sante.gouv.fr](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr)

Retrouvez toutes nos données sur

[www.data.drees.sante.gouv.fr](http://www.data.drees.sante.gouv.fr)

Pour recevoir nos avis de parution

[drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution)

**Directeur de la publication** : Jean-Marc Aubert

**Responsable d'édition** : Souphaphone Douangdara

**Rédactrice en chef technique** : Sabine Boulanger

**Secrétaire de rédaction** : Fabienne Brifault

**Composition et mise en pages** : Stéphane Jeandet

**Conception graphique** : Julie Hiet et Philippe Brulin

**Imprimeur** : Imprimerie centrale de Lens

**Pour toute information** : [drees-infos@sante.gouv.fr](mailto:drees-infos@sante.gouv.fr)

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •

ISSN papier 1292-6876 • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384