

## Etat des lieux 2012 sur l'activité de chirurgie ambulatoire Programme Gestion du risque

Dans la continuité des travaux menés dans le cadre du programme de gestion des risques (GDR), l'agence a procédé à une actualisation des indicateurs de chirurgie ambulatoire sur les données 2012. Les indicateurs retenus s'articulent donc autour de deux grands axes : le premier porte sur le taux de recours populationnel qui mesure le recours de la population à la chirurgie ambulatoire par comparaison à la chirurgie réalisée en hospitalisation complète ; le second porte sur le taux de chirurgie ambulatoire qui mesure l'évolution des pratiques.

**Le taux de chirurgie ambulatoire a augmenté entre 2011 et 2012 de 1,3 points, passant de 39,5% à 40,8%. Cette progression est légèrement moins prononcée qu'entre 2010 et 2011. En 5 ans, la proportion des prises en charge en ambulatoire a augmenté de presque 10 points. Actuellement de 41% ce taux n'était que de 32% en 2007.**

### *Depuis la campagne 2012 : 21 nouvelles racines à tarif unique*

Dans la continuité des campagnes précédentes, 21 nouveaux couples ont fait l'objet d'une incitation tarifaire en 2012 par la mise en place d'un tarif unique entre les séjours ambulatoires et les séjours d'hospitalisation complète sans sévérité.

Deux nouveaux indicateurs ont été mis en place pour suivre ces activités de manière spécifique :

- 2.3c : taux de chirurgie ambulatoire sur les 21 racines (ensemble de la racine) ;
- 2.3d : taux de chirurgie ambulatoire sur les 21 racines (périmètre des niveaux 1et J).

### **Définitions**

- Le **taux de recours** correspond au nombre de séjours annuel des patients d'une région rapporté à la population totale de cette région. Ainsi, le taux de recours en chirurgie indique le nombre de séjours réalisés en chirurgie pour 1 000 habitants.

- Le taux de chirurgie **ambulatoire** peut être calculé de deux manières :

\* en se basant sur la première série d'indicateurs du programme de GDR, le taux de chirurgie ambulatoire peut être calculé en rapportant le taux de recours à la chirurgie ambulatoire au taux de recours à la chirurgie. Il s'agit du **taux de consommation** des séjours de chirurgie ambulatoire par la population de chaque région ;

\* en se basant sur la seconde série d'indicateurs du programme de GDR, le taux de chirurgie ambulatoire peut être calculé en rapportant le nombre de séjours de chirurgie ambulatoire au nombre de séjours de chirurgie. Il s'agit du **taux de production** des séjours de chirurgie ambulatoire par les établissements de chaque région.

Au niveau national, les deux méthodes de calcul conduisent au même résultat puisque l'ensemble des séjours consommés par la population française ont été produits par l'ensemble des établissements du territoire français (les séjours des patients français qui auraient pu avoir lieu à l'étranger ne sont pas connus).

En revanche, au sein de chaque région, taux de consommation des séjours de chirurgie ambulatoire et taux de production des séjours de chirurgie ambulatoire peuvent différer, notamment si

- des séjours de chirurgie ambulatoire produits par les établissements de la région sont consommés par une population résidant dans d'autres régions ; il s'agit d'un phénomène d'attractivité;

- des séjours de chirurgie ambulatoire consommés par la population de la région ont été produits par des établissements situés en dehors de la région ; il s'agit d'un phénomène de fuite.

## I. Analyse des taux de recours populationnel

L'analyse des taux de recours populationnel montre que la chirurgie prise en charge en ambulatoire continue de progresser plus rapidement que la prise en charge en hospitalisation complète.

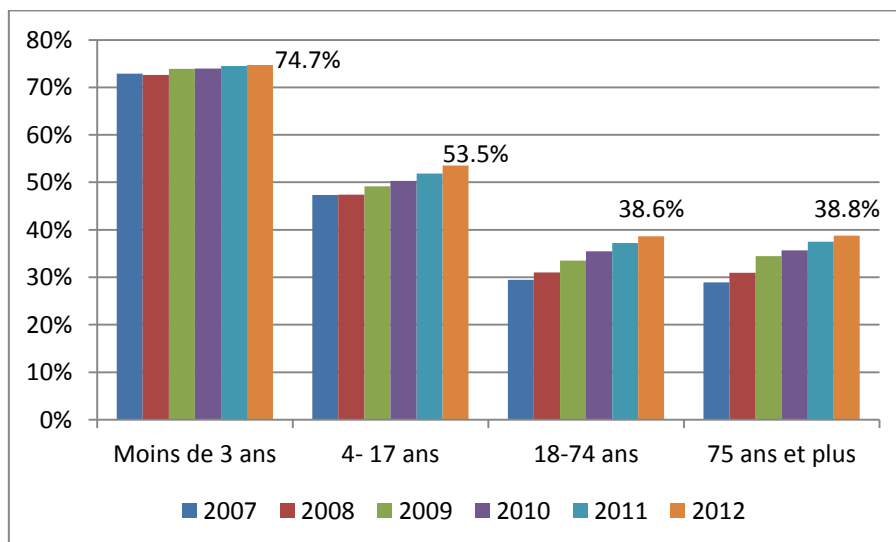
*Evolution des taux de recours à la chirurgie et à la chirurgie ambulatoire, France 2007-2012*

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Taux de recours à la chirurgie (pour 1 000 habitants)</b>	78.0	78.5	79.5	79.9	81.8	82.7
<b>Taux de recours à la chirurgie ambulatoire (pour 1 000 habitants)</b>	25.2	26.4	28.8	30.2	32.3	33.7
<b>Taux de chirurgie ambulatoire</b>	32.3%	33.6%	36.2%	37.8%	39.5%	40.8%

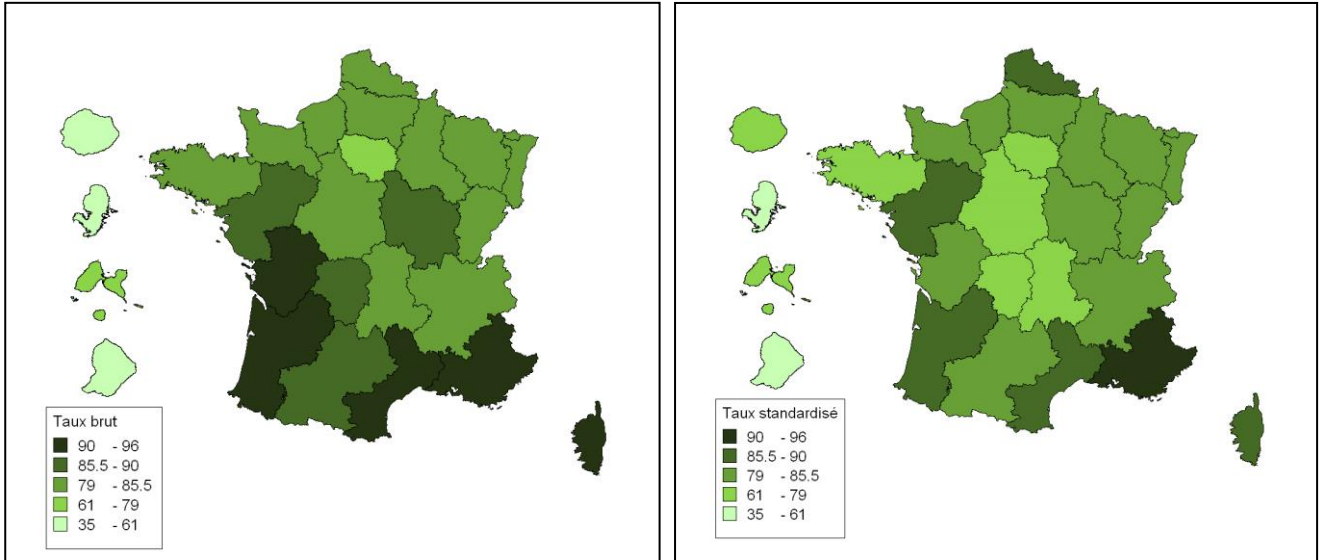
L'analyse par classe d'âge confirme les analyses précédentes sur la période 2007-2011: la part des séjours de chirurgie pris en charge en ambulatoire est la plus élevée pour les enfants de moins de 3 ans et la plus faible chez les patients de 18 à 74 ans.

En revanche, pour ces patients, cette part ne cesse d'augmenter avec une progression entre 2011 et 2012 aussi dynamique que celle des personnes âgées (+1,4 points) tandis que celle des enfants est stable depuis 2009 (+0,2 points). Les efforts de développement de la chirurgie ambulatoire concernent plus spécifiquement les patients adultes que les enfants.

*Evolution de la part des séjours de chirurgie pris en charge en ambulatoire, par tranche d'âge, France 2007-2012*

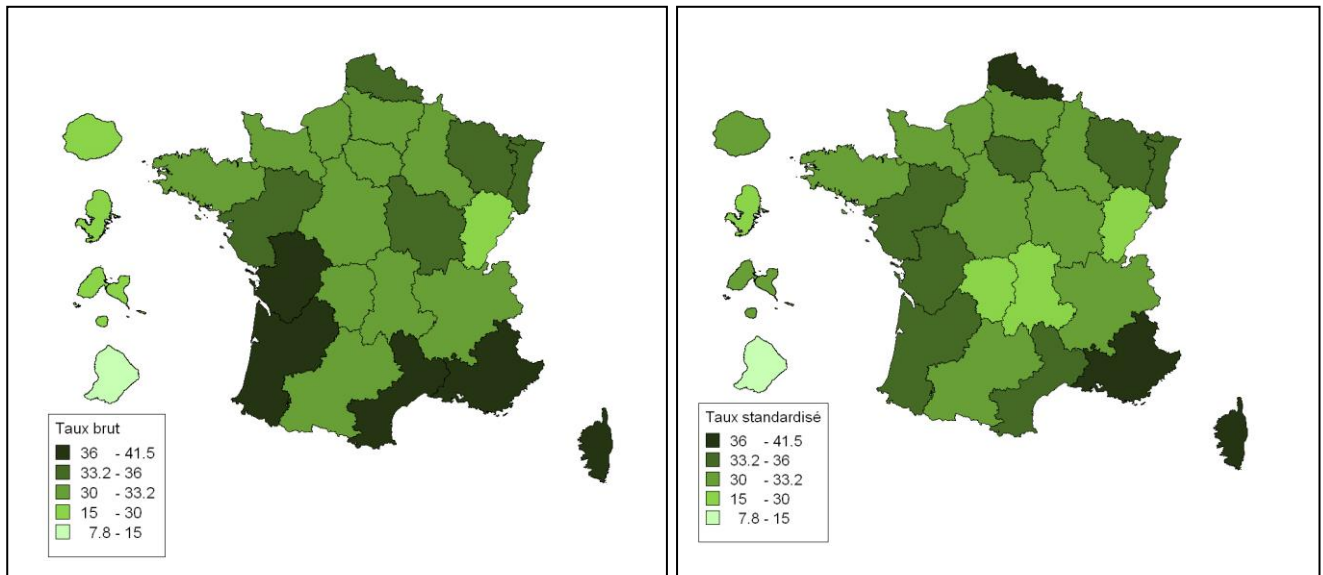


**Indicateur 1.1 Taux de recours à la chirurgie en 2012 (pour 1 000 habitants)**



**Taux de recours national = 82,7 pour 1 000 habitants**

**Indicateur 1.2 Taux de recours à la chirurgie ambulatoire en 2012 (pour 1 000 habitants)**

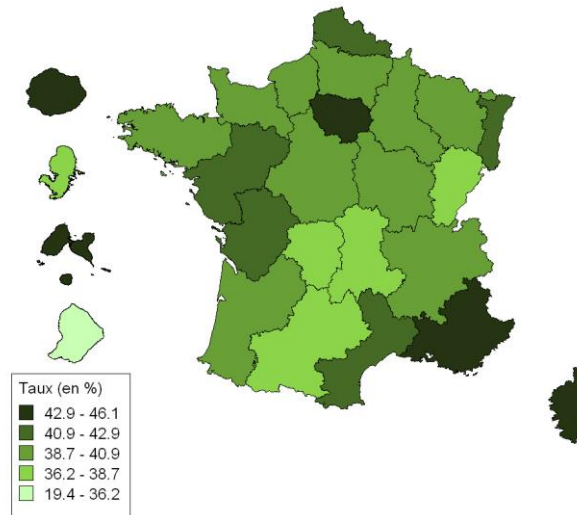


**Taux de recours national = 33,7 pour 1 000 habitants**

## II. Analyse du taux de prise en charge global de la chirurgie en ambulatoire

En 2012, le taux de chirurgie ambulatoire varie entre les régions de France métropolitaine entre 36,2% et 46%. Les régions pour lesquelles la prise en charge en ambulatoire est la plus élevée sont la Corse, la Réunion, PACA, et Guadeloupe (cf. carte ci-dessous).

*Taux de chirurgie ambulatoire par région en 2012*



Entre 2010 et 2012, le développement de la chirurgie ambulatoire a été plus rapide que la progression nationale dans deux régions : en Basse-Normandie et en Bretagne, le taux régional était inférieur au taux national en 2010 pour ces deux régions, il est devenu « proche » du taux national en 2012.

*Taux de prise en charge en ambulatoire :  
 Evolution 2010-2012 et positionnement régional par rapport au taux national*

Région	2010	2011	2012	situation 2010	évolution 2010-2012	situation 2012
11 - Ile-de-France	40.2%	41.8%	43.4%	supérieur		supérieur
21 - Champagne-Ardennes	36.1%	37.6%	39.4%	inférieur		inférieur
22 - Picardie	38.4%	39.8%	40.3%	proche		proche
23 - Haute-Normandie	37.4%	38.7%	40.5%	proche		proche
24 - Centre	37.1%	39.1%	40.5%	proche		proche
25 - Basse-Normandie	36.0%	38.8%	40.0%	inférieur		proche
26 - Bourgogne	37.2%	39.0%	39.9%	proche		proche
31 - Nord-Pas-de-Calais	39.9%	41.2%	42.0%	supérieur		supérieur
41 - Lorraine	37.1%	38.2%	39.6%	proche		inférieur
42 - Alsace	38.2%	39.8%	41.0%	proche		proche
43 - Franche-Comté	32.9%	35.1%	36.2%	inférieur		inférieur
52 - Pays de la Loire	37.4%	40.0%	41.1%	proche		proche
53 - Bretagne	36.3%	38.1%	40.4%	inférieur		proche
54 - Poitou-Charentes	39.4%	40.6%	41.8%	supérieur		supérieur
72 - Aquitaine	37.4%	38.8%	40.1%	proche		proche
73 - Midi-Pyrénées	33.8%	36.0%	37.2%	inférieur		inférieur
74 - Limousin	33.5%	35.8%	37.2%	inférieur		inférieur
82 - Rhône-Alpes	35.6%	37.5%	38.8%	inférieur		inférieur
83 - Auvergne	34.3%	35.7%	36.9%	inférieur		inférieur
91 - Languedoc-Roussillon	38.9%	40.4%	41.1%	supérieur		proche
93 - Provence-Alpes-Côte-d'Azur	41.1%	42.3%	43.5%	supérieur		supérieur
94 - Corse	41.7%	43.2%	46.0%	supérieur		supérieur
971 - Guadeloupe	41.3%	42.6%	42.9%	supérieur		supérieur
972 - Martinique	35.3%	35.6%	36.8%	inférieur		inférieur
973 - Guyane	9.8%	18.2%	19.4%	inférieur		inférieur
974 - La Réunion	42.5%	45.3%	45.6%	supérieur		supérieur
99 - Service de santé des armées	20.9%	22.9%	24.8%	inférieur		inférieur
<b>NATIONAL</b>	<b>37.8%</b>	<b>39.5%</b>	<b>40.8%</b>			

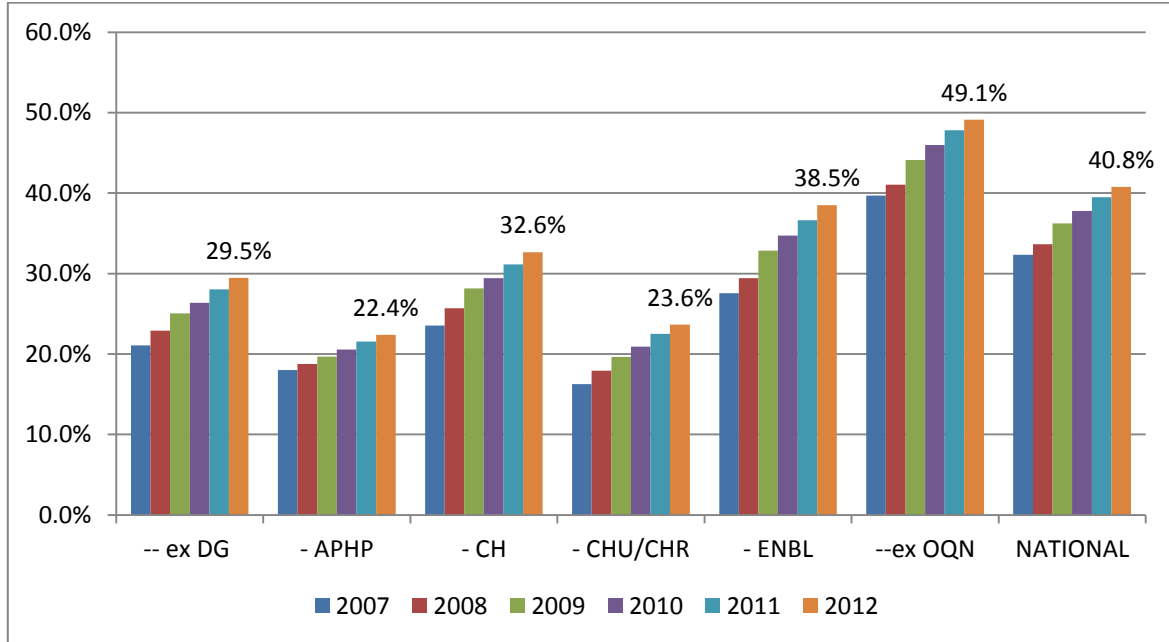
**Lecture du tableau**

Le taux de chaque région est comparé au taux national en 2010 et en 2012. La situation de la région par rapport au taux national est appréciée selon un critère d'écart de +/- 1 point.

- En **rouge** sont identifiées les régions pour lesquelles le développement de la chirurgie ambulatoire a progressé plus vite que la moyenne, ce qui a permis de réduire l'écart au taux national.
- En **bleu** sont identifiées les régions pour lesquelles le développement de la chirurgie ambulatoire a progressé moins vite que la moyenne.

Si le taux de chirurgie ambulatoire reste plus élevé au sein des établissements du secteur ex-OQN, entre 2007 et 2012, la progression a été plus rapide pour les établissements du secteur-ex DG.

*Evolution du taux de chirurgie ambulatoire par catégorie d'établissements, 2007-2012*



Par conséquent, la part de l'activité de chirurgie ambulatoire réalisée par des établissements du secteur-ex-DG a augmenté de près de 5 points au cours de la période, passant de 25,9% en 2007 à 30,7% en 2012.

*Evolution de la chirurgie ambulatoire par catégorie d'établissements – nombre de séjours et %*

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Secteur ex-DG</b>	413 987	463 725	525 440	564 735	621 146	670 797
<b>Secteur ex-OQN</b>	1 184 517	1 208 979	1 310 997	1 375 128	1 465 344	1 517 560
<b>Part du secteur ex-DG</b>	25.9%	27.7%	28.6%	29.1%	29.8%	30.7%

### III. Analyse spécifique des racines en tarif unique

Une politique tarifaire incitative à la prise en charge en ambulatoire a été mise en place pour 18 racines depuis 2009-2010 et 21 nouvelles racines en 2012.

*Part de l'activité des racines en tarif unique*

Nombre de séjours en ambulatoire (en milliers)	2010	2011	2012	Part en 2012
18 racines – incitation 2009	1 215,6	1 302,6	1 361,7	62.2%
21 racines – incitation 2012	122,2	133,9	141,8	6.5%
Ensemble des racines de chirurgie	1 939,8	2 086,5	2 188,4	100%

**En 2012, près de 69% des séjours de chirurgie ambulatoire concerne l'une de ces 37 activités.**

Cette part s'élève à 65,5% pour les établissements du secteur ex-DG et 70,1% pour les établissements du secteur ex-QQN.

#### a) Analyse des 18 racines en tarif unique depuis 2009-2010

En ciblant le champ aux activités des **18 racines ayant fait l'objet d'une politique incitative à la prise en charge en ambulatoire depuis 2009-2010**, le taux de chirurgie ambulatoire continue d'augmenter.

La part des séjours ambulatoires dans l'ensemble des séjours de ces 18 racines diffère légèrement de ce qui a été présenté dans l'analyse des années précédentes du fait du changement de classification des GHM pour la prise en charge des amygdalectomies en ambulatoire (cf. annexe).

Selon la nouvelle classification, cette part est passée de 76,2% en 2011 à 78,5% en 2012, soit une progression de 2,3 points. De plus, au sein de ces 18 racines, que les séjours ambulatoires soient rapportés à l'ensemble des séjours (taux 2.3) ou aux seuls séjours de niveaux 1 ou J (taux 2.3b), les valeurs restent très similaires (maintien d'1 point d'écart), confirmant la faible part des séjours avec des sévérités (niveaux 2, 3 et 4) pour ces activités.

Ces évolutions à la hausse sont constatées pour l'ensemble des catégories d'établissements et pour l'ensemble des régions.

Entre 2010 et 2012 pour ces 18 racines, la part de l'activité de chirurgie ambulatoire réalisée par des établissements du secteur-ex-DG est passée de 26,2% à 27,5%.

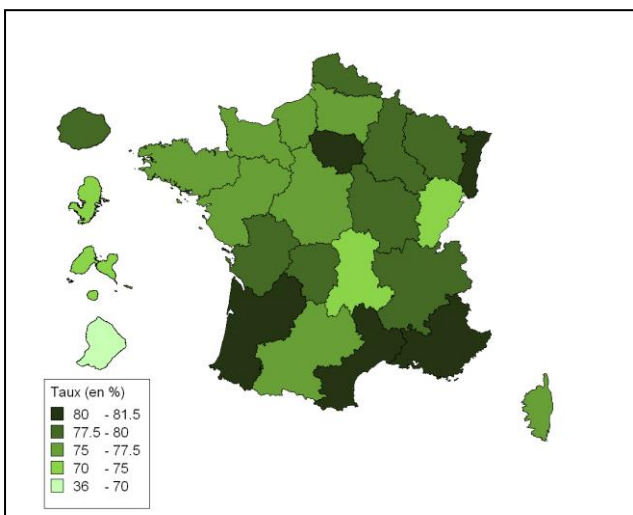


L'analyse détaillée par racine montre que la hausse de la prise en charge en ambulatoire s'observe pour chacune des 18 racines. La plus forte progression concerne les racines ayant le plus faible taux de prise en charge en ambulatoire :

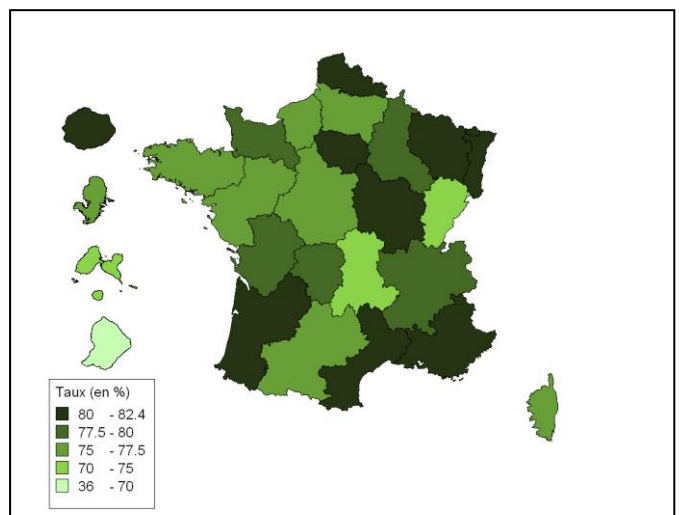
- les interventions sur la région anale et périanale (09C08)
- les interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans (06C12)
- les interventions pour oreilles décollées (03C21)
- les biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein (09C07)

A l'inverse, pour les deux racines relatives aux drains (03C14 et 03C15) et les circoncisions (12C08) ayant un taux de prise en charge en ambulatoire d'au moins 92% depuis 2007, il est de nouveau constaté une stabilité de la part des séjours ambulatoires. Le potentiel de développement de la prise en charge en ambulatoire sur ces activités est probablement plus limité.

**Indicateurs 2.3 et 2.3b Taux de chirurgie ambulatoire en 2012 pour les 18 racines à tarif unique**



Part du niveau J dans le total des niveaux  
**Taux national = 78,4%**



Part du niveau J dans le total des niveaux 1 ou J  
**Taux national = 79,4%**

Taux de chirurgie ambulatoire pour chacune des 18 racines à tarif unique depuis 2009-2010 (indicateur 2.3), évolution 2010-2012



## b) Analyse spécifique des 21 nouvelles racines en tarif unique depuis 2012

Calculé sur l'activité des **21 nouvelles racines ayant fait l'objet d'une politique incitative à la prise en charge en ambulatoire en 2012**, le taux de chirurgie ambulatoire est bien moindre. Il s'élève à 27,2% en 2012.

Pour ces 21 racines, lorsque les séjours ambulatoires sont rapportés à l'ensemble des séjours (taux 2.3c) ou aux seuls séjours de niveaux 1 ou J (taux 2.3d), les valeurs peuvent différer fortement indiquant l'importance de la part des séjours avec sévérité (niveaux 2, 3 et 4) pour ces activités.

Ainsi globalement, il y a **6 points d'écart entre les deux taux** : en effet, le taux de chirurgie ambulatoire calculé sur le seul périmètre des séjours de niveau 1 et J s'élève à 33,2% en 2012 alors que celui calculé sur l'ensemble de la racine s'établit à 27,2%.

Les premiers effets de la mise en place de la politique tarifaire incitative ne s'observent pas encore : la progression du taux de séjours ambulatoires rapportés aux seuls séjours de niveaux 1 ou J ne s'est pas accélérée, elle est de 1,4 point entre 2010 et 2011 comme entre 2011 et 2012.

*Evolution du taux de chirurgie ambulatoire pour les 21 nouvelles racines à tarif unique*

Taux de chirurgie ambulatoire	2010	2011	2012
- séjours en J rapportés à l'ensemble des séjours	24,8%	26,1%	27,2%
- séjours en J rapportés aux séjours de niveau 1 et J	30,4%	31,8%	33,2%

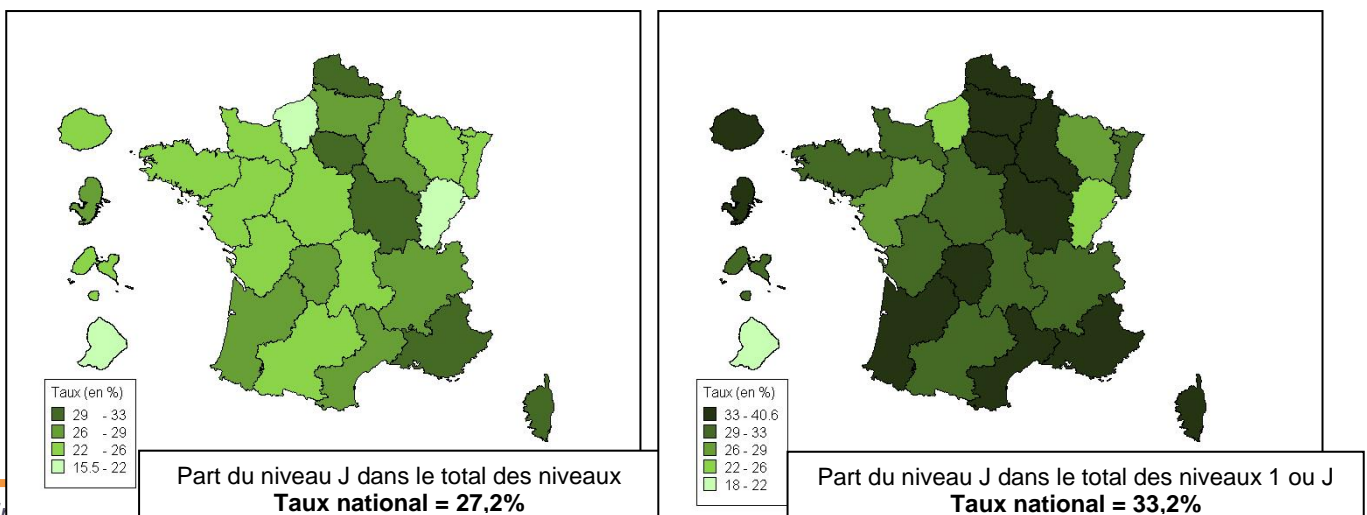
De plus, la part de chirurgie ambulatoire est très variable selon les activités sélectionnées :

- pour 13 racines le taux d'ambulatoire est inférieur à 20% ;
- pour 7 racines le taux d'ambulatoire est compris entre 37% et 68% ;
- pour 1 racine le taux d'ambulatoire est supérieur à 80%.

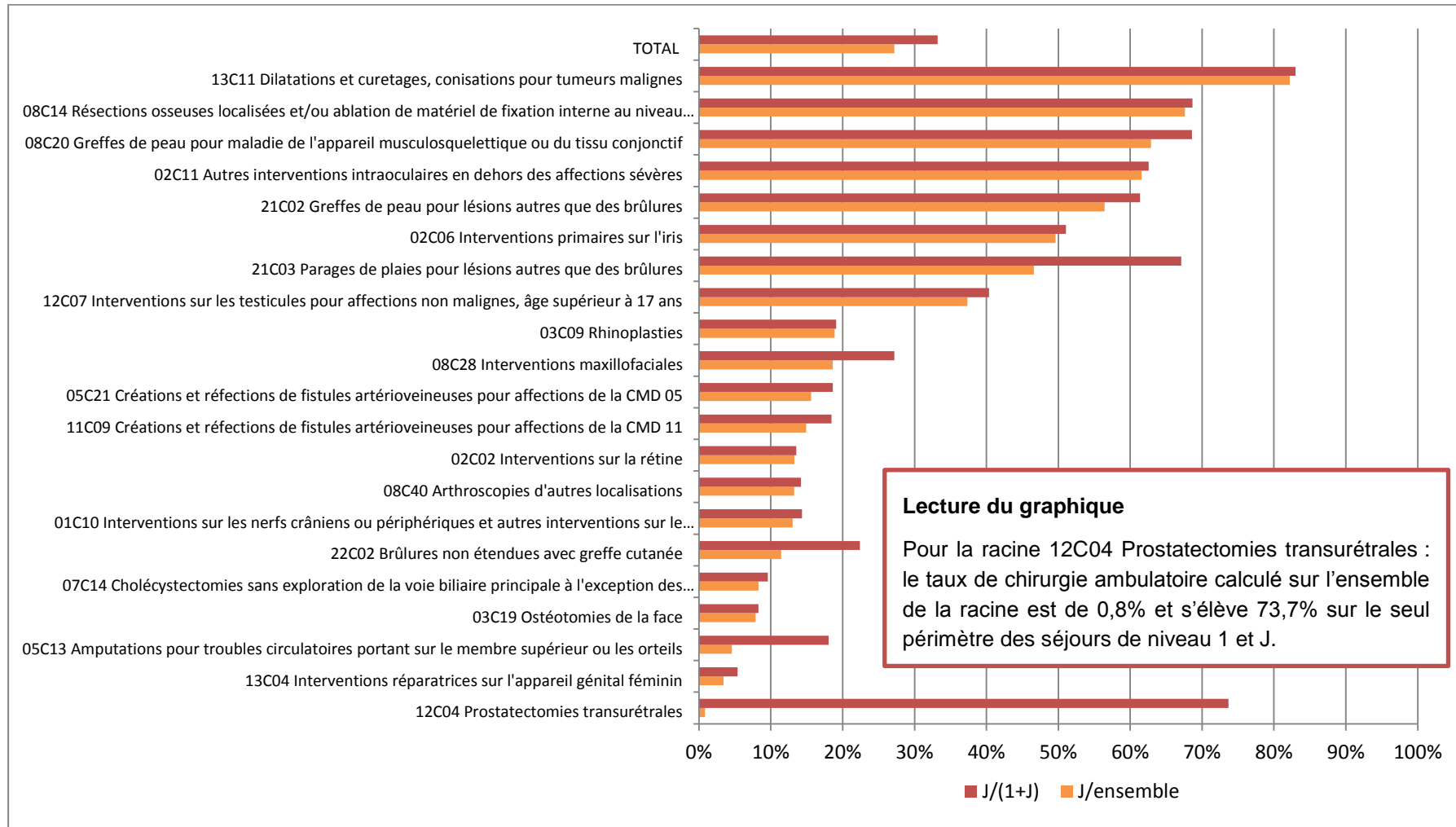
Cet écart est plus prononcé pour certaines activités et notamment pour 4 racines :

- 12C04 Prostatectomies transurétrales ;
- 21C03 Parages de plaies pour lésions autres que des brûlures ;
- 05C13 Amputations pour troubles circulatoires portant sur le membre supérieur ou les orteils ;
- 22C02 Brûlures non étendues avec greffe cutanée.

### Indicateurs 2.3c et 2.3d Taux de chirurgie ambulatoire en 2012 pour les 21 racines



Taux de chirurgie ambulatoire pour chacune des 21 nouvelles racines à tarif unique depuis 2012 (indicateur 2.3c), constat 2012



# ANNEXES

## *Descriptif des indicateurs fournis par l'ATIH*

### Bases de données :

Séjours : PMSI MCO 2007 à 2012 (données regroupées en V11D) hors GHM Erreur, PIE et séances

Population : Résultats des recensements de population INSEE 2006, 2007, 2008, 2009 et 2010.

Les données PMSI 2007 et 2008 sont rapportées à la population de 2006,

celles de 2009 rapportées à la population 2007,

celles de 2010 rapportées à la population de 2008

celles de 2011 rapportées à la population 2009

et celles de 2011 rapportées à la population 2010.

Sélections des séjours : Séjours de chirurgie : GHM V11D en C hors CMD 14 et 15.

### Précision de champ pour les taux de recours (1.1 à 1.4 et 2.8) :

- La région considérée est la région de résidence des patients
- Les taux sont calculés pour 1 000 habitants
- Séjours avec un mode de sortie Domicile pour la chirurgie ambulatoire (séjour en C sans nuitée)
- Tous les établissements sont pris en compte, y compris ceux qui ne sont pas soumis à la tarification à l'activité
- Les taux sont standardisés sur l'âge et le sexe.

### Classes d'âge considérées pour la standardisation :

- |                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| - <5 ans             | - De 50 ans à 54 ans |
| - De 5 ans à 9 ans   | - De 55 ans à 59 ans |
| - De 10 ans à 14 ans | - De 60 ans à 64 ans |
| - De 15 ans à 19 ans | - De 65 ans à 69 ans |
| - De 20 ans à 24 ans | - De 70 ans à 74 ans |
| - De 25 ans à 29 ans | - De 75 ans à 79 ans |
| - De 30 ans à 34 ans | - De 80 ans à 84 ans |
| - De 35 ans à 39 ans | - De 85 ans à 89 ans |
| - De 40 ans à 44 ans | - De 90 ans à 94 ans |
| - De 45 ans à 49 ans | - 95 ans et plus     |

### Précision de champ pour les autres indicateurs (2.1 à 2.7 et 3.3) :

- La région considérée est la région d'implantation de l'établissement
- Seuls les établissements soumis à la tarification à l'activité sont pris en compte
- Pour les établissements ayant effectué moins de 30 séjours, le taux n'est pas affiché pour un indicateur et une année donnés

Liste des 18 racines à tarif unique depuis 2009-2010 :

Racine	libellé
01C13	Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels
02C05	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie
03C10	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans
03C14	Interventions sur les amygdales, en ambulatoire
03C15	Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans
03C21	Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans
03C21	Interventions pour oreilles décollées
05C17	Ligatures de veines et éveinages
06C10	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations, âge inférieur à 18 ans
06C12	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans
08C38	Autres arthroscopies du genou
08C44	Autres interventions sur la main
08C45	Ménisectomie sous arthroscopie
09C07	Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein
09C08	Interventions sur la région anale et périanale
12C06	Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge inférieur à 18 ans
12C08	Circoncision
13C08	Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin
13C12	Dilatations et curetages, conisations pour affections non malignes

La racine 03C10 « Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans » ne comporte que des séjours pris en charge en hospitalisation complète.

La racine associée jusqu'en classification V11c des GHM est la racine 03C22J « Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans ».

Depuis la classification V11d, cette racine n'existe plus, elle a été scindée de façon à distinguer :

- les « Interventions sur les amygdales, en ambulatoire » (03C27J)
- les « interventions sur les végétations adénoïdes », en ambulatoire (03C28J)

Seule la racine portant sur les amygdales (03C27J) a désormais un tarif unique égal au tarif du GHM de niveau 1 de la racine 03C10. Par conséquent l'association 03C10-03C22 a été remplacée par l'association 03C10-03C27.

Le taux de chirurgie ambulatoire de cette nouvelle association est plus faible que sur la précédente association qui englobait des interventions sur les végétations adénoïdes essentiellement réalisées en ambulatoire.

Le taux global de chirurgie ambulatoire sur les 18 racines à tarif unique depuis 2009-2010 s'en trouve légèrement diminué.

Pour la racine 13C12, pour le GHM de niveau J il existe deux GHS, seuls les séjours associés au GHS ayant le même tarif que le niveau 1 sont retenus comme séjours « ambulatoires ».

La racine 06C10 a fait l'objet de la politique tarifaire incitative que depuis 2010.

**NB :** Une autre racine a fait l'objet d'une politique tarifaire incitative avec la fixation d'un tarif unique depuis 2009 mais n'a pas été retenue dans cette analyse car elle n'est pas directement identifiée comme une racine de chirurgie (C) : la racine 03K02 « Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires ».

Liste des 21 nouvelles racines à tarif unique depuis 2012 :

Parmi ces 21 racines, le tarif unique a été mis en place pour 13 couples en raison du caractère substituable entre les prises en charge en ambulatoire et en hospitalisation complète, Pour les 8 autres couples, le GHM en J a été créé en 2012 (version 11d de la classification). A cette occasion, le tarif du niveau J a été fixé à hauteur de celui du niveau 1.

Racine	Libellé
01C10	Interventions sur les nerfs crâniens ou périphériques et autres interventions sur le système nerveux
02C02	Interventions sur la rétine
02C06	Interventions primaires sur l'iris
02C11	Autres interventions intraoculaires en dehors des affections sévères
03C09	Rhinoplasties
03C19	Ostéotomies de la face
05C13	Amputations pour troubles circulatoires portant sur le membre supérieur ou les orteils
05C21	Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 05
07C14	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës
08C14	Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur
08C20	Greffes de peau pour maladie de l'appareil musculosquelettique ou du tissu conjonctif
08C28	Interventions maxillofaciales
08C40	Arthroscopies d'autres localisations
11C09	Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 11
12C04	Prostatectomies transurétrales
12C07	Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge supérieur à 17 ans
13C04	Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin
13C11	Dilatations et curetages, conisations pour tumeurs malignes
21C02	Greffes de peau pour lésions autres que des brûlures
21C03	Parages de plaies pour lésions autres que des brûlures
22C02	Brûlures non étendues avec greffe cutanée

Pour la racine 12C04, pour le GHM de niveau 1 il existe deux GHS, seuls les séjours associés au GHS ayant le même tarif que le niveau J sont retenus pour le périmètre (1 +J).