

**Nos références :**

## **Etat des lieux 2011 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 2011. Les indicateurs retenus depuis la mise en place du programme n'ont pas été modifiés ; ils s'articulent donc autour de grandes catégories : 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.

**Le taux de chirurgie ambulatoire a augmenté entre 2010 et 2011 de 1.7 points, passant de 37,8% à 39,5%, soit une progression quasiment identique à celle constatée entre 2009 et 2010. Ainsi, en 2011, près de 40% des séjours de chirurgie sont réalisés en hospitalisation partielle alors qu'en 2007, ce taux était de 32%.**

### **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.

- 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 deuxième 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 aboutissent au même résultat puisque l'ensemble des séjours consommés par la population française ont été produits par l'ensemble des établissements du territoire français.

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

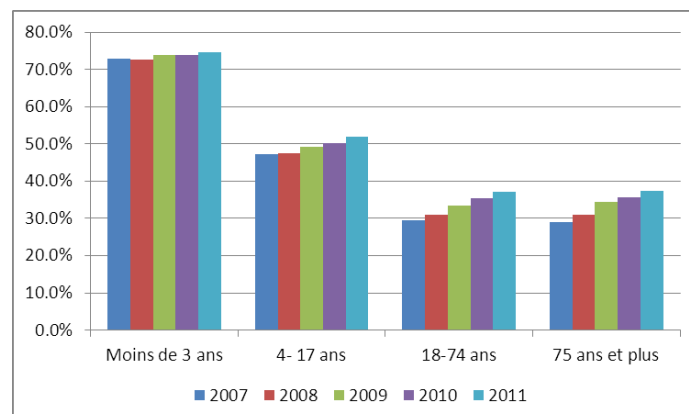
L'analyse des taux de recours populationnel montre que la chirurgie prise en charge en ambulatoire continue de progresser plus rapidement que la prise en charge en hospitalisation complète. En effet, le taux de recours à la chirurgie progresse en moyenne de 1% tandis que celui de la chirurgie ambulatoire présente une progression moyenne annuelle de 6%.

*Evolution des taux de recours à la chirurgie et à la chirurgie ambulatoire, France 2007-2011*

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

L'analyse par classe d'âge confirme les analyses précédentes sur la période 2007-2010 : 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 2010 et 2011 aussi dynamique que celle des personnes âgées (+1.7 points) alors que celle des enfants continue de se stabiliser. Les efforts de développement de chirurgie ambulatoire se concentrent donc davantage chez les patients adultes que chez les enfants. Pour ces derniers, le développement de la chirurgie ambulatoire étant plus ancien, les indications à la chirurgie ambulatoire sont déjà élargies et donc les possibilités de transférer des nouveaux patients vers de l'ambulatoire sont quasiment nulles. Pour illustration (cf. graphe 6 page 6), les racines qui présentent les taux d'ambulatoire les plus élevés sont des racines spécifiques aux enfants (03C14 Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans et 02C18 Circoncision). A l'inverse les racines pour lesquelles la prise en charge en ambulatoire évolue fortement entre 2010 et 2011 sont principalement des racines avec des taux d'ambulatoires plus faibles et regroupant des pathologies de l'adulte (05C17 ligatures de veines et éveinages ; 09C07 'Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein et 06C12 'Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans).

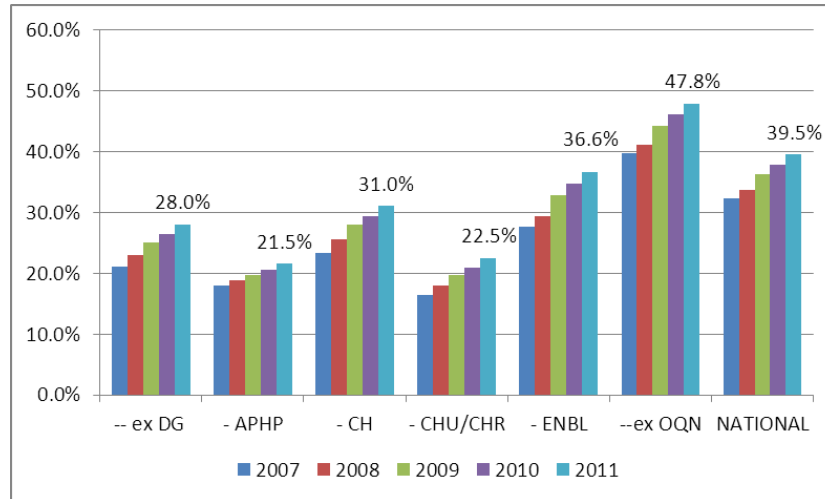
*Evolution de la part des séjours de chirurgie pris en charge en ambulatoire, par tranche d'âge, France 2007-2011*



## II. Analyse à partir du taux de prise en charge en ambulatoire

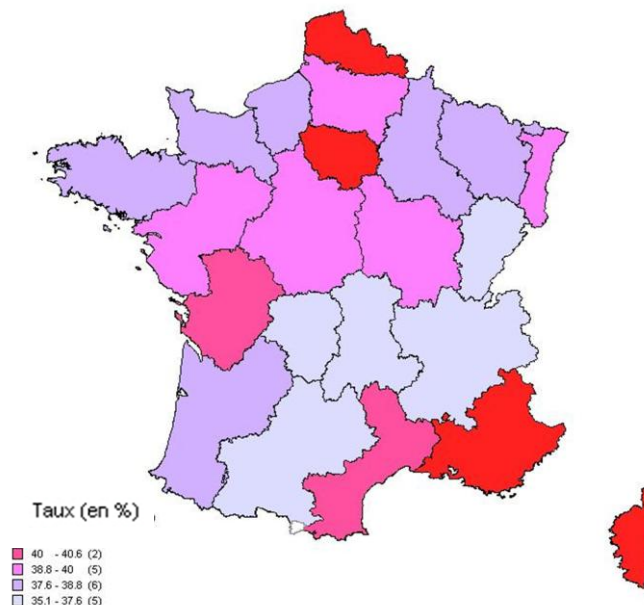
Entre 2010 et 2011 le taux de progression est similaire **entre les catégories d'établissements** (hors AP-HP). Sur l'ensemble de la période 2007-2011 les établissements à but non lucratif et les cliniques privées (secteur ex-OQN) se caractérisent toutefois par une plus forte progression.

*Evolution du taux de chirurgie ambulatoire par catégorie d'établissements, 2007-2011*



En 2011, les taux de chirurgie ambulatoire varie **entre les régions de France métropolitaine** entre 35,1% et 43,2%. Les régions pour lesquelles le taux de chirurgie ambulatoire est le plus élevé sont la Réunion, la Guadeloupe, PACA, Ile de France, Nord Pas Calais et Poitou Charente (cf. carte ci-dessous). En revanche, les régions pour lesquelles le taux de chirurgie ambulatoire a le plus progressée entre 2010 et 2011 sont le Limousin, Midi Pyrénées, Pays de Loire, France Comté, la Basse Normandie et la Réunion.

*Taux de chirurgie ambulatoire par région en 2011*



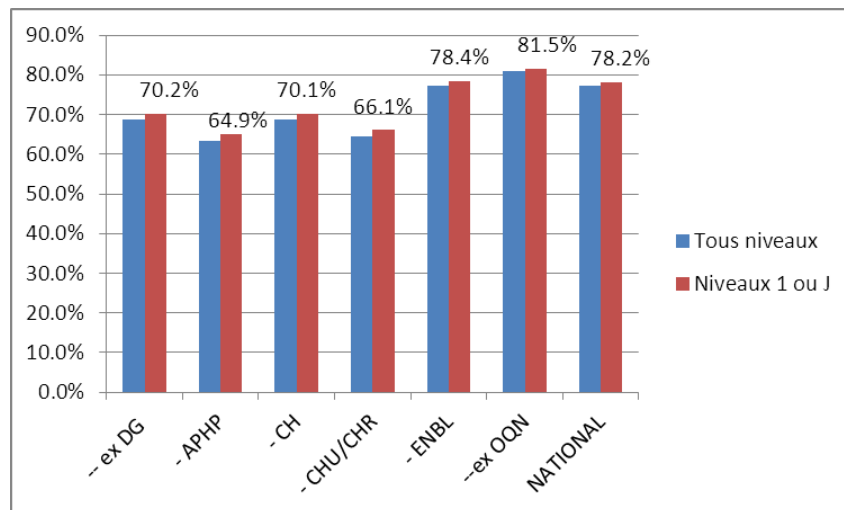
En ciblant l'analyse sur les **18 racines ayant fait l'objet d'une politique incitative à la prise en charge en ambulatoire**, le taux de chirurgie ambulatoire continue d'évoluer à la hausse. La part des

séjours ambulatoires dans l'ensemble de séjours de ces 18 racines est passée de 74,6% en 2010 à 77,3% en 2011 à soit une progression de 2.7 points. Il s'agit d'une progression importante par rapport à celle constatée sur le taux global de chirurgie ambulatoire mais elle est moins forte que celle constatée les autres années. Chaque année, il est donc constaté un ralentissement du rythme d'évolution de la part des séjours pris en charge en ambulatoire pour ces 18 racines, mettant en évidence que le taux maximal attendu de chirurgie ambulatoire est quasiment atteint sur certaines de ces racines.

Aussi, 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 de niveaux 2, 3 et 4 au sein de ces racines.

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

*Taux de chirurgie ambulatoire parmi les 18 racines à tarif unique, par catégorie d'établissements, en 2011*

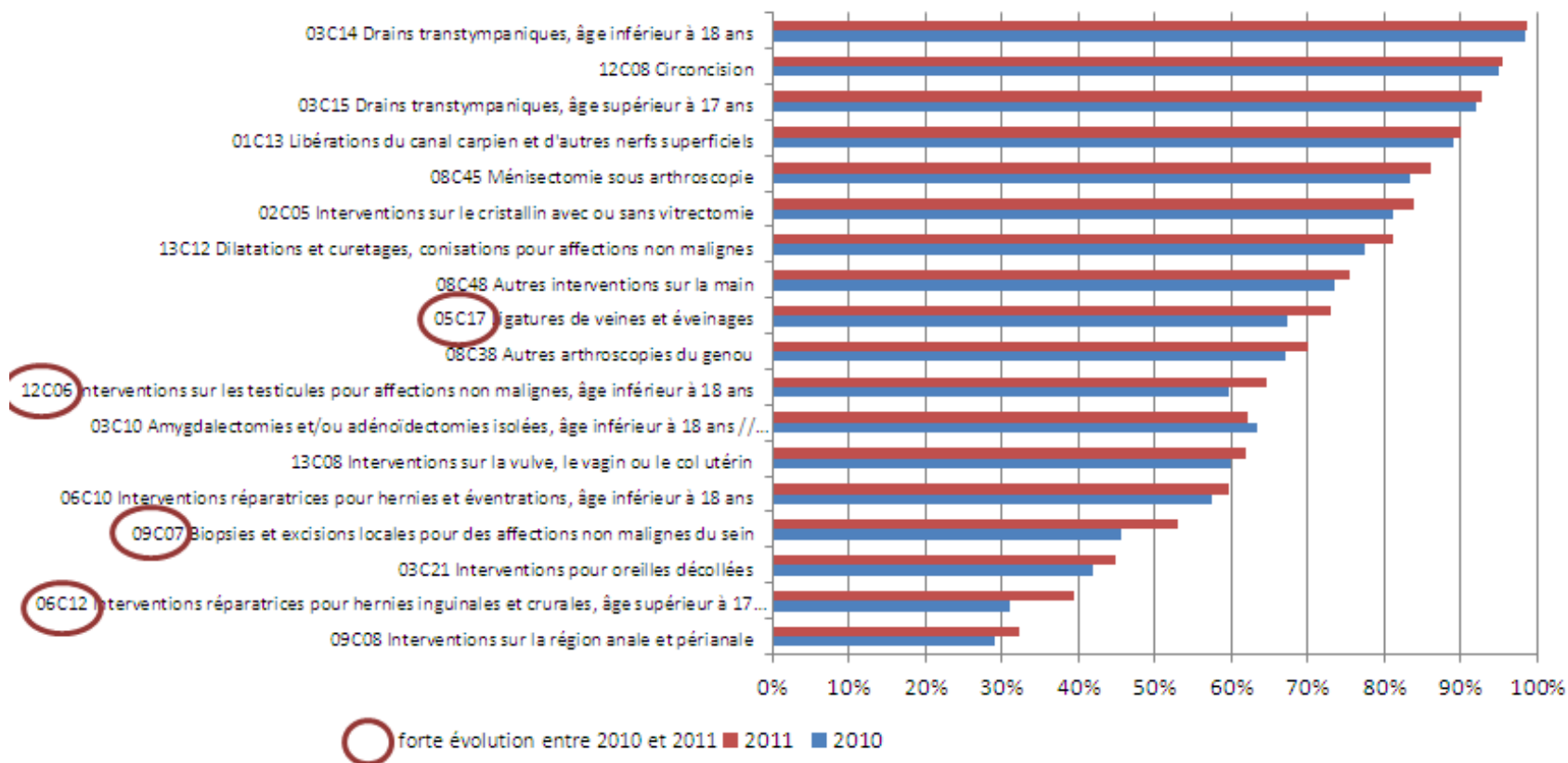


L'analyse détaillée par racine montre que la hausse de la prise en charge en ambulatoire s'observe pour chacune des 18 racines à l'exception de la racine 03C10 « *Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans // Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes, en ambulatoire* » pour laquelle le taux est passé de 64,3% en 2009 à 62,3% en 2011. Cette diminution indiquerait que, pour cette activité, le transfert de prise en charge vers l'ambulatoire a atteint son maximum et que la part restante correspond à des séjours dont une prise en charge en hospitalisation complète se justifie médicalement. D'ailleurs, pour la campagne tarifaire 2012, cette racine a été scindée en deux, de sorte à isoler les actes portant sur les amygdalectomies moins souvent réalisables en ambulatoire des adénoïdectomies presque toujours réalisable en ambulatoire.

La plus forte progression est observée pour les racines ayant le plus faible taux de prise en charge en ambulatoire : notamment la racine 06C12 « *Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans* » ((31,1% en 2010 et 39,5% en 2011).

A l'inverse, pour les deux racines relatives aux drains (03C14 et 03C15) ayant un taux de prise en charge en ambulatoire supérieur à 92% dès 2007, il est de nouveau constaté, une stabilité de la part des séjours ambulatoires.

Taux de chirurgie ambulatoire pour chacune des 18 racines à tarif unique, évolution 2010-2011



# ANNEXES

## *ANNEXE 1 : Descriptif des indicateurs fournis par l'ATIH*

### Bases de données :

Séjours : PMSI MCO 2007 à 2011 (données regroupées en V11C) hors GHM Erreur, PIE et séances

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

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 et celles de 2011 rapportées à la population 2009.

### Sélections des séjours :

Séjours de chirurgie : GHM V11C 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

### 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     |

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

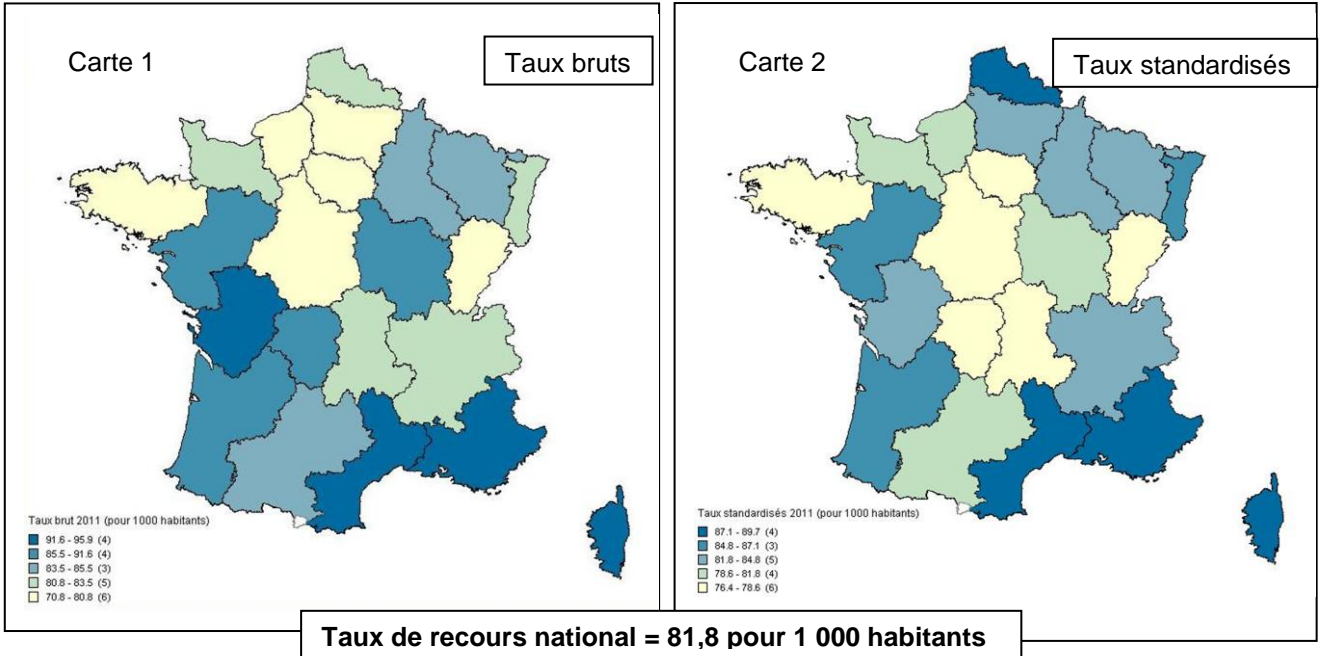
**NB :** Une autre racine a fait l'objet d'une politique tarifaire incitative avec la fixation d'un tarif unique mais n'a pas été retenue dans cette analyse car elle n'est pas directement identifiée comme une racine de chirurgie (C) : la racine 03K02 « Affections de la bouche et des dents avec certaines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

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

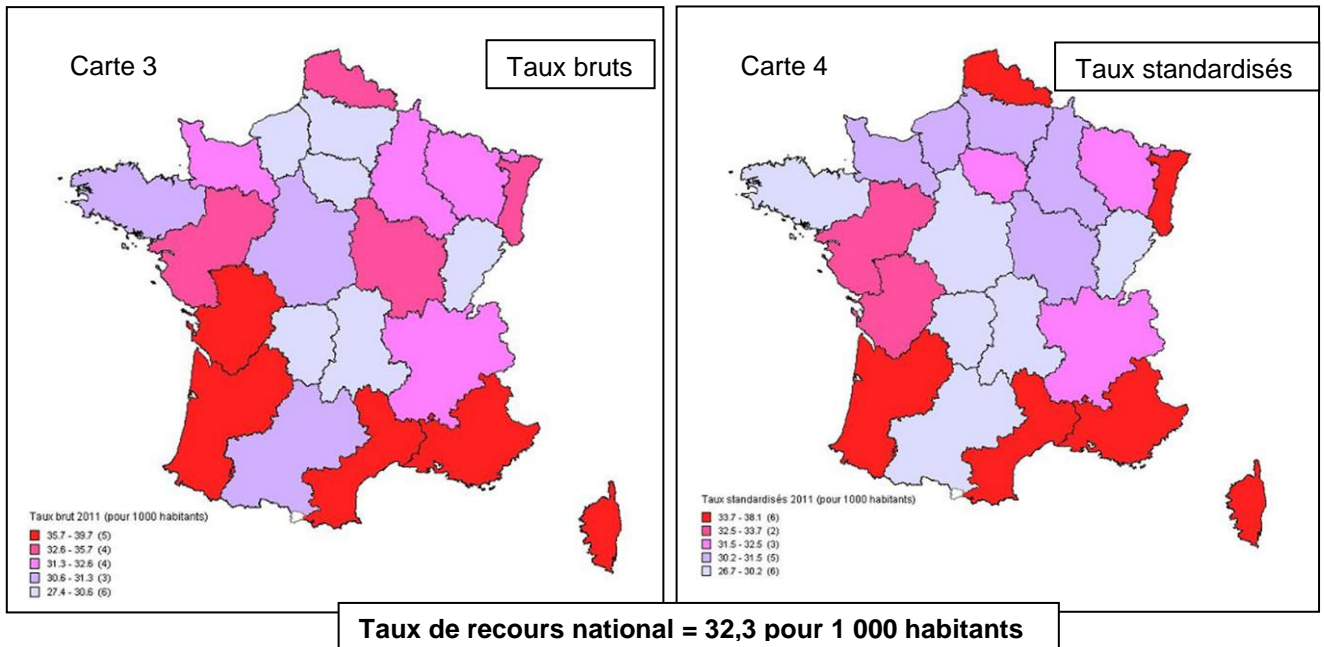


**ANNEXE 2 : Représentations cartographiques**

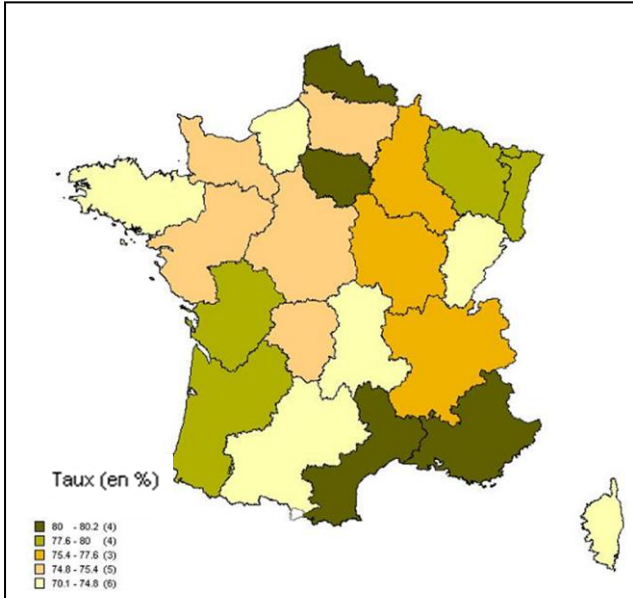
**Indicateur 1.1 Taux de recours à la chirurgie en 2011 (pour 1 000 habitants)**



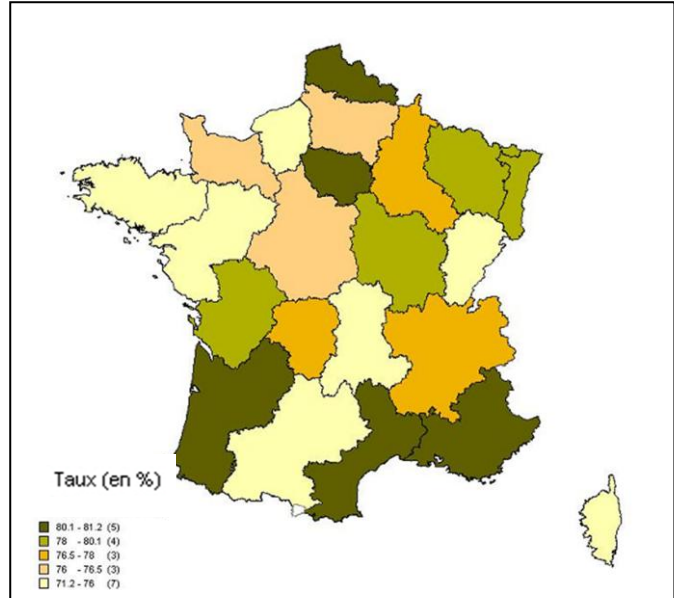
**Indicateur 1.2 Taux de recours à la chirurgie ambulatoire en 2011 (pour 1 000 habitants)**



**Indicateurs 2.3 et 2.3b Taux de chirurgie ambulatoire en 2011 pour les 18 racines à tarif unique**



Part du niveau J dans le total des niveaux  
**Taux national = 77,3%**



Part du niveau J dans le total des niveaux 1 ou J  
**Taux national = 78,2%**