

Bilan 2010 des activités de chirurgie par groupe de planification

Mai 2012

Sommaire

Sommaire	3
Contexte et principaux résultats	5
Préalable méthodologique	7
1. Activité globale	8
1.1 Par territoire de santé	8
1.2 Au niveau régional	9
2. Description de l'activité par Groupe de Planification	13
Précaution méthodologique	13
C01 Transplantation d'organes (hors greffes de moelle et cornée)	13
C02 Chirurgie du rachis et neurochirurgie	13
Les craniotomies et les interventions sur l'hypophyse	14
Les interventions sur le rachis	14
C03 Neurostimulateurs	14
C04 Chirurgie cardio-thoracique (hors transplantation d'organes), Pontages aorto-coronariens	15
C05 Chirurgie pulmonaire et thoracique	15
Les interventions majeures sur le thorax	15
Les autres séjours de chirurgie pulmonaire et thoracique	16
C06 Chirurgie digestive majeure : œsophage, estomac, colon, rectum	16
C07 Chirurgie viscérale autre : rate, grêle, hernies, occlusions	17
C08 Chirurgie hépatobiliaire et pancréatique	18
C09 Chirurgie majeure de l'appareil locomoteur, chirurgie du bassin, hanche, fémur, épaule	18
C10 Arthroscopies, Biopsies ostéo-articulaires	19
C11 Chirurgie traumatique, Fractures, entorses, Luxations, Arthrites, Tractions	19
C12 Chirurgies autres de l'appareil locomoteur	20
C13 Traumatismes multiples graves	20
C14 Commotions cérébrales, traumatismes crâniens	21
C15 Stimulateurs, Défibrillateurs cardiaques	21
C16 Chirurgie vasculaire	22
La chirurgie majeure de revascularisation	22
Les ligatures de veines	22
Les autres interventions de chirurgie vasculaire	23
C17 Chirurgie ORL, Stomatologie	23
Les chirurgies ORL majeures	23
La chirurgie de l'oreille	23
Les amygdalectomies, les adénoïdectomies et la pose de drains transtympaniques	24
Les autres chirurgies ORL	24
C18 Chirurgies de la bouche et des dents	24
C19 Chirurgie ophtalmologique et greffe de cornée	25
C20 Chirurgie gynécologique	25
C21 Chirurgie du sein	26
C22 Chirurgie urologique	26
Les chirurgies des reins, uretères, vessie et glandes surrénales	26
Les autres chirurgies transurétrales	27
C23 Chirurgie de l'appareil génital masculin	27
C24 Chirurgie pour affections des organes hématopoïétiques, lymphomes, leucémies, tumeurs	27
SID	28
Les interventions majeures au cours de lymphomes ou de leucémies	28
Les interventions majeures pour affections myéloprolifératives ou tumeurs de sièges	28
C25 Chirurgie de la thyroïde, parathyroïde, du tractus thyroïdien, endocrinologie	28
C26 Parages de plaie, greffes de peau, des tissus sous-cutanés	29
Les greffes de peau et parage hors brûlures	29
Les interventions sur la peau et le tissu sous-cutané	29
C27 Brûlures	30
C28 Chirurgie inter-spécialités, non classée ailleurs	30
C29 Chirurgie esthétique et de confort	30
Proposition de plan d'actions	32

Contexte et principaux résultats

La région Bretagne a, au 31 décembre 2010, 44 plateaux techniques chirurgicaux autorisés dans 39 établissements.

Cette étude est réalisée dans le cadre de l'élaboration du programme régional de santé et a pour objectif la description de l'activité chirurgicale de la région, par groupe d'activité, par territoire de santé, par établissement et par type d'établissements.

Les constats principaux sont les suivants :

Concernant la production de soins :

- La production totale de soins chirurgicaux est globalement stable par rapport à 2009 sur le plan quantitatif ; la chirurgie ortho-traumatique et la chirurgie ophtalmologique représentent près de la moitié de l'activité des séjours avec acte classant.
- La part de l'activité des établissements privés est en baisse mais reste majoritaire.
- Les 10 établissements à plus forte activité réalisent plus de la moitié de l'activité régionale.
- 20% des patients ont 75 ans et plus, ¼ des patients a moins de 18 ans.
- L'activité ambulatoire augmente dans tous les territoires de santé à l'exception du territoire de santé N°1.
- Le taux de mortalité est plus élevé dans les établissements à faibles volumes d'activité.
- Les territoires de santé N°6 et 8 présentent un très fort taux de fuite, compensé de façon très incomplète par l'attractivité dans le territoire de santé N°8 ; le territoire de santé N°5 présente un fort taux d'attractivité.
- L'attractivité régionale est marquée pour les transplantations d'organes, les chirurgies de l'appareil locomoteur et traumatique, la pose de stimulateurs cardiaques.
- Les taux de fuite sont élevés pour la prise en charge des brûlures (absence de centre spécialisé en région) et pour la chirurgie ophtalmologique, notamment celle de la rétine.
- Une forte dispersion des activités est observée entre les plateaux techniques autorisés, qui interpelle lorsqu'il s'agit de chirurgie lourde : ainsi, la chirurgie du rachis est réalisée dans 20 établissements dont 2 font moins de 10 actes annuels ; les interventions majeures sur le thorax dans 19 établissements dont seulement 9 ont des chirurgiens thoraciques¹ et 9 réalisent moins de 5 actes par an ; la chirurgie digestive majeure dans 37 établissements dont 6 réalisent moins de 50 interventions annuelles ; de même pour la chirurgie ORL majeure ou urologique.
- La chirurgie du rachis augmente de façon sensible en 1 an (4,9 points).
- On note une importante variabilité des modes d'admissions via les urgences en fonction des établissements, pour des activités similaires (exemple des 2 CHU pour les transplantations rénales : 33% des admissions se font via le service des urgences au CHU de Brest vs aucune au CHU de Rennes).
- La part des séjours de sévérité de niveau 3-4 est nettement plus élevée pour l'ensemble des groupes d'activités dans les établissements publics par rapport aux établissements privés : 12,3% pour le secteur public vs 5,1% pour le secteur privé.
- 2 établissements ne répondent pas aux recommandations relatives à la pose de stimulateurs cardiaques, ces deux établissements réalisent moins de 50 actes annuels.
- Il persiste de très fortes disparités de pratiques ambulatoires dans chaque groupe d'activité, témoignant d'un potentiel encore important de développement de la chirurgie ambulatoire.

¹ Sous réserve de validité des données transmises à l'ARS
Bilan 2010 des activités de chirurgie par groupe de planification, mai 2012

- La chirurgie pédiatrique reste dispersée entre de nombreux établissements, notamment pour des actes spécifiques (exemple de la chirurgie du sein : 84 actes dans 21 établissements dont 16 réalisent moins de 5 actes annuels).
- Les différences de taux de décès entre les établissements pour des mêmes groupes d'activités, sans lien étroit avec des niveaux de sévérité élevés, appellent à la vigilance.

Concernant la consommation de soins :

- La consommation globale de soins chirurgicaux est moindre que la moyenne nationale.
- Elle n'est pas liée à l'offre de soins, car ce sont dans les territoires de santé où l'offre est la moindre que le recours est le plus élevé ; on note ainsi une forte disparité entre la production et la consommation de soins des territoires de santé : le territoire de santé N°5 produit une forte part des activités de soins de la région alors que la consommation de la population domiciliée est très inférieure à la moyenne régionale.
- La population des territoires de santé N°8 et 6 a un taux de recours aux soins très élevé, supérieur à la moyenne nationale, dont il conviendra d'identifier les causes. Cette surconsommation de soins est retrouvée en particulier dans les activités suivantes : chirurgie digestive majeure pour le territoire de santé N°6, chirurgie viscérale autre pour le territoire de santé N°8, chirurgie ORL pour les territoires de santé N°6 et 8. Dans le territoire de santé N°6, les transferts entre clinique et CH à Dinan expliquent partiellement la multiplication des séjours en chirurgie traumatique.
- A contrario, le territoire de santé N°8 a une sous-consommation de soins dans les activités suivantes : chirurgie cardio-thoracique et chirurgie urologique.
- Le territoire de santé N°3 a un taux de recours aux soins élevé pour la chirurgie vasculaire, les parages de plaies et greffes de peau, non expliqué.
- Le territoire de santé N°1 a un taux de recours extrêmement élevé pour la chirurgie de la bouche et des dents.
- Le territoire de santé N°5 a un faible taux de recours aux soins pour l'ensemble des activités chirurgicales et particulièrement pour la chirurgie digestive majeure, viscérale autre, hépato-biliaire, les arthroscopies, la chirurgie de la bouche et des dents et la chirurgie urologique.

Préalable méthodologique

Extraction des séjours de chirurgie

Les résultats sont issus des bases régionales PMSI MCO 2010 et 2009 regroupées en V11b. Les séjours en erreur (CM 90), les séances (CM 28), les prestations inter-établissements de type B, l'obstétrique (CMD 14) et les séjours des nouveau-nés (CMD 15) sont exclus de l'analyse.

Les séjours de chirurgie sont décrits à partir des groupes de planification établis par l'ATIH. Sous le terme « Groupe de Planification », on doit comprendre une classification basée sur le regroupement de GHM dont l'objectif est de repérer les disciplines suivies au niveau des autorisations et de la planification.

Définition des indicateurs retenus

Les séjours de chirurgie sont analysés à partir des indicateurs suivants : le statut de l'établissement, le volume de séjours, l'évolution de l'activité par rapport à 2009, la part des séjours en 'C' (avec acte classant), le volume de séjours pris en charge en ambulatoire, la part de l'ambulatoire, l'évolution de l'activité ambulatoire par rapport à 2009, la part des admissions via les urgences, le taux de mortalité, la part des séjours avec niveau de sévérité 3-4 et la répartition de l'activité par tranche d'âge.

Dans l'analyse, les disparités sur la mortalité ne sont signalées que si le lien statistique est significatif.

Les **séjours en 'C'** (avec acte classant) sont repérés à partir du 3^{ème} caractère du GHM.

L'activité ambulatoire est repérée à partir des séjours en 'C' sans nuitée (durée de séjour à 0 jour) conformément à la méthodologie de l'ATIH. La part de l'ambulatoire est calculée en rapportant le nombre de séjours en ambulatoire au nombre de séjours en 'C'.

Les **admissions via les urgences** sont repérées à partir du mode d'entrée 8-5.

Les **séjours de niveau de sévérité 3-4** sont repérés à partir du dernier caractère du GHM. La part des séjours de niveau de sévérité 3-4 est calculée en rapportant le nombre de séjours de niveau de sévérité 3-4 au nombre de séjours en hospitalisation complète. Les séjours de niveau de sévérité 3-4 ont au moins une co-morbidité associée sévère.

Une analyse des **taux de recours standardisés selon l'âge et le sexe** par territoire de santé et par groupe de planification est proposée afin d'analyser la consommation de soins, l'objectif étant de repérer des sur ou sous consommations de soins par territoire de santé.

Le taux de recours standardisé selon l'âge et le sexe pour la population domiciliée dans un territoire de santé indique quel serait le taux de recours de cette population si elle avait la structure de la population nationale.

Les taux de recours standardisés selon l'âge et le sexe ont été calculés par l'ATIH dans le cadre des travaux sur les indicateurs de pilotage de l'activité des établissements de santé (IPA) à partir des données PMSI MCO 2009.

Les **taux de fuite** et les **taux d'attractivité** par territoire de santé et par groupe de planification ont été calculés afin de croiser la consommation de soins avec la production de soins.

Le taux de fuite est la part des séjours des patients domiciliés dans un territoire de santé pris en charge dans un établissement hors territoire de santé.

Le taux d'attractivité est la part des séjours pour des patients domiciliés hors du territoire de santé, pris en charge par un établissement du territoire de santé.

1. Activité globale

En 2010, 286 294 séjours de chirurgie (244 830 séjours avec un acte classant et 41 464 séjours sans acte classant) ont été pris en charge dans les établissements de santé bretons dont 99% dans un établissement ayant un plateau chirurgical autorisé.

1.1 Par territoire de santé

Tableau 1 : Les séjours de chirurgie 2010 par territoire de santé

	Nombre de séjours 2010	Part	Evolution / 2009	Part des séjours réalisés dans le secteur privé	Part des séjours réalisés en ambulatoire	Evolution de l'ambulatoire / 2009
1 - Brest - Carhaix - Morlaix	54 465	19,0%	-1,0%	53,0%	34,1%	-0,6%
2 - Quimper - Douarnenez - Pont l'Abbé	29 072	10,2%	-0,2%	55,9%	38,6%	4,0%
3 - Lorient - Hennebont	24 746	8,6%	4,1%	38,1%	36,7%	4,1%
4 - Vannes - Ploërmel - Malestroit	30 030	10,5%	0,1%	51,9%	35,3%	0,7%
5 - Rennes - Redon - Fougères - Vitré	80 982	28,3%	0,7%	51,3%	35,5%	4,5%
6 - Saint-Malo - Dinan	19 179	6,7%	0,0%	67,4%	42,0%	7,1%
7 - Saint-Brieuc - Lannion - Guingamp	37 860	13,2%	2,9%	53,5%	35,5%	4,4%
8 - Loudéac - Pontivy	9 960	3,5%	-0,5%	56,4%	38,5%	5,2%
Région Bretagne	286 294	100,0%	0,7%	52,6%	36,2%	3,3%

Dans la région Bretagne, 28,3% des séjours de chirurgie sont pris en charge dans le territoire de santé N°5 et 19% dans le territoire de santé N°1. Le territoire de santé N° 8 ne réalise que 3,5% de l'activité chirurgicale régionale.

L'activité augmente essentiellement dans les territoires de santé N°3 et 7, et à moindre mesure dans les territoires de santé N°5 et 4 alors qu'elle diminue dans les autres territoires.

La part de l'activité prise en charge dans le secteur privé varie de 38,1% dans le territoire de santé N°3 à 67,4% dans le territoire de santé N°6. A noter que dans le territoire de santé N°3, la part de l'activité des établissements ESPIC est très développée (23,7%).

La part de l'activité ambulatoire varie de 34,1% dans le territoire de santé N°4 à 42% dans le territoire de santé N°6. A l'exception du territoire de santé N°1, l'activité de l'ambulatoire progresse dans chaque territoire de santé et en particulier dans le territoire de santé N°6.

**Tableau 2 : Taux de fuite et taux d'attractivité – Activité chirurgicale 2010
Taux standardisés de recours aux soins – Activité chirurgicale 2009**

	Territoire de santé								Région
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Taux de fuite	6,0%	14,6%	21,9%	24,9%	8,9%	30,5%	15,4%	41,9%	4,5%
Taux d'attractivité	12,2%	15,1%	11,7%	14,6%	24,7%	7,7%	11,6%	15,2%	3,9%
Taux de recours standardisés selon l'âge et le sexe pour 10 000 Habitants	927,4	873,8	875,1	880,0	809,8	930,5	907,3	937,1	878,2

En région Bretagne, la production de soins chirurgicaux est plus faible que la consommation de soins chirurgicaux : le taux de fuite est légèrement supérieur au taux d'attractivité.

La région Bretagne consomme moins de soins chirurgicaux que la moyenne nationale (878 vs 927 séjours pour 10 000 habitants).

Au regard de la consommation et de la production de soins chirurgicaux, trois territoires de santé sont atypiques :

- Le **territoire de santé N°8** présente le taux de fuite et l'un des taux d'attractivité les plus élevés de la région, le solde étant négatif. Le taux de fuite est inchangé dans le territoire de santé N°8 depuis plusieurs années malgré la volonté forte de maintenir une offre dans ce territoire. Ce constat contraste avec le taux de recours aux soins particulièrement élevé de

ce territoire de santé : le territoire de santé N°8 présente le taux de recours aux soins chirurgicaux le plus élevé de la région et supérieur à la moyenne nationale.

- Le **territoire de santé N°6** affiche un taux de fuite relativement important : près d'un séjour sur trois est pris en charge hors territoire, notamment dans le territoire de santé N°5. Le territoire de santé N°6 est le moins attractif de la région. Ce territoire de santé présente le deuxième taux de recours aux soins chirurgicaux le plus élevé de la région et supérieur à la moyenne nationale.
- Le **territoire de santé N°5** est le plus attractif de la région et présente le taux de recours aux soins chirurgicaux le plus faible de la région. Le territoire de santé N°5 se situe parmi les 10% des territoires de santé de France qui consomment le moins de soins chirurgicaux.

Demande non liée à l'offre puisque les territoires de santé N° 6 et 8 ont un taux de recours aux soins élevés dont il conviendra d'identifier les causes.

1.2 Au niveau régional

Tableau 3 : Séjours de chirurgie selon la nature et le statut des établissements

	Nombre de séjours 2010	Nombre de séjours sans acte classant	Part	Nombre de séjours avec acte classant	Part
Public	114 921	25 025	21,8%	89 896	78,2%
Privé	150 511	13 417	8,9%	137 094	91,1%
ESPIC	18 094	2 357	13,0%	15 737	87,0%
Militaire	2 768	665	24,0%	2 103	76,0%
Région Bretagne	286 294	41 464	14,5%	244 830	85,5%

La part des séjours sans acte classant est beaucoup plus élevée dans les établissements publics que dans les établissements privés (rapport de 1 à 2,5) ainsi que dans les établissements ESPIC (rapport de 1 à 1,5).

1.2.1 Les séjours de chirurgie sans acte classant

En 2010, 41 464 séjours de chirurgie sans acte classant ont été pris en charge dans les établissements de santé bretons dont 97,7% dans un établissement ayant un plateau chirurgical autorisé.

Parmi les établissements sans plateau chirurgical autorisé, et à l'exception du CH de Quimperlé qui réalise 500 séjours, le nombre de séjours sans acte classant varie de 1 séjour au CH de Crozon à 50 séjours au CH de Le Palais.

Tableau 4 : Séjours de chirurgie sans acte classant selon le statut des établissements – Année 2010

	Nombre de séjours 2010	Part	Evolution / 2009	Part des séjours avec niveau de sévérité 3 ou 4	Part des séjours avec passage aux urgences
Public	25 025	60,4%	4,7%	13,7%	71,4%
Privé	13 417	32,4%	-4,7%	3,3%	4,0%
ESPIC	2 357	5,7%	5,2%	17,2%	13,7%
Militaire	665	1,6%	19,2%	6,8%	59,1%
Région Bretagne	41 464	100,0%	1,7%	12,1%	46,1%

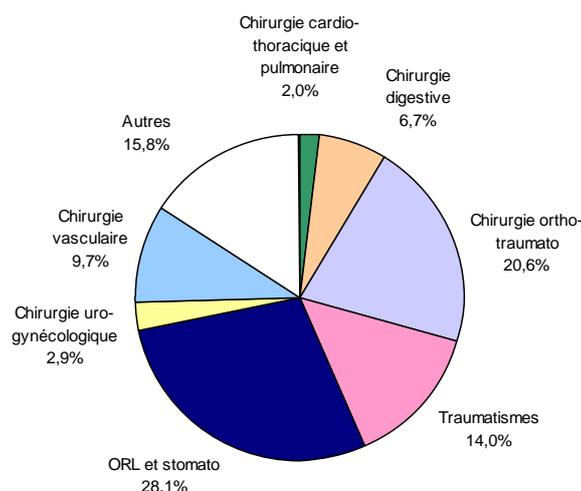
Par rapport à 2009, les séjours de chirurgie sans acte classant sont en légère hausse (+1,7%). L'activité augmente pour toutes les catégories d'établissements à l'exception des établissements privés.

La majorité des séjours de chirurgie sans acte classant sont pris en charge dans les établissements publics, cette part est en augmentation par rapport à 2009.

La part des séjours avec niveau de sévérité 3-4 est beaucoup plus importante dans les établissements ESPIC que dans les établissements publics (17,2% vs 13,7%) ainsi que dans les établissements privés (rapport de 1 à 5).

Les admissions via les urgences représentent 46% des entrées. La part des admissions via les urgences est nettement supérieure dans les établissements publics à celle observée dans les établissements privés ayant un service d'urgences.

Graphique 1 : Répartition des séjours de chirurgie sans acte classant par grande spécialité



Les catégories les plus représentées sont : la chirurgie ORL et Stomatologique (28,1%), la chirurgie ortho-traumatique (20,6%), les traumatismes (14%) et la chirurgie vasculaire (9,7%). Parmi les établissements sans plateau chirurgical autorisé, près des deux tiers des séjours sont relatifs à la chirurgie ortho-traumatique ou aux traumatismes.

L'âge médian des patients est de 46 ans. 20,5% des patients ont 75 ans et plus. La chirurgie pédiatrique (moins de 18 ans) représente 23% de l'activité, dont 2,5% pour les moins d'un an.

1.2.2 Les séjours de chirurgie avec un acte classant

En 2010, 244 830 séjours de chirurgie avec un acte classant ont été pris en charge dans les établissements de santé de la région Bretagne équipés d'un plateau chirurgical autorisé. L'activité 2010 en volume est en légère hausse par rapport à 2009 (+0,5%).

39 établissements ont un plateau chirurgical autorisé. La moitié de l'activité chirurgicale est réalisée dans les 10 établissements ayant la plus forte activité. A l'opposé, les 10 établissements ayant la plus faible activité ne réalisent que 6% de l'activité totale.

Tableau 5 : Séjours de chirurgie avec acte classant selon le statut des établissements – Année 2010

	Nombre de séjours 2010	Part	Evolution / 2009	Part des séjours réalisés en ambulatoire	Evolution de l'ambulatoire / 2009	Part des séjours avec niveau de sévérité 3 ou 4	Part des séjours avec passage aux urgences
Public	89 896	36,7%	1,1%	25,4%	5,9%	11,9%	25,3%
Privé	137 094	56,0%	-0,1%	43,8%	1,7%	5,2%	2,6%
ESPIC	15 737	6,4%	3,0%	32,9%	12,7%	6,8%	4,2%
Militaire	2 103	0,9%	-1,7%	22,7%	-7,7%	9,0%	27,1%
Région Bretagne	244 830	100,0%	0,5%	36,2%	3,3%	8,2%	11,3%

La majorité de l'activité est réalisée dans les établissements privés, malgré une diminution de cette part par rapport à 2009.

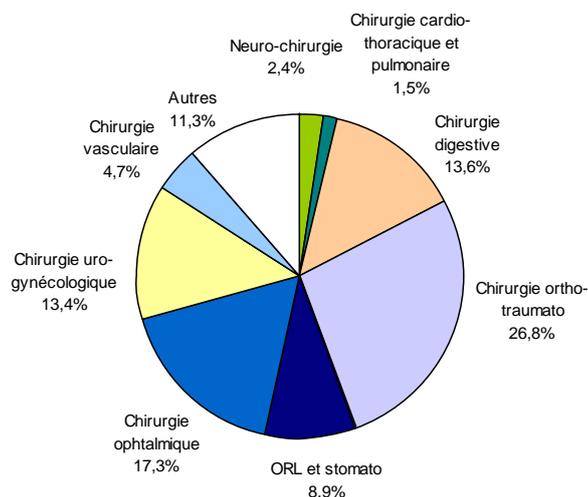
Un peu plus d'un séjour sur trois est pris en charge en ambulatoire. Par rapport à 2009, le volume d'activité ambulatoire progresse (+3,3%) Cette progression est plus marquée dans les établissements ESPIC et les établissements publics tandis qu'elle stagne dans les établissements privés.

Il persiste cependant un différentiel de 18 points dans la pratique de l'ambulatoire entre le privé et le public : 43,8% vs 25,4% (hors ESPIC).

La part des séjours avec niveau de sévérité 3-4 est beaucoup plus importante dans les établissements publics que dans les établissements ESPIC et les établissements privés (rapport de 1 à 2).

La part des admissions via les urgences est nettement supérieure dans les établissements publics à celle observée dans les établissements privés et les établissements ESPIC (25,3% vs 2,6% ou 4,2%). Ce constat s'explique par le fait que tous les établissements publics ont une structure d'accueil des urgences alors que seulement 3 établissements privés et un établissement ESPIC en ont une.

Graphique 2 : Répartition des séjours de chirurgie avec acte classant par grande spécialité



Les catégories les plus représentées sont : la chirurgie ortho-traumatologique (26,8%), la chirurgie ophtalmique (17,3%), la chirurgie digestive (13,6%), la chirurgie uro-gynécologique (13,4%) et la chirurgie ORL-Stomatologique (8,9%).

Par rapport à 2009, on constate une stabilité de la répartition des séjours par grande spécialité.

L'âge médian des patients opérés est de 58 ans. Près d'un patient sur quatre a 75 ans et plus. La chirurgie pédiatrique (moins de 18 ans) représente 10,2% de l'activité, dont 1,2% pour les moins d'un an.

Tableau 6 : Taux de mortalité selon le volume d'activité annuel

	Taux de mortalité	Part des séjours avec niveau de sévérité 3 ou 4
Etablissements avec volume d'activité < à 3000 séjours annuels	1,0%	7,9%
Etablissements avec volume d'activité >= à 3000 séjours annuels	0,5%	5,0%
Région Bretagne	0,6%	5,3%

Il existe un lien statistique significatif² entre le volume d'activité annuel des établissements et le taux de mortalité. La part des décès est deux fois plus élevée dans les établissements réalisant moins de 3 000 séjours annuels : 1% vs 0,5%. A noter que la part des séjours de niveau de sévérité 3-4 est légèrement plus élevée dans les établissements à faible volume d'activité.

² Test du KHI², p value < 0,001
Bilan 2010 des activités de chirurgie par groupe de planification, mai 2012

2. Description de l'activité par Groupe de Planification

Précaution méthodologique

La description de l'activité 2010 par groupe de planification porte uniquement sur les **établissements ayant un plateau chirurgical autorisé** en région Bretagne.

L'activité du CH de Paimpol est exclue de l'analyse.

La description des séjours de chirurgie est réalisée à partir des données PMSI MCO 2010.

L'analyse des taux de recours aux soins chirurgicaux est réalisée à partir des données PMSI MCO 2009.

Les résultats de l'étude sont très dépendants de la qualité de codage de la base PMSI MCO.

Le détail de l'analyse par groupe de planification est disponible dans les fichiers Excel [activite_chirurgie_par_GP_2010.xls](#) et [flux_chirurgie_par_GP_2010.xls](#) associés à cette synthèse.

C01 Transplantation d'organes (hors greffes de moelle et cornée)

Seuls les deux CHU sont autorisés à réaliser les transplantations d'organes. Le CHU de Rennes intervient sur le foie, le cœur et le rein alors que le CHU de Brest intervient exclusivement sur le rein.

En 2010, 240 transplantations d'organes ont eu lieu dans les 2 CHU bretons.

Au CHU de Brest, 33% des admissions pour transplantation rénale se font via le service des urgences alors qu'au CHU de Rennes, aucune admission via les services d'urgence n'a été enregistrée pour les transplantations rénales.

A noter qu'au CHU de Rennes, les patients restent en moyenne 5 jours de plus qu'au CHU de Brest pour une transplantation rénale, la durée moyenne de séjour au CHU de Rennes est de 21,8 jours alors qu'au CHU de Brest, elle est de 16,5 jours.

Dans cette spécialité, la région Bretagne est « attractive » : 27% des patients pris en charge dans les établissements bretons sont domiciliés hors Bretagne alors que 12% des patients bretons sont pris en charge hors région.

Les territoires de santé bretons se situent principalement parmi les territoires de santé qui présentent les taux de recours aux soins pour cette spécialité les plus élevés de France (dernier quartile) à l'exception des territoires de santé N°5, 6 et 7 pour lesquels le recours aux soins est inférieur à la moyenne nationale (0,6 séjour pour 10 000 habitants).

Pour les greffes rénales, les différences de pratiques relatives aux modes d'admission et aux durées de séjour nécessitent une analyse des organisations adoptées dans chacun des deux CHU.

C02 Chirurgie du rachis et neurochirurgie

En 2010, 5 540 séjours de chirurgie ont concerné la chirurgie du rachis et la neurochirurgie, soit une hausse de +2,9% par rapport à 2009.

Au moins un acte classant a été réalisé pour chacun des séjours de cette spécialité.

Les territoires de santé bretons se situent principalement parmi les territoires de santé qui présentent les taux de recours aux soins pour cette spécialité les moins élevés de France (premier quartile) à l'exception des territoires de santé N°2, 4 et 8 qui se rapprochent de la moyenne nationale (20,9 séjours pour 10 000 habitants).

Les craniotomies et les interventions sur l'hypophyse

Les craniotomies et les interventions sur l'hypophyse (1 493 séjours soit une baisse de -1,6% par rapport à 2009) sont exclusivement prises en charge par les 2 CHU à l'exception d'une réalisée au CHBA : 58% au CHU de Rennes et 42% au CHU de Brest. L'activité au CHU de Brest est relativement importante comparativement à la zone d'attractivité.

Par rapport à 2009, cette activité est stable au CHU de Rennes tandis qu'elle diminue de -4,2% au CHU de Brest.

La part des admissions via les urgences est plus élevée au CHU de Brest : 25% vs 14%.

La part des séjours avec passage en réanimation est plus élevée au CHU de Rennes (13,3% vs 5%), alors que la part des séjours de niveau de sévérité 3-4 est plus faible (21,3% vs 25,8%).

Les 2 CHU ont un service dédié aux soins intensifs neurochirurgicaux (lié aux différences de capacités des deux unités ?).

Les différences de pratiques relatives aux modes d'admission et aux passages en réanimation nécessitent une analyse des organisations adoptées dans chacun des deux CHU.

Les interventions sur le rachis

La chirurgie du rachis représente 4 047 séjours soit une hausse de +4,9% par rapport à 2009.

43% des interventions sur le rachis sont réalisées dans un établissement privé, 47% dans un établissement public et 10% en ESPIC.

20 établissements pratiquent des interventions sur le rachis. Les volumes varient de 2 actes annuels à près de 900 actes annuels. 6 établissements ont moins de 40 actes annuels dont 3 moins de 10 actes annuels (CH de Guingamp, CH de Landerneau, CH de Douarnenez, CMC de la Baie de Morlaix, CHIC de Quimper et la polyclinique de la Rance).

On note une très grande diversité des actes effectués sur le rachis (87 actes CCAM différents).

Le CHP St Grégoire prend en charge 37,5% des interventions réalisées dans les établissements privés.

Les 2 CHU bretons prennent en charge 86% des interventions réalisées dans les établissements publics.

La clinique de la porte de l'Orient prend en charge la totalité des interventions sur le rachis réalisées en ESPIC.

Les interventions sur le rachis sont en nette progression dans les établissements publics et ESPIC, respectivement +15% et +10% tandis qu'elles reculent dans le secteur privé de -5%.

La part des séjours de niveau de sévérité 3-4 est plus élevée dans les établissements publics : 12,3% vs 5,4%.

S'agissant de pathologies et de chirurgie aux conséquences fonctionnelles parfois lourdes, une réflexion est à envisager sur les pratiques dans les établissements à faible activité.

C03 Neurostimulateurs

En 2010, 267 séjours relatifs à la pose d'un neurostimulateur ont été pris en charge dans les services de chirurgie bretons, soit une hausse de +54,3% par rapport à 2009.

Au moins un acte classant a été réalisé pour chacun des séjours de cette spécialité.

Six établissements bretons pratiquent la pose de neurostimulateurs, essentiellement le CHU de Rennes (41%), la clinique de la Porte de l'Orient (39%) et à moindre degré le CHU de Brest (11%).

La pose des neurostimulateurs est toujours programmée.

24% des poses de neurostimulateurs sur les patients bretons sont réalisées hors Bretagne, essentiellement au CHU de Nantes et à la clinique Brétéché-Viaud à Nantes.

On constate une grande disparité intra-régionale des taux de recours aux soins pour cette spécialité : les taux de recours aux soins varie de 0,4 séjours pour 10 000 habitants dans le territoire de santé N°5 à 1,6 séjours pour 10 000 habitants dans le territoire de santé N°3.

C04 Chirurgie cardio-thoracique (hors transplantation d'organes), Pontages aorto-coronariens

En 2010, 1 985 séjours relatifs à cette spécialité chirurgicale ont été pris en charge dans les services de chirurgie bretons, soit une hausse de +2,2% par rapport à 2009 alors que la tendance nationale est à la baisse de -2,1%.

Au moins un acte classant a été réalisé pour chacun des séjours de cette spécialité.

Les séjours sont pris en charge principalement par les 2 CHU Bretons : 70% au CHU de Rennes et 28% au CHU de Brest.

30 interventions ont été réalisées hors service de chirurgie des CHU. Ces interventions sont principalement des drainages d'une collection du péricarde.

L'activité augmente au CHU de Rennes de +5,9% alors qu'elle diminue au CHU de Brest de -7,4%.

Au CHU de Brest, la part des séjours de niveau de sévérité 3-4 (30,8%) et le taux de décès (7,3%) sont plus élevés qu'au CHU de Rennes (respectivement 24,3% et 4,9%).

12,7% de la chirurgie cardio-thoracique et des pontages aorto-coronariens relatifs à des patients bretons sont réalisés hors Bretagne, notamment au CHU de Nantes alors que les établissements bretons ne réalisent que 9,5% de leur activité pour des patients non bretons.

Les taux de recours à cette spécialité sont inférieurs à la moyenne nationale (6,1 vs 6,8 séjours pour 10 000 habitants). Le territoire de santé N°8 présente le taux de recours le plus faible de la région (4,5 séjours pour 10 000 habitants) et se situe parmi les 10% des territoires de santé nationaux qui consomment le moins de soins chirurgicaux de cette spécialité.

Le très faible taux de recours du territoire de santé N°8, contraste avec le taux de recours, toute activité confondue, élevé de la population de ce territoire. (Cf étude spécifique sur les taux de recours aux 20 gestes marqueurs de chirurgie)

C05 Chirurgie pulmonaire et thoracique

En 2010, 2 384 séjours relatifs à cette spécialité ont été pris en charge dans les services de chirurgie bretons, soit une hausse de +4,9% par rapport à 2009.

Le taux d'attractivité de la région est légèrement supérieur au taux de fuite : 4,9% vs 4,7%.

Le taux de recours régional pour la chirurgie pulmonaire et thoracique est dans la moyenne nationale (7,2 vs 7,1 séjours pour 10 000 habitants). De fortes disparités dans la consommation de soins sont observées entre les territoires de santé : le territoire de santé N°1 se situe parmi les 10% des territoires de santé nationaux qui consomment le plus alors que le territoire de santé N°5 se situe parmi les 10% des territoires de santé nationaux qui consomment le moins.

Les interventions majeures sur le thorax

Les interventions majeures sur le thorax représentent 44,5% de l'activité de cette spécialité.

Au moins un acte classant a été réalisé pour chacun des séjours relatifs aux interventions majeures sur le thorax.

Les chirurgiens thoraciques³ sont actuellement répartis dans 9 établissements alors que les actes de chirurgie thoracique sont pratiqués dans 19 établissements. Le volume d'activité annuel par établissement varie de 1 séjour à 187 séjours.

9 établissements réalisent moins de 5 actes par an : l'hôpital des armées, le CHIC de Quimper, le CHBS de Lorient, le CHP de St Brieuc, la clinique de la Sagesse, la clinique de la Porte de l'Orient, le CHBA de Vannes, le CH des Pays de Morlaix et le CH de St Malo. Les principaux actes réalisés par ces 9 établissements sont des lobectomies pulmonaires, et des évacuations de collection septique de la cavité pleurale avec débridement par thoracotomie.

60% des interventions majeures sur le thorax sont réalisées dans les établissements privés.

Le CHU de Brest présente une part des séjours avec passage aux urgences (25,6%) quatre fois supérieure à la moyenne régionale.

La part des séjours de niveau de sévérité 3-4 pris en charge par le CHU de Brest est supérieure à la moyenne régionale (33% vs 20%).

Le taux de mortalité à la clinique Océane (8,4%) est supérieur à la moyenne régionale (2,7%) mais la part des séjours de niveau de sévérité 3-4 est également supérieure (48,2% vs 20%).

S'agissant de chirurgie lourde, une réflexion devra être menée dans la région afin de garantir la qualité des soins (très petits volumes d'activité par des praticiens non systématiquement qualifiés dans la discipline ou par des praticiens qualifiés mais ayant de faibles volumes d'activité).

Par ailleurs, le taux élevé de passage par les urgences au CHU de Brest renvoie aux commentaires précédents sur l'organisation des admissions. De même, la part élevée des niveaux de sévérité 3 ou 4 au CHU de Brest et à la clinique Océane apparaît comme atypique.

Les autres séjours de chirurgie pulmonaire et thoracique

Les autres séjours de chirurgie pulmonaire et thoracique représentent 55,5% du volume de cette spécialité.

42% des séjours relatifs aux autres séjours de chirurgie pulmonaire et thoracique sont des séjours au cours duquel un acte classant a été réalisé.

36 établissements prennent en charge ces séjours, le volume d'activité annuel par établissement varie de 1 à 144 séjours, le volume d'activité annuel médian étant de 26 séjours.

Ces séjours se décomposent ainsi : 58% pour les traumatismes thoraciques (aucun acte classant dans ce groupe), 31% pour des interventions sous thoracoscopie et 11% pour les autres interventions chirurgicales sur le système respiratoire. Ils sont pris en charge à 73% dans les établissements publics.

C06 Chirurgie digestive majeure : œsophage, estomac, colon, rectum

En 2010, 5 803 séjours de chirurgie digestive majeure ont été pris en charge dans les services de chirurgie bretons, soit une baisse de -2% par rapport à 2009.

Au moins un acte classant a été réalisé pour chacun des séjours de cette spécialité.

37 établissements réalisent de la chirurgie digestive majeure, le volume d'activité annuel par établissement varie de 2 à 602 séjours. 3 établissements (CH de Landerneau, CH de Fougères et CH de Redon) réalisent moins de 50 séjours par an, et 3 établissements (CH de Dinan, CH de Douarnenez et la clinique du Grand Large) réalisent moins de 5 séjours annuels.

Les interventions pour affections malignes représentent 2 443 séjours, soit 42% de l'activité de chirurgie digestive majeure. Elles sont en diminution de -1,7% par rapport à 2009.

35 établissements réalisent des interventions pour affections malignes, le volume d'activité annuel par établissement varie de 1 à 212 séjours. 10 établissements réalisent moins de 30 séjours par

³ Sous réserve de validité des données transmises à l'ARS
Bilan 2010 des activités de chirurgie par groupe de planification, mai 2012

an. Parmi ces 10 établissements, 3 établissements (CH Landerneau, CH Douarnenez et CH Redon) ne sont pas autorisés en chirurgie cancérologique. A noter qu'en 2011, l'activité a cessé au CH de Landerneau.

Les séjours de chirurgie digestive majeure hors affections malignes sont en recul par rapport à 2009 (-2,1%).

Le taux de fuite de la région (3,3%) est légèrement supérieur au taux d'attractivité (3,1%).

Le taux de recours régional pour la chirurgie digestive majeure est légèrement inférieur à la moyenne nationale (17,4 vs 18,9 séjours pour 10 000 habitants). Les territoires de santé N°5 et 7, se situent parmi les 10% des territoires de santé nationaux qui consomment le moins de soins de chirurgie digestive majeure. Inversement, le territoire de santé N°6 se situe parmi les 25% des territoires de santé nationaux qui consomment le plus.

Les activités de chirurgie cancérologique dans des établissements non autorisés devraient avoir cessé en 2011. Un contrôle sera effectué sur les données 2011. Par ailleurs, s'agissant également de chirurgie lourde, le regroupement des gestes rares devra faire l'objet d'une réflexion.

C07 Chirurgie viscérale autre : rate, grêle, hernies, occlusions

Il s'agit essentiellement des appendicectomies et des hernies.

En 2010, 23 999 séjours relatifs à cette spécialité ont été pris en charge dans les services de chirurgie bretons, l'activité est en légère baisse par rapport à 2009, -0,9%.

89% des séjours relatifs à cette spécialité sont associés à un acte classant.

18,7% des séjours sont pris en charge en ambulatoire. L'activité ambulatoire progresse de +18,5% en volume d'activité par rapport à 2009.

De fortes disparités dans la pratique de l'activité ambulatoire sont observées :

- 41% des établissements réalisant de la chirurgie viscérale présentent des taux d'ambulatoire supérieurs à 20%. La polyclinique Quimper Sud, la clinique de la Porte de l'Orient, la clinique Océane, le CHBA et le CHU de Rennes ont une bonne pratique de l'ambulatoire pour cette activité ;
- 46% des établissements présentent des taux inférieurs à 15%. L'activité ambulatoire est peu développée à la polyclinique de Keraudren, au CHU de Brest, au CHP St Grégoire et au CHP St Briec pour cette activité.

La part de l'activité ambulatoire chez les 3-18 ans n'est que de 12,5%.

La part des séjours avec passage aux urgences varie fortement entre les établissements :

- le CHP St Grégoire et le CH de Poërmel affichent les taux les plus faibles, respectivement 17,9% et 18,5% ;
- 10 établissements dont le CHU de Brest affichent des taux supérieurs à 50%.

Le taux de recours régional pour la chirurgie viscérale est légèrement inférieur au taux de recours national (75,4 vs 77,8 séjours pour 10 000 habitants). De fortes disparités de consommation sont observées entre les territoires de santé bretons : le territoire de santé N°5 se situe parmi les 10% des territoires de santé nationaux qui consomment le moins de soins de chirurgie viscérale tandis que le territoire de santé N° 8 se situe parmi les 10% des territoires de santé nationaux qui consomment le plus.

Les différences de pratiques relatives aux modes d'admission nécessitent une analyse de l'organisation adoptée par le CHU de Brest.

La surconsommation du territoire de santé N°8 nécessitera une étude des indications chirurgicales dès parution des référentiels attendus de la part de la HAS.

A contrario, la sous-consommation en soins de la population du territoire de santé N°5, constatée également pour la spécialité C08 Chirurgie hépatobiliaire et pancréatique, et dans un certain nombre d'autres activités, contraste avec l'offre importante et les volumes d'activité des établissements de ce territoire. Cette sous-consommation peut être expliquée par une meilleure prise en charge en amont.

C08 Chirurgie hépatobiliaire et pancréatique

En 2010, 5 993 séjours de chirurgie hépatobiliaire et pancréatique ont été pris en charge dans les services de chirurgie bretons, soit une hausse de +1,2% par rapport à 2009.

35 établissements réalisent de la chirurgie hépatobiliaire et pancréatique, avec un volume d'activité annuel médian de 141 séjours.

Au moins un acte classant a été réalisé pour chacun des séjours de cette spécialité.

Les interventions pour affections malignes représentent 566 séjours, soit 9,4% de l'activité de chirurgie hépatobiliaire et pancréatique.

Elles sont prises en charge à hauteur de 58% dans les établissements publics.

Plus de la moitié des séjours de chirurgie hépatobiliaire et pancréatique pour affections malignes sont pris en charge par un des établissements du territoire de santé N°5.

45% des séjours de chirurgie hépatobiliaire et pancréatique pour affections non malignes sont pris en charge dans les établissements publics, 45% dans les établissements privés et 10% en ESPIC.

La part des séjours de niveau de sévérité 3-4 est deux fois plus importante dans les établissements publics que dans les établissements privés ou ESPIC (18,8% vs 7,6% ou 8%).

La région Bretagne est attractive pour la prise en charge de la chirurgie hépatobiliaire et pancréatique : le taux d'attractivité est de 4,3% alors que le taux de fuite n'est que de 1,9%.

Le taux de recours régional pour la chirurgie hépatobiliaire et pancréatique est nettement inférieur à la moyenne nationale (17,5 vs 19,8 séjours pour 10 000 habitants). Les territoires de santé N°4 et 5 se situent parmi les 10% des territoires de santé nationaux qui consomment le moins de soins relatifs à cette spécialité.

Très forte prépondérance du territoire de santé N°5 dans la prise en charge des affections malignes pour cette activité. Dans ce territoire de santé, on note un contraste entre la consommation et la production : c'est le territoire de santé où les établissements réalisent le plus de séjours alors que c'est le territoire de santé où la population consomme le moins de soins chirurgicaux.

C09 Chirurgie majeure de l'appareil locomoteur, chirurgie du bassin, hanche, fémur, épaule

En 2010, 17 036 séjours relatifs à cette spécialité ont été pris en charge par les services de chirurgie bretons, soit une hausse de +1,7% par rapport à 2009.

Au moins un acte classant a été réalisé pour chacun des séjours de cette spécialité.

Le CHP St Grégoire réalise la plus grosse activité, suivi de l'hôpital privé Sévigné, du CHBA et du CHU de Brest. Le CHU de Rennes réalise 23% de l'activité du territoire de santé N°5.

4 établissements, le CH de St Brieuc, le CHBS, le CH de Fougères et le CH du Centre Bretagne, ont des parts d'admissions via les urgences supérieures à 70%.

La région Bretagne est attractive pour la prise en charge de la chirurgie majeure de l'appareil locomoteur : le taux d'attractivité est de 4,2% alors que le taux de fuite n'est que de 2,9%.

Le taux de recours régional à la chirurgie majeure de l'appareil locomoteur est légèrement supérieur à la moyenne nationale (47,5 vs 46,6 séjours pour 10 000 habitants). Les territoires de santé N°8 et 2, avec des taux de recours respectifs de 51 et 50,9 séjours pour 10 000 habitants, affichent les taux de recours les plus élevés de la région.

Lien à vérifier entre le taux élevé de passage aux urgences au CH de St Brieuc (constaté pour d'autres activités mais à un degré moindre) et le degré de saturation du service des urgences du CH de St Brieuc pour lequel l'établissement attire régulièrement l'attention de l'ARS. Il serait souhaitable d'analyser les modalités d'admission dans cet établissement.

C10 Arthroscopies, Biopsies ostéo-articulaires

En 2010, 10 284 séjours de cette spécialité ont été réalisés dans les services de chirurgie bretons. Au moins un acte classant a été réalisé pour chacun des séjours de cette spécialité. Près de 3 séjours sur quatre sont pris en charge par un établissement privé.

49,1% de l'activité est réalisée en ambulatoire. La part de l'ambulatoire varie fortement selon les établissements : de 24,1% à la clinique de la Sagesse à 85,7% à la polyclinique de Pontivy. A noter que le CHP St Grégoire, avec l'activité en volume la plus importante, affiche un taux de pratique de l'ambulatoire relativement faible (36,8%). Ces différences de pratique de l'ambulatoire s'expliquent en partie par les case-mix des établissements, par exemple, la pratique de l'ambulatoire est plus répandue pour les arthroscopies du genou que pour les arthroscopies de l'épaule.

5 établissements (CH de Fougères, CH de Landerneau, CH de Douarnenez, CH de Redon et CHBS) présentent des volumes d'activité inférieurs à 50 séjours annuels.

La part des séjours avec passage aux urgences est faible (0,9%), toutefois, elle atteint 17,5% au CH de Guingamp.

La région Bretagne est attractive pour la prise en charge des arthroscopies : le taux d'attractivité est de 4,5% alors que le taux de fuite n'est que de 2,2%.

Le taux de recours régional aux arthroscopies est nettement inférieur à la moyenne nationale (31,9 vs 37,1 séjours pour 10 000 habitants). Le territoire de santé N°5 est le territoire de santé breton qui consomme le moins de soins de cette spécialité.

La part élevée du taux d'admission par les urgences au CH de Guingamp, comparativement aux autres établissements, attire l'attention.

C11 Chirurgie traumatique, Fractures, entorses, Luxations, Arthrites, Tractions

Aucun acte chirurgical classant n'est pratiqué dans ce groupe.

En 2010, 7 452 séjours relatifs à la chirurgie traumatique ont été pris en charge dans les services de chirurgie bretons, soit une baisse de -3,5% par rapport à 2009.

L'activité de ce groupe dans les établissements n'ayant pas de structure d'accueil des urgences est faible, moins de 20 séjours en moyenne, à l'exception de la polyclinique des Pays de Rance qui a réalisé 204 séjours en 2010.

A noter qu'à la polyclinique des Pays de la Rance, 50% des admissions pour chirurgie traumatique sont des transferts en provenance d'un autre service de MCO (la moyenne régionale est égale à 2,3%). A l'inverse, au CH de Dinan, 36% des sorties sont des transferts à destination d'un autre service de MCO (la moyenne régionale est égale à 6%).

72% des admissions se font via le service des urgences de l'établissement. La part des admissions via le service des urgences varie de 28,7% à l'hôpital privé Sévigné à 97,7% au CH de Dinan. 4 établissements, hôpital privé Sévigné, CH de Ploërmel, CHP St Grégoire et polyclinique de Keraudren, affichent des taux de séjours avec passage aux urgences inférieurs à 50%.

La région Bretagne est attractive pour la prise en charge de la chirurgie traumatique : le taux d'attractivité est de 7,8% alors que le taux de fuite n'est que de 4,2%.

Le taux de recours régional pour la chirurgie traumatique est proche de la moyenne nationale (24,1 vs 24,7 séjours pour 10 000 habitants). Le territoire de santé N°6 avec un taux de recours de 37,9 séjours pour 10 000 habitants, se situe parmi les 10% des territoires de santé nationaux qui consomment le plus de soins de cette spécialité.

S'agissant de la chirurgie traumatique, le taux modéré de passage via les urgences de façon générale et plus particulièrement dans certains établissements semble étonnant, d'autant plus que l'activité est quasi-exclusivement une activité d'établissements disposant d'une structure d'urgences.

Le taux d'attractivité relativement élevé pour du non programmé peut s'expliquer par l'activité touristique de la région Bretagne.

La surconsommation constatée dans le territoire de santé N°6 s'explique en partie par les transferts existants entre la polyclinique des Pays de la Rance et le CH de Dinan.

C12 Chirurgies autres de l'appareil locomoteur

En 2010, 38 619 séjours relatifs aux autres chirurgies de l'appareil locomoteur ont été pris en charge dans les services de chirurgie bretons, soit une hausse de +0,7% par rapport à 2009. 98,4% des séjours relatifs à cette spécialité sont associés à un acte classant.

48% de l'activité est prise en charge dans le secteur public, 46% dans le secteur privé et 5% en ESPIC.

39% de l'activité est prise en charge en ambulatoire. La part de l'ambulatoire est plus élevée dans le secteur privé que dans les établissements publics (49,6% vs 30,3%) et que dans les établissements ESPIC (29,3%).

Dans le secteur privé, ce sont la clinique du Ter (59%) et la polyclinique du Trégor (58%) qui présentent les taux d'ambulatoire les plus élevés. Dans le secteur public, ce sont les CH de Douarnenez (59,4%) et de Vitré (54,1%) qui présentent les taux les plus élevés.

La part des séjours de niveau de sévérité 3-4 est plus élevée dans le secteur public que dans le secteur privé (7,9% vs 3,5%). Dans les établissements ESPIC, la part des séjours de niveau de sévérité 3-4 est de 6,8%.

Près d'une admission sur quatre se fait via les urgences. Dans les établissements publics qui disposent d'un service d'urgences, ce sont 42% des entrées qui se font via les urgences.

Le taux de recours régional aux autres chirurgies de l'appareil locomoteur est nettement inférieur à la moyenne nationale (118,6 vs 139,4 séjours pour 10 000 habitants). La moitié des territoires de santé bretons se situent parmi les 10% des territoires de santé nationaux qui consomment le moins de soins relatifs aux autres chirurgies de l'appareil locomoteur.

C13 Traumatismes multiples graves

En 2010, 395 traumatismes multiples graves ont été pris en charge exclusivement dans les services de chirurgie des établissements publics bretons, principalement dans les établissements de référence.

54,4% des séjours relatifs à cette spécialité sont associés à un acte classant.

Les trois quarts des admissions se font via le service des urgences. Les 2 CHU présentent des taux moins élevés, 66% pour le CHU de Rennes et 60% pour le CHU de Brest.

Les trois quarts des patients pris en charge sont âgés de 18 à 75 ans.

41,8% des séjours sont classés en niveau de sévérité 3-4. Les deux CHU et le CHBA présentent les taux les plus élevés (50%)

Le taux d'attractivité est largement supérieur au taux de fuite : 9,6% vs 4,1%.

Le taux de recours régional est légèrement inférieur à la moyenne nationale (1,2 vs 1,4 séjours pour 10 000 habitants). Le territoire de santé N°7 présente le taux de recours le plus élevé de la région et se situe parmi les taux les plus élevés de France (1,7 séjours pour 10 000 habitants).

Lien à vérifier entre la prise en charge des traumatismes multiples graves et la baisse de l'accidentologie sauf dans le territoire de santé N°7. Une étude spécifique des circonstances des traumatismes multiples graves pourrait être envisagée.

C14 Commotions cérébrales, traumatismes crâniens

Aucun acte chirurgical classant n'est pratiqué dans ce groupe.

En 2010, 5 300 séjours relatifs aux commotions cérébrales et aux traumatismes crâniens ont été pris en charge dans les services de chirurgie bretons, soit une hausse de +2,9% par rapport à 2009.

La totalité des séjours sont pris en charge dans des établissements ayant une structure d'accueil des urgences et principalement dans les établissements publics.

92,8% des admissions se font via les urgences. Le CH de Ploërmel n'affiche qu'une part des entrées via les urgences de 48%.

Au CH des Pays de Morlaix, la part des décès est deux fois plus élevée que la moyenne régionale (3,7% vs 1,9%) alors que le profil des patients accueillis correspond à la moyenne régionale.

Le CH de Centre Bretagne affiche une part des séjours de niveau de sévérité 3-4 supérieure à la moyenne régionale (22,2% vs 11%) à structure d'âge comparable.

Les enfants de moins d'un an représentent 12% de l'activité. Un tiers des patients pris en charge pour une commotion cérébrale ou un traumatisme crânien ont moins de 18 ans.

Le taux d'attractivité est légèrement supérieur au taux de fuite : 6,4% vs 3,2%.

Le taux de recours régional est proche de la moyenne nationale (16,3 vs 16,6 séjours pour 10 000 habitants). Le territoire de santé N°7 se situe parmi les 10% des territoires de santé nationaux qui consomment le plus de soins liés aux commotions cérébrales et aux traumatismes crâniens.

S'agissant de pathologies d'urgences, le faible taux d'admission par les urgences au CH de Ploërmel interpelle et appelle à une analyse de l'organisation adoptée par cet établissement (constat identique pour la chirurgie traumatique C11 page 19). La part des décès au CH de Morlaix nécessiterait une étude complémentaire sur plusieurs années pour que la file active soit statistiquement suffisante.

C15 Stimulateurs, Défibrillateurs cardiaques

En 2010, 3 280 poses de stimulateurs et défibrillateurs cardiaques ont été réalisées dans la région Bretagne, soit une baisse de -0,8% par rapport à 2009.

Au moins un acte classant a été réalisé pour chacun des séjours de cette spécialité.

17 établissements réalisent des poses de stimulateurs et défibrillateurs cardiaques. Le volume d'activité annuel par établissement varie de 12 séjours à 568 séjours. Dix établissements réalisent moins de 200 interventions par an. La polyclinique de Pontivy et l'hôpital des Armées réalisent moins de 50 séjours annuels.

82,3% des poses de défibrillateurs et stimulateurs sont réalisées dans le secteur public contre 17,3% dans le secteur privé.

La part des séjours de niveau de sévérité 3-4 est supérieure dans le secteur public : 8,1% vs 1,1%.

La part des admissions via les urgences représente 24% des entrées. Dans les établissements à faible volume d'activité, la part des admissions via les urgences est nettement supérieure à la moyenne régionale.

La région Bretagne est attractive pour la pose des stimulateurs et défibrillateurs cardiaques : le taux d'attractivité est de 6% alors que le taux de fuite n'est que de 2,8%.

Le taux de recours régional à cette spécialité est nettement inférieur à la moyenne nationale (9,1 vs 11 séjours pour 10 000 habitants). Les territoires de santé N°1, 2 et 5 se situent parmi les 10% des territoires de santé nationaux qui consomment le moins de soins relatifs à cette spécialité.

**Faible recours aux soins dans la région.
Deux établissements à faible volume d'activité ne répondent pas aux recommandations pour une prise en charge de qualité.**

C16 Chirurgie vasculaire

En 2010, 15 448 séjours de chirurgie vasculaire ont été réalisés par les services de chirurgie bretons : 11% pour la chirurgie majeure de revascularisation, 47% pour les ligatures des veines et 42% pour les autres interventions de chirurgie vasculaire.

Le taux d'attractivité (2,9%) est légèrement supérieur au taux de fuite (2,4%).

Le taux de recours régional à la chirurgie vasculaire est légèrement supérieur à la moyenne nationale (46,4 vs 45,1 séjours pour 10 000 habitants). Le territoire de santé N°3, avec un taux de recours de 53,8 séjours pour 10 000 habitants se situe parmi les 10% des territoires de santé nationaux qui consomment le plus de soins chirurgicaux vasculaires.

Le taux élevé de recours dans le territoire de santé N°3 nécessitera une analyse avec les professionnels de santé.

La chirurgie majeure de revascularisation

En 2010, 1 775 séjours de chirurgie majeure de revascularisation ont été réalisés dans les services de chirurgie bretons, soit une baisse de -6,2% par rapport à 2009.

Au moins un acte classant a été réalisé pour chacun des séjours de cette spécialité.

58% des séjours sont pris en charge en établissement privé, 34% en établissement public et 8% en ESPIC. Les 2 CHU bretons et le CH de St Brieuc prennent en charge 94% des séjours réalisés dans le secteur public.

Les actes réalisés dans le secteur privé sont essentiellement :

- les thromboendartériectomies iliofémorales par abord inguinofémoral ;
- les pontages artériels iliofémoraux homolatéraux par abord direct ;
- les pontages artériels fémoropoplité au dessus de l'interligne articulaire du genou.

La part des séjours de niveau de sévérité 3-4 est plus élevée dans le public que dans le privé : 27,9% vs 17,6%.

Au CHU de Brest, la part des admissions via le service des urgences (26,3%) est nettement supérieure à la moyenne régionale (7,3%).

Les différences de pratiques relatives aux modes d'admission nécessitent ici encore une analyse de l'organisation adoptée par le CHU de Brest.

Les ligatures de veines

En 2010, 7 254 séjours relatifs aux ligatures de veines ont été réalisés dans les établissements bretons, soit une hausse de +2,2% par rapport à 2009. Plus de trois séjours sur quatre sont pris en charge dans le secteur privé.

Au moins un acte classant a été réalisé pour chacun des séjours de cette spécialité.

73% des séjours sont réalisés en ambulatoire. L'activité ambulatoire progresse de 2,5 points. La pratique de l'ambulatoire est plus développée dans le secteur privé et dans les ESPIC (75%) que dans le secteur public (62%).

Des disparités sur la pratique de l'ambulatoire parmi les établissements privés sont observées : la clinique du Grand Large, le CHP de St Brieuc et la polyclinique de Pontivy affichent des taux d'ambulatoire inférieurs à 70% tandis que la CMC Baie de Morlaix et la polyclinique du Trégor présentent des taux supérieurs à 90%.

L'activité ambulatoire est peu pratiquée au CHU de Brest (35%).

La faible pratique de l'ambulatoire du CHU de Brest pour les cures de varices contraste avec les évolutions constatées dans de nombreux autres établissements et devra faire l'objet d'une attention particulière.

Les autres interventions de chirurgie vasculaire

Il s'agit essentiellement des mises en place de certains accès vasculaires pour des affections de l'appareil circulatoire.

En 2010, 6 419 séjours relatifs aux autres interventions de chirurgie vasculaire ont été pris en charge dans les services de chirurgie bretons, l'activité est stable par rapport à 2009.

37,1% des séjours relatifs à cette spécialité sont associés à un acte classant.

La part de l'ambulatoire est faible (1%).

C17 Chirurgie ORL, Stomatologie

En 2010, 22 958 séjours relatifs à la chirurgie ORL-stomatologique ont été pris en charge dans les services de chirurgie bretons, l'activité est stable par rapport à 2009. L'activité de chirurgie ORL-stomatologique se décompose comme suit : chirurgie ORL majeure (5%), chirurgie de l'oreille (13%), les amygdalectomies, les adénoïdectomies et les poses de drains transtympaniques (50%) et les autres chirurgies ORL (32%).

Le taux d'attractivité (3,3%) est légèrement supérieur au taux de fuite (2,9%).

Le taux de recours régional pour la chirurgie ORL-stomatologique est nettement supérieur à la moyenne nationale (73,6 vs 64,1 séjours pour 10 000 habitants). Trois des huit territoires de santé bretons, à savoir les territoires de santé N°1, 6 et 8 se situent parmi les 10% des territoires de santé nationaux qui consomment le plus de soins relatifs à la chirurgie ORL-stomatologique.

Les taux de recours aux soins élevés dans les territoires de santé N°1, 6 et 8, nécessiteront une étude des indications chirurgicales dès parution des référentiels attendus de la part de la HAS.

Les chirurgies ORL majeures

En 2010, 1 171 séjours de chirurgie ORL majeure ont été réalisés dans les services de chirurgie bretons, soit une baisse de -1,4% par rapport à 2009.

Au moins un acte classant a été réalisé pour chacun des séjours de cette spécialité.

Deux séjours sur trois sont réalisés dans le secteur privé dont 60% au CHP St Grégoire. Près d'un tiers des séjours sont pris en charge dans le secteur public, principalement dans les centres de référence.

La part des séjours de niveau de sévérité 3-4 est plus élevée dans le secteur public que dans le secteur privé : 22,3% vs 13,3%.

32 établissements réalisent des interventions majeures pour la chirurgie ORL, le volume d'activité annuel par établissement varie de 1 séjour à 464 séjours, le volume d'activité annuel médian étant de 16 séjours.

S'agissant de chirurgie lourde, une réflexion devra être menée dans la région pour garantir la qualité des soins (très petits volumes d'activité par des praticiens non systématiquement qualifiés dans la discipline pour certains actes).

La chirurgie de l'oreille

En 2010, 2 904 séjours relatifs à la chirurgie de l'oreille ont été réalisés dans les services de chirurgie bretons, soit une hausse de +2,6% par rapport à 2009.

Au moins un acte classant a été réalisé pour chacun des séjours de cette spécialité.

Près des deux tiers des séjours sont réalisés dans le secteur privé. Dans le secteur public, les 2 CHU bretons prennent en charge 60% de l'activité.

34% des séjours sont réalisés en ambulatoire. Dans le secteur privé, la pratique de l'ambulatoire est légèrement plus développée : 34,6% vs 29,9%. Dans le secteur public, on remarque une forte progression de l'activité ambulatoire par rapport à 2009 (+2,5 points) alors que dans le secteur privé, elle se stabilise. De fortes disparités dans la pratique de l'ambulatoire sont constatées : la polyclinique Quimper Sud (9,6%) et l'hôpital privé Sévigné (15,9%) affichent les taux les plus faibles tandis que la clinique Pasteur (57%) et le CHCB (62%) présentent les taux les plus élevés. Chez les 3-18 ans, 47% de l'activité est réalisée en ambulatoire.

Les amygdalectomies, les adénoïdectomies et la pose de drains transtympaniques

En 2010, 11 441 séjours relatifs à cette spécialité ont été réalisés dans les services de chirurgie bretons, soit une baisse de -3,4% par rapport à 2009.

Au moins un acte classant a été réalisé pour chacun des séjours de cette spécialité.

69% des interventions sont réalisées dans le secteur privé, 22% dans le secteur public et 9% en ESPIC.

80% des actes de cette spécialité sont réalisées en ambulatoire. 6 établissements affichent des taux d'ambulatoire inférieurs à 70% : CHU de Rennes (45,4%), CH de Ploërmel (56,5%), CMC Baie de Morlaix (65,4%), clinique de la côte d'Emeraude (68,6%), CHBS et clinique du Ter (69,2%).

Chez les 1-3 ans, la part de l'ambulatoire est de 88% et chez les 3-18 ans, la part est de 79%.

Les autres chirurgies ORL

Il s'agit essentiellement des interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, des rhinoplasties et des traumatismes et déformations du nez.

En 2010, 7 442 séjours sont relatifs aux autres chirurgies ORL, soit une hausse de +3,4% par rapport à 2009.

77,7% des séjours relatifs à cette spécialité sont associés à un acte classant.

55% des séjours sont pris en charge dans le secteur privé et 39% par le secteur public.

27,3% des séjours sont réalisés en ambulatoire. La part de l'ambulatoire dans les deux CHU pour cette spécialité est relativement faible : CHU de Rennes (8,5%) et CHU de Brest (14,8%).

C18 Chirurgies de la bouche et des dents

En 2010, 10 407 séjours relatifs à la chirurgie de la bouche et des dents ont été réalisés dans les services de chirurgie bretons, soit une baisse de -4,1% par rapport à 2009. La chirurgie de la bouche et des dents représente 4% de l'activité globale de chirurgie en Bretagne.

4,3% des séjours relatifs à cette spécialité sont associés à un acte classant et 95,7% sont relatifs à une extraction dentaire.

73% des interventions sur la bouche et les dents sont prises en charge dans le secteur privé. Les dents incluses représentent 71% de cette activité, dont 80% sont prise en charge par le secteur privé.

31% des séjours relatifs à la chirurgie de la bouche et des dents sont réalisés dans le territoire de santé N°1, essentiellement à la polyclinique de Keraudren. La polyclinique de Keraudren et le CHP St Brieuc réalisent respectivement 12% et 11,8% de l'activité régionale.

22 bébés ont été pris en charge dans cette spécialité pour des interventions sur la bouche, 7 en CHU et 15 hors CHU. Les principaux actes réalisés sont des parages, des sutures et des exérèses.

Le taux d'attractivité (2,2%) est légèrement supérieur au taux de fuite (1,7%).

Le taux de recours régional aux chirurgies de la bouche et des dents est nettement inférieur à la moyenne nationale (35,7 vs 45,2 séjours pour 10 000 habitants). De très fortes disparités sont observées dans les territoires de santé bretons : le territoire de santé N°1 avec un taux de recours

de 60,7 séjours pour 10 000 habitants, se situe parmi les 25% des territoires de santé nationaux qui consomment le plus de soins relatifs aux chirurgies de la bouche et des dents alors que le territoire de santé N°5 avec un taux de recours de 19,1 séjours pour 10 000 habitants, se situe parmi les 10% des territoires de santé nationaux qui consomment le moins.

Une réflexion spécifique sur les indications et les pratiques de prise en charge est à mener. Les taux de recours aux soins élevés sont à relier à la démographie des praticiens libéraux.

C19 Chirurgie ophtalmologique et greffe de cornée

En 2010, 42 396 séjours relatifs à la chirurgie ophtalmique et aux greffes de cornée ont été réalisés dans les services de chirurgie bretons, soit une hausse de +1,7% par rapport à 2009. La chirurgie ophtalmique et les greffes de cornée représentent 15% de l'activité globale de chirurgie en Bretagne.

Au moins un acte classant a été réalisé pour chacun des séjours de cette spécialité.

80% des interventions sont prises en charge dans le secteur privé.

67,7% de l'activité de cette spécialité est prise en charge en ambulatoire. Par rapport à 2009, l'activité ambulatoire se développe dans cette spécialité : +5,3% en volume d'activité.

Au CHU de Brest, la part de l'ambulatoire dans cette spécialité n'est que de 47,7% mais on note une forte progression de l'ambulatoire par rapport à 2009 de +8%.

Chez les 3-18 ans, l'activité ambulatoire n'est que de 59,4% alors que chez les 75 ans et plus, elle est de 62,8%.

191 bébés ont été pris en charge dans cette spécialité pour des interventions extra oculaires, l'acte le plus réalisé étant le sondage des voies lacrymales.

Pour la chirurgie ophtalmique et les greffes de cornée, on constate un taux de fuite relativement élevé 8,2% pour un taux d'attractivité de 2,1%. 75% des fuites se font au profit des établissements des Pays de la Loire. Le taux de fuite est encore plus important pour la chirurgie de la rétine (15% en 2010).

Le taux de recours régional à la chirurgie ophtalmique et aux greffes de cornée est supérieur à la moyenne nationale (126,6 vs 119,5 séjours pour 10 000 habitants). Le territoire de santé N°4 présente le taux de recours aux soins pour cette spécialité le plus élevé de la région (134,4 séjours pour 10 000 habitants).

Le PRS prévoit la reconnaissance d'un ou deux centres de référence en chirurgie de la rétine (l'appel d'offre est en cours) afin d'adapter l'offre aux besoins de la région.

C20 Chirurgie gynécologique

En 2010, 16 056 séjours relatifs à la chirurgie gynécologique ont été pris en charge par les services de chirurgie bretons. Par rapport à 2009, l'activité de cette spécialité est stable.

98,5% des séjours relatifs à cette spécialité sont associés à un acte classant.

42% des séjours sont pris en charge dans le secteur privé, 43% dans le secteur public et 15% en ESPIC.

La part de l'ambulatoire est de 36,7% et est en net développement : +3,8 points par rapport à 2009. La clinique Pasteur (84,4%) et la clinique de la Sagesse (60,3%) ont les pratiques ambulatoires les plus élevées de la région.

23 séjours concernant des patients âgés de moins de 3 ans ont été pris en charge dans cette spécialité.

Le taux d'attractivité (3,9%) est légèrement supérieur au taux de fuite (3,6%).

Le taux de recours régional pour la chirurgie gynécologique est légèrement inférieur à la moyenne nationale (51,6 vs 53,3 séjours pour 10 000 habitants). Les territoires de santé N°1 et 7 présentent les taux de recours les plus élevés de la région, respectivement 55,7 et 57 séjours pour 10 000 habitants.

Il est prévu dans le SROS-PRS une réflexion sur les prises en charge chirurgicales des enfants, notamment pour ceux de moins d'un an qui devraient relever de centres spécialisés.

C21 Chirurgie du sein

En 2010, 4 991 séjours relatifs à la chirurgie du sein ont été pris en charge dans les services de chirurgie bretons, soit une baisse de -2,3% par rapport à 2009.

Au moins un acte classant a été réalisé pour chacun des séjours de cette spécialité.

39% des séjours sont pris en charge par le secteur privé, 38% par le secteur public et 23% par les ESPIC.

39 établissements réalisent des interventions relatives à la chirurgie du sein, le volume d'activité annuel par établissement varie de 2 séjours à 820 séjours, le volume d'activité annuel médian étant de 78 séjours.

11,4% des séjours sont pris en charge en ambulatoire. Par rapport à 2009, on constate une nette augmentation des prises en charge en ambulatoire, +9% en volume d'activité.

Dans la tranche d'âge des 3-18 ans, on constate une dispersion de l'activité : 84 séjours pris en charge dans 21 établissements différents. Les actes les plus fréquemment réalisés chez les 3-18 ans sont les mastoplasties bilatérales de réduction et les tumorectomies du sein.

Le taux de fuite est légèrement supérieur au taux d'attractivité : 6% vs 4,6%.

Le taux de recours régional à la chirurgie du sein est inférieur à la moyenne nationale (16,3 vs 17,6 séjours pour 10 000 habitants). Les territoires de santé N°2 et 8 se situent parmi les 10% des territoires nationaux qui consomment le moins de soins relatifs à la chirurgie du sein.

La dispersion très importante des actes réalisés chez les 3-18 ans (84 actes dans 21 établissements dont 16 établissements ont moins de 5 actes annuels), pour des actes spécifiques devrait amener à privilégier un regroupement de cette activité dans quelques centres.

C22 Chirurgie urologique

En 2010, 7 702 séjours relatifs à la chirurgie urologique ont été réalisés dans les services de chirurgie bretons, soit une hausse de +3,1% par rapport à 2009. 24% des séjours de cette spécialité sont relatifs aux chirurgies des reins, uretères, vessie, glandes surrénales.

Le taux de fuite est légèrement supérieur au taux d'attractivité : 4,8% vs 3,7%.

Le taux de recours régional à la chirurgie urologique est inférieur à la moyenne nationale (22,5 vs 28,6 séjours pour 10 000 habitants). De fortes disparités sont constatées entre les territoires de santé bretons : les territoires de santé N°1, 5 et 8 se situent parmi les 10% des territoires de santé nationaux qui consomment le moins de soins de chirurgie urologique tandis que le territoire de santé N°6 présente un taux de recours supérieur à la moyenne nationale (29,5 séjours pour 10 000 habitants).

Les chirurgies des reins, uretères, vessie et glandes surrénales

En 2010, 1 845 séjours relatifs aux chirurgies des reins, uretères, vessie, glandes surrénales ont été pris en charge dans les services de chirurgie bretons, soit une baisse de -2,5% par rapport à 2009.

Au moins un acte classant a été réalisé pour chacun des séjours de cette spécialité.

30 établissements réalisent des interventions relatives à cette spécialité, le volume d'activité annuel par établissement varie de 1 séjour à 328 séjours, le volume d'activité annuel médian étant de 35 séjours.

52% des séjours sont pris en charge dans le secteur privé, 42% dans le secteur public et 6% en ESPIC.

La part des admissions via le service des urgences est plus élevée dans les établissements à faible activité.

La part des séjours de niveau de sévérité 3-4 est plus élevée dans les établissements publics 18,5% vs 15,1% pour les établissements privés.

Les 51 séjours de moins de 3 ans sont exclusivement pris en charge par les 2 CHU bretons, le CHIC de Quimper et le CH de Saint-Brieuc.

S'agissant de chirurgie souvent lourde, une réflexion devra être menée dans la région pour garantir la qualité des soins (petits volumes d'activité par des praticiens non systématiquement qualifiés dans la discipline pour certains actes).

Les autres chirurgies transurétrales

En 2010, 5 857 séjours relatifs aux autres chirurgies transurétrales ont été pris en charge dans les services de chirurgie bretons, soit une hausse de +5% par rapport à 2009.

95,9% des séjours relatifs à cette spécialité sont associés à un acte classant.

32 établissements réalisent des interventions relatives à cette spécialité, le volume d'activité annuel par établissement varie de 1 séjour à 673 séjours. Le volume d'activité annuel médian est de 76 séjours.

62% de l'activité est prise en charge dans le secteur privé et 30% dans le secteur public.

L'activité se développe nettement dans le secteur privé, +12,5% par rapport à 2009, alors qu'elle recule dans le secteur public, -7,1%.

11,3% des séjours sont pris en charge en ambulatoire. Par rapport à 2009, l'activité ambulatoire progresse de +9,8%.

La part des séjours de niveau de sévérité 3-4 est deux fois plus élevée dans les établissements publics que dans les établissements privés : 13% vs 6%.

La part des admissions via le service des urgences est deux fois plus élevée au CHU de Brest qu'au CHU de Rennes : 26% vs 11,3%.

A la polyclinique de Keraudren et au CHP St Grégoire, les admissions via le service des urgences représentent respectivement 22,3% et 20,8% des entrées.

Les différences de pratiques relatives aux modes d'admission nécessitent une analyse de l'organisation adoptée par les différents établissements.

C23 Chirurgie de l'appareil génital masculin

En 2010, 10 215 séjours relatifs à la chirurgie de l'appareil génital masculin ont été pris en charge dans les services de chirurgie bretons, soit une baisse de -4,1% par rapport à 2009.

93% des séjours relatifs à cette spécialité sont associés à un acte classant.

63% de l'activité est réalisée dans le secteur privé, 28% dans le secteur public et 8% en ESPIC.

40,4% de l'activité est réalisée en ambulatoire. Par rapport à 2009, on note une stabilité de l'ambulatoire dans cette spécialité. Le CHU de Brest et le CH de Ploërmel affichent des taux d'ambulatoire inférieurs à 30%.

La part des admissions via le service des urgences est plus élevée dans les établissements à faible activité.

17% de l'activité de chirurgie de l'appareil génital masculin concerne des patients âgés de 3 à 18 ans ayant recours aux soins chirurgicaux essentiellement pour le traitement d'un phimosis.

Le taux de fuite est légèrement supérieur au taux d'attractivité : 3,8% vs 2,2%.

Le taux de recours régional à la chirurgie de l'appareil génital masculin est inférieur à la moyenne nationale (33,1 vs 38,5 séjours pour 10 000 habitants). Le territoire de santé N°7 se situe parmi les 10% des territoires de santé nationaux qui consomment le moins de soins de chirurgie de l'appareil génital masculin.

C24 Chirurgie pour affections des organes hématopoïétiques, lymphomes, leucémies, tumeurs SID

En 2010, 558 séjours relatifs à cette spécialité ont été pris en charge dans les services de chirurgie bretons, soit une hausse de +5% par rapport à 2009. On constate une forte dispersion de cette activité : faible volume pris en charge par la quasi-totalité des établissements autorisés en chirurgie. Seuls les CH de Douarnenez, Redon et Fougères ne prennent pas en charge cette spécialité.

Les admissions via les urgences sont des cas isolés, l'essentiel de l'activité est programmé.

Cette spécialité ne permet pas de prise en charge en ambulatoire.

Au moins un acte classant a été réalisé pour chacun des séjours de cette spécialité.

Le taux d'attractivité est légèrement supérieur au taux de fuite : 5,9% vs 3,5%.

Le taux de recours régional est supérieur à la moyenne nationale (1,6 vs 1,4 séjours pour 10 000 habitants). Les territoires de santé N°3 et 4 avec un taux de recours de 1,9 séjours pour 10 000 habitants, se situent parmi les 10% des territoires de santé nationaux qui consomment le plus de soins relatifs à cette spécialité.

Les interventions majeures au cours de lymphomes ou de leucémies

En 2010, 429 séjours ont été pris en charge dans les services de chirurgie bretons, soit une hausse de +10% par rapport à 2009.

48% des séjours sont réalisés dans le secteur privé, 44% dans le secteur public et 7% en ESPIC.

La part des séjours de niveau de sévérité 3-4 est 3 fois supérieure dans le public que dans le privé : 17% vs 5,4%.

Les interventions majeures pour affections myéloprolifératives ou tumeurs de sièges

En 2010, 129 séjours ont été pris en charge dans les services de chirurgie bretons. Près d'un séjour sur trois est pris en charge par le CHU de Rennes. Dans les autres établissements, l'activité est faible, moins de 10 séjours par an.

58% des séjours sont pris en charge par le secteur public, 28% par le secteur privé et 12% par les ESPIC.

La part des séjours de niveau de sévérité 3-4 est deux fois supérieure dans le secteur public que dans le secteur privé : 21,3% vs 11,1%.

C25 Chirurgie de la thyroïde, parathyroïde, du tractus thyroïdologique, endocrinologie

En 2010, 2 931 séjours relatifs à cette spécialité ont été pris en charge dans les services de chirurgie bretons, soit une baisse de -9,5% par rapport à 2009.

Au moins un acte classant a été réalisé pour chacun des séjours de cette spécialité.

47% de l'activité est prise en charge en établissement public (vs 43% dans le secteur privé).

Cette spécialité n'est jusqu'à présent qu'exceptionnellement réalisée en ambulatoire (9 séjours). La quasi-totalité des interventions sont programmées.

Le taux de recours régional à cette spécialité est proche de la moyenne nationale (10,3 vs 10,1 séjours pour 10 000 habitants). Les territoires de santé N°3, 4, 6 et 8 présentent des taux de recours inférieurs à la moyenne nationale tandis que les autres territoires présentent des taux supérieurs à la moyenne nationale.

Dans cette spécialité, le développement de la chirurgie ambulatoire est envisagé.

C26 Parages de plaie, greffes de peau, des tissus sous-cutanés

En 2010, 10 597 séjours relatifs à cette spécialité ont été pris en charge dans les services de chirurgie bretons, soit une hausse de +5,1% par rapport à 2009. 48% de l'activité de cette spécialité est relative aux greffes de peau et parage hors brûlures.

Le taux de fuite est légèrement supérieur au taux d'attractivité : 4,4% vs 3,8%.

Le taux de recours régional à cette spécialité est dans la moyenne nationale (31,8 vs 31,6 séjours pour 10 000 habitants). Le territoire de santé N°3 avec un taux de recours de 40,5 séjours pour 10 000 habitants se situe parmi les 10% des territoires de santé nationaux qui consomment le plus de soins de cette spécialité.

On constate une forte disparité des taux de recours aux soins pour cette spécialité, la surconsommation du territoire de santé N°3 est inexpliquée.

Les greffes de peau et parage hors brûlures

Il s'agit essentiellement :

- des réparations de perte de substance par lambeau local ou régional muqueux, cutané ou fasciocutané, à pédicule vasculonerveux non individualisé ou non individualisable ;
- des réparations de perte de substance de l'extrémité céphalique par lambeau local ou régional muqueux, cutané ou fasciocutané, à pédicule vasculonerveux non individualisé ou non individualisable.

En 2010, 5 095 séjours relatifs aux greffes de peau et parage hors brûlures ont été pris en charge dans les services de chirurgie bretons, soit une hausse de +5,9% par rapport à 2009.

Au moins un acte classant a été réalisé pour chacun des séjours de cette spécialité.

63% des séjours sont pris en charge dans le secteur privé et 29% dans le secteur public.

La part de l'ambulatoire est de 52,5%. 13 établissements présentent des taux d'ambulatoire inférieurs à 40%. Parmi ces établissements, on retrouve le CHP St Briec (20,7%) et le CHU de Brest (25,4%) qui ont un volume d'activité dans cette spécialité relativement important. Inversement, 7 établissements présentent des taux supérieurs à 70%, dont la polyclinique de Pontivy (77,8%) et la CMC Baie de Morlaix (78,7%).

Les admissions via les urgences représentent 16,7% des entrées. Des disparités de prise en charge sont constatées parmi les établissements à fort volume d'activité : à la polyclinique de Keraudren (4,7%) et au CHU de Rennes (11,1%), la part des admissions via les urgences est relativement faible, à l'inverse, au CHU de Brest (25,4%) et au CHP St Grégoire (26,5%), la part est beaucoup plus élevée.

Les interventions sur la peau et le tissu sous-cutané

En 2010, 5 504 séjours relatifs aux interventions sur la peau et le tissu sous-cutané ont été pris en charge dans les services de chirurgie bretons, soit une hausse de +1,7%.

17,8% des séjours relatifs à cette spécialité sont associés à un acte classant.

79% des séjours sont pris en charge dans le secteur public.

63% des séjours sont pris en charge en ambulatoire.

91% des admissions se font via le service des urgences. 3 établissements présentent des taux d'admission via les urgences relativement faible : polyclinique de Keraudren (27,4%), hôpital privé Sévigné (16,4%) et CH de Ploërmel (43,9%).

C27 Brûlures

En 2010, 330 séjours relatifs aux brûlures ont été pris en charge dans les services de chirurgie bretons, soit une baisse de -13,6% par rapport à 2009.

15,8% des séjours relatifs à cette spécialité sont associés à un acte classant.

Les séjours sont essentiellement pris en charge dans le secteur public à l'exception de 11 séjours pris en charge dans le secteur privé ou en ESPIC.

74,8% des entrées se font via les urgences et 22% des entrées en provenance du domicile.

75% des patients retournent à leur domicile et 15% sont transférés vers un autre service de court séjour dans les 48 heures.

83% des brûlures prises en charge sont du premier ou second degré. Toutes les brûlures du troisième degré ou plus sont transférées vers un autre service de court séjour dans les 48 heures.

36,2% des brûlures relatives à des patients bretons sont prises en charge dans un établissement hors Bretagne, notamment au CHU de Nantes. Le taux d'attractivité pour cette spécialité est faible (5,5%).

Le taux de recours régional est légèrement inférieur à la moyenne nationale (1,7 vs 1,8 séjours pour 10 000 habitants). Les territoires de santé N°6 et 7 se situent parmi les 25% des territoires de santé nationaux qui consomment le plus de soins relatifs aux brûlures.

C28 Chirurgie inter-spécialités, non classée ailleurs

En 2010, 9 749 séjours relatifs à la chirurgie inter-spécialités sont réalisés dans les services de chirurgie bretons, soit une baisse de -4,4% par rapport à 2009.

99% des séjours relatifs à cette spécialité sont associés à un acte classant.

50% des séjours sont pris en charge dans le secteur public et 40% dans le secteur privé.

41,3% des séjours sont pris en charge en ambulatoire, la part de l'ambulatoire est plus élevée dans le secteur privé (54,3% vs 30,8%).

Comparativement aux autres établissements publics, le CHU de Brest présente un taux d'ambulatoire relativement faible 20,3%.

Dans le secteur privé, la polyclinique de Keraudren et la polyclinique de Pontivy affichent les taux d'ambulatoire les plus élevés, respectivement 69% et 73%. Inversement, le CHP St Briec (37%), la clinique du Grand Large (30%) et la clinique Pasteur (34%) présentent les taux les plus faibles.

La part des séjours de niveau de sévérité 3-4 est 2 fois plus élevée dans le secteur public (18,6% vs 9,3%).

Le taux de fuite est supérieur au taux d'attractivité : 4,9% vs 3,4%.

Le taux de recours régional est légèrement inférieur à la moyenne nationale (32,1 vs 35,2 séjours pour 10 000 habitants). Le territoire de santé N°8 se situe parmi les 10% des territoires de santé nationaux qui consomment le plus de soins relatifs à cette spécialité.

C29 Chirurgie esthétique et de confort

Aucun acte chirurgical classant n'est pratiqué dans ce groupe.

En 2010, 1 472 séjours relatifs à la chirurgie esthétique et de confort sont pris en charge dans les services de chirurgie bretons, soit une hausse de +5,7% par rapport à 2009. Les séjours de

chirurgie esthétique et de confort sont exclus du champ T2A, ils ne sont pas facturés à l'assurance maladie.

62% de l'activité est réalisée dans le secteur privé, 26% dans le secteur public et 12% en ESPIC.

12,8% des séjours des patients bretons sont pris en charge dans un établissement hors Bretagne, notamment en Pays de la Loire. Le taux d'attractivité n'est que de 6,2%.

Le taux de recours régional est nettement inférieur à la moyenne régionale (4,8 vs 6,1 séjours pour 10 000 habitants).

Proposition de plan d'actions

- Incitations aux établissements à vérifier leurs pratiques de codage.
- Elaboration d'une fiche descriptive par établissement sur le taux de pratique ambulatoire par groupe d'activité, comparé à la moyenne régionale, pour l'aide aux revues de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.
- Surveillance des taux de mortalité dans certains établissements (étude sur plusieurs années).
- Etude des organisations mises en place :
 - pour les admissions via les urgences, dans les établissements atypiques :
 1. CHU de Brest: fort taux d'admission via les urgences pour les transplantations rénales, les interventions majeures sur le thorax, la chirurgie viscérale, la chirurgie majeure de revascularisation, la chirurgie urologique ;
 2. CH de St-Brieuc, CH de Fougères, CHCB, CHBS : fort taux d'admission via les urgences pour la chirurgie de l'appareil locomoteur ;
 3. CH de Guingamp : fort taux d'admission via les urgences pour les arthroscopies/biopsies ;
 4. CH de Ploërmel : taux de passage aux urgences faible pour la chirurgie viscérale, les traumatismes, les commotions cérébrales et traumatismes crâniens graves, les interventions sur la peau et le tissu sous-cutané.
 - pour les séjours en réanimation suite à la neurochirurgie dans les 2 CHU.
- Suivi spécifique des établissements ayant une pratique insuffisante de chirurgie ambulatoire, en tenant compte des case-mix.
- Suivi des activités de chirurgie oncologique, en lien avec les autorisations.
- Réflexion sur la réalisation de gestes rares en chirurgie majeure dans des établissements à faible activité (chirurgie du rachis, chirurgie des cancers rares, interventions majeures sur le thorax, chirurgie digestive majeure, chirurgie ORL majeure, chirurgie urologique).
- Réflexion sur la prise en charge chirurgicale pédiatrique, poursuite des travaux pour la constitution d'un réseau régional de chirurgie pédiatrique.
- Recherche d'explications sur
 - le taux de recours élevé aux soins dans certains territoires de santé, par étude de dossiers médicaux, dès parution des référentiels HAS (appendicectomies dans le territoire de santé N°8, chirurgie de la bouche et des dents dans le territoire de santé N°1,...) ;
 - le faible taux de recours aux soins de la population du territoire de santé N°8 pour certaines activités spécifiques : chirurgie cardio-thoracique en particulier ;
 - le taux de recours élevé à la chirurgie vasculaire et aux actes relatifs aux parages de plaies, greffes de peau, tissus sous-cutanés pour les patients du territoire de santé N°3.
- Propositions de contrôle :
 - des codages PMSI, en particulier des niveaux de sévérité 3 et 4 ;
 - des établissements ne répondant pas aux recommandations pour la pose de stimulateurs cardiaques.
- Identification d'un ou de deux centres de référence pour la chirurgie de la rétine.
- Résultats à lier à ceux de l'étude spécifique sur les taux de recours aux 20 gestes marqueurs de chirurgie.

Auteurs : Docteur Françoise Durandière, Direction de l'Offre de Soins et de l'Accompagnement
Florence Mille, Direction Adjointe de la Stratégie et des Projets