



Etat des lieux sur les évolutions de l'activité de chirurgie ambulatoire

Analyse nationale et régionale
Données 2007-2009

Synthèse

Cette analyse s'inscrit dans le cadre du programme de « gestion du risque » (GDR) portant sur la chirurgie ambulatoire (cf. Instruction DGOS du 27 décembre 2010 *relative à la chirurgie ambulatoire : perspectives de développement et démarche de gestion du risque*). A partir des indicateurs définis dans le cadre de ce programme, cette analyse brosse un état des lieux national sur les évolutions de l'activité de chirurgie ambulatoire depuis 2007.

Tout d'abord, cet état des lieux analyse l'évolution des taux de recours à la chirurgie et à la chirurgie ambulatoire. Au niveau national et pour l'ensemble des régions, il est constaté que la part des séjours de chirurgie pris en charge en ambulatoire augmente depuis 2007 (+3,9 points entre 2007 et 2009). De plus, le nombre de séjours de chirurgie réalisés en ambulatoire augmente plus vite que les séjours de chirurgie d'hospitalisation complète. Toutefois, le rythme de cette évolution est variable selon les régions : certaines évoluant à un rythme bien inférieur au rythme national ; d'autres évoluant à un rythme plus rapide rattrapant ainsi leur retard par rapport à la moyenne nationale.

Ensuite, sur la base du taux de chirurgie ambulatoire, l'évolution globale des pratiques est analysée ainsi que l'évolution spécifique des 18 racines de groupes homogènes de malade (GHM) faisant l'objet d'une incitation tarifaire à la prise en charge en ambulatoire.

Globalement, même s'il est constaté entre 2007 et 2009 une progression du taux global de chirurgie ambulatoire, cette progression reste modeste (+ 3.9 points sur 3 ans) et surtout très variable selon les régions (de + 2 points à + 8 points). Alors que certaines régions connaissent une progression soutenue (de plus de 6 points, soit quasiment une progression à un rythme deux fois plus rapide que celle constatée au niveau national), d'autres connaissent une progression plus lente (inférieure à 3 points). Ces dernières ont néanmoins un taux 2009 de chirurgie ambulatoire supérieur au taux national ; leur faible progression peut donc s'expliquer, pour partie, par l'existence d'un taux 2007 déjà élevé. A l'inverse, dans certaines régions il est constaté une faible progression (inférieure à celle du niveau national) ainsi qu'un taux 2009 inférieur au taux national.

Cependant, il est important de rappeler que cette analyse n'a pas pour objet d'identifier de façon précise les potentiels de développement de chirurgie ambulatoire dans la mesure où cette démarche nécessite notamment une analyse médicale des résumés de sortie standardisés au sein de chaque établissement.

Cette analyse a donc pour objectif d'aider les pouvoirs publics et les ARS à identifier au niveau national et au sein de chaque région des gisements potentiels d'activité et d'orienter les efforts de développement vers les régions et établissements qui les détiennent.

A signaler :

- L'année 2006 qui n'est pas directement comparable aux années 2007, 2008 et 2009 compte tenu de l'évolution du modèle de financement entre 2006 et 2007 avec la création des forfaits SE qui a engendré le basculement de séjours sans nuitée dans l'activité externe. Par conséquent, l'analyse porte uniquement sur les évolutions observées entre 2007 et 2009.
- La politique d'incitation tarifaire porte sur 19 couples de GHM dont 1 couple de GHM en K (interventionnel). Dans la mesure où seuls les GHM en C ont été retenus pour le calcul de l'ensemble des indicateurs, ce couple n'est pas pris en compte. L'analyse ne porte donc que sur 18 couples.



Introduction : le contexte

En comparaison des autres pays de l'OCDE, la France accuse un retard important de développement de la chirurgie ambulatoire et aucune région n'échappe à ce retard. Des études récentes réalisées par l'ANAP montrent qu'il existe encore un fort potentiel de développement de cette activité dans les deux secteurs d'hospitalisation alors même que, depuis plusieurs années, les établissements de santé sont incités au développement de cette activité par la mise en place d'actions multiples.

Des objectifs ont été fixés dans les SROS de 3^{ème} génération (2006-2011) qui constituent aujourd'hui le cadre du développement de la chirurgie ambulatoire dans les territoires de santé. La quasi-totalité des volets « chirurgie » des SROS 3 fixe en effet un objectif de progression du taux de chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé de la région. Une contractualisation a été mise en œuvre tant entre le niveau national et régional qu'entre les ARH et les établissements de santé.

Aussi, pour accompagner les établissements à la réalisation de cet objectif, des incitations ont été réalisées.

D'une part, dans le cadre de la T2A, ont été mises en place des incitations tarifaires qui se sont traduites par la fixation d'un tarif unique entre les séjours réalisés en ambulatoire (GHM en J) et ceux réalisés en hospitalisation complète (GHM de niveau 1). Cette politique financière concerne *19 couples*¹ de GHM (GHM J/GHM niveau 1), ces couples ayant été sélectionnés sur l'existence d'une similitude de contenu médical.

D'autre part, la CNAMTS a lancé une nouvelle procédure en 2008 : la mise sous accord préalable (MSAP). Certains actes chirurgicaux avec hospitalisation d'au moins une nuit sont désormais, dans certains établissements hospitaliers, soumis à l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie. Cette procédure concerne 17 gestes chirurgicaux (dits gestes marqueurs).

Enfin, des outils organisationnels à l'attention des établissements de santé ont été développés par l'ANAP.

C'est dans ce cadre que s'inscrit l'identification de la chirurgie ambulatoire comme programme prioritaire de la démarche dite de gestion du risque mise en place en 2010. Sans rappeler les objectifs de cette démarche globale, elle s'est traduite, pour l'activité de chirurgie ambulatoire, par la définition et le calcul de différents indicateurs visant à la réalisation par les ARS d'un état des lieux et d'un diagnostic partagé mais aussi permettant de mesurer l'impact à tous les niveaux (national, régional, territoire de santé et établissement) des différentes actions politiques.

Comme indiqué dans l'instruction DGOS du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : *perspectives de développement et démarche de gestion du risque*, il s'agit ici de présenter un état des lieux national et régional de l'évolution des pratiques de chirurgie ambulatoire à partir des indicateurs fournis en annexe 1 de l'instruction.

Il convient de signaler que cet état des lieux s'appuie sur la description de l'activité hospitalière enregistrée par le PMSI. Pour cette raison, la chirurgie ambulatoire s'entend comme l'activité classée dans les ghm en C mais sans nuitée (ghm en C se terminant par un J)

Ainsi, pour chaque indicateur, il s'agit d'analyser sur la période 2007-2009 l'évolution de la situation du taux de chaque région par rapport au taux national. Cette analyse s'articule autour de deux grandes parties : l'une portant sur le **taux de recours populationnel** visant à mesurer le recours de la population à la chirurgie ambulatoire par comparaison à la chirurgie réalisée en hospitalisation complète ; l'autre portant sur le **taux de chirurgie ambulatoire** visant à mesurer l'évolution des pratiques.

¹ Pour rappel, seuls 18 couples sont traités dans cette analyse

I – Taux de recours

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 par exemple indique le nombre de séjours réalisés en chirurgie pour 1 000 habitants.

- Les taux de recours étant très variables en fonction de l'âge, il est couramment préféré d'étudier des taux de recours dits « standardisés »² parce qu'ils corrigent le résultat de l'effet structure de la population. Les taux de recours de chaque classe d'âge et chaque sexe observés dans une région donnée sont alors appliqués à la structure de population nationale et donnent ainsi au global pour la région un **taux de recours « standardisé »**. L'examen des taux de recours standardisés permet d'analyser pour chaque exercice le positionnement de chaque région par rapport au taux national et l'évolution de ce positionnement (ex : rattrapage de l'écart au taux national dans le temps, etc.).

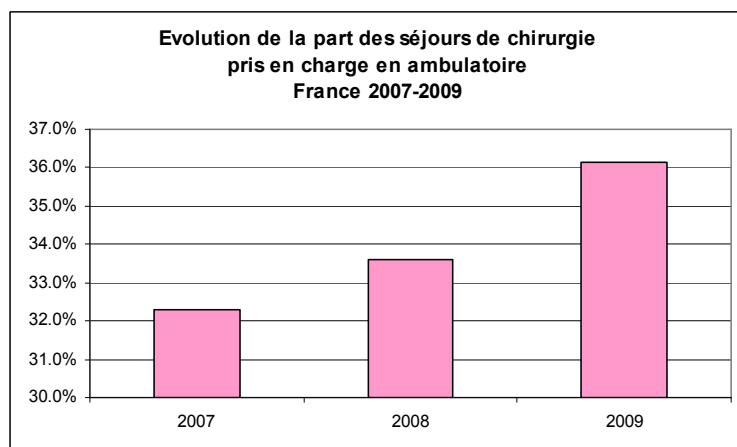
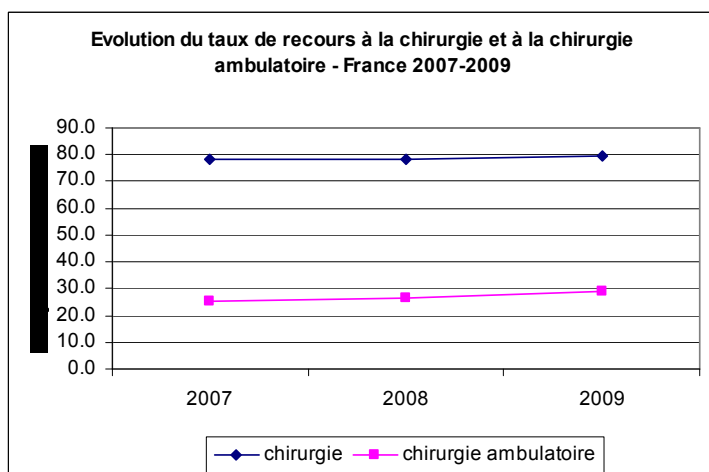
- La part des **séjours de chirurgie pris en charge en ambulatoire** peut être calculée en rapportant le taux de recours à la chirurgie ambulatoire au taux de recours à la chirurgie.

Cette partie présente tout d'abord l'évolution 2007-2009 du taux de recours standardisé à la chirurgie d'une part et à la chirurgie ambulatoire d'autre part (taux 1.1 et 1.3) au niveau national et au niveau régional. L'évolution 2007-2009 des taux de recours par tranche d'âge est ensuite présentée (taux 1.3 et 1.4).

A - L'évolution 2007-2009 du taux de recours standardisé

➤ Au niveau national

Sur la période de 2007 à 2009, le taux de recours à la chirurgie est passé de 78 pour 1 000 habitants à 79,6 pour 1 000 habitants (cf. annexe 2, taux 1.1) alors que celui correspondant à la chirurgie ambulatoire est passé de 25,2 pour 1 000 habitants en 2007 à 28,8 pour 1 000 habitants en 2009 (cf. annexe 2, taux 1.2). La progression du taux de recours à la chirurgie ambulatoire a donc été plus rapide que la celle du taux de recours à la chirurgie. Ainsi la part des séjours de chirurgie réalisés en ambulatoire a augmenté, passant de 32,3% en 2007 à 36,2% en 2009, soit une augmentation de 3.9 points.



² Standardisation sur le sexe et l'âge.

➤ **Au niveau régional**

La situation en 2009 est représentée sous forme de carte (cf. annexe 2, cartes 1 à 4).

Les évolutions 2007-2009 du taux de recours à la chirurgie (taux 1.1) et taux de recours à la chirurgie ambulatoire (taux 1.2) ainsi que la situation de chaque région par rapport au taux national en 2009 sont présentées dans le tableau ci-après. Globalement, le taux de recours à la chirurgie évolue à la hausse, sauf pour 5 régions (Centre, Bourgogne, Corse, Franche-Comté et Martinique).

Le taux de recours à la chirurgie ambulatoire évolue également à la hausse et ce pour toutes les régions. Ce taux évolue à un rythme plus rapide que celui de la chirurgie dans la mesure où, dans l'ensemble des régions, la part des séjours de chirurgie pris en charge en ambulatoire augmente.

Ceci démontre aussi que la chirurgie ambulatoire répond à un nouveau besoin puisque le taux de recours à la chirurgie globale augmente avec une augmentation plus forte pour la chirurgie ambulatoire. Elle n'est donc pas totalement substitutive de la chirurgie en hospitalisation complète.

L'examen du tableau de la page suivante permet d'identifier quelques évolutions particulières :

Pour le taux de recours à la chirurgie ambulatoire :

- 2 régions ont un taux de recours standardisé inférieur au taux de recours national en 2009 et leur écart par rapport au taux national s'est creusé entre 2007 et 2009 du fait d'une évolution à la hausse à un rythme moins rapide que pour le taux national : Midi-Pyrénées et Martinique ;
- en Alsace, le taux de recours standardisé est devenu supérieur au taux national en 2009, alors qu'il était inférieur en 2007, et ce grâce à une évolution à la hausse entre 2007 et 2009 à un rythme plus rapide que pour le taux national.

Pour la part des séjours pris en charge en ambulatoire :

- 3 régions ont une part inférieure à la moyenne nationale en 2009 et leur écart par rapport au niveau national s'est creusé entre 2007 et 2009 du fait d'une évolution à la hausse à un rythme moins rapide que pour le taux national : Midi-Pyrénées, Martinique et Guyane;
- en Guadeloupe, la part est supérieure à la moyenne nationale en 2009 et son écart par rapport au niveau national s'est creusé entre 2007 et 2009 du fait d'une évolution à la hausse à un rythme plus rapide que pour le national.

Toutefois, il convient de préciser que la comparaison des taux de recours régionaux au taux de recours national n'a pas pour objectif de procéder à une évaluation des pratiques dans la mesure où les taux de recours sont liés à l'état de santé de la population des différentes régions.

Evolution 2007-2009 et positionnement en 2009 par rapport au taux national des taux de recours régionaux standardisés et de la part des séjours pris en charge en ambulatoire

| Région | Taux de recours à la chirurgie | | Taux de recours à la chirurgie ambulatoire | | Part des séjours pris en charge en ambulatoire | |
|---------------------------------|--------------------------------|---|--|---|--|---|
| | Evolution 2007-2009 | Situation 2009 par rapport au taux national | Evolution 2007-2009 | Situation 2009 par rapport au taux national | Evolution 2007-2009 | Situation 2009 par rapport au taux national |
| 11 - Ile-de-France | → | inférieur | → | proche | → | supérieur |
| 21 - Champagne-Ardennes | → | supérieur | → | inférieur | → | inférieur |
| 22 - Picardie | → | proche | → | inférieur | → | inférieur |
| 23 - Haute-Normandie | → | proche | → | proche | → | proche |
| 24 - Centre | ↘ | inférieur | → | inférieur | → | proche |
| 25 - Basse-Normandie | → | inférieur | → | inférieur | → | inférieur |
| 26 - Bourgogne | ↘ | proche | → | inférieur | → | inférieur |
| 31 - Nord-Pas-de-Calais | ↗ | supérieur | → | supérieur | → | proche |
| 41 - Lorraine | ↗ | supérieur | → | proche | → | proche |
| 42 - Alsace | → | supérieur | → | supérieur | → | proche |
| 43 - Franche-Comté | ↘ | inférieur | → | inférieur | → | inférieur |
| 52 - Pays de la Loire | → | supérieur | → | proche | → | inférieur |
| 53 - Bretagne | ↗ | inférieur | → | inférieur | → | proche |
| 54 - Poitou-Charentes | → | supérieur | → | supérieur | → | proche |
| 72 - Aquitaine | → | supérieur | → | proche | → | proche |
| 73 - Midi-Pyrénées | → | proche | ↗ | inférieur | ↗ | inférieur |
| 74 - Limousin | → | inférieur | → | inférieur | → | inférieur |
| 82 - Rhône-Alpes | → | proche | → | inférieur | → | inférieur |
| 83 - Auvergne | ↗ | inférieur | → | inférieur | → | inférieur |
| 91 - Languedoc-Roussillon | → | supérieur | → | supérieur | → | supérieur |
| 93 - Provence-Alpes-Côte-d'Azur | → | supérieur | → | supérieur | → | supérieur |
| 94 - Corse | ↘ | supérieur | → | supérieur | → | proche |
| 971 - Guadeloupe | → | inférieur | → | proche | ↗ | supérieur |
| 972 - Martinique | ↘ | inférieur | ↗ | inférieur | ↗ | inférieur |
| 973 - Guyane | → | inférieur | → | inférieur | ↗ | inférieur |
| 974 - La Réunion | → | inférieur | → | inférieur | → | supérieur |
| TOTAL | → | | → | | → | |

| taux national en 2009 | critère d'écart au taux national | taux national en 2009 | critère d'écart au taux national | taux national en 2009 | critère d'écart au taux national |
|-----------------------|----------------------------------|-----------------------|----------------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| 79.6 pour 1000 | ±2 pour 1000 | 28.8 pour 1000 | ±1 pour 1000 | 36.2% | ±1% |

Lecture du tableau

En rouge, il est indiqué que le rythme de progression de la région a été plus rapide que celui du national. Ainsi l'écart³ au taux national tend à se creuser, que le taux régional observé en 2009 soit inférieur ou supérieur au taux national.

L'évolution 2007-2009 est à interpréter au regard de la situation 2009 par rapport au taux national.

Ainsi à titre d'exemple pour la région Champagne-Ardenne :

- son taux de recours à la chirurgie est supérieur au taux national en 2009, son évolution est à la hausse mais à un rythme de progression moins rapide que le taux national ce qui indique que son écart au taux national tend à se réduire ;
- son taux de recours à la chirurgie ambulatoire est inférieur au taux national en 2009, son évolution est à la hausse mais à un rythme de progression plus rapide que le taux national, ce qui indique également que son écart au taux national tend à se réduire.

³ Le critère d'écart au taux national est précisé pour chaque indicateur en bas du tableau.

B – Evolution 2007-2009 des taux de recours par tranche d'âge

➤ Au niveau national

Le **taux de recours à la chirurgie** (taux 2.3) et le **taux de recours à la chirurgie ambulatoire** (taux 2.4) varient fortement en fonction de l'âge :

- ils sont les plus faibles pour la population des 4 à 17 ans ;
- ils sont les plus élevés parmi la population de 75 ans et plus ;
- au global, le taux national est proche du taux observé pour les 18-74 ans puisque cette tranche d'âge regroupe 68,7% de la population.

Taux de recours à la chirurgie et à la chirurgie ambulatoire en 2009, selon la tranche d'âge

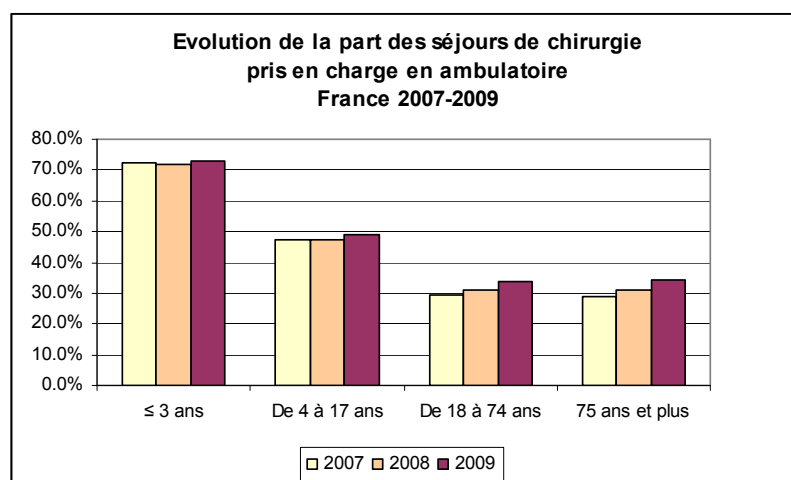
| | Part dans la population en 2007 | Taux de recours à la chirurgie en 2009 | Taux de recours à la chirurgie ambulatoire en 2009 | Part des séjours pris en charge en ambulatoire |
|-----------------|---------------------------------|--|--|--|
| ≤ 3 ans | 3.3% | 53.8 | 39.4 | 73.1% |
| De 4 à 17 ans | 7.1% | 32.5 | 16.0 | 49.2% |
| De 18 à 74 ans | 68.7% | 78.9 | 26.5 | 33.5% |
| 75 ans et plus | 20.9% | 197.9 | 68.2 | 34.5% |
| ensemble | 100.0% | 79.6 | 28.8 | 36.2% |

Il est important de noter que les taux de recours élevés de chirurgie et chirurgie ambulatoire pour les patients de 75 ans et plus s'expliquent par le fait que le volume des séjours en chirurgie de cette tranche d'âge est plus important que celui des autres tranches d'âge.

Il est semble donc plus opportun d'examiner la part des **séjours de chirurgie pris en charge en ambulatoire** plutôt que les taux de recours. Or, sur cet indicateur, le constat est inversé : la part des **séjours de chirurgie pris en charge en ambulatoire** est la plus faible pour la tranche d'âge des 75 ans et plus alors qu'elle est la plus élevée pour les patients de moins de 3 ans (près de 3 séjours de chirurgie sur 4 sont réalisés en ambulatoire pour cette tranche d'âge). Pour les 4-17 ans, près de 1 séjour sur 2 est réalisé en ambulatoire et après 18 ans cette part est plus faible : environ 1 séjour sur 3 est réalisé en ambulatoire. Il est également intéressant de noter que cette part est quasiment identique pour la tranche d'âge 18-74 ans que pour celle 75 ans et plus.

Entre 2007 et 2009, les taux de recours à la chirurgie et à la chirurgie ambulatoire ont sensiblement baissé pour les deux tranches d'âges correspondantes aux patients de moins de 18 ans alors même que leur part des séjours réalisés en ambulatoire a augmenté. Cette situation correspond a une véritable substitution de la chirurgie classique par la chirurgie ambulatoire avec une diminution globale des interventions chirurgicale sur cette classe d'âge.

Au global, **la part des séjours réalisés en ambulatoire a augmenté pour toutes les tranches d'âge** et la progression la plus dynamique a été observée pour les 75 ans et plus.



Les disparités constatées sur les tranches d'âge, et ce quelque soit l'exercice, proviennent du fait que la nature des interventions chirurgicales et par conséquent le mode de prise en charge associé varie selon les tranches d'âge (cf. encadré ci-après).

Des interventions spécifiques aux différentes tranches d'âge

La nature des interventions chirurgicales et par conséquent le mode de prise en charge associé varie selon les tranches d'âge. Les tableaux ci-dessous présentent les principales interventions en chirurgie ambulatoire en 2009 pour chaque tranche d'âge.

Part (en nombre de séjours) des principales interventions en chirurgie ambulatoire par tranche d'âge, en 2009

| Interventions en chirurgie ambulatoire | Moins de 3 ans | 4- 17 ans |
|--|----------------|-----------|
| - Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire (03C14J) | 28.2% | 20.2% |
| - Circoncision, en ambulatoire (12C08J) | 29.1% | 18.4% |
| - Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes, en ambulatoire (03C22J). | 23.5% | 17.9% |

| Interventions en chirurgie ambulatoire | 18-74 ans | 75 ans et plus |
|--|-----------|----------------|
| - Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire (02C05J) | 20.7% | 70.1% |
| - Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels, en ambulatoire (01C13J) | 10.2% | 4.7% |

Ainsi la **cataracte constitue le principal motif de recours à la chirurgie ambulatoire des personnes âgées**. En écartant les séjours pour cataracte, le taux de recours à la chirurgie ambulatoire et la part de séjours de chirurgie pris en charge en ambulatoire pour les patients de 75 ans et plus seraient beaucoup plus faibles.

En outre, ce phénomène confirme que les taux standardisés sur l'âge sont plus pertinents que les taux bruts, du fait de la différence de répartition des âges entre les régions.

A titre d'exemple, en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur, où la part des personnes âgées est plus importante le taux standardisé sur l'âge est plus faible que le taux brut mais reste très élevé.

Ce constat incite à rechercher des pistes explicatives sur les caractéristiques de l'offre de soins.

➤ Au niveau régional

La part des séjours réalisés en ambulatoire est restée **stable ou a augmenté pour toutes les tranches d'âge dans chacune des régions**, à l'exception de la région Limousin, où la part des séjours pris en charge en ambulatoire chez les moins de 3 ans est passée de 69,1% en 2007 à 65,0% en 2009.

II - Taux de chirurgie ambulatoire

Cette partie porte sur des taux de séjours produits par les établissements de chaque région.

Taux de recours / taux de chirurgie ambulatoire

Contrairement au taux de recours (cf. 1ère partie) qui est assimilé à un taux de consommation des séjours de chirurgie ambulatoire par la population de chaque région, le taux de chirurgie ambulatoire développé dans la 2^{ème} partie est davantage assimilé à un taux de production des séjours de chirurgie ambulatoire par les établissements de chaque région.

Au niveau national, l'ensemble des séjours consommés par la population française ont été produits par tous les établissements du territoire français. Une très faible part des séjours produits ont été consommés par des étrangers. Ainsi le taux de consommation de chirurgie ambulatoire est égal au taux de production, soit 36,2% en 2009.

Toutefois au sein d'une région, le taux de consommation et le taux de production peuvent différer. Des pistes explicatives de cet écart sont détaillées en annexe 3.

Est tout d'abord présentée l'évolution globale des pratiques depuis 2007 au niveau national et régional. Cette évolution est ensuite détaillée pour les 18 racines entrant dans le champ de la politique tarifaire incitative.

A – Evolutions des pratiques : la prise en charge en ambulatoire est en augmentation dans l'ensemble des catégories d'établissement et des régions

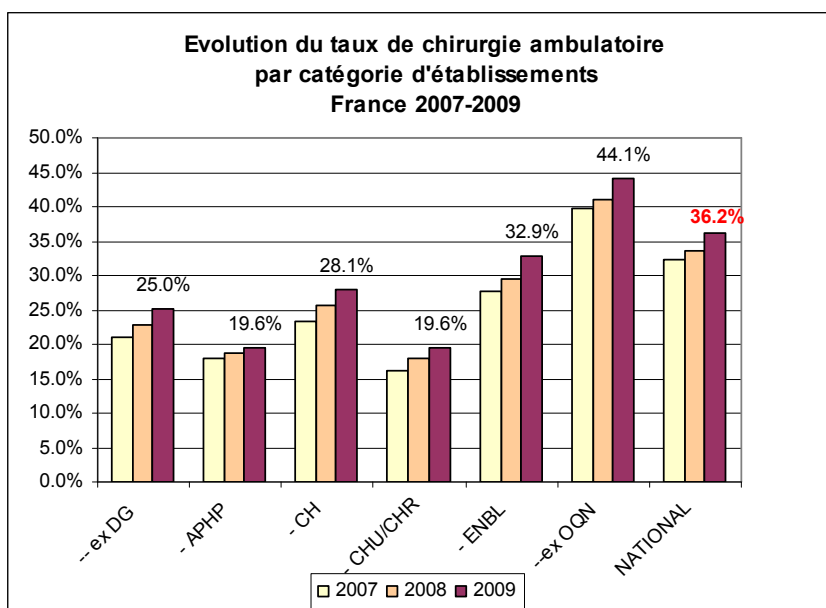
➤ Au niveau national

Entre 2007 et 2009, le taux global de chirurgie ambulatoire évolue à la hausse passant de 32,3% en 2007 à 36,2% en 2009. Cette évolution à la hausse est observée pour l'ensemble des catégories d'établissement (taux 2.1). La plus forte progression a été observée pour les EBNL.

En 2009, le taux de chirurgie ambulatoire varie fortement **selon la catégorie d'établissements** :

- il est le plus élevé pour les établissements ex-OQN (44,1% en 2009) ;
- il est de 25% pour les établissements ex-DG ; le taux le plus faible étant constaté pour les CHU et l'APHP (19,6% en 2009).

Même si le taux de chirurgie ambulatoire augmente pour l'ensemble des catégories d'établissements, il persiste un écart important (de 19 points) entre les établissements du secteur privé et ceux du secteur public.



En ciblant l'analyse sur les **18 racines ayant fait l'objet d'une politique incitative à la prise en charge en ambulatoire** (i.e. : un tarif unique a été fixé pour les séjours de niveau 1 et J), il apparaît que le taux global de chirurgie ambulatoire évolue à la hausse sur la période étudiée :

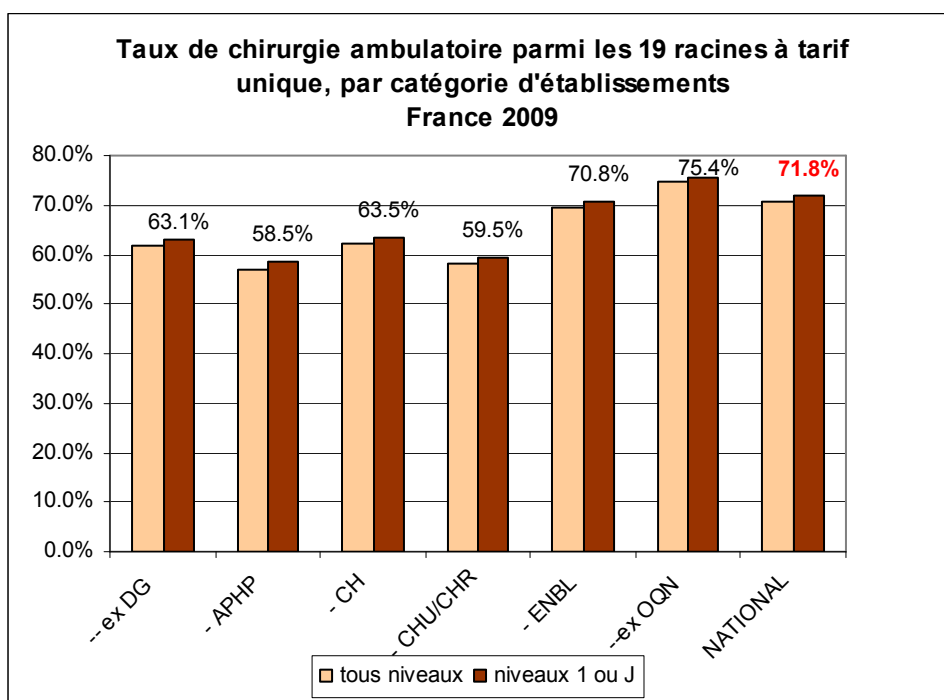
- la part des séjours de niveau J dans l'ensemble de séjours des 18 racines est passée de 59,5% en 2007 à 70,9% en 2009 (taux 2.3) ;
- la part des séjours de niveau J dans les seuls séjours de niveau 1 ou J des 18 racines est passée de 60,4% en 2007 à 71,8% en 2009 (taux 2.3b).

Au sein de ces 18 racines, que les séjours de niveau J soient rapportés à l'ensemble des séjours ou aux seuls séjours de niveaux 1 ou J, les taux sont très similaires (seulement 1 point d'écart), ce qui signifie que la part des séjours de niveaux 2, 3 et 4 est très faible au sein de ces racines.

Ces éléments confirment globalement le caractère substitutif de la chirurgie ambulatoire sur ces racines d'autant plus que les évolutions à la hausse ont été constatées pour l'ensemble des catégories d'établissement et pour l'ensemble des régions.

Toutefois, l'écart entre catégories d'établissement persiste. En effet, le taux de chirurgie ambulatoire calculé en se rapportant aux séjours de niveaux 1 ou J seuls est 75,4% en 2009 pour les ex-OQN (taux le plus élevé) alors qu'il n'est que de 63,1% pour les ex-DG.

Néanmoins, cet écart passe de 19 points pour l'ensemble des séjours de chirurgie ambulatoire à 12.3 points pour ceux des 18 racines. Il est donc constaté une réduction de l'écart démontrant que les établissements ex-DG ont davantage développé leur activité de chirurgie ambulatoire au sein des 18 racines. En effet, la plus forte progression entre 2007 et 2009 a été observée pour les CHU (taux le plus faible).



➤ Au niveau régional

La situation en 2009 est représentée sous forme de carte (cf. annexe 2, cartes 5 à 7). Le **taux de chirurgie ambulatoire a évolué à la hausse pour toutes les régions, aussi bien sur l'ensemble de l'activité que sur les 18 racines ayant fait l'objet d'un politique tarifaire.**

Pour la plupart des régions, l'évolution à la hausse du **taux de chirurgie ambulatoire** sur la période 2007-2009 a permis de rester proche ou de réduire l'écart au taux national, sauf pour 3 régions :

- pour 2 régions dont le **taux est inférieur au taux national** en 2009 et pour lesquelles l'écart par rapport au taux national s'est creusé entre 2007 et 2009 du fait d'une évolution à la hausse à un rythme moins rapide que pour le taux national : Midi-Pyrénées et Martinique ;
- en Guadeloupe le **taux est supérieur au taux national** en 2009 et l'écart par rapport au taux national s'est creusé entre 2007 et 2009 du fait d'une évolution à la hausse à un rythme plus rapide que pour le taux national.

Evolution 2007-2009 du taux de chirurgie ambulatoire par région et positionnement en 2009 par rapport au taux national

| Région | Taux de chirurgie ambulatoire, ensemble de la chirurgie | | Taux de chirurgie ambulatoire, 18 racines | |
|---------------------------------|---|---|---|---|
| | Evolution 2007-2009 | Situation 2009 par rapport au taux national | Evolution 2007-2009 | Situation 2009 par rapport au taux national |
| 11 - Ile-de-France | ↗ | superieur | ↗ | superieur |
| 21 - Champagne-Ardennes | ↗ | inferieur | ↗ | inferieur |
| 22 - Picardie | ↗ | proche | ↗ | inferieur |
| 23 - Haute-Normandie | ↗ | proche | ↗ | inferieur |
| 24 - Centre | ↗ | proche | ↗ | proche |
| 25 - Basse-Normandie | ↗ | inferieur | ↗ | proche |
| 26 - Bourgogne | ↗ | proche | ↗ | inferieur |
| 31 - Nord-Pas-de-Calais | ↗ | superieur | ↗ | superieur |
| 41 - Lorraine | ↗ | proche | ↗ | proche |
| 42 - Alsace | ↗ | proche | ↗ | superieur |
| 43 - Franche-Comté | ↗ | inferieur | ↗ | inferieur |
| 52 - Pays de la Loire | ↗ | proche | ↗ | inferieur |
| 53 - Bretagne | ↗ | proche | ↗ | inferieur |
| 54 - Poitou-Charentes | ↗ | superieur | ↗ | superieur |
| 72 - Aquitaine | ↗ | proche | ↗ | proche |
| 73 - Midi-Pyrénées | ↗ | inferieur | ↗ | inferieur |
| 74 - Limousin | ↗ | inferieur | ↗ | proche |
| 82 - Rhône-Alpes | ↗ | inferieur | ↗ | proche |
| 83 - Auvergne | ↗ | inferieur | ↗ | inferieur |
| 91 - Languedoc-Roussillon | ↗ | superieur | ↗ | superieur |
| 93 - Provence-Alpes-Côte-d'Azur | ↗ | superieur | ↗ | superieur |
| 94 - Corse | ↗ | superieur | ↗ | inferieur |
| 971 - Guadeloupe | ↗ | superieur | ↗ | inferieur |
| 972 - Martinique | ↗ | inferieur | ↗ | inferieur |
| 973 - Guyane | ↗ | inferieur | ↗ | inferieur |
| 974 - La Réunion | ↗ | superieur | ↗ | superieur |
| TOTAL | ↗ | | ↗ | |

| taux national en 2009 | critère d'écart au taux national | taux national en 2009 | critère d'écart au taux national |
|-----------------------|----------------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| 36.2% | ±1% | 71.8% | ±2% |

Lecture du tableau

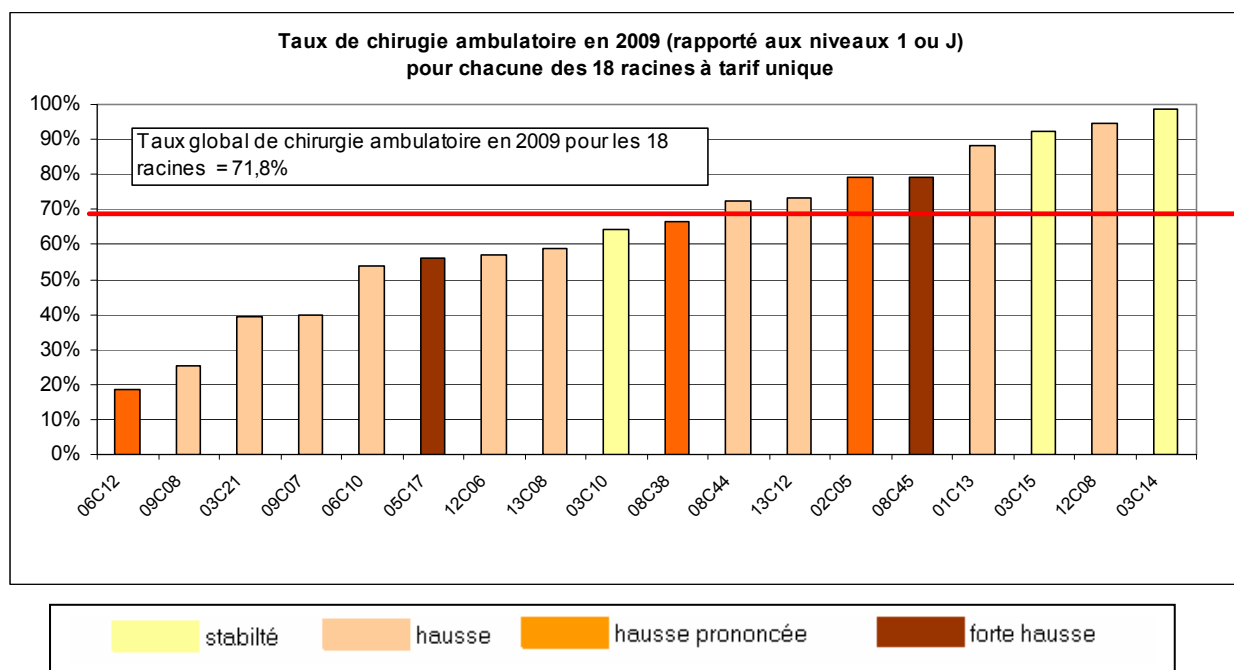
Cf. se porter à la lecture du tableau page 5

En se limitant aux **18 racines ayant fait l'objet d'un politique tarifaire**, pour la plupart des régions, l'évolution à la hausse du **taux de chirurgie ambulatoire** (dans les seuls séjours de niveau 1 ou J) sur la période 2007-2009 a permis de rester proche ou de réduire l'écart au taux national, sauf pour 3 régions dont le taux est inférieur au taux national en 2009 et pour lesquelles l'écart par rapport au taux national s'est creusé entre 2007 et 2009 du fait d'une évolution à la hausse à un rythme moins rapide que pour le taux national : Bourgogne, Pays de la Loire et Martinique.

B – Détail de l'évolution de la prise en charge en ambulatoire pour chacune des 18 racines

La part des séjours en ambulatoire et l'évolution observée entre 2007 et 2009 varient selon les racines :

- pour 3 racines la part des séjours ambulatoires est stable entre 2007 et 2009, indiquant sans doute que le potentiel de développement était très faible.
- pour 15 racines la part des séjours ambulatoires a augmenté entre 2007 et 2009
 - o pour 10 d'entre elles, il s'agit d'une hausse modérée ([1 - 10[points d'évolution entre 2007 et 2009);
 - o pour 3 d'entre elles il s'agit d'une hausse prononcée ([10 - 20[points d'évolution entre 2007 et 2009);
 - o pour 2 d'entre elles il s'agit d'une forte hausse (au moins 20 points d'évolution entre 2007 et 2009).



En complément, il convient de noter qu'en 2009, **6 racines concentrent près de 75% des séjours** de l'ensemble des 18 racines :

- 02C05 Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie
- 01C13 Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels
- 06C12 Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans
- 05C17 Ligatures de veines et éveinages
- 08C44 Autres interventions sur la main
- 08C45 Ménisectomie sous arthroscopie.

Pour chacune de ces 6 racines, le tableau ci-après décrit l'évolution du taux de chirurgie ambulatoire de chaque région par rapport au taux national. Puisque l'évolution est la hausse pour chacune de régions, seule la situation par rapport au taux national en 2009 est indiquée, et la couleur rouge signale les régions pour lesquelles l'écart au taux national s'est accru entre 2007 et 2009.

Evolution 2007-2009 du taux de chirurgie ambulatoire par région et positionnement en 2009 par rapport au taux national pour 6 racines concentrant près de 75% des séjours de l'ensemble des 18 racines

| Racine | 01C13 | 02C05 | 05C17 | 06C12 | 08C44 | 08C45 |
|---------------------------------|---|--|----------------------------------|--|----------------------------------|--------------------------------|
| Libellé | Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels | Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie | Ligatures de veines et éveinages | Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, > 17 ans | Autres interventions sur la main | Ménisectomie sous arthroscopie |
| 11 - Ile-de-France | proche | supérieur | supérieur | supérieur | supérieur | inférieur |
| 21 - Champagne-Ardennes | proche | inférieur | proche | inférieur | inférieur | inférieur |
| 22 - Picardie | supérieur | inférieur | inférieur | inférieur | inférieur | supérieur |
| 23 - Haute-Normandie | inférieur | inférieur | supérieur | inférieur | inférieur | inférieur |
| 24 - Centre | supérieur | inférieur | inférieur | proche | inférieur | supérieur |
| 25 - Basse-Normandie | proche | inférieur | supérieur | inférieur | inférieur | proche |
| 26 - Bourgogne | proche | inférieur | supérieur | inférieur | supérieur | supérieur |
| 31 - Nord-Pas-de-Calais | supérieur | proche | inférieur | inférieur | supérieur | supérieur |
| 41 - Lorraine | supérieur | proche | supérieur | proche | supérieur | supérieur |
| 42 - Alsace | supérieur | inférieur | proche | supérieur | supérieur | supérieur |
| 43 - Franche-Comté | inférieur | inférieur | inférieur | inférieur | inférieur | inférieur |
| 52 - Pays de la Loire | inférieur | inférieur | supérieur | inférieur | inférieur | proche |
| 53 - Bretagne | inférieur | inférieur | supérieur | supérieur | inférieur | supérieur |
| 54 - Poitou-Charentes | inférieur | supérieur | inférieur | proche | inférieur | inférieur |
| 72 - Aquitaine | supérieur | supérieur | inférieur | inférieur | supérieur | supérieur |
| 73 - Midi-Pyrénées | inférieur | inférieur | inférieur | inférieur | inférieur | supérieur |
| 74 - Limousin | inférieur | supérieur | inférieur | inférieur | inférieur | inférieur |
| 82 - Rhône-Alpes | supérieur | inférieur | proche | supérieur | supérieur | proche |
| 83 - Auvergne | proche | inférieur | inférieur | inférieur | supérieur | inférieur |
| 91 - Languedoc-Roussillon | inférieur | supérieur | supérieur | supérieur | inférieur | inférieur |
| 93 - Provence-Alpes-Côte-d'Azur | supérieur | supérieur | supérieur | supérieur | supérieur | supérieur |
| 94 - Corse | inférieur | supérieur | | proche | inférieur | inférieur |
| 971 - Guadeloupe | supérieur | inférieur | inférieur | | inférieur | inférieur |
| 972 - Martinique | supérieur | supérieur | | | inférieur | inférieur |
| 973 - Guyane | | inférieur | | | | proche |
| 974 - La Réunion | inférieur | supérieur | inférieur | | inférieur | proche |
| taux national | 88.2% | 79.0% | 56.1% | 18.5% | 72.5% | 79.1% |

Lecture du tableau

En vide, sont les régions pour lesquelles il y a moins de 30 séjours en ambulatoire pour la racine concernée.

En rouge il est indiqué que le rythme de progression de la région a été plus rapide que celui du national et ce que le taux régional soit inférieur ou supérieur au taux national

Ainsi à titre d'exemple pour la région Bretagne :

- pour la racine 01C13 le taux régional est inférieur au taux national en 2009 et son évolution 2007-2009 s'est faite à un rythme de progression moins rapide que le taux national ce qui indique que son écart au taux national tend à se creuser

- pour la racine 05C17 le taux régional est supérieur au taux national en 2009 et son évolution 2007-2009 s'est faite à un rythme de progression similaire ou moins rapide que le taux national ce qui indique que son écart au taux national est stable ou tend à se réduire ;

- pour la racine 06C12 le taux régional est supérieur au taux national en 2009 et son évolution 2007-2009 s'est faite à un rythme de progression plus rapide que le taux national ce qui indique que son écart au taux national est tend à se creuser.

Conclusion

Il est important de rappeler que cette analyse n'a pas pour objet d'identifier de façon précise les potentiels de développement de chirurgie ambulatoire (CA) dans la mesure où cette démarche nécessite une analyse de chaque situation clinique des patients pris en charge dans les établissements. Elle nécessite également une analyse des autres indicateurs proposés dans l'instruction GDR-CA et la mise en œuvre d'une démarche de diagnostic partagé avec l'ensemble des partenaires impliqués dans le développement de la CA.

Par ailleurs, les indicateurs fournis dans cette analyse ne permettent pas d'identifier l'activité ambulatoire foraine (activité chirurgicale de moins de 24 heures réalisée en dehors de l'Unité de chirurgie ambulatoire ou de l'hôpital de jour chirurgical) et donc de mesurer le potentiel de regroupement. En effet, tous les séjours sans nuitée ont été pris en compte, indépendamment de leur lieu de réalisation. Il est également difficile de mesurer le potentiel de substitution (séjours avec nuitée pouvant être pris en charge en ambulatoire) pour les mêmes raisons que celle citée dans le paragraphe ci-dessus.

Cette analyse a donc pour seul objectif d'aider à identifier au niveau national et au sein de chaque région des gisements potentiels d'activité et d'orienter les efforts de développement vers les régions et établissements qui les détiennent.

Globalement, même s'il est constaté entre 2007 et 2009 une progression du taux global de chirurgie ambulatoire, cette progression reste modeste (+ 3.9 points sur 3 ans) et surtout très variable selon les régions (de + 2 points à + 8 points). Alors que certaines régions⁴ connaissent une progression soutenue (de plus de 6 points, soit quasiment une progression à un rythme deux fois plus rapide que celle constatée au niveau national), d'autres⁵ connaissent une progression plus lente (inférieure à 3 points). Ces dernières ont néanmoins un taux 2009 de chirurgie ambulatoire supérieur au taux national ; leur faible progression peut donc s'expliquer, pour partie, par l'existence d'un taux 2007 déjà élevé. A l'inverse, dans certaines régions⁶, il est constaté une faible progression (inférieure à celle du niveau national) ainsi qu'un taux 2009 inférieur au taux national. Il semble donc qu'un effort peut être réalisé dans ces régions et par conséquent qu'une accélération du rythme de progression du taux de chirurgie ambulatoire peut être attendue.

L'évolution du taux de chirurgie ambulatoire est également très variable entre catégories d'établissements (de + 1.7 points pour l'APHP à + 5.2 points pour les EBNL entre 2007 et 2009). Les CHU ainsi que l'APHP ont une progression faible (inférieure à celle du niveau national) ainsi qu'un taux de chirurgie ambulatoire faible (inférieur à 20%). Au sein de ces établissements, il semble donc raisonnable de penser que des efforts peuvent être réalisés et ce d'autant que des efforts ont déjà été réalisés sur les 18 racines ayant fait l'objet d'une incitation tarifaire. En effet, pour ces racines, les CHU ont connu une progression supérieure à celle du niveau national (+ 15 points contre + 11.7 points au niveau national).

⁴ Basse Normandie, Alsace, Franche Comté ou Guadeloupe

⁵ Languedoc Roussillon, Paca, et Réunion.

⁶ Bourgogne, Pays de Loire, Aquitaine, Midi Pyrénées, et Martinique



ANNEXES



ANNEXE 1 : Descriptif des indicateurs fournis par l'ATIH

Bases de données :

Séjours : PMSI MCO 2006 à 2009 (données regroupées en V11B) hors GHM Erreur, PIE et séances

Population : Résultats des recensements de population INSEE 2006 et 2007

Les données PMSI de 2006, 2007 et 2008 sont rapportées à la population de 2006, celles de 2009 sont rapportées à la population de 2007.

2006(*) : Il convient toutefois d'être vigilant quant au point 2006 qui n'est pas directement comparable aux années 2007, 2008 et 2009 compte tenu de l'évolution du modèle entre 2006 et 2007 avec la création des forfaits SE.

Sélections des séjours :

Séjours de chirurgie : GHM V11B 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

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
- Seuls les établissements ayant effectué au moins 30 séjours pour un indicateur en 2009 sont présentés pour un indicateur donné

Classes d'âge considérées pour la standardisation :

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

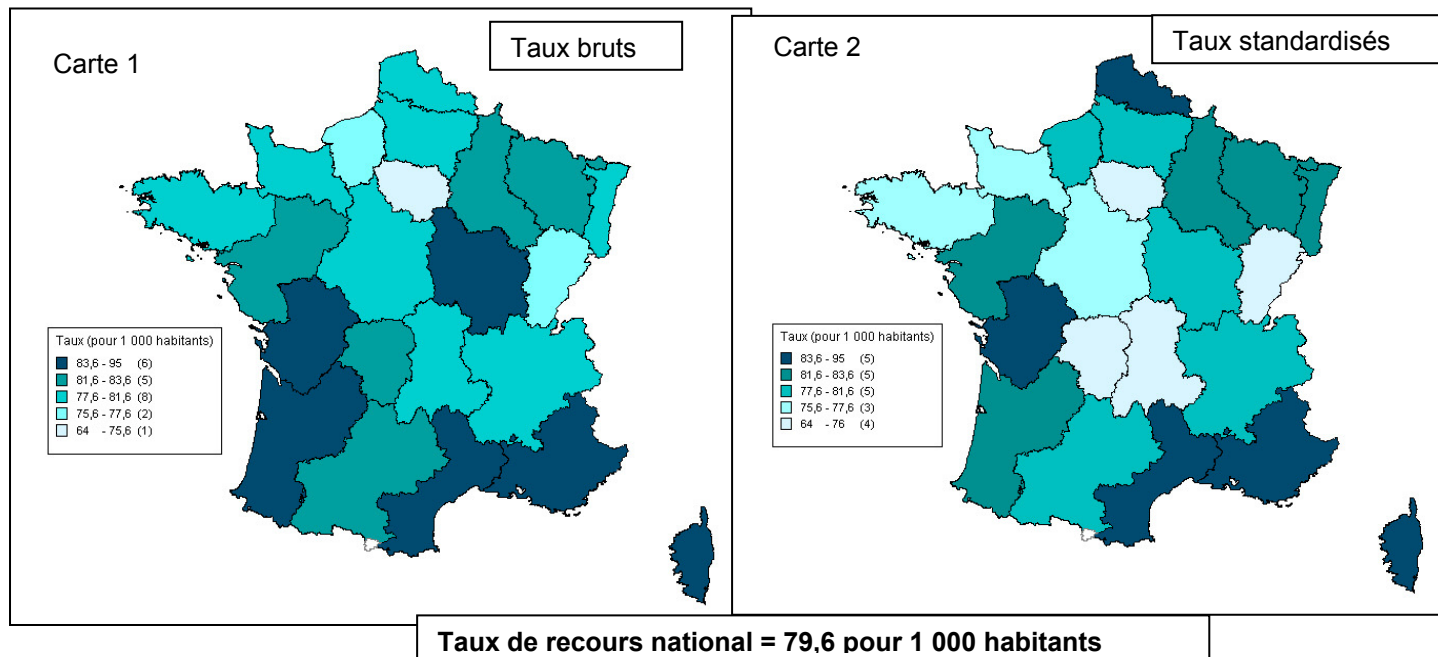
Liste des 18 racines à tarif unique :

| Racine | Libellé |
|----------------|---|
| 01C13 | Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels |
| 02C05 | Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie |
| 03C10 // 03C22 | Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans // Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes, en ambulatoire |
| 03C14 | Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans |
| 03C15 | 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 |

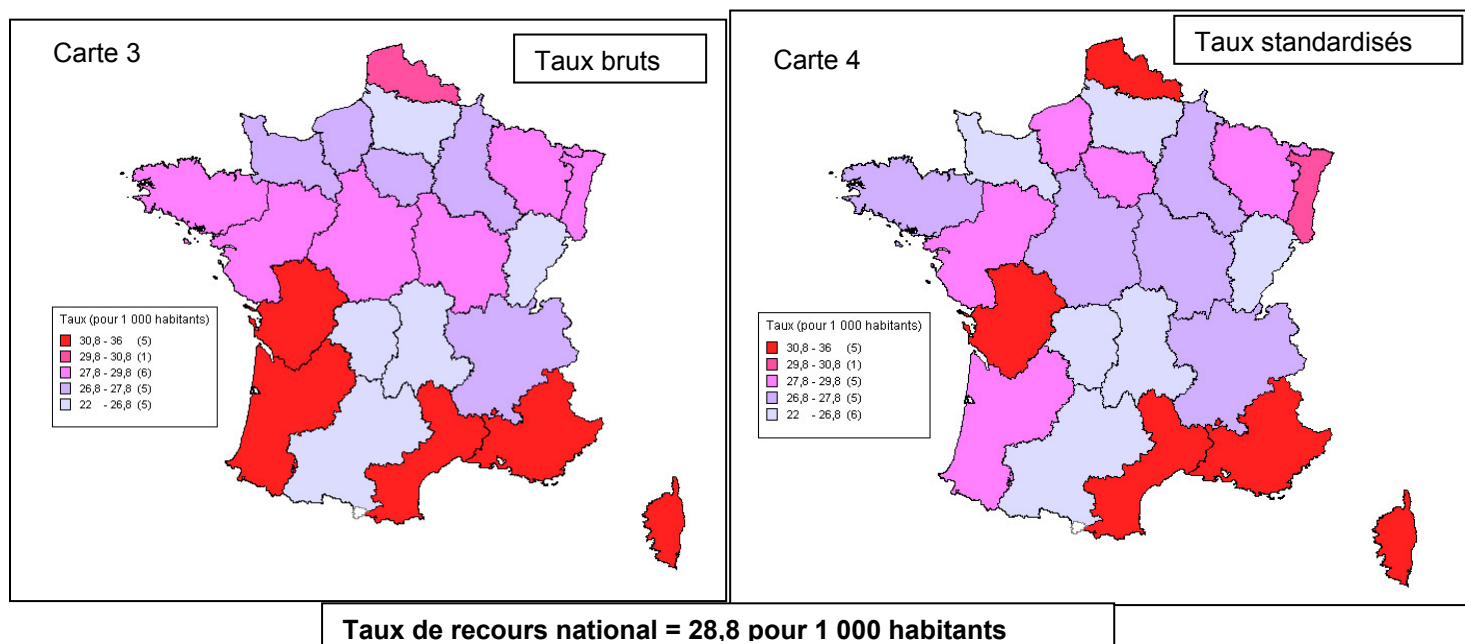
NB : Une autre racine a fait l'objet d'une politique tarifaire incitative avec la fixation d'un tarif unique mais n'a pas été retenue dans cette analyse car elle n'est pas directement identifiée comme une racine de chirurgie (C) : la racine 03K02 « Affections de la bouche et des dents avec certaines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

ANNEXE 2 : Représentations cartographiques

Indicateur 1.1 Taux de recours à la chirurgie en 2009 (pour 1 000 habitants) - France métropolitaine



Indicateur 1.2 Taux de recours à la chirurgie ambulatoire en 2009 (pour 1 000 habitants) – France métropolitaine

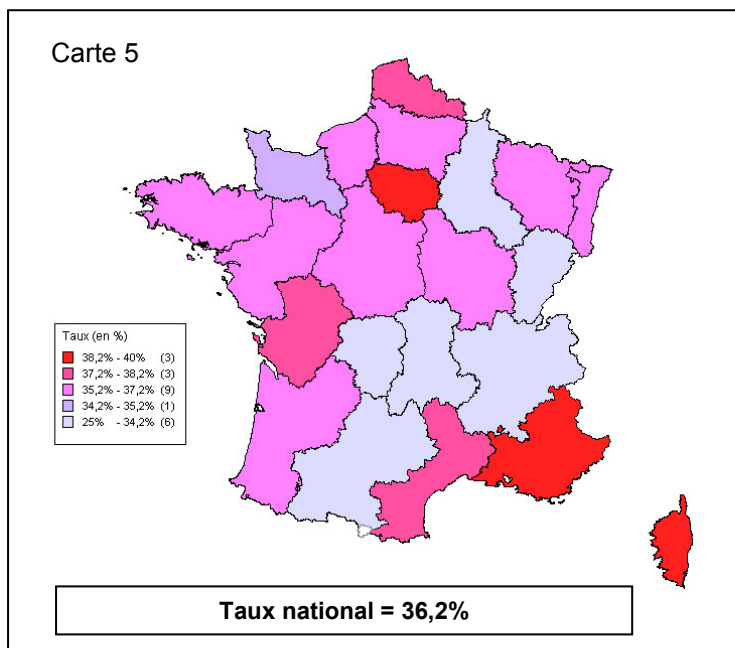


Piste explicative : Passage du taux brut au taux standardisé

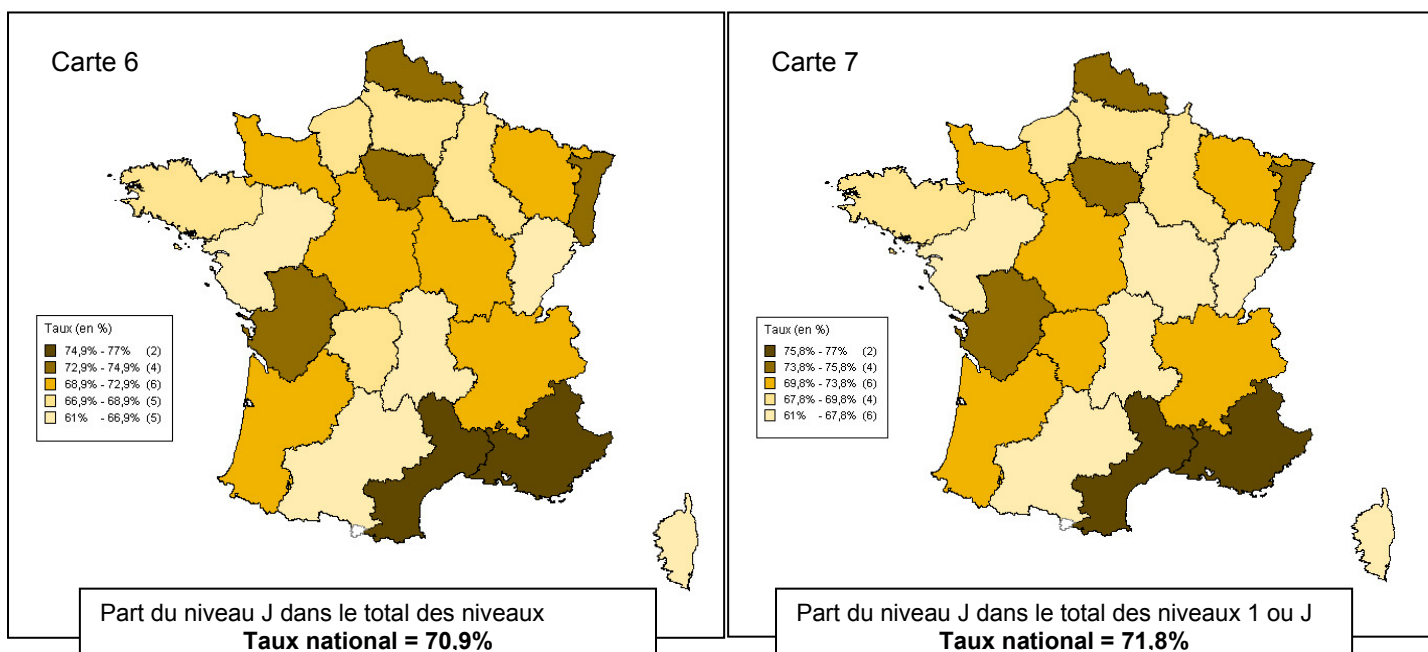
Le passage du taux brut au taux standardisé a pour effet de corriger essentiellement de l'effet âge en raisonnant à structure de population égale entre les régions. Si la part des personnes âgées de 75 ans et plus d'une région est plus forte que pour l'ensemble de la France, alors le taux brut est corrigé à la baisse par la standardisation puisque le taux de recours à la chirurgie comme le taux de recours à la chirurgie ambulatoire est le plus élevé pour cette tranche d'âge. C'est le cas de la région Midi-Pyrénées :

- en chirurgie : le taux brut s'élevant à 82,4 est ramené à 78,4 en taux standardisé ;
- en chirurgie ambulatoire : le taux brut s'élevant à 26,5 est ramené à 25,4 en taux standardisé.

**Indicateur 2.1 Taux de chirurgie ambulatoire en 2009
France métropolitaine**



**Indicateurs 2.3 et 2.3b Taux de chirurgie ambulatoire en 2009 pour les 18 racines à tarif unique
France métropolitaine**



Annexe 3 : Pistes explicatives sur l'écart entre consommation et production

La première partie de cette analyse porte sur les taux de recours, il s'agit des séjours consommés par la population de chaque région. La part des séjours pris en charge en ambulatoire peut être assimilée à un taux de consommation des séjours de chirurgie ambulatoire par la population de chaque région.

La seconde partie porte sur des taux de séjours produits par les établissements de chaque région. Le taux de chirurgie ambulatoire peut être assimilé à un taux de production des séjours de chirurgie ambulatoire par les établissements de chaque région.

Au niveau national l'ensemble des séjours consommés par la population française ont été produits par l'ensemble des établissements du territoire français. Une très faible part des séjours produits ont été consommés par des étrangers. Ainsi le taux de consommation de chirurgie ambulatoire est égal au taux de production, soit 36,2% en 2009.

Toutefois au sein d'une région, taux de consommation et taux de production peuvent différer.

Exemple : si taux de consommation est **inférieur** au taux de production, cela peut s'expliquer par :

- la présence de séjours de chirurgie ambulatoire produits par les établissements de la région mais consommés par une population résidant dans d'autres régions ; il s'agit d'un phénomène d'attractivité de l'ambulatoire ;
- la présence de séjours de chirurgie en hospitalisation complète consommés par la population de la région mais produits par des établissements situés en dehors de la région ; il s'agit d'un phénomène de fuite de l'hospitalisation complète.

Illustration outre-mer

En termes de consommation, les quatre régions d'outre-mer ont des taux de recours à la chirurgie et à la chirurgie ambulatoire très inférieurs aux taux nationaux. Toutefois la part des séjours pris en charge en ambulatoire dans deux régions ont un taux inférieur au taux national (Guyane et Martinique) et deux régions ont un taux supérieur (Guadeloupe et Réunion).

En termes de production le taux de chirurgie ambulatoire est proche du taux de séjours pris en charge en ambulatoire, sauf **pour la Guyane**. En effet dans cette région, si 30,8% des séjours produits par les établissements sont bien produits en ambulatoire, seuls 14,5% des séjours consommés par les habitants de la région sont effectivement pris en charge en ambulatoire.

Taux de chirurgie ambulatoire en 2009 outre-mer

| Région | consommation | production |
|------------------|--------------|--------------|
| 971 - Guadeloupe | 40.6% | 41.6% |
| 972 - Martinique | 33.5% | 33.0% |
| 973 - Guyane | 14.5% | 30.8% |
| 974 - La Réunion | 40.7% | 41.5% |
| NATIONAL | 36.2% | 36.2% |

Ce résultat peut s'expliquer de deux manières :

- un nombre important de séjours de chirurgie ambulatoire produits par les établissements de la région ont été consommés par une population résidant dans d'autres régions, essentiellement des patients étrangers venant des pays limitrophes pour se faire soigner ;
- un nombre important de séjours de chirurgie en hospitalisation complète consommés par la population de la région ont été produits par des établissements situés en dehors de la région et probablement en métropole.