

La chirurgie ambulatoire en 2012

Rappel du contexte :

Le développement de la chirurgie ambulatoire constitue une priorité nationale et l'un des 10 programmes prioritaires de la gestion du risque¹ (GDR).

La chirurgie ambulatoire, définie comme une prise en charge chirurgicale avec une hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit, constitue un levier majeur d'amélioration et de structuration de l'offre de soins. Elle s'inscrit dans les enjeux organisationnels du SROS-PRS de la région (2011-2016) en tant qu'alternative à l'hospitalisation complète.

Le taux de chirurgie ambulatoire de la France est en retard par rapport aux pays européens. En Bretagne, le taux de chirurgie ambulatoire est inférieur au taux moyen national. Ainsi, depuis 2003 des mesures incitatives ont été mises en place, au niveau national et/ou régional (incitations tarifaires, mise sous accord préalable de la CNAMTS...) et de nouvelles mesures sont instaurées (appels à projets sur la chirurgie ambulatoire dite innovante), pour permettre d'augmenter la pratique de la chirurgie ambulatoire.

Ce document fait le bilan de l'activité de chirurgie ambulatoire en Bretagne en 2012.

Principaux résultats :

- **Augmentation du taux global de chirurgie ambulatoire**

La Bretagne rattrape une partie de son retard en se positionnant au 13^{ème} rang des régions françaises (18^{ème} rang en 2011).

L'activité ambulatoire en Bretagne représente 40,3% de l'activité chirurgicale en 2012, soit une progression de +2,3 points en 12 mois seulement, alors qu'elle n'était en moyenne que de + 1,4 points par an depuis 5 ans.

L'écart par rapport au taux national (40,8%), se réduit significativement, passant de 1,5 points en moyenne depuis 2007 à 0,5 point en 2012.

Tous les établissements présentent une augmentation du taux de chirurgie ambulatoire, à l'exception de la polyclinique du Grand Large, du CMC Baie de Morlaix et du CH Dinan.

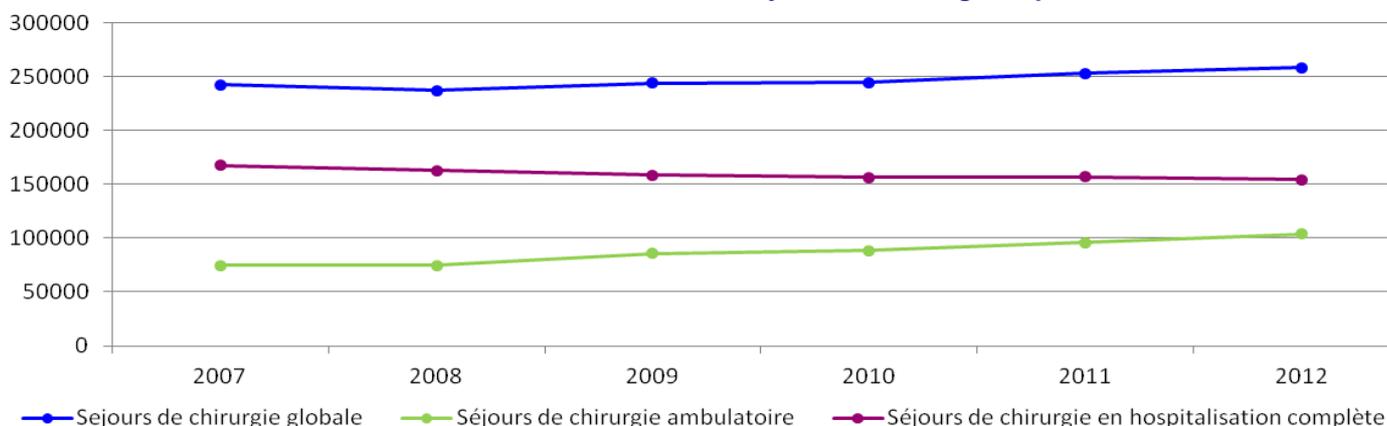
Le taux de pratique augmente dans les 2 secteurs (public et privé). Mais, alors que celui des établissements publics et ESPIC était identique au taux national en 2011 (28%), il le dépasse de 0,5 point en 2012 (30%).

Pour les établissements privés, le taux régional de pratique (48,1%) reste inférieur au taux national (49,1%), même si l'écart se réduit de 2,4 points en 2011 à 1 point en 2012.

¹ Instruction DGOS/R3/2010/457 du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : perspectives de développement et démarche de gestion du risque.

- **Evolution des volumes de chirurgie ambulatoire depuis 2007**

Evolution des volumes de séjours de chirurgie depuis 2007



En Bretagne, on constate une augmentation modérée des volumes de séjours chirurgicaux depuis 2007 (+6,7%). La baisse des séjours en hospitalisation complète (-10%) se fait au profit d'une forte augmentation des séjours en ambulatoire (+36%). Cette tendance est parallèle aux évolutions constatées en France et traduit une substitution au moins partielle, mais différenciée entre établissements publics et privés.

Les séjours ambulatoires doivent réglementairement être réalisés dans une unité dédiée. Ceux qui sont effectués en dehors de ces unités sont considérés comme de la chirurgie ambulatoire dite « foraine » et n'apportent pas les mêmes garanties de qualité de prise en charge.

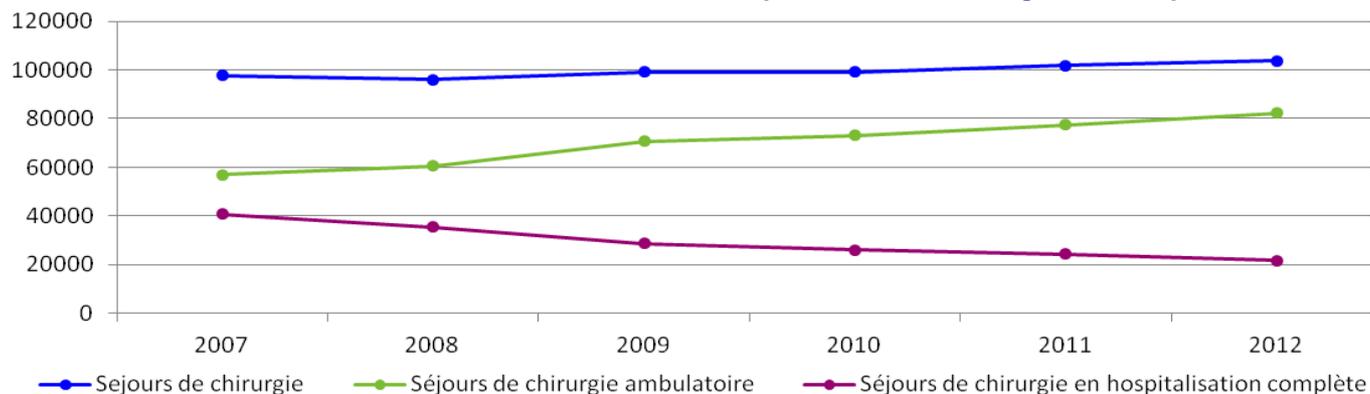
En 2012, le taux de pratique de la chirurgie ambulatoire réalisée en unité dédiée poursuit sa progression, atteignant 85,6% (+1,3 points par rapport à 2011). Ce taux est nettement supérieur au taux national (72,9%), ce qui positionne la région au 5^{ème} rang.

La Bretagne est la région qui a le meilleur taux de pratique ambulatoire pour les patients de moins de 15 ans (70,9%, en augmentation de +1,2 points par rapport à 2011).

Pour les 75 ans et plus, le taux de pratique ambulatoire augmente nettement de +3,4 points en un an (passage du 22^{ème} rang en 2011 au 16^{ème} rang en 2012), mais reste encore inférieur au taux national (37,4% vs 38,9%).

- **Evolution des pratiques ambulatoires pour les gestes marqueurs**

Evolution des volumes d'activité pour les anciens 17 gestes marqueurs



L'étude des anciens gestes marqueurs² faisant l'objet de mise sous accord préalable montre que les volumes d'activité en hospitalisation complète ont fortement chuté au profit de l'activité ambulatoire, traduisant une véritable substitution.

Les prises en charge ambulatoires ont nettement progressé pour ces 17 anciens gestes marqueurs, mais restent inférieures à la cible nationale de 85%. Les taux sont comparables entre établissements privés et publics (de l'ordre de 79%). Il persiste cependant des disparités importantes d'un établissement à l'autre et d'un geste à l'autre.

Par exemples, la pratique ambulatoire pour les arthroscopies du genou varie de 63% à 83% suivant les établissements, la chirurgie du canal carpien de 57% à 92%, la chirurgie des hernies inguinales de 10% à 78%.

A noter que la liste des 17 anciens gestes marqueurs mis sous accord préalable par l'Assurance Maladie a été étendue à 38 gestes en 2012.

Cette nouvelle sélection de gestes a été proposée par les Sociétés Savantes et se caractérise par l'introduction de gestes plus lourds (exemples : chirurgie anale, chirurgie de l'épaule, cholécystectomies...).

Ces 38 gestes marqueurs représentent près de la moitié de l'activité chirurgicale avec acte classant.

Le taux régional de chirurgie ambulatoire sur ces 38 gestes est de 72,6% en 2012, en augmentation de 3,2 points par rapport à 2011.

Il persiste également des disparités importantes d'un établissement à l'autre.

- ***Evolution des prises en charge innovantes en ambulatoire***

Devant le retard de la Bretagne sur la pratique de la chirurgie ambulatoire, un appel à projets a été lancé fin 2011 afin d'inciter les établissements à développer des prises en charge innovantes en ambulatoire (pratiques peu ou pas réalisées en ambulatoire).

Les 5 gestes suivants ont été retenus selon une liste d'actes limitative : chirurgie de la coiffe des rotateurs, chirurgie de l'hallux valgus, cholécystectomies sous coelioscopie, urétéroscopies thérapeutiques et thyroïdectomies / para thyroïdectomies.

Les taux de pratique ambulatoire pour ces gestes sont en augmentation importante et dépassent désormais les taux nationaux (pour 4 gestes sur 5).

- ***Potentiel de développement en chirurgie ambulatoire***

Bien que le taux de pratique en ambulatoire ait nettement augmenté en Bretagne en 2012, un potentiel de développement est encore à rechercher sur les 3 catégories de séjours en hospitalisation complète suivantes :

- Les séjours d'une durée de 1 à 2 jours :

Ces séjours sont souvent considérés comme les plus facilement substituables en ambulatoire 41,6% des séjours réalisés en hospitalisation complète ont une durée de 1 à 2 jours (38% au niveau national).

² Les gestes marqueurs regroupent les actes les plus facilement réalisables en ambulatoire, retenus par les sociétés savantes.

Ce taux est plus élevé dans les établissements privés (42,7%) que dans les établissements publics (33,4%). Malgré un taux de chirurgie ambulatoire déjà élevé, une bonne partie des établissements privés semble donc avoir encore un fort potentiel de développement en ambulatoire sur ces séjours, en raison d'un différentiel avec le taux national des établissements privés français.

- Les séjours sans co-morbidité associée (niveau 1 de sévérité sur une échelle de 1 à 4)
Ces séjours sont également considérés comme plus facilement réalisables en ambulatoire
73,3% des séjours réalisés en hospitalisation complète ont un niveau de sévérité 1 (72,7% au niveau national).
Ce taux est plus élevé dans les établissements privés (78,2%) que dans les établissements publics (67,3%). 17 des 18 établissements ayant le plus fort taux de séjours en hospitalisation complète de niveau de sévérité 1 sont des établissements privés ; ce qui témoigne d'une plus forte marge de substitution de l'hospitalisation complète vers l'ambulatoire dans les établissements privés.
- Les séjours portant sur les 18 racines de GHM ayant un tarif unique pour le niveau 1 d'hospitalisation complète et l'ambulatoire :
23% de ces séjours sont encore réalisés en hospitalisation complète en Bretagne (20,5% au niveau national) ; la part de ces séjours est plus élevée dans les établissements publics (28,6%) que dans les établissements privés (17%). Les établissements ayant donc le moins pris en compte la recherche d'efficience sont des établissements publics.

L'étude du case-mix³ des établissements atteste des différences de pratiques d'un établissement à l'autre, pour un Groupe Homogène de Malade (GHM) donné et à niveaux de sévérité de patients comparables.

Poursuite du plan d'action régional

Les actions programmées en 2013 sont les suivantes :

- la mise en place d'un tableau de bord à partir d'indicateurs qualité communs à l'ensemble des établissements et intégrés dans la charte de fonctionnement des UCA ;
- la proposition d'outils communs : fiches d'information (enfants, adultes), check-lists, passeport ambulatoire, fiches techniques, protocoles ;
- l'inscription dans les CPOM d'un taux de chirurgie ambulatoire cible 2016 différencié en fonction du case-mix de l'établissement ;
- la poursuite de la MSAP ;
- la réalisation d'un espace dédié à la chirurgie ambulatoire sur le site internet de l'ARS
- l'implication des médecins traitants, des IDE et des kinés libéraux :
 - o création d'une plaquette destinée à l'affichage dans les salles d'attente des médecins généralistes ;
 - o mise en place d'une expérimentation avec l'URPS.

Perspectives

Le bilan de l'activité de chirurgie ambulatoire 2012 semblant montrer le rôle du facteur incitatif des appels à projets sur l'ensemble de la dynamique régionale, de nouveaux appels à projets vont être lancés, en ciblant :

- quelques prises en charge innovantes ;

³ Le *case-mix* désigne l'éventail des cas pris en charge

- le public spécifique des 75 ans et plus ;
- les établissements acceptant d'aller au-delà du taux cible minimal proposé pour 2016.

L'activité de certains plateaux techniques correspondant à des capacités de 2 à 3 places d'Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA) nécessitant réglementairement du personnel dédié, une réflexion sur les capacités utiles en chirurgie ambulatoire et en hospitalisation traditionnelle sera également à mener.

Claire ALLIOU
Dr Françoise DURANDIERE
Marie GUEGUEN