

Direction de la recherche, des études,  
de l'évaluation et des statistiques  
DREES

SERIE  
ÉTUDES ET RECHERCHES

**DOCUMENT  
DE  
TRAVAIL**

Étude sur la réactivité  
des établissements de santé  
aux incitations tarifaires

Rapport final

Évelyne CASH, Roland CASH, Catherine DUPILET

n° 106 – juillet 2011

**Cette publication n'engage que ses auteurs**

## Sommaire

<b>1 - Introduction</b> .....	<b>7</b>
<b>2 - Méthodologie</b> .....	<b>9</b>
<b>3 – Quelles activités ont fait l’objet d’incitations tarifaires ?</b> .....	<b>14</b>
3.1 Analyse des textes réglementaires et circulaires sur la période 2006-2010 .....	14
3.2 Analyse des écarts coûts-tarifs des GHS de 2006 à 2009 .....	21
<b>4 - Sélection des thèmes pour réaliser l’analyse détaillée</b> .....	<b>26</b>
<b>5 – La chirurgie ambulatoire</b> .....	<b>30</b>
5.1 Le détail des incitations.....	30
5.1.1 Contexte général .....	30
5.1.2 Les incitations de la T2A .....	32
5.2 Analyse statistique .....	38
5.2.1 Exploitations réalisées.....	38
5.2.2 Synthèse des résultats.....	40
5.2.3 Impact économique de ces évolutions.....	53
5.3 Les incitations tarifaires liées à la T2A sont peu connues des professionnels .....	59
<b>6 – La dialyse à domicile</b> .....	<b>67</b>
6.1 Le détail des incitations.....	67
6.2 Les enjeux économiques .....	71
6.3 Une érosion de la part de la dialyse à domicile en France depuis 2004.....	72
6.4 D’importantes disparités régionales .....	75
6.5 Restitution de l’analyse qualitative .....	94
<b>7 - Conclusion</b> .....	<b>104</b>
7.1 Sur la nature des incitations et leur perception .....	104
7.2 Sur les leviers d’actions pour produire un changement de pratiques .....	106
<b>Annexes</b> .....	<b>109</b>

## 1 - Introduction

La tarification à l'activité (T2A), introduite dans les établissements publics en 2004 et dans les établissements privés en 2005, a mis en place un système tarifaire basé sur le recueil médicalisé qu'est le PMSI. Chaque séjour est groupé dans un Groupe homogène de malades (GHM) faisant l'objet d'un tarif, ou GHS pour groupe homogène de séjours.

La construction des tarifs repose avant tout sur les données de coûts de l'Etude nationale de coûts (ENC) qui permet de fixer les positions relatives des valeurs de GHS, mais il est fréquent que le Ministère de la Santé oriente le système tarifaire de façon volontariste en fonction d'options de santé publique et/ou d'organisation des soins.

Plusieurs exemples importants de cette politique incitative peuvent être cités :

- Accompagnement du développement de la chirurgie ambulatoire en rapprochant les tarifs (voire en les rendant égaux) des séjours en hospitalisation complète et des séjours en chirurgie ambulatoire, pour certains GHM ;
- Accompagnement du plan cancer, en revalorisant les GHS relevant de la prise en charge des malades atteints de cancer ;
- Accompagnement du plan périnatalité, notamment sur les volets « néonatalogie » et « réanimation pédiatrique », qui font l'objet de suppléments journaliers spécifiques ;
- Politique de développement des soins palliatifs, notamment avec des tarifs supérieurs pour les établissements disposant de lits dédiés ou d'une unité de soins palliatifs ;
- Soutien des activités lourdes comme les transplantations d'organes, la chirurgie cardiaque ;
- Soutien d'activités médicales comme la prise en charge de la douleur, l'addictologie, à travers des créations de GHM et GHS particuliers ;
- Orientation de l'activité vers des prises en charge plus efficaces : le cas de la chirurgie ambulatoire a été cité ; on peut aussi identifier la dialyse à domicile, l'hospitalisation à domicile ;

Par ailleurs, l'existence des produits (médicaments, dispositifs médicaux) remboursables en sus à l'euro est une autre sorte d'incitation, en tout cas d'absence de frein au développement d'activités utilisant des consommables coûteux.

Enfin, via les Missions d'intérêt général (MIG), certaines activités spécifiques sont soutenues financièrement afin d'encourager leur développement, en phase le plus souvent avec les incitations tarifaires (ex : cancer, périnatalité, soins palliatifs...).

Ainsi, le Ministère de la Santé a cherché régulièrement à orienter l'activité des établissements de santé et leur organisation en agissant sur les tarifs et/ou les dotations. Il a notamment cherché à favoriser par ce biais des modes de prise en charge des patients jugés plus performants. Après plusieurs années de politique tarifaire de ce type, il apparaît opportun d'évaluer si les effets attendus de ces incitations sont observés, et avec quelle réactivité les établissements se saisissent de ces signaux économiques.

Pour qu'une telle incitation soit effective, il faut réunir plusieurs conditions :

- Il faut que l'incitation soit reconnue comme telle par les acteurs, c'est-à-dire soit transparente quant à la supériorité des tarifs (ou des dotations) sur les coûts ;
- Il faut que l'établissement puisse observer que dans son cas, au regard de son schéma de production des soins, les coûts sont effectivement inférieurs aux tarifs ;
- Il faut ensuite que l'établissement ait des marges de manœuvre de développement concernant l'activité sur laquelle porte l'incitation, au regard de ses possibilités internes, des contraintes de l'environnement, des contraintes de démographie médicale, etc.
- Il faut que ce développement corresponde à la stratégie de l'établissement ; ce point est lié au précédent, mais peut en être déconnecté, en cas par exemple d'accords de complémentarité entre établissements ou tout autre engagement lié à l'organisation des soins ;
- Il est enfin vivement souhaitable que le type de prise en charge encouragée par l'incitation rencontre l'assentiment des professionnels et/ou des patients, qu'il s'agisse d'améliorer l'orientation dans le système de soins, la qualité des soins délivrés, la qualité de vie des patients...

Après un examen complet des textes réglementaires visant à recenser l'ensemble des mesures incitatives prises depuis le début de la T2A associé à une analyse des écarts coûts-tarifs, nous analyserons plus particulièrement deux exemples, via une analyse quantitative sur bases de données d'une part, et une analyse qualitative dans un échantillon d'établissements d'autre part.

## 2 - Méthodologie

### *Démarche générale*

La démarche a été supervisée par un comité de pilotage comprenant les membres suivants : représentants de la DGOS, de la DREES, de la DSS, de l'ATIH.

Ce comité avait pour objet de suivre les différentes phases de l'étude, valider les options de méthode proposées par le consultant, faciliter les contacts avec les établissements enquêtés, faciliter l'accès aux bases de données nécessaires, valider les documents intermédiaires.

Il s'est réuni à trois reprises courant 2010.

L'étude a suivi un schéma en trois phases.

### **Phase 1 - État des lieux**

- ▶ Analyse documentaire : textes réglementaires (arrêtés définissant les prestations, arrêtés tarifaires, arrêtés régissant le PMSI), circulaires budgétaires et leurs annexes, autres documents émanant de la DGOS concernant la politique tarifaire, afin d'identifier les domaines ayant fait l'objet de décisions politiques volontaristes d'incitation tarifaire (via les tarifs et/ou les MIG)
  - Rq : il faut considérer que parfois, l'incitation tarifaire consiste à « préserver » une activité d'un ajustement tarifaire à la baisse : en effet, en raison de la mécanique prix/volume conduisant à baisser les tarifs lorsque les volumes d'activité augmentent plus que prévu, il a pu arriver dans le passé que des décisions de baisse tarifaire globale soient prises (ou des décisions de moindre revalorisation ou d'absence de revalorisation l'année suivante) ; dans ces cas, certains GHS, dans l'esprit de la politique d'incitation tarifaire, sont exclus de la baisse (notamment ceux qui avaient été augmentés les années précédentes).
- ▶ Des informations complémentaires ont été fournies par :
  - Dr Jean-Pierre Blériot, DGOS, sur les différentes étapes d'incitation à la chirurgie ambulatoire,
  - Dr Cécile Couchoud, Dr Christian Jacquelinet, Dr Nadine Ribet-Reinhart, Mathilde Lassalle, Agence de Biomédecine, sur les analyses menées sur le registre REIN,
  - Frédéric Bousquet, CNAMTS.

Nous tenons à les remercier pour leur aide précieuse.

- ▶ Analyse des écarts coûts/tarifs : une analyse a été menée sur les études nationales de coûts des 3 dernières années et les grilles tarifaires pour identifier les écarts coûts/tarifs les plus importants ; cet exercice reste approximatif dans la mesure où les établissements ont la faculté de facturer des suppléments de réanimation, soins intensifs, surveillance continue, notamment, mais les ENC donnent des indications sur ces éléments, si bien qu'une telle analyse, si elle se contente d'identifier les plus gros écarts, peut produire des enseignements pertinents dans le cadre de cette étude. Les

activités identifiées à ce titre comme « incitées » seront recoupées avec celles évoquées dans les circulaires budgétaires.

Les années analysées vont de 2006 à 2009 versus les coûts de l'ENCC 2006 pour les bases groupés en v10 (avec une petite difficulté liée aux évolutions b et c de la V10 entre 2006 et 2008) et l'ENCC 2007 pour les bases en v11 (année 2009). Les coûts ont été actualisés pour faire correspondre coûts et tarifs sur la même année, en prenant un taux moyen de 3 % par an<sup>1</sup>.

Précisément, le champ des coûts à prendre en compte dans l'ENC est le suivant :

- Coût complet hors structure
- + charges de structure (immobilière et financière)
- charges de réa, SI, SC
- produits en sus : spécialités pharmaceutiques, dispositifs médicaux implantables
- dialyses et radiothérapie en sus
- médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation
- actes de laboratoire hors nomenclature
- sous-traitance pour actes de laboratoire hors nomenclature
- honoraires médicaux (honoraires des praticiens en secteur ex DG, tous honoraires en secteur ex OQN)
- rémunération à l'acte en secteur ex DG

Les GHM sont pris en compte si leur effectif dans l'ENC est supérieur à 100 séjours (ce qui en 2009 limite d'ailleurs le nombre de GHM étudiés puisqu'il y a de nombreux GHM à faible effectif).

Par convention, un écart tarifs-coûts positif est considéré ici comme incitatif au-delà de 5 %.

- ▶ Sélection de 2 thèmes pour l'analyse approfondie menée en phases 2 et 3, en fonction :
  - Des caractéristiques de l'incitation.
  - Des enjeux relatifs au thème.
  - De la capacité des établissements à « répondre » à l'incitation.
  - De la faisabilité de la mesure d'impact.

Une grille de critères a été élaborée pour procéder à ce choix, qui a conduit à retenir deux thématiques : chirurgie ambulatoire et dialyse à domicile (dialyse péritonéale et hémodialyse à domicile).

---

<sup>1</sup> Précisément, on peut appliquer les taux indiqués par l'ATIH pour les années les plus anciennes : +3,1 % dans le secteur ex DG et +2,1 % dans le secteur ex OQN pour 2007/2006, mais ensuite, on ne peut prendre que les taux attendus : 2,8 % pour 2008/2007 (évolution de l'ODMCO), 3,2 % pour 2009/2008 (évolution de l'ODMCO), ce qui n'est pas loin des résultats obtenus avec +3 % par an indifféremment sur toutes les années.

## *Phase 2 - Analyse statistique sur les bases de données disponibles :*

- Chirurgie ambulatoire : base PMSI sur la période 2004-2009
  - Dialyse à domicile : base SAE, registre REIN
- 
- ▶ La base SAE a été mobilisée pour le thème de la dialyse à domicile. La DREES a fourni aux consultants le contenu du formulaire Q17 « Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale » sur les années 2004 à 2008.
  - ▶ Le registre REIN (réseau épidémiologie et information en néphrologie) est géré par l'Agence de biomédecine qui a été sollicitée dans le cadre de cette étude. Il s'agit d'un système d'information qui enregistre des événements de santé pour des patients atteints d'insuffisance rénale chronique traitée par un traitement de suppléance (dialyse ou greffe). Ce registre permet de dénombrer l'ensemble des patients dialysés ou transplantés pour insuffisance rénale chronique en France, de déterminer les paramètres épidémiologiques de l'affection, de décrire les modalités de prise en charge en dialyse, d'évaluer la qualité et l'efficacité des soins, d'évaluer indirectement les conséquences médico-économiques des pratiques de soins.
  - ▶ La base PMSI a été fournie par l'ATIH et la DREES a opéré une extraction sur les activités étudiées, cette sélection étant remise aux consultants (cf. annexe 1 pour le protocole d'extraction en chirurgie ambulatoire). La période d'observation est 2004-2009.

Les bases 2004 sont en version 9. Les autres années ont été groupées en version 10 (y compris 2009 pour assurer une continuité de l'analyse).

Une attention particulière a été apportée à la garantie de confidentialité des données manipulées. L'extraction ne comporte pas de données indirectement nominatives. Les exploitations effectuées sont détaillées dans le chapitre V.2.

*Remarque* : quelques limitations dans l'analyse des bases PMSI sont à souligner :

- Les classifications de GHM ont évolué dans le temps : version 9 en 2004 et 2005, version 10 de 2006 à 2008 et version 11 en 2009 avec à chaque fois, des changements importants. Il est aisé d'analyser plusieurs années consécutives dans la même version de la classification, mais les incitations induites par les versions successives de la classification en matière de codage des informations médicales peuvent venir biaiser en partie les analyses ; il faut garder ce point à l'esprit.
- Il faut tenir compte, dans cette analyse, de la tendance « naturelle » de l'activité. Le vieillissement de la population induit en effet une évolution logique de l'activité hospitalière vers certaines affections (cataracte, prothèses de hanche, adénome de la prostate, démences...) et même si cette évolution est graduelle, ce phénomène joue incontestablement un rôle sur notre période d'observation.

En ce qui concerne la dialyse à domicile, les données PMSI et Fichsup (pour les prestations de dialyse codées en D) ont été fournies par la DREES mais comme le secteur privé ne remplit pas Fichsup et facture l'ensemble des prestations de dialyse en

prestations D, il manque cette partie capitale de l'information ; on ne dispose d'une information fiable que sur l'activité de dialyse en centre des établissements publics et sur l'activité de ces derniers en matière de dialyse hors centre, qui est très minoritaire dans le système de soins, cette activité étant en général assurée par les associations de dialyse à domicile, sous statut (et tarif) privé.

Aussi, pour le thème de la dialyse, n'ont été utilisées que les données SAE et REIN.

Par ailleurs, ces données peuvent être en partie confrontées aux éléments d'analyse que la CNAMTS a rassemblés sur la prise en charge en dialyse en 2007 (« L'insuffisance rénale chronique : situation actuelle et enjeux », mars 2010).

### *Phase 3 - Analyse qualitative dans un échantillon d'établissements.*

Pour compléter les analyses quantitatives, il a paru important de réaliser une enquête qualitative dans un échantillon d'établissements concernés par les deux thèmes d'étude pour déterminer comment en pratique les acteurs se sont saisis (ou non) des incitations, autour des questions suivantes :

- Situation objective face à l'activité étudiée : l'établissement s'est-il ou non développé dans cette activité ?
- Des décisions structurantes ont-elles été prises ? ou des mesures de réorganisation, de redéploiement de personnels ?...
- Conditions posées pour ce développement.
- Freins rencontrés.
- Analyses menées au sein de l'établissement, par le DIM, le contrôle de gestion.
- Actions éventuelles sur le codage des données médicales.
- Opinion vis-à-vis de la pertinence de l'incitation.
- Organisation de la décision au sein de l'établissement.
- Échanges éventuels avec la tutelle sur ce thème.
- Bilan des acteurs sur cette incitation.
- Perspectives.

Sans qu'un tel échantillon puisse être considéré comme représentatif, il a été constitué de telle sorte que soient représentées des situations diversifiées.

- Précisément, pour la chirurgie ambulatoire, 4 établissements sont inclus dans l'échantillon : un CHU, 2 CH, une clinique privée à but lucratif.  
Les établissements ont été choisis sur plusieurs critères :
  - existence de nombreux actes relevant de la liste ayant fait l'objet de l'analyse statistique,
  - développement de l'ambulatoire sur la période 2004-2009, avec un taux en 2004 dans la fourchette basse,
  - dans des régions différentes.
- Pour la dialyse à domicile, au regard de la spécificité du thème, il a plutôt été retenu de mener l'enquête dans 2 régions, en interrogeant les différentes catégories d'acteurs et

institutions concernées : CHU, CH et cliniques impliqués, et surtout association de dialyse à domicile. Les deux régions ont été choisies sur trois critères :

- présence dans le registre REIN depuis 2004,
- développement significatif de la dialyse péritonéale et/ou de l'hémodialyse à domicile,
- au moins une des deux régions avec une part importante de l'activité de dialyse assurée par le secteur privé.

Après un pré-choix opéré sur les bases de données, un courrier officiel de la DREES a été adressé aux établissements visés pour recueillir leur accord. Sur l'ensemble des sites initialement retenus, la première clinique tirée au sort a refusé de participer ; aussi, un autre établissement présentant les mêmes caractéristiques a été contacté ; ce dernier a accepté d'entrer dans l'échantillon.

Les visites sur site se sont tenues sur une journée complète, après prise de rendez-vous. Ont été rencontrées, lors des visites sur place, les personnes suivantes :

- *Directeur ou son représentant*
- *Président de CME et/ou chef de pôle*
- *Direction financière / Contrôle de gestion*
- *DIM*
- *Services concernés par le thème*
- *Cadre(s) de soins*

Chaque visite a fait l'objet de la rédaction d'une courte monographie analysant les enseignements des entretiens menés. Ces enseignements ont été enrichis par une analyse spécifique de l'activité des établissements dans les bases de données (PMSI pour la chirurgie ambulatoire, SAE et REIN pour la dialyse).

Nous tenons à remercier tous les sites qui ont participé à cette enquête, pour leur accueil, leur temps et leurs avis précieux.

### ***Période d'étude***

L'ensemble de l'étude s'est déroulée en 2010.

### ***Champ de l'évaluation***

L'évaluation couvre l'ensemble des établissements de court séjour soumis à la T2A.

Pour des raisons évoquées plus loin, cependant, lors de l'analyse des bases PMSI concernant la chirurgie ambulatoire, ont été comparés les établissements publics et les établissements privés, hors établissements privés à but non lucratif (que ceux-ci soient dans le champ des établissements « ex dotation globale » ou dans le champ des établissements « ex Objectif quantifié national (OQN) »).

### 3 – Quelles activités ont fait l'objet d'incitations tarifaires ?

#### 3.1 Analyse des textes réglementaires et circulaires sur la période 2006-2010

La T2A ayant été réellement mise en place en 2005, la question des incitations tarifaires se pose surtout à partir de 2006 ; c'est pourquoi nous faisons débuter cette analyse à cette date. D'une manière transversale, sur la période d'étude, de nombreux plans de santé publique ont été lancés et financés, dont la liste est la suivante :

- ▶ Plan périnatalité
- ▶ Plan cancer
- ▶ Plan urgences
- ▶ Lutte contre la maladie d'Alzheimer, plan « solidarité grand âge »
- ▶ Plan maladies rares
- ▶ Lutte contre la douleur
- ▶ Développement des soins palliatifs
- ▶ Prise en charge de la santé des personnes détenues
- ▶ Plan santé mentale
- ▶ Plan addictologie
- ▶ Plan qualité de vie des patients atteints de maladie chronique (comprenant notamment le développement de l'éducation thérapeutique)
- ▶ Lutte contre les infections nosocomiales
- ▶ Plan « Accidents vasculaires cérébraux » (AVC)

Dans la plupart des cas, les accompagnements financiers ont utilisé comme support les Missions d'intérêt général (MIG) mais dans certains cas, il y a eu aussi des actions sur les tarifs de GHS.

Voici de façon résumée ce que les circulaires budgétaires ont inscrit comme incitations tarifaires et accompagnements budgétaires dans le secteur MCO (hors investissement, hors mesures statutaires sur le personnel, hors aides à la contractualisation, hors appels à projets recherche - innovation) :

- ▶ **Circulaire du 24 février 2006 :**
  - Mesures tarifaires :
    - Revalorisation des forfaits urgences.
    - Revalorisation des tarifs des GHS correspondant à l'activité de périnatalité (notamment en néonatalogie).
    - Création de nouveaux GHM dans le domaine du cancer, de la douleur chronique, de certaines innovations (neurostimulateurs...).
    - Revalorisation dans le secteur ex OQN des GHS de soins palliatifs, et de nouveau-nés.
    - Modification importante du champ des DMI en sus.
    - Renforcement de la radiothérapie (via la Dotation annuelle complémentaire : DAC).
    - Création de lits dédiés et unités de soins palliatifs (via la DAC).
  - Création de lits de HAD.

- Accompagnement des plans de santé publique en MIGAC, notamment :
  - Cancer (pluridisciplinarité, soins de support, pharmacies hospitalières).
  - Périnatalité (mise aux normes, réanimation pédiatrique, environnement psychologique, transports).
  - Urgences (équipes mobiles de gériatrie, personnels des SMUR, des SAU).
  - Maladies rares (centres de référence, laboratoires...).
  - Alzheimer (consultations mémoire).
  - Soins aux détenus (UHSI).
  - Plan douleur chronique (renforcement des consultations).
- ▶ **Circulaire du 31 août 2006** : dite circulaire « frontière »
  - Précision sur les conditions de facturation d'un GHS pour une prestation de moins d'une journée :
  - 3 conditions (cumulatives) sont nécessaires :
    - une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée,
    - un environnement respectant les conditions relatives à la pratique de l'anesthésie ou la prise en charge par une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin,
    - et l'utilisation d'un lit ou d'une place.

Ce texte n'est pas à proprement parler un texte incitatif mais plutôt « désincitatif » à réaliser des hospitalisations de jour qui n'en sont pas.

- ▶ **Circulaire du 20 septembre 2006** :
  - Mesures tarifaires :
    - Sortie sur liste en sus de quelques DMI intégrés en mars
    - Revalorisations de plusieurs groupes de GHS (ou annulations de baisses antérieures) :
      - Obstétrique
      - Suppléments de néonatalogie
      - Suppléments de soins intensifs et SC dans le secteur ex OQN
      - Transplantations d'organes
      - Chirurgie cardiaque, thoracique et vasculaire
      - Neurochirurgie
      - Grands brûlés
      - Dialyse péritonéale
- ▶ **Circulaire du 21 février 2007** :
  - Incitation à la chirurgie ambulatoire :
    - 5 GHS passent à 100 % des tarifs nationaux
    - Rapprochement des tarifs : jour / hospit > 1 jour de 15 couples de GHM
  - HAD : application de 100 % des tarifs nationaux
  - Création des SE
  - Mesures tarifaires ciblées sur :
    - Les AVC : suppléments pour les UNV
    - L'hématologie : suppléments pour chambres « stériles »
    - Le cancer
    - La périnatalogie : suppléments revalorisés

- L'addictologie : création d'un GHS
- La prise en compte des démences en CMA
- Revalorisation :
  - Réanimation pédiatrique
  - Traitement des brûlures étendues
  - Traitement de l'épilepsie (bilan pré-chirurgical invasif)
  - Prélèvements d'organes sur cœur arrêté
- Dans le secteur ex OQN :
  - Obstétrique
  - Dialyse à domicile
  - Cancer
  - Neurochirurgie de la maladie de Parkinson
- Création de nouveaux GHS pour le traitement des hémorroïdes, le traitement par radiofréquence de l'hypertrophie bénigne de la prostate
- Création du Forfait annuel greffes
- Accompagnement des plans de santé publique en MIGAC :
  - Soins palliatifs : lits dédiés, USP, EMSP
  - Périnatalité (mise aux normes, réanimation pédiatrique, environnement psychologique, transports)
  - Urgences (personnels des SMUR, SAMU, équipes mobiles de gériatrie)
  - Maladies rares (appels à projets)
  - Alzheimer (consultations mémoire, courts séjours gériatriques)
  - Addictologie (consultations)
  - Soins aux détenus (UHSI, UCSA)
  - Plan douleur chronique (renforcement des consultations)
  - Lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN et antennes)
  - Pharmacovigilance (centres régionaux)
  - Appel à projets sur l'éducation thérapeutique

► ***Circulaire du 15 novembre 2007 :***

- Accompagnement des plans de santé publique en MIGAC :
  - Cancer
  - Maladies rares
  - Soins aux détenus
- Financement des Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal

► ***Circulaire du 3 mars 2008 :***

- Mesures tarifaires :
  - IVG
  - Dialyse péritonéale, hémodialyse à domicile
  - GHS de nouveau-nés en secteur ex OQN
  - Allogreffes de moelle
- Création de certains GHS : sevrage complexe, irradiation corporelle totale, thermacoïce, cœur artificiel, chimiothérapie non tumorale.
- Extension des SE.
- Création de nouveaux tarifs de prélèvements d'organes.

- Incitation au développement de la chirurgie ambulatoire dans le secteur ex DG :
    - Poursuite des rapprochements de tarifs : jour / hospit.>1 jour.
    - Procédure d'accord préalable par l'assurance maladie.
  - MIGAC :
    - Réforme des MERRI
    - Plans de santé publique :
      - ▶ Plan Alzheimer et plan solidarité grand âge (consultations mémoire, centres de mémoire et de ressources, court séjour gériatrique)
      - ▶ Plan Urgences (équipes mobiles de gériatrie, renforcement des SAMU)
      - ▶ Plan Cancer
      - ▶ Plan Périnatalité (environnement psychologique, PASS)
      - ▶ Plan Addictologie (consultations, équipes de liaison et de soins)
      - ▶ Plan Maladies rares (centres de référence)
      - ▶ Soins palliatifs (EMSP)
      - ▶ Soins aux détenus (UCSA)
      - ▶ Plan douleur chronique (renforcement des consultations)
      - ▶ Lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN et antennes)
      - ▶ Renforcement des COREVIH
- ▶ ***Circulaire du 29 avril 2008 relative au développement de la chirurgie ambulatoire*** dans les établissements de santé : cette circulaire avait pour objet de faire le point sur les différentes formes de soutien au développement de la chirurgie ambulatoire :
- ▶ La circulaire souligne que la réforme du financement des établissements de santé est incitative au développement de l'ambulatoire, en particulier dans le secteur public.
  - ▶ La première évolution a eu lieu en 2004 avec une revalorisation des tarifs de la prise en charge ambulatoire concomitante à la mise en place de la T2A. Cette rémunération est devenue identique que le patient passe une nuit en hospitalisation ou pas, et établie à la moyenne de ces séjours, ce qui mécaniquement revalorise la rémunération des séjours avec 0 nuit.
  - ▶ Elle s'est poursuivie en 2007 avec le financement à hauteur de 100 % à l'activité de cinq GHM (GHM concernés : interventions sur le cristallin ; drains trans-tympaniques ; ligatures de veines et éveinages ; circoncisions ; libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels), ainsi qu'une réduction de 50 % de l'écart des tarifs ambulatoire et hospitalisation à temps complet pour 15 « couples » (CM24 / hospitalisation complète) de GHS dans le secteur public.  
Ces couples ont été sélectionnés sur la similitude en termes de contenu médical et de durée de séjour entre la prise en charge en CM24, d'une part, et celle en hospitalisation de plus de 48h, d'autre part.
  - ▶ Lors de la campagne tarifaire de 2008, le développement de la chirurgie ambulatoire a encore été encouragé par la diminution des tarifs de 15 GHM d'hospitalisation complète les rapprochant des tarifs de leurs homologues d'hospitalisation de courte durée. Le rapprochement opéré, au sein d'un

couple, a été d'autant plus important que la similitude des prises en charge était forte.

▶ ***Circulaire du 8 août 2008 :***

- MIGAC :
  - Accompagnement des plans de santé publique :
    - Plan Cancer
    - Développement de l'éducation thérapeutique
  - Soins coûteux rares : neurostimulation, implants cochléaires
  - Soutien aux laboratoires de génétique
  - Recours exceptionnel et techniques innovantes de radiothérapie

▶ ***Circulaire du 8 décembre 2008 :***

- MIGAC :
  - Accompagnement des plans de santé publique :
    - Plan Cancer
    - Prise en charge des infections ostéo-articulaires : création de centres de référence
    - Plan Alzheimer

▶ ***Circulaire du 17 mars 2009 :***

- Mesures tarifaires, dans le cadre de la v11 :
  - Poursuite de la politique incitative en faveur de la chirurgie ambulatoire
  - Poursuite de la revalorisation du tarif « nouveau né » dans le secteur ex OQN
  - Contraintes de stabilité tarifaire pour les GHS concernant les plans de santé publique et activités lourdes
  - Révision des tarifs de soins palliatifs et des bornes basses et hautes
  - Revalorisation des GHS de sevrage complexe
  - Révision des modalités de financement de la surveillance continue
  - Révision de la liste des DMI en sus
- MIGAC :
  - Création des enveloppes « précarité » et « permanence des soins »
  - Poursuite de la réforme des MERRI et du financement des activités de recours exceptionnel
  - Accompagnement des plans de santé publique :
    - ▶ Alzheimer et solidarité grand âge : consultations mémoire, centres de ressources, court séjour gériatrique
    - ▶ Cancer (notamment radiothérapie),
    - ▶ Soins palliatifs (cf. aussi circulaire spécifique sur les soins palliatifs du 25/3/08)
    - ▶ Urgences : SAMU, équipes mobiles de gériatrie
    - ▶ Addictologie
    - ▶ Soins aux détenus
    - ▶ Plan douleur chronique (renforcement des consultations)
    - ▶ Développement de l'éducation thérapeutique
    - ▶ Renforcement des COREVIH

- ▶ Lutte contre les infections nosocomiales : CCLIN et antennes, renforcement des centres de référence pour les infections ostéo-articulaires
  
- ▶ ***Circulaire du 2 novembre 2009 :***
  - MIGAC :
    - Accompagnement des plans de santé publique :
      - Plan Alzheimer
      - Plan Cancer
      - Soins aux détenus (UHSA)
    - Développement des PASS
    - Techniques innovantes de radiothérapie
  
- ▶ ***Circulaire du 31 mai 2010 :***
  - Mesures tarifaires :
    - Création de quelques GHM de très courte durée
    - Poursuite de la politique incitative en faveur de la chirurgie ambulatoire
    - Contraintes de stabilité tarifaire pour les GHS concernant les plans de santé publique (cancer, soins palliatifs, chirurgie ambulatoire, périnatalogie, AVC) et activités lourdes
    - Révision des modalités de détermination des bornes basses et de leur valorisation
    - Aménagement de la révision des modalités de financement de la surveillance continue (mises à jour des listes)
    - Révision de la liste des DMI et médicaments en sus : intégration des valves cardiaques dans les tarifs, ainsi que de certains anticancéreux génériques
    - Création d'une prestation de dialyse péritonéale pendant une hospitalisation pour pathologies intercurrentes
    - Convergence ciblée des tarifs de 35 GHM entre secteur public et secteur privé, par baisse des tarifs concernés dans le secteur public : convergence totale pour 21 GHM et rapprochement tarifaire pour 14 autres
    - Révision du forfait annuel de coordination de prélèvements d'organes et de tissus pour inciter au développement des prélèvements de tissus
  - MIGAC :
    - Augmentation du montant de l'enveloppe « précarité »
    - Accompagnement des plans de santé publique, notamment :
      - ▶ Plan Alzheimer, plan Solidarité grand âge
      - ▶ Plan de développement des soins palliatifs
      - ▶ Plan Cancer 2
      - ▶ Plan AVC
      - ▶ Plan Maladies rares 2
      - ▶ Plan Addictologie
      - ▶ Et poursuite des autres plans
    - Poursuite de la réforme des MERRI et du financement d'activités de recours exceptionnel par enveloppe spécifique

## Synthèse

On constate au total une liste impressionnante de mesures. Mais la plupart de ces mesures, fort logiquement, se retrouvent d'année en année, dans le cadre de plans nationaux pluri-annuels (cancer, Alzheimer, douleur...) ou tout simplement dans le cadre d'une politique cohérente de moyen terme, comme c'est le cas en chirurgie ambulatoire.

Si on restreint le champ aux thèmes dont les accompagnements budgétaires ont au moins en partie utilisé une modulation des tarifs (GHS ou suppléments), sur au moins 2 années, les thèmes suivants ressortent :

- Chirurgie ambulatoire
- Cancérologie
- Néonatalogie, réanimation pédiatrique
- Obstétrique
- Soins palliatifs
- Addictologie
- Dialyse péritonéale, hémodialyse à domicile
- Activités dites « lourdes » :
  - Transplantations d'organes
  - Grands brûlés
  - Allogreffes de moelle
- Surveillance continue (encore qu'il s'agisse ici plutôt de mettre en place des règles claires de tarification que d'inciter à cette prise en charge)
- Techniques spécialisées de radiothérapie
- Accidents vasculaires cérébraux

Pour compléter cette première liste, une autre démarche a été entreprise : la comparaison des coûts moyens nationaux et des tarifs de GHS de 2006 à 2009 pour déterminer si ces incitations se traduisent par une différence positive entre tarifs et coûts. Cette approche doit être menée avec certaines précautions méthodologiques (cf. ci-après) et par ailleurs ne concerne que les GHS ; les suppléments journaliers, les tarifs d'HAD ou de dialyse à domicile ne peuvent pas être soumis au même exercice.

On remarquera aussi que l'application d'une différence entre tarifs et coûts ne constitue pas le seul canal pour opérer une incitation via les tarifs pour favoriser une activité. L'incitation peut passer par une augmentation régulière d'un tarif, indépendamment de sa position par rapport aux coûts moyens, le signal donné résidant dans cette augmentation. On peut aussi, comme cela a été le cas en chirurgie ambulatoire, modifier les tarifs les uns par rapport aux autres, sans référence aux coûts.

### **3.2 Analyse des écarts coûts-tarifs des GHS de 2006 à 2009**

L'objectif de cette analyse était de comparer sur les 4 années les coûts et les tarifs, hors suppléments, hors produits et prestations en sus, hors honoraires, donc sur un champ en principe comparable (même si, en réalité, il est difficile de neutraliser « l'effet suppléments »).

Les tarifs sont comparés aux coûts moyens de l'ENC, après les ajustements explicités dans le chapitre de méthodologie ; les tableaux suivants indiquent les GHM dont les tarifs sont supérieurs d'au moins 5 % aux coûts ajustés et actualisés (le seuil est de 7,5 % en 2006 dans le secteur ex-DG en raison d'un grand nombre de GHM concernés).

Dans ces tableaux, sont indiquées en général des catégories de séjours plutôt que des GHM isolés, sauf si ces GHM concernent des effectifs importants de séjours. Un écart isolé n'a pas forcément de signification<sup>2</sup>.

La présence de deux croix signifie que la différence entre tarifs et coûts est supérieure à 20 %.

Il faut garder à l'esprit quelques limitations de cet exercice :

- Le champ couvert par les tarifs et celui couvert par les coûts de l'ENC, malgré les ajustements effectués (voir méthodologie), n'est pas strictement identique : les conventions prises pour déterminer le champ des coûts (abattement pour les MERRI, le coefficient géographique,...), le jeu des suppléments journaliers (réanimation, soins intensifs...), le fait qu'en 2009, les enveloppes de permanence des soins et de précarité aient été débasées du champ des tarifs alors que cela n'a pas été le cas pour le champ des coûts, sont autant de facteurs de divergence.
- On ne compare pas les tarifs aux coûts ayant servi à les calculer ; en effet, il y a toujours 2 ans de retard entre l'année N et la publication de l'ENC correspondante, si bien que les tarifs de l'année N sont calculés en partant des coûts de l'année N-2. Ainsi, quand on compare les tarifs 2006 à l'ENC 2006, on observe des écarts liés au fait qu'entre 2003/2004 (années ayant servi de base de calcul aux tarifs 2006) et 2006, les coûts ont évolué<sup>3</sup>. Et de fait, ces écarts ne sont pas toujours liés à une volonté particulière, mais simplement au fait que les coûts connaissent leur évolution propre.
- L'application d'un taux d'actualisation uniforme de l'ordre de 3 % par an aux coûts est une simplification inévitable, mais lorsqu'on observe l'évolution des coûts d'une année sur l'autre de manière détaillée, il est clair que cette évolution est très différente d'un GHM à l'autre. Ainsi, quand l'ATIH compare les coûts entre l'ENC 2006 et l'ENC 2007, les évolutions concernant les GHM prédominants (ceux qui ont les plus fortes masse-coûts) varient entre -7 % et +37 % dans le secteur ex-DG, entre -15,1 % et +21,2 % dans le secteur ex-OQN (source : ATIH, Principaux résultats issus des données de coûts, ENCC 2007).

---

<sup>2</sup> Un cas fréquent est celui où le GHM en V a un tarif supérieur au coût, et le GHM en W a la position inverse (ou réciproquement) ; dans ces cas, nous ne signalons pas le GHM.

<sup>3</sup> Sans compter qu'en 2006, les données de coûts ont été peu utilisées dans la fixation des tarifs, les tarifs 2006 reposant avant tout sur les tarifs 2005 actualisés, ces tarifs 2005 ayant été calculés par contre à partir de l'ENC.

**Tableau 1 - Secteur ex-DG – Écarts tarifs-coûts (« x » si l'écart est supérieur à 5 % du tarif, « xx » s'il est supérieur à 20 % du tarif)**

	2006	2007	2008	2009
Cataracte, séjours de moins de 2 jours	xx	xx	xx	x
Autres séjours de chirurgie ambulatoire (ou CM 24 avant 2009) : ophtalmo, hernies, circoncisions, amygdalectomies et adénoïdectomies, ...	x	x	x	x
Radiothérapie	xx	xx	xx	x
Allogreffes de cornée	xx	xx	xx	x
Greffes de moelle	xx	xx	xx	x
Transplantations d'organes	x	x	x	x
Brûlures non étendues avec greffe cutanée, brûlures étendues	x	x	x	x
Soins palliatifs	x	x	x (lits dédiés)	x (?)
Lithotritie	xx	xx	xx	
Leucémies aiguës	xx	xx	x	
Endoscopies ORL	xx	xx	xx	
Douleurs chroniques rebelles	xx	xx	x	
Endoprothèses coronariennes et vasculaires périph.	xx	x	x	
Tumeurs et autres affections des reins et des voies urinaires	x	x	x	
Fièvres	x	x	x	
Dialyse en centre	x	x	x	
Pose d'un stimulateur cérébral	x	x		x
Quelques GHM de neurologie	x	x		x
Quelques interventions d'ophtalmologie et d'ORL	x	x		x
Quelques GHM d'hématologie	x	x		x
Toxicomanies non éthyliques avec dépendance	x	x		GHS spécifique
Ethylisme avec dépendance	x			x et GHS spécifique
Pose d'un stimulateur cardiaque sans insuff cardiaque, de défibrillateur cardiaque	x	x		
Gastroplasties pour obésité	x	x		
Interventions sur le rachis	x	x		
Chimiothérapie	x	x		
Plusieurs GHM de pneumologie	x	x		
Arthropathies	x	x		
Accouchements	x	x		
Embolisations intra-crâniennes et médullaires				x
Injection de toxine botulique en ambulatoire				x
Tumeurs de l'appareil respiratoire				x
Biopsies ostéo-articulaires				x
Algoneurodystrophie				x
Donneurs de moelle				x

Plusieurs observations sont à faire sur ce tableau :

- Les activités pour lesquelles on observe un écart positif constant entre tarifs et coûts sur les 4 années sont en nombre limité : chirurgie ambulatoire, radiothérapie, soins palliatifs, activités de greffe, brûlures. On a retrouvé ces activités dans notre lecture

des circulaires budgétaires, soit au titre de plans nationaux, soit à titre de soutien d'activités particulièrement lourdes, spécifiques des CHU.

- Plusieurs activités faisant l'objet de plans nationaux de santé publique ne se retrouvent pas ici ; parmi l'ensemble de ces activités faisant l'objet d'un plan, on ne retrouve que les suivantes : certaines activités de cancérologie, soins palliatifs, douleur chronique rebelle, addictologie. Il faut rappeler toutefois que l'accompagnement budgétaire des plans se fait souvent via les MIGAC.
- À l'inverse, plusieurs activités ne faisant pas l'objet de plans particuliers se retrouvent dans le tableau ci-dessus. En dehors des activités de greffes et de prise en charge des grands brûlés, déjà évoqués, si l'on regarde les activités citées au moins deux fois, on identifie de nombreuses activités, notamment : lithotritie, endoscopies ORL, endoprothèses coronariennes et vasculaires périphériques, fièvres, dialyse en centre... Dans la plupart de ces cas, on ne peut pas parler forcément d'incitation tarifaire puisque l'écart n'est pas volontaire ; il doit plutôt trouver sa source dans « l'imperfection » structurelle liée aux modalités d'obtention des coûts (deux ans de décalage) et dans la limitation propre de la présente analyse. Il est instructif toutefois de noter que pour la plupart de ces activités, en 2008 et 2009, quand les tarifs ont été calculés sur une nouvelle ENC, les écarts ont disparu. D'autres sont certes apparus en 2009, année d'application de la v11, mais plus marginaux.
- Il reste que sur la période on retrouve régulièrement des GHM d'hématologie et de neurologie « favorisés » par les tarifs (pas toujours les mêmes GHM d'une année sur l'autre cependant).
- En ce qui concerne les soins palliatifs, il existe 3 GHS pour un GHM, selon que le patient est pris en charge dans un lit classique, dans un lit dédié, ou dans un lit d'une unité de soins palliatifs (le tarif allant croissant). En 2009, l'ENC ne différencie pas les cas si bien qu'on ne peut pas se prononcer formellement sur la différence tarifs-coûts. Cependant, comme sur ce thème, la masse tarifaire a été maintenue quasi constante, il est probable que cette différence reste très positive, au moins pour les lits dédiés et les unités de soins palliatifs.
- En ce qui concerne l'addictologie, outre certaines différences observées en 2006, il a été créé en 2007 et 2008 des GHS particuliers pour les prises en charge prolongées, aux tarifs beaucoup plus élevés que les tarifs de base.

Pour le secteur privé ex-OQN, on a le tableau suivant. À noter que certaines activités ne peuvent pas s'y trouver, notamment les transplantations et la prise en charge des grands brûlés, ainsi que la radiothérapie et la dialyse, pris en compte hors PMSI.

**Tableau 2 - Secteur ex-OQN - Écarts tarifs-coûts**  
 (« x » si l'écart est supérieur à 5 % du tarif, « xx » s'il est supérieur à 20 % du tarif)

	2006	2007	2008	2009
Cataracte, séjours de moins de 2 jours	xx	xx	xx	xx
Autres séjours de chirurgie ambulatoire (ou CM 24 avant 2009) : ophtalmo, hernies, amygdalectomies et adénoïdectomies, varices, proctologie ...	x	x	x	x
Allogreffes de cornée	xx	xx	xx	xx
Chimiothérapie	xx	xx	xx	xx
Pontages aorto-coronariens	xx	xx	xx	x
Traitement des troubles du rythme par voie vasculaire	xx	xx	xx	x
Endoprothèses vasculaires	xx	xx	x	x
Endoscopies digestives thérapeutiques	x	x	x	x
Endoscopies ORL	xx	xx	xx	xx
Mise en place d'accès vasculaires	x	x	x	xx
Quelques interventions d'ophtalmologie et d'ORL	x	x	x	x
Ethylisme avec dépendance		GHS spécifique	GHS spécifique	GHS spécifique
Lithotritie	xx	xx	xx	
Transfusion	x	x	x	
Accouchements	x	x	x	
Certains GHM de CM 24 en médecine	x	x		
Cervicocystopexie				x
Certains séjours de dermatologie				x

La liste est plus réduite et plus constante entre 2006 et 2009, avec des écarts souvent importants observés entre coûts et tarifs. Ces caractéristiques s'expliquent par l'historique du calcul des tarifs dans ce secteur : jusqu'en 2009, on ne disposait pas d'étude de coût exploitable dans le secteur ex-OQN et les tarifs ont été reconduits (et actualisés) d'une année sur l'autre depuis 2005, première année de T2A. En 2005, ces tarifs avaient été calculés sur la base des anciens tarifs en prix de journée, forfaits de salle d'opération et autres prestations détaillées, pour minimiser les effets revenus dans les établissements.

Aussi, il n'est pas étonnant de constater des écarts importants qui se pérennisent (il existe des écarts tout aussi importants dans l'autre sens), concernant des activités souvent non retrouvées dans le tableau concernant le secteur ex-DG.

En 2009, l'ENC a été utilisée, mais avec une période de montée en charge qui conduit à limiter les évolutions sur une année donnée.

On retrouve toutefois des activités importantes déjà observées dans le tableau du secteur ex-DG et repérées dans notre lecture des circulaires budgétaires : chirurgie ambulatoire, allogreffes de cornée (la seule activité de greffe autorisée dans le secteur privé), chimiothérapie, éthylisme avec dépendance (via le GHS spécifique des prises en charge de longue durée).

D'autres activités communes avec le secteur ex-DG mais non présentes dans les circulaires sont aussi à souligner : endoprothèses vasculaires, lithotritie, endoscopies ORL, certaines interventions d'ophtalmologie et d'ORL.

Il est remarquable de trouver les accouchements dans cette liste du secteur ex-OQN, mais, en dehors du fait que ce n'est plus le cas en 2009, il faut pour ce cas précis regarder aussi la situation du GHM de nouveau-né de plus de 2500g sans complication pour juger du positionnement tarifaire de l'activité obstétricale ; or, le tarif de ce GHM précis est très inférieur au coût, ce qui avait d'ailleurs conduit à revaloriser ce tarif à plusieurs reprises dans le secteur ex-OQN (voir circulaires budgétaires).

## 4 - Sélection des thèmes pour réaliser l'analyse détaillée

Sur la base des informations recueillies jusqu'à présent, on identifie donc plusieurs activités ayant fait l'objet d'une incitation tarifaire affichée, avec observation (pour celles où les tarifs de GHS sont impliqués) d'un écart positif entre tarifs et coûts de production. Les principales de ces activités sont : chirurgie ambulatoire, oncologie, addictologie, activités de transplantations et soins palliatifs en secteur public.

Pour la suite de l'étude, le principe a été pris de retenir deux activités pour une analyse approfondie.

Une grille de critères de sélection, validée par le comité de pilotage, a été utilisée pour retenir ces deux thèmes. Les critères principaux devaient s'attacher :

- aux caractéristiques de l'incitation : ancienneté et ampleur de l'incitation, modalités de l'incitation (tarifs et/ou autres canaux),
- aux enjeux portés par l'incitation : enjeu éventuel d'amélioration de l'efficacité, communication éventuelle qui a été faite autour de cette incitation (le critère « d'enjeu de santé publique » n'a pas été retenu puisque c'est un terme assez général et tous les thèmes peuvent y prétendre),
- à la capacité pour l'établissement de « répondre » à l'incitation : a-t-il des marges de manœuvre pour réagir à l'incitation ?
- à la faisabilité de la mesure d'impact, au regard non seulement de l'ancienneté de la mesure mais aussi de la disponibilité de données pertinentes dans les bases existantes.

Le tableau de la page suivante résume les critères qui ont été utilisés et le résultat de leur « cotation », même si tous les critères n'ont pas la même importance en réalité. En bas de tableau, sont indiqués aussi les thèmes faisant (ou ayant récemment fait) l'objet d'évaluation par la DREES elle-même ou d'autres institutions.

Le thème de la chirurgie ambulatoire ressort comme un thème d'intérêt, répondant à tous les critères. Il n'a pas été coché la case « augmentation régulière des tarifs » dans la mesure où l'une des formes qu'a prise cette incitation a été le rapprochement des tarifs d'ambulatoire et d'hospitalisation complète via la baisse des tarifs d'hospitalisation et non la hausse des tarifs d'ambulatoire (en fait, il y a tous les cas de figure, ceci est détaillé dans le chapitre suivant).

Par ailleurs, même si la voie tarifaire a été privilégiée, d'autres modalités d'incitation ont été utilisées, notamment la mise en place d'un accord préalable de certains établissements par l'assurance maladie pour des patients pris en charge en hospitalisation complète ; l'étude qualitative s'est attachée à faire la part des choses pour distinguer, autant que faire se peut, les effets des différents types d'incitation.

Le thème de l'addictologie vient en seconde position, mais il a été jugé qu'il s'agissait d'un thème trop spécifique, concernant un faible nombre d'établissements, peu mis en avant dans la communication institutionnelle, même s'il s'agissait d'un plan national.

Le thème de l'hospitalisation à domicile a été jugé trop vaste, avec une politique ambitieuse, pluri-annuelle, de développement, où l'aspect tarifaire ne constitue qu'un aspect. La politique

d'ouverture de places et services supplémentaires paraît même prédominante. En outre, d'autres approches d'évaluation sont régulièrement entreprises sur ce domaine.

Par conséquent, c'est le thème de la dialyse à domicile (dialyse péritonéale et hémodialyse à domicile) qui a été retenu comme second thème de la présente démarche.

**Tableau 3 - Critères de sélection des thèmes ayant fait l'objet d'incitations tarifaires**

<b>Critères</b>	Chir ambu	Addictologie	HAD	Dialyse à domicile et DP	Douleur chronique rebelle	Obstétrique en secteur privé	Soins palliatifs	Cancer	Urgences	Radiothérapie	Grands brûlés	Greffes	Néonatal	AVC (UNV)	IVG
incitation sur plusieurs années, avec un recul d'au moins 2 ans	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
essentiellement menée par des voies tarifaires	x	x				x					x				
observée en termes d'écart tarifs-coûts moyens	x	x	?		x		x		x	x	x	x			
ayant fait l'objet d'une augmentation régulière des tarifs		x		x		x		x			x	x	x		
portant sur des montants importants	x		x	x		x	x	x	x	x					
avec recherche d'amélioration de l'efficacité	x		x	x											
ayant fait l'objet d'une communication institutionnelle (plan national)	x	x	x		x		x	x	x	x			x	x	
dont l'analyse à travers la base PMSI s'avère faisable	x	x	x	+/-	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x
domaine où les établissements ont des marges d'actions pour accroître l'activité	x	x	x	x	x	x			x						x
concerne à la fois le public et le privé	x	x	x	x	x		x	x	x					x	x
	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>6,5</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
Fait ou a déjà fait récemment l'objet d'une démarche d'évaluation			x				x	x	x				x	x	x

Sur les autres thèmes identifiés, quelques remarques peuvent être formulées, expliquant qu'ils ne soient pas retenus pour l'étude détaillée :

- Douleur chronique rebelle : il s'agit d'un thème certes intégré à un plan national, mais très ponctuel, intéressant peu d'établissements.
- Obstétrique dans le secteur privé : ce thème a l'inconvénient de ne concerner que le secteur privé ; en outre, il s'agissait davantage de « mesures de rattrapage », destinées à freiner la désaffectation des cliniques pour une activité jugée non rentable. Par ailleurs, cette problématique a déjà en partie abordée par la Drees dans son étude sur l'activité des maternités sur 30 ans.
- Soins palliatifs, cancer, périnatalité : il s'agissait surtout de politiques « qualitatives », consistant à améliorer les prises en charge (pluridisciplinarité, soins de support...) et non forcément à les développer sur le plan quantitatif ; en outre, même si les tarifs ont parfois été utilisés, les enveloppes MIGAC ont été fortement mobilisées.  
Sur le sujet précis du plan Cancer, des évaluations ont déjà été menées, analysant l'impact des mesures de ce plan sur la qualité des soins et l'organisation des prises en charge.
- Transplantations, grands brûlés : l'incitatif tarifaire est fort, mais les établissements ont une faible marge de manœuvre pour accroître leur activité dans ce domaine, et le secteur privé n'est pas concerné.  
Sur les activités lourdes d'une manière générale, les augmentations tarifaires n'avaient d'ailleurs pas tant pour objectif de développer ces prises en charge (puisque justement il n'y a guère de marge de manœuvre ; c'est la demande qui détermine l'activité) que de s'assurer que les établissements assurant ces prises en charge complexes ne soient pas mis en difficulté financière.
- Urgences : l'objectif politique est complexe dans ce domaine, avec une forte intrication de la problématique avec celle de la permanence des soins en ville.

Une dernière discussion a porté sur le cas des séjours « frontière » : il s'agit comme il a été dit plus haut de « désinciter » les établissements à réaliser des hospitalisations de jour en lieu et place de consultations. En dehors du fait qu'il ne s'agit pas d'une incitation mais de l'inverse, les contrôles menés par l'assurance maladie dans les établissements ont déjà permis de documenter largement ce sujet.

On observera qu'en fin de compte, aucune thématique ne fait l'objet d'une incitation tarifaire pure ; chaque mesure tarifaire entre dans le cadre d'un plan comprenant plusieurs aspects : aux modulations tarifaires, s'ajoutent selon les cas des mesures réglementaires, des recommandations de bonnes pratiques, des recommandations dans la mise en œuvre des SROS, des dotations pour développer des missions particulières, des procédures de contrôle... Aussi, l'une des difficultés est de chercher à faire la part des choses entre l'effet des différentes mesures. Il est cependant possible que ce soit la synergie de plusieurs mesures complémentaires qui produise l'effet attendu. C'est ce que nous devons analyser sur les deux thèmes retenus pour la suite de l'étude.

## 5 – La chirurgie ambulatoire

### 5.1 Le détail des incitations

#### 5.1.1 Contexte général

L'incitation au développement de la chirurgie ambulatoire est un dossier récurrent depuis une quinzaine d'années. La réglementation a précisé les conditions de mise en place des activités de chirurgie ambulatoire au cours des années 90<sup>4</sup>.

Les actions se sont cependant multipliées dans les années 2000, avec la publication de plusieurs études de la CNAMTS, la démonstration d'un certain retard de la France, et notamment du secteur public, par rapport aux pays comparables. Une étude de l'IRDES d'avril 2002 a cherché à calculer le potentiel de développement en chirurgie ambulatoire pour 17 gestes marqueurs à partir des données du PMSI 1999. Il ressortait une forte hétérogénéité entre établissements, mais des taux déjà élevés pour certains actes : drains transtympaniques (90 %), phimosis (83 %), canal carpien (72 %), amygdalectomie et/ou adénoïdectomie (62 %). La chirurgie de la cataracte n'était qu'à 27 %, la cure de hernie chez l'enfant à 36 %. Sur la base de certains critères (pas de comorbidités, durée de séjour inférieure ou égale à 2 jours), un potentiel de développement de l'ambulatoire avait été calculé : pour la plupart des actes étudiés, le potentiel dépassait 70 % (entre 77 % et 91 % par exemple pour la cataracte, entre 68 % et 81 % pour la hernie chez l'enfant...).

Sur le plan opérationnel, la T2A a accompagné dès le début cette volonté de favoriser ce mode de prise en charge (cf. §5.1.2) ; des objectifs ont été fixés dans les SROS ; la MEAH, maintenant l'ANAP, a parallèlement mené un chantier sur le sujet pour aider les établissements à mettre en place l'organisation adéquate ; la CNAMTS a de son côté lancé une nouvelle procédure en 2008 : certains actes chirurgicaux avec hospitalisation d'au moins une nuit sont désormais, dans certains établissements hospitaliers, soumis à l'accord préalable du service médical de l'assurance maladie. Cette procédure, dont l'objectif est de développer la chirurgie ambulatoire concerne 17 gestes chirurgicaux (il n'y en avait que 5 au démarrage en 2008) :

- Adénoïdectomies
- Arthroscopies du genou hors ligamentoplasties
- Chirurgie anale
- Chirurgie du canal carpien et autres libérations nerveuses (membre sup.)
- Chirurgie de la conjonctivite (ptérygion)
- Chirurgie de la maladie de Dupuytren
- Chirurgie des bourses

---

<sup>4</sup> Décret n°92.1101 du 2.10.92 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L.712.2 du code de la santé publique.

Décret n°92.1102 du 2.10.92 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des structures de soins alternatives à l'hospitalisation.

Arrêté du 7.01.93 relatif aux caractéristiques du secteur opératoire mentionné à l'article D.712.31 CSP pour les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire.

Décret n°99.444 du 31.05.99 relatif aux conditions de création de places d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire et modifiant le code de la santé publique.

Arrêté du 31.05.99 portant application de l'article D.712.13.1 du code de la santé publique et relatif à l'engagement souscrit à l'occasion d'une demande d'autorisation de création ou renouvellement d'autorisation de structures d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire.

- Chirurgie des hernies inguinales
- Chirurgie des varices
- Chirurgie du cristallin
- Chirurgie du sein / tumorectomie
- Chirurgie réparatrice des ligaments et tendons (main)
- Chirurgie du strabisme
- Chirurgie de l'utérus, vulve, vagin et AMP
- Coelioscopie gynécologique
- Extraction dentaire
- Exérèses de kystes synoviaux

À noter que la réalisation de ces gestes en chirurgie ambulatoire a été validée par les sociétés savantes.

On observera que ces actes ne recouvrent pas tous des GHM de façon bijective ; ils constituent souvent des parties de GHM.

L'encadré suivant précise les modalités de cette procédure (source : [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)).

## La procédure d'accord préalable

### **Quels sont les établissements de santé concernés ?**

La mise sous accord préalable concerne certains établissements hospitaliers en dessous de la moyenne régionale pour la réalisation des gestes chirurgicaux concernés par cette procédure.

### **En quoi consiste la mise sous accord préalable ?**

La mise sous accord préalable consiste à subordonner à l'avis du service médical l'accueil d'un patient en hospitalisation complète, c'est-à-dire comprenant au moins 1 nuitée, pour un acte couramment pratiqué en chirurgie ambulatoire, c'est-à-dire sans nuitée.

### **La mise sous accord préalable, étape par étape**

**1e étape :** L'agence régionale de santé (ARS) envoie un courrier motivé à l'établissement hospitalier concerné sur proposition de la caisse primaire d'assurance maladie.

**2e étape :** Une procédure contradictoire s'engage alors entre le directeur de l'ARS et l'établissement hospitalier puis, en l'absence de justification jugée valable, entre la commission exécutive de l'ARS et l'établissement. Cette procédure dure deux mois au total.

**3e étape :** L'ARS envoie à l'établissement hospitalier une notification de sa décision de mise sous accord préalable avec l'acte ou les actes concernés.

La mise sous accord préalable démarre alors à la date de sa notification ; elle est prononcée pour une période maximum de 6 mois.

### **En pratique**

Applicable à compter de la date de sa notification, la mise sous accord préalable impose à l'établissement hospitalier de demander systématiquement l'accord du service médical de l'assurance maladie pour tout acte chirurgical - visé par la mise sous accord préalable - impliquant l'hospitalisation du patient pendant au moins 1 nuit. La réponse est donnée immédiatement ou dans un délai de 24h.

### **La demande d'accord préalable**

Concrètement, la demande d'accord préalable doit être faite au moment de la programmation de l'acte selon la modalité suivante : le praticien hospitalier (le chirurgien ou l'anesthésiste) ou tout autre interlocuteur de l'établissement hospitalier contacte par téléphone le service médical de la caisse gestionnaire du patient ; un technicien du service médical l'interroge de façon à renseigner un questionnaire médico-social portant sur :

- des renseignements d'ordre administratif relatifs à l'établissement, au chirurgien et à l'anesthésiste, ainsi qu'au patient ;
- l'acte chirurgical prévu et la date de l'intervention ;
- les critères médico-sociaux d'éligibilité du patient à une hospitalisation complète.

### **Zoom sur les critères d'éligibilité d'un patient à une hospitalisation complète :**

- Un score ASA > ou = 3.
- Pas d'accès à un téléphone en post-opératoire.
- Pas de présence d'un accompagnant adulte, valide et responsable à la sortie et au domicile en post-opératoire.
- Une durée de transport entre le domicile post-opératoire et l'établissement > ou = à 1 heure.
- Des difficultés de compréhension du patient lors de la consultation pré-opératoire à propos de l'acte, des complications et des consignes post-opératoires.

### **L'avis du service médical**

Deux situations peuvent se présenter :

1) *Le patient remplit au moins un des critères d'éligibilité à une hospitalisation complète :* l'accord du service médical est donné immédiatement par téléphone.

2) *Le patient ne remplit aucun des critères d'éligibilité à une hospitalisation complète :* la demande est transmise auprès du médecin-conseil pour un examen plus approfondi.

Sous réserve de pouvoir contacter le chirurgien et/ou l'anesthésiste, une réponse téléphonique sera apportée dans un délai maximal de 24h (hors week-end).

Dans tous les cas, la CPAM confirme sa décision par un mail à l'établissement hospitalier et la notifie par courrier au patient. En cas de refus, celui-ci est invité à recontacter son chirurgien pour revoir les conditions de son hospitalisation et est informé, le cas échéant, des voies de recours dont il dispose pour contester cette décision.

## 5.1.2 Les incitations de la T2A

Les incitations tarifaires ont connu plusieurs étapes sur la période d'étude.

- a) En 2004, première année de mise en œuvre de la T2A dans le secteur public, la version 9 de la classification des GHM a étendu la CM 24 (comprenant auparavant les séjours de moins d'1 jour) aux séjours d'1 jour. Ainsi, du fait même qu'un tarif identique était alloué aux séjours de 0 jour et aux séjours de 1 jour, situés dans le même GHM, il existait une forte incitation pour les établissements à prendre en charge les patients en ambulatoire plutôt que lors d'une hospitalisation d'1 jour (bien sûr lorsqu'il y a la possibilité de choix, en cas de séjour programmé).

b) En 2007, deux mesures ont été prises :

- L'application de la T2A à 100 % dans le secteur public (alors qu'on était à 50 % en principe sur l'ensemble des tarifs cette année-là, le reste étant alloué sous la forme de la dotation annuelle complémentaire) sur 5 GHM de chirurgie ambulatoire :

**Tableau 4 - Liste des GHM facturés à 100 % en 2007 dans le secteur ex-DG**

24C54Z	Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels : séjours de moins de 2 jours
24C03Z	Interventions sur le cristallin : séjours de moins de 2 jours
24C06Z	Drains transtympaniques : séjours de moins de 2 jours
24C09Z	Ligatures de veines et éveinages : séjours de moins de 2 jours
24C24Z	Circoncisions : séjours de moins de 2 jours

- Un rapprochement uniforme des tarifs de 15 « couples » de GHM (un « couple » signifiant le GHM d'ambulatoire (plus précisément de la CM 24) et le GHM d'hospitalisation correspondant de 2 jours ou plus), dans le secteur public uniquement. L'écart de tarifs entre les 2 membres du « couple » a été réduit de 50 %. Ces 15 « couples », choisis pour leur similitude en termes de contenu médical et de durée de séjour, recouvrent les GHM suivants :

**Tableau 5 - Liste des GHM faisant l'objet de rapprochements tarifaires en 2007 et 2008 dans le secteur ex-DG**

	GHM de la CM 24	GHM d'hospit >1 jour
Canal carpien	24C54Z	01C13Z
Cataracte	24C03Z	02C05Z
Amygdalectomies et adénoïdectomies	24C05Z	03C10Z
Varices	24C09Z	05C17V
Hernies	24C11Z	06C12V
Résections osseuses et ablation de matériel	24C15Z	08C13Z, 08C14Z
Interventions sur la main pour kyste synovial	24C55Z	08C17Z
Interventions sur la main, autres	24C46Z	08C18V
Arthroscopies	24C17Z	08C19Z
Interventions sur les testicules	24C23Z	12C06Z
Circoncisions	24C24Z	12C08Z
Interventions sur la vulve, le vagin, le col	24C27Z	13C08V
Dilatations et curetages	24C28Z	13C12Z
Ligatures tubaires	24C50Z	13C10Z
Affections de la bouche, des dents avec extractions	24K38Z	03K02Z

c) En 2008, le rapprochement des tarifs des 15 « couples » s'est poursuivi, avec modulation selon le degré de similitude à l'intérieur de chaque « couple », toujours dans le secteur public uniquement, par baisse des tarifs des GHM d'hospitalisation de plus d'un jour.

d) En 2009, le champ est élargi à 18 « couples », en tenant compte de la nouvelle version de la classification des GHM, avec fixation du même tarif pour le GHM en J et le GHM de niveau 1 de sévérité, ce qui donne :

**Tableau 6 - Liste des GHM faisant l'objet du « tarif unique » en 2009**

	<b>GHM ambu</b>	<b>GHM d'hospit &gt;=1 jour</b>
Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels	01C13J	01C131
Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	02C05J	02C051
Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans	03C10J	03C101
Ligatures de veines et éveinages	05C17J	05C171
Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans	06C12J	06C121
Autres interventions sur la main	08C44J	08C441
Ménisectomie sous arthroscopie	08C45J	08C451
Autres arthroscopies du genou	08C38J	08C381
Interventions sur les testicules pour des affections non malignes, âge inférieur à 18 ans	12C06J	12C061
Circoncision	12C08J	12C081
Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin	13C08J	13C081
Dilatations et curetages, conisations pour des affections non malignes	13C12J	13C121
Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires	03K02J	03K021
Interventions pour oreilles décollées	03C21J	03C211
Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans	03C14J	03C141
Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans	03C15J	03C151
Interventions sur la région anale et périanale	09C08J	09C081
Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein	09C07J	09C071

Outre les « couples » précédents, moyennant les changements induits par la v11 (par exemple l'éclatement des arthroscopies en plusieurs GHM, la révision des GHM pour les interventions sur la main), on trouve les interventions pour oreilles décollées, les drains transtympaniques, les interventions sur la région anale et périanale, les biopsies et excisions locales pour affections non malignes du sein.

Par contre, sont retirées de la liste les résections osseuses et ablations de matériel, les ligatures tubaires, et du fait des modifications de la classification, certaines arthroscopies et certaines interventions sur la main. À noter aussi que dans la nouvelle liste, seules les interventions sur les testicules chez l'enfant sont prises en compte, pas celles chez les adultes. À l'inverse, seules les hernies chez l'adulte sont intégrées.

Et cette fois, secteur public et secteur privé sont concernés.

- e) En 2010, c'est la même démarche en ajoutant un 19<sup>ème</sup> couple : Interventions réparatrices pour hernies et éventrations, âge inférieur à 18 ans (06C10J).

Il faut noter par ailleurs que parallèlement, une politique de convergence ciblée sur certains GHM, en nombre limité, a été menée, pour rapprocher tarifs du secteur public et tarifs du secteur privé, par diminution du tarif public. Cette politique a conduit à baisser certains tarifs des GHM de chirurgie ambulatoire que nous étudions. Comme cela concerne 2010, cela sort du cadre temporel de l'analyse statistique présentée ci-après, mais ce point peut revêtir une certaine importance lors des entretiens menés dans les établissements lors de la phase d'étude qualitative. Les GHM concernés sont les suivants :

- Canal carpien
- Amygdalectomies/adénoïdectomies
- Drains transtympaniques
- Varices
- Hernies, âge supérieur à 17 ans
- Ménisectomie sous arthroscopie
- Circoncision
- Dilatations et curetages pour affections non malignes
- Extractions dentaires

Au total, l'évolution des tarifs des GHM concernés entre 2004 et 2009 est donnée dans les tableaux suivants, pour respectivement le secteur public et le secteur privé (qui ne commence qu'en 2005). Sont fournis, pour chaque catégorie de GHM concernée, le prix du séjour ambulatoire, le prix des séjours de 2 jours et plus entre 2004 et 2008 (puisqu'entre 2004 et 2008, le GHM de la CM 24 recouvre les séjours de 0 et 1 jour), et le prix des séjours de 1 jour et plus en 2009 (puisqu'on a des GHM spécifiquement ambulatoires ; les tarifs des séjours  $\geq 1$  jour sont ceux du niveau 1 de sévérité).

Comme la classification des GHM a évolué plusieurs fois, sont indiqués sous les tarifs les N° de GHM concernés lorsqu'il y a eu un changement. En 2009, sont indiqués davantage de GHM que ceux de la liste des rapprochements tarifaires pour la chirurgie de la main et les arthroscopies. Pour clarifier la lecture, les GHM de la liste 2007 et 2008 des 15 « couples » sont indiqués en bleu, et les GHM de la liste de 2009 des rapprochements tarifaires sont indiqués en rouge.

Pour certaines interventions, le GHM spécifique a été créé récemment ; aussi, les tarifs indiqués avant l'année de création sont ceux de GHM généraux (ex : pour les oreilles décollées, avant 2009, année de création du GHM d'ambulatoire pour ces actes, c'est le GHM 24C07Z « Affections de la CMD 03 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 03 » qui est retenu).

La liste est plus vaste que celle ayant donné lieu à incitations tarifaires, pour apprécier sur des types d'actes voisins, quel a été le comportement des établissements, et tenir compte par ailleurs de la liste d'actes de la CNAMTS pour la procédure d'accord préalable ; ainsi, sont présents le GHM d'interventions sur les testicules chez l'adulte, certains GHM d'explorations en gynécologie, le GHM de hernies chez l'enfant (ce GHM fait partie de la liste de 2010), et par ailleurs les hémorroïdectomies comme exemple du type d'actes n'ayant fait l'objet d'aucune mesure tarifaire<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> N'est indiqué que le tarif de base ; il existe un autre tarif plus élevé pour les actes effectués avec dispositif médical implantable.

**Tableau 7 - Évolution des tarifs des GHM de chirurgie ambulatoire sélectionnés pour l'étude, dans le secteur ex-DG**

Secteur public	2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	Tarif 0 et 1 jour	Tarif >=2 jours	Tarif 0 et 1 jour	Tarif >=2 jours	Tarif 0 et 1 jour	Tarif >=2 jours	Tarif 0 et 1 jour	Tarif >=2 jours	Tarif 0 et 1 jour	Tarif >=2 jours	Tarif 0 jour	Tarif >=1 jour (niveau 1)
Canal carpien	770	1564,25	710,55	1470,89	716,32	1584,18	773,84	1210,37	745,21	813,73	827,96	827,96
	24C01Z	01C07Z			24C54Z	01C13Z					01C13J	01C131
Cataracte	1650,35	2294,24	1545,64	2214,23	1530,19	2192,09	1664,47	1997,41	1699,35	1637,35	1512,74	1512,74
	24C03Z	02C05Z									02C05J	02C051
Amygdales, VG	865,8	1629,73	822,25	1540	816,05	1524,6	875,13	1231,53	842,75	879,8	786,46	786,46
	24C05Z	03C10Z									03C22J	03C101
Varices	1319,31	1827,39	1261,99	1738,31	1249,37	1720,93	1408	1645,2	1355,91	1400,12	1442,06	1442,06
	24C09Z	05C17V									05C17J	05C171
Hernies <18 ans	1376,3	2268,77	1350,59	2542,87	1337,08	2568,61	1682,98	2584,02	1620,71	2500,86	1492,93	1982,44
	24C11Z	06C10Z									06C10J	06C101
Hernies >17 ans	1376,3	2559,8	1350,59	2368,92	1337,08	2345,23	1682,98	2190,08	1620,71	1924,59	1843,69	1843,69
	24C11Z	06C12V									06C12J	06C121
Résections osseuses	982,21	2413,07 1864,98	944,41	2550,98 1946,16	934,97	2525,47 1926,7	1176,01	2159,86 1647,78	1132,5	2079,95 1586,81	1242,10 1165,15	1995,44 1454,47
	24C15Z	08C13Z 08C14Z									08C13J 08C14J	08C131 08C141
Chir main	1267,17	1655,20 2363,36	1227,41	1772,19 2298,28	1167,21 1501,68	1754,47 2267,39	1178,02 1721,31	1473,42 2106,46	1134,44 1657,62	1418,9 2028,52	1378,82 1478,67 1402,44	2037,31 1871,1 1402,44
	24C16Z	08C17Z 08C18V			24C55Z 24C46Z						08C41J 08C43J 08C44J	08C411 08C431 08C441
Arthroscopies	1407,83	1960,77	1296,63	2028,56	1283,67	2008,28	1430	1794,48	1377,09	1728,09	1593,09 899,35 1385,13	1593,09 2223,67 1385,13
	24C17Z	08C19Z									08C38J 08C40J 08C45J	08C381 08C401 08C451
Chir testicules	1286,57	2227,54 2310	1297,99	2039,76 2157,56	1285,01	2106,18 2194,62	1389,28	1802,33 2207,79	1337,87	1412,2 2136,73	1368,45 989,96	1368,45 1554,93
	24C23Z	12C06Z 12C07Z									12C06J 12C07J	12C061 12C071
Circoncisions	964,02	1702,49	901,98	1721,28	895,27	1751	927,04	1357,47	892,74	1047,04	861,12	861,12
	24C24Z	12C08Z									12C08J	12C081
Chir vagin, vulve, col	767,58	1638,22	704,94	1513,45	697,89	1498,31	822,41	1225,02	791,98	1179,7	921,14	921,14
	24C27Z	13C08V									13C08J	13C081
Dilatations, curetages	888,84	1506,05	854,45	1440,05	845,91	1425,65	917,48	1209,09	827,51	1076,1	889,42	889,42
	24C28Z	13C12Z									13C12J	13C121
Interv coelio gynéco	1338,71	2134,17 1570,32	1297,3	1992,94 1493,61	1296,32	1973,01 1478,68	1338,51	1984,85 1430,23	1288,98	1920,96 1377,31	728,07 1427,73 1160,97 1045,71	2453,43 2615,54 1954,09 1521,61
	24C26Z	13C09Z 13C10Z			24C50Z						13C06J 13C07J 13C09T 13C10T	13C061 13C071 13C091 13C101
Extractions dentaires	1309,61	2052,93	1089,55	1825,95	917,38	1807,69	1039,33	1487,16	1000,88	1033,52	997,19	997,19
	24K06Z	03K02Z			24K38Z						03K02J	03K021
Oreilles décollées	1330,22	2390,03	1302,51	2331,2	1182,78	1772,47	1189,87	1783,11	1151,58	1725,72	1347,17	1347,17
	24C07Z	03C08V				03C21Z					03C21J	03C211
Drains transtympaniques	748,17	2214,21 1911,06	709,04	2397,08 2273,58	700,74	2173 2180,47	704,94	2186,04 2193,55	682,26	2115,68 2122,95	702,08 722,46	702,08 722,46
	24C06Z	03C14Z 03C15Z									03C14J 03C15J	03C141 03C151
Chir anale, péri-anale	944,61	1917,12	916,39	1736,61	872,83	1765,06	878,06	1775,65	849,8	1718,5	1246,25	1246,25
	24C12Z	09C08Z									09C08J	09C081
Chir sein hors K	994,33	1839,51	940,43	1667,91	989,87	1651,23	995,81	1661,14	963,76	1607,68	1311,66	1311,66
	24C19Z	09C07Z			24C47Z						09C07J	09C071
Hémorroïdes	944,61	2209,36	916,39	2025,51	985,25	2060,42	991,16	2072,78	959,26	2006,07	1130,43	2032,99
	24C12Z	06C14V			24C45Z						06C19J	06C191

**Tableau 8 - Évolution des tarifs des GHM de chirurgie ambulatoire sélectionnés pour l'étude, dans le secteur ex-OQN**

Secteur privé	2005		2006		2007		2008		2009	
	Tarif 0 et 1 jour	Tarif >=2 jours	Tarif 0 et 1 jour	Tarif >=2 jours	Tarif 0 et 1 jour	Tarif >=2 jours	Tarif 0 et 1 jour	Tarif >=2 jours	Tarif 0 jour	Tarif >=1 jour (niveau 1)
Canal carpien	445,19	726,22	449,77	768,86	454,26	776,55	456,54	780,43	466,28	466,28
	24C01Z	01C07Z	24C54Z	01C13Z					01C13J	01C13I
Cataracte	1064,06	1215,44	1053,09	1202,7	1063,62	1214,73	1068,94	1220,8	993,45	993,45
	24C03Z	02C05Z							02C05J	02C05I
Amygdales, VG	391,69	560,02	387,91	553,84	391,79	559,38	393,75	562,18	384,35	384,35
	24C05Z	03C10Z							03C22J	03C10I
Varices	624,35	915,12	666,28	965,89	672,94	975,55	676,3	980,43	791,17	791,17
	24C09Z	05C17V							05C17J	05C17I
Hernies <18 ans	631,74	857,31	668,24	853,13	674,92	861,66	678,3	865,97	517,86	884,33
	24C11Z	06C10Z							06C10J	06C10I
Hernies >17 ans	631,74	1030,08	668,24	1119,67	674,92	1130,86	678,3	1136,52	1186,15	1186,15
	24C11Z	06C12V							06C12J	06C12I
Résections osseuses	387,73	1010,27 819,97	387,85	1008,5 830,53	391,73	1018,58 837,21	393,69	1023,68 841,4	328,46 414,31	1029,43 762,61
	24C15Z	08C13Z 08C14Z							08C13J 08C14J	08C13I 08C14I
Chir main	574,4	768,18 993,39	532,68 778,56	762,71 1020,67	534,15 780,71	765,76 1019,42	536,82 784,61	769,59 1024,52	549,59 626,34 614,13	957,49 903,66 614,13
	24C16Z	08C17Z 08C18V	24C55Z 24C46Z						08C41J 08C43J 08C44J	08C41I 08C43I 08C44I
Arthroscopies	601,17	815,22	601,05	856,91	604,07	817,41	607,09	821,49	729,46 581,48 627,26	729,46 1171,63 627,26
	24C17Z	08C19Z							08C38J 08C40J 08C45J	08C38I 08C40I 08C45I
Chir testicules	500,95	740,77 780,69	498,53	737,81 780,22	503,52	745,19 788,03	506,03	748,92 791,97	569,39 352,28	569,39 794,27
	24C23Z	12C06Z 12C07Z							12C06J 12C07J	12C06I 12C07I
Circoncisions	376,79	636,64	373,89	633,17	377,63	639,5	379,52	642,7	370,77	370,77
	24C24Z	12C08Z							12C08J	12C08I
Chir vagin, vulve, col	325,47	696,71	322,62	690,17	325,84	697,07	327,47	700,56	400,99	400,99
	24C27Z	13C08V							13C08J	13C08I
Dilatations, curetages	382,01	631,58	377,59	625,8	381,36	632,05	382,17	635,21	399,53	399,53
	24C28Z	13C12Z							13C12J	13C12I
Interv coelio gynéco	382,5	861,06 830,92	661,36	849,39 821,35	667,97	857,88 829,56	671,31	862,17 833,71	391,86 752,84 602,04 640,50	1201,54 1133,09 896,34 830,02
	24C26Z	13C09Z 13C10Z	24C50Z						13C06J 13C07J 13C09T 13C10T	13C06I 13C07I 13C09I 13C10I
Extractions dentaires	423,43	586,54	410,44	580,13	414,55	585,93	416,62	588,86	431,67	431,67
	24K06Z	03K02Z	24K38Z						03K02J	03K02I
Oreilles décollées	555,46	1042,68	465,22	681,86	469,87	688,68	472,22	692,12	561,72	561,72
	24C07Z	03C08V		03C21Z					03C21J	03C21I
Drains transtympaniques	465,8	787,06 827,27	459,09	778,33 816,89	463,68	786,11 825,06	466	790,04 829,19	468,72 397,73	468,72 397,73
	24C06Z	03C14Z 03C15Z							03C14J 03C15J	03C14I 03C15I
Chir anale, péri-anale	436,72	745,45	454,71	738,19	459,25	745,57	461,55	749,3	562,08	562,08
	24C12Z	09C08Z							09C08J	09C08I
Chir sein hors K	413,9	689	483,19	683,53	488,02	690,36	490,46	693,81	557,91	557,91
	24C19Z	09C07Z	24C47Z						09C07J	09C07I
Hémorroïdes	436,72	886,46	437,32	921,23	441,69	930,44	443,9	935,09	367,72	985,47
	24C12Z	06C14V	24C45Z						06C19J	06C19I

On notera à ce stade que :

- Les incitations tarifaires ont été constantes sur la période d'étude, avec toutefois des modifications des listes de GHM concernés dans le temps ;
- Pendant très longtemps, seul le secteur public a été visé (en dehors du principe important de rémunérer au même prix les séjours de 0 et 1 jour, via la CM 24, principe qui concernait aussi le secteur privé) ;
- Il n'y a pas totale correspondance entre les GHM ciblés par les incitations et la liste d'actes de la CNAMTS pour la procédure d'accord préalable ; du reste, à partir du moment où on parle GHM d'un côté, et actes de l'autre, il est difficile d'avoir une correspondance aisée, mais la liste de la CNAMTS aborde certains actes non visés par la politique de rapprochement tarifaire des « couples » de GHM : chirurgie du strabisme, de la conjonctive... elle ne comprend pas par contre les amygdalectomies ;
- L'incitation se construit davantage en termes relatifs (prix du séjour ambulatoire versus prix du séjour en hospitalisation complète) que par comparaison aux coûts. Le fait est que les établissements ont plus facilement comme repère les tarifs respectifs des séjours (ambulatoire/hospitalisation) que la différence tarifs-coûts.

## ***5.2 Analyse statistique***

### ***5.2.1 Exploitations réalisées***

L'analyse a été réalisée à partir de l'extraction des séjours ayant un des codes actes correspondant à l'une des 19 catégories d'interventions analysées dans cette étude, au sein des bases PMSI nationales publiques (hors PSPH) et privées (hors établissements à but non lucratif) des années 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 et 2009, fournies par la DREES, groupées en versions 9 ou 10 de la classification selon les années (2009 n'est pas groupé en version 11).

Pour comparer secteur public et secteur privé, il a été choisi de retirer de l'analyse les établissements à but non lucratif.

Les 19 catégories d'actes ont été sélectionnées sur la base des GHM ayant fait l'objet d'incitations tarifaires à un moment ou un autre de la période d'étude, plus le GHM d'hémorroïdectomies. Comme il est arrivé que les GHM connaissent un éclatement entre plusieurs groupes au fur et à mesure de l'amélioration des classifications, a été prise ici une définition assez large des catégories d'actes : ce sont tous les actes (CCAM et CDAM en 2004 et 2005) présents dans l'algorithme de groupage et menant dans l'un des GHM étudiés. Pour les hernies, ont été distinguées les interventions chez l'adulte et chez l'enfant (avec la frontière d'âge de 18 ans, qui est celle de l'algorithme de la classification des GHM). Pour les biopsies et excisions locales du sein, ont été retirés les séjours où le diagnostic de cancer était indiqué en diagnostic principal ou diagnostic relié (codes CIM commençant par C ou D), pour se concentrer sur les affections non malignes.

La liste d'actes est donc plus large que celle qui aurait été prise si on avait regardé seulement les GHM concernés en 2009 par les rapprochements tarifaires. Cela permet d'avoir dans l'analyse à la fois des GHM ayant peu été modifiés et ayant fait l'objet de mesures incitatives tout au long de la période (canal carpien, cataracte, varices...), des GHM au contenu

complexe et ayant fait l'objet de fortes modifications de contenu avec des mesures incitatives différenciées (chirurgie de la main, arthroscopies, gynécologie...), des GHM non concernés par les mesures incitatives (hémorroïdectomies).

À dire vrai, comme indiqué au début, tous les actes de chirurgie ambulatoire ont connu une incitation du fait même que les séjours de 0 et de 1 jour étaient placés dans le même GHM de la CM 24. Toutefois, la politique de rapprochement tarifaire plus ambitieuse n'a débuté qu'en 2007, sur un nombre limité de GHM, et la politique de « tarif unique » a été initiée encore plus récemment.

Du fait de cette approche par liste d'actes, rendue nécessaire par l'évolutivité de la classification, cette exploitation donne des résultats éventuellement différents de ceux que donnerait une analyse stricte des GHM visés, une forte proportion de séjours se retrouvant dans certains cas dans d'autres GHM que les GHM « naturels » (cf. annexe 2). On peut notamment citer les exemples des amygdalectomies/adénoïdectomies (en raison de la fréquence de l'acte associé : drains transtympaniques), de la chirurgie de la main (multiples GHM concernés) ; les interventions pour hernies et interventions sur les testicules sont parfois réalisées dans le même séjour, avec accueil dans l'un ou l'autre des GHM ; le cas des extractions dentaires est encore plus frappant puisque la majorité des séjours se trouve dans un autre GHM que celui ayant fait l'objet de la politique de « tarif unique » : 24K15Z « Affections de la CMD 03 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 03, avec anesthésie » (et non le 24K38Z « Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires sans anesthésie : séjours de moins de 2 jours »). On aurait pu centrer l'analyse sur les actes sans anesthésie, mais il nous a paru pertinent d'élargir ainsi cette catégorie d'actes.

Un inconvénient de cette approche pourrait être de sélectionner des séjours au contenu complexe, où l'un des actes réalisés relèverait d'une catégorie étudiée au titre de l'ambulatoire, mais où d'autres actes seraient réalisés, interdisant la prise en charge ambulatoire. Ce point a été vérifié lors de l'analyse (annexe 2) : il s'avère que le taux de séjours sans autre acte classant que celui de la liste étudiée est élevé (supérieure à 80 % pour la plupart des catégories d'actes) et surtout diffère peu entre les séjours de 0 jour et les séjours de 1 ou 2 jours. Les autres actes relèvent par ailleurs de la même sphère d'intervention que l'acte principal étudié.

Pour chaque catégorie d'actes analysée, la DREES a fourni un fichier par année et par secteur (public ou privé).

Les exploitations ont suivi le cheminement suivant :

### *Étape 1 - Nettoyage des fichiers*

Le champ « durée de séjour » a été corrigé dans chaque fichier.

Pour de nombreux séjours ambulatoires, le champ durée de séjour avait en effet pour valeur « . » ; afin de permettre l'analyse, il a fallu remplacer ces valeurs par « 0 ».

## ***Étape 2 - Construction d'un fichier FINESS exhaustif***

Les établissements de santé sont identifiés par un numéro FINESS dans les bases PMSI. Ces codes FINESS peuvent évoluer chaque année : fermeture d'établissement, regroupement d'établissements, ...

À partir du fichier FINESS national de l'année 2009, un fichier exhaustif a été constitué de façon à prendre en compte l'ensemble des établissements publics et privés de chaque année.

## ***Étape 3 - Constitution des bases « Hospitalisation » et « Ambulatoire »***

Les bases « Ambulatoire » ont été constituées pour chaque année et pour chaque acte par la sélection des séjours classés dans la CM 24 et dont la durée de séjour était égale à 0.

Les bases « Hospitalisation » ont été constituées pour chaque année et pour chaque acte par la sélection des séjours dont la durée de séjour était supérieure à 0.

Ont donc été écartés de l'analyse, l'ensemble des séjours dont la durée était égale à 0 et qui n'étaient pas classés en CM 24. Il s'agit de séjours classés en CM 90 (code erreur) et des séjours classés en CMD 28 (séances).

À partir de ces bases, pour chacune des 19 catégories d'actes, ont été effectués les tris suivants (voir annexe 2 pour l'ensemble des résultats) :

- Évolution de l'activité entre 2004 et 2009, par secteur, en ambulatoire d'une part, en hospitalisation d'autre part, et évolution du taux de prise en charge ambulatoire.
- Identification des GHM concernés en ambulatoire et en hospitalisation.
- Répartition des séjours non ambulatoire selon la durée de séjour : 1 jour, 2 jours, 3 jours, plus de 3 jours.
- Recherche de la présence d'autres actes classants que ceux de notre liste d'actes, selon la durée de séjour, pour identifier le taux de séjours courts (1 ou 2 jours, voire 3 jours) ne présentant pas d'autres actes classants.
- Liste des principaux autres actes classants en hospitalisation de courte durée (1, 2 ou 3 jours) :  
À noter qu'un même séjour peut contenir plusieurs actes classants ; dans ces cas, le tableau présentant les fréquences d'actes classants comprennent des doubles comptes en termes de séjours.
- Distribution par âge selon que le patient est pris en charge en ambulatoire ou non.
- Proportion d'établissements dépassant 80 % de taux d'ambulatoire.

### ***5.2.2 Synthèse des résultats***

Le tableau des pages suivantes récapitule les évolutions sur les 19 catégories d'actes entre 2004 et 2009 dans les deux secteurs (détail en annexe 2).

On constate des évolutions assez importantes du taux de chirurgie ambulatoire pour certaines catégories. Globalement, si on prend tous actes confondus, on a les données suivantes :

**Tableau 9 - Évolution du taux de chirurgie ambulatoire sur les 19 catégories d'actes étudiées entre 2004 et 2009 dans les deux secteurs**

% Ambu sur total, Tous actes confondus	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Évolution 2009/2004 du % Ambu
<b>Public</b>	34,6 %	36,1 %	37,8 %	40,6 %	45,2 %	49,9 %	44,4 %
<b>Privé</b>	50,2 %	54,6 %	57,8 %	59,6 %	62,9 %	68,3 %	36,2 %
<b>TOTAL</b>	45,9 %	49,6 %	52,3 %	54,2 %	57,8 %	62,9 %	36,9 %

Il y a donc, malgré l'hétérogénéité des actes en termes de contenu, une évolution globale positive et régulière du taux d'ambulatoire entre 2004 et 2009, de 45,9 % à 62,9 % du total des séjours concernés, soit une augmentation d'un peu plus d'un tiers.

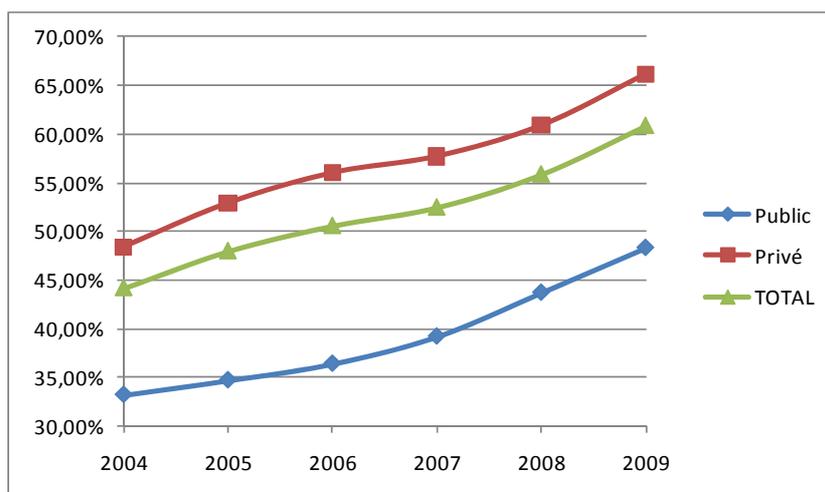
Cette augmentation s'observe aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé, mais ce dernier garde une « avance » sur le secteur public : le taux du secteur privé est supérieur de 45 % en 2004 et de 37 % en 2009 ; de fait, le taux d'évolution est un peu plus fort dans le secteur public sur la période (dernière colonne) ; il y a un effet de rattrapage.

L'évolution est assez constante sur la période en secteur privé, lorsqu'on raisonne globalement, avec toutefois une accélération en 2009. Dans le secteur public, l'accélération a débuté en 2007-2008 :

**Tableau 9bis - Taux d'évolution du taux de chirurgie ambulatoire sur les 19 catégories d'actes dans les deux secteurs**

	Évolution 2005/2004	Évolution 2006/2005	Évolution 2007/2006	Évolution 2008/2007	Évolution 2009/2008
<b>Public</b>	4,34 %	4,71 %	7,41 %	11,33 %	10,40 %
<b>Privé</b>	8,76 %	5,86 %	3,11 %	5,54 %	8,59 %
<b>TOTAL</b>	8,06 %	5,44 %	3,63 %	6,64 %	8,82 %

**Graphique 1 - Évolution du taux de chirurgie ambulatoire pour les 19 catégories d'actes analysés entre 2004 et 2009**



Par catégorie d'actes, on note une évolution assez régulière sur la période ou une stabilité, mais une accélération notable et récente (depuis 2007-2008) pour les varices et les hernies chez l'adulte (même si le taux est encore faible pour ce dernier cas).

**Tableau 10 - Évolution détaillée de l'activité en ambulatoire et en hospitalisation complète pour les 19 catégories d'actes étudiées, dans les deux secteurs, entre 2004 et 2009**

	2004			2005			2006			2007			2008			2009			Evolution 2009/2004 du % Ambu sur total
	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	
<b>Cataracte</b>																			
Public	31 253	58 856	34,7%	34 345	57 397	37,4%	39 452	55 549	41,5%	50 195	51 067	49,6%	67 705	40 681	62,5%	89 919	32 841	73,2%	111,2%
Privé	206 442	191 962	51,8%	241 378	174 176	58,1%	271 628	161 089	62,8%	290 026	149 614	66,0%	321 070	127 670	71,5%	371 765	98 914	79,0%	52,4%
TOTAL	237 695	250 818	48,7%	275 723	231 573	54,4%	311 080	216 638	58,9%	340 221	200 681	62,9%	388 775	168 351	69,8%	461 684	131 755	77,8%	59,9%
<b>Canal carpien</b>																			
Public	21 955	9 094	70,7%	25 746	9 809	72,4%	26 542	9 956	72,7%	27 347	9 685	73,8%	31 179	9 328	77,0%	33 004	9 128	78,3%	10,8%
Privé	87 350	22 966	79,2%	102 353	24 622	80,6%	100 604	22 134	82,0%	97 374	20 616	82,5%	102 157	19 653	83,9%	106 127	18 085	85,4%	7,9%
TOTAL	109 305	32 060	77,3%	128 099	34 431	78,8%	127 146	32 090	79,8%	124 721	30 301	80,5%	133 336	28 981	82,1%	139 131	27 213	83,6%	8,2%
<b>Chir main</b>																			
Public	44 229	49 781	47,0%	48 683	49 088	49,8%	50 530	48 461	51,0%	52 028	47 153	52,5%	57 599	46 315	55,4%	60 139	45 349	57,0%	21,2%
Privé	152 392	54 936	73,5%	184 162	53 978	77,3%	187 849	49 350	79,2%	184 814	47 204	79,7%	190 722	45 780	80,6%	196 818	43 311	82,0%	11,5%
TOTAL	196 621	104 717	65,2%	232 845	103 066	69,3%	238 379	97 811	70,9%	236 842	94 357	71,5%	248 321	92 095	72,9%	256 957	88 660	74,3%	13,9%
<b>Amygdales-VG</b>																			
Public	19 457	19 529	49,9%	19 782	19 064	50,9%	19 310	19 388	49,9%	19 715	19 964	49,7%	18 610	19 483	48,9%	18 906	18 524	50,5%	1,2%
Privé	89 269	45 615	66,2%	95 314	44 752	68,0%	88 647	42 569	67,6%	86 069	41 803	67,3%	74 294	37 613	66,4%	73 931	34 973	67,9%	2,6%
TOTAL	108 726	65 144	62,5%	115 096	63 816	64,3%	107 957	61 957	63,5%	105 784	61 767	63,1%	92 904	57 096	61,9%	92 837	53 497	63,4%	1,5%
<b>Hernies chez l'enfant</b>																			
Public	5 858	8 116	41,9%	6 292	8 337	43,0%	6 369	8 747	42,1%	6 659	8 522	43,9%	7 263	7 902	47,9%	7 633	7 123	51,7%	23,4%
Privé	3 312	4 460	42,6%	3 542	4 232	45,6%	3 499	3 728	48,4%	3 645	3 461	51,3%	3 691	2 929	55,8%	3 496	2 483	58,5%	37,2%
TOTAL	9 170	12 576	42,2%	9 834	12 569	43,9%	9 868	12 475	44,2%	10 304	11 983	46,2%	10 954	10 831	50,3%	11 129	9 606	53,7%	27,3%
<b>Hernies chez l'adulte</b>																			
Public	1 993	64 947	3,0%	2 412	66 512	3,5%	2 795	67 848	4,0%	3 890	68 061	5,4%	5 993	68 357	8,1%	9 316	67 115	12,2%	309,4%
Privé	4 035	115 180	3,4%	4 427	116 283	3,7%	4 995	113 939	4,2%	5 888	112 273	5,0%	7 736	109 047	6,6%	13 965	102 585	12,0%	254,0%
TOTAL	6 028	180 127	3,2%	6 839	182 795	3,6%	7 790	181 787	4,1%	9 778	180 334	5,1%	13 729	177 404	7,2%	23 281	169 700	12,1%	272,6%
<b>Varices</b>																			
Public	2 238	21 335	9,5%	2 675	20 378	11,6%	3 374	20 880	13,9%	4 789	19 104	20,0%	6 879	16 023	30,0%	10 818	12 349	46,7%	391,8%
Privé	26 924	88 667	23,3%	29 576	81 177	26,7%	31 498	77 190	29,0%	31 792	70 167	31,2%	37 062	57 353	39,3%	51 788	39 445	56,8%	143,7%
TOTAL	29 162	110 002	21,0%	32 251	101 555	24,1%	34 872	98 070	26,2%	36 581	89 271	29,1%	43 941	73 376	37,5%	62 606	51 794	54,7%	161,2%
<b>Réssections osseuses et ablation matériel</b>																			
Public	22 094	48 360	31,4%	22 637	46 105	32,9%	24 767	45 347	35,3%	27 706	45 091	38,1%	29 667	43 807	40,4%	32 811	43 398	43,1%	37,3%
Privé	24 302	31 502	43,5%	29 245	30 621	48,9%	34 460	30 306	53,2%	34 454	29 141	54,2%	34 981	28 096	55,5%	38 085	27 328	58,2%	33,7%
TOTAL	46 396	79 862	36,7%	51 882	76 726	40,3%	59 227	75 653	43,9%	62 160	74 232	45,6%	64 648	71 903	47,3%	70 896	70 726	50,1%	36,2%
<b>Arthroscopies</b>																			
Public	9 639	24 439	28,3%	10 541	25 747	29,0%	12 006	26 358	31,3%	13 647	25 736	34,7%	16 429	24 319	40,3%	19 675	23 585	45,5%	60,8%
Privé	49 199	89 611	35,4%	52 663	91 563	36,5%	57 799	84 669	40,6%	63 248	80 326	44,1%	72 249	73 428	49,6%	82 936	66 914	55,3%	56,2%
TOTAL	58 838	114 050	34,0%	63 204	117 310	35,0%	69 805	111 027	38,6%	76 895	106 062	42,0%	88 678	97 747	47,6%	102 611	90 499	53,1%	56,1%
<b>Circoncisions</b>																			
Public	17 056	6 371	72,8%	18 138	6 418	73,9%	18 955	6 124	75,6%	20 303	5 818	77,7%	23 005	5 527	80,6%	24 566	5 052	82,9%	13,9%
Privé	49 463	7 239	87,2%	52 718	6 165	89,5%	54 572	5 200	91,3%	56 733	4 778	92,2%	58 392	4 406	93,0%	59 876	3 929	93,8%	7,6%
TOTAL	66 519	13 610	83,0%	70 856	12 583	84,9%	73 527	11 324	86,7%	77 036	10 596	87,9%	81 397	9 933	89,1%	84 442	8 981	90,4%	8,9%
<b>Chir testicules</b>																			
Public	6 410	16 483	28,0%	7 332	17 653	29,3%	8 124	18 276	30,8%	8 625	17 859	32,6%	9 750	17 797	35,4%	10 888	17 293	38,6%	38,0%
Privé	5 637	19 780	22,2%	6 584	19 810	24,9%	6 988	18 717	27,2%	7 405	17 657	29,5%	8 009	17 055	32,0%	8 372	15 934	34,4%	55,3%
TOTAL	12 047	36 263	24,9%	13 916	37 463	27,1%	15 112	36 993	29,0%	16 030	35 516	31,1%	17 759	34 852	33,8%	19 260	33 227	36,7%	47,2%

	2004			2005			2006			2007			2008			2009			Evolution 2009/2004 du % Ambu sur total
	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	
<b>Hémorroïdectomies</b>																			
Public	589	6 642	8.1%	752	6 621	10.2%	843	6 801	11.0%	921	6 968	11.7%	1 045	6 836	13.3%	1 122	6 803	14.2%	73.8%
Privé	3 469	22 514	13.4%	5 497	22 411	19.7%	7 289	22 907	24.1%	4 973	22 106	18.4%	4 616	22 669	16.9%	4 956	22 118	18.3%	37.1%
TOTAL	4 058	29 156	12.2%	6 249	29 032	17.7%	8 132	29 708	21.5%	5 894	29 074	16.9%	5 661	29 505	16.1%	6 078	28 921	17.4%	42.1%
<b>Chir zone anale et péri-anale</b>																			
Public	1 718	16 614	9.4%	1 989	18 788	9.6%	2 383	20 428	10.4%	2 684	20 837	11.4%	3 233	22 150	12.7%	4 046	22 925	15.0%	60.1%
Privé	6 937	30 689	18.4%	8 466	33 557	20.1%	9 895	34 263	22.4%	9 817	33 825	22.5%	10 630	33 667	24.0%	12 019	33 301	26.5%	43.8%
TOTAL	8 655	47 303	15.5%	10 455	52 345	16.6%	12 278	54 691	18.3%	12 501	54 662	18.6%	13 863	55 817	19.9%	16 065	56 226	22.2%	43.7%
<b>Chir vulve, vagin, col utérus</b>																			
Public	5 999	10 977	35.3%	6 317	11 326	35.8%	7 020	11 123	38.7%	7 149	11 313	38.7%	7 728	11 189	40.9%	7 898	11 113	41.5%	17.6%
Privé	12 834	10 579	54.8%	14 861	9 841	60.2%	15 827	9 183	63.3%	12 576	8 742	59.0%	11 829	8 129	59.3%	12 273	7 860	61.0%	11.2%
TOTAL	18 833	21 556	46.6%	21 178	21 167	50.0%	22 847	20 306	52.9%	19 725	20 055	49.6%	19 557	19 318	50.3%	20 171	18 973	51.5%	10.5%
<b>Dilatations et curetages</b>																			
Public	9 035	13 596	39.9%	8 636	11 939	42.0%	9 429	11 626	44.8%	10 932	11 307	49.2%	12 241	10 312	54.3%	13 187	9 052	59.3%	48.5%
Privé	16 936	17 430	49.3%	13 491	15 649	46.3%	16 398	11 756	58.2%	16 666	10 609	61.1%	16 199	9 173	63.8%	17 404	7 837	69.0%	39.9%
TOTAL	25 971	31 026	45.6%	22 127	27 588	44.5%	25 827	23 382	52.5%	27 598	21 916	55.7%	28 440	19 485	59.3%	30 591	16 889	64.4%	41.4%
<b>Interventions coelio et laparo gynéco</b>																			
Public	1 761	46 558	3.6%	2 371	51 626	4.4%	2 502	51 581	4.6%	2 472	51 342	4.6%	3 156	52 693	5.7%	3 561	52 249	6.4%	75.1%
Privé	874	55 896	1.5%	1 318	58 458	2.2%	1 240	55 061	2.2%	1 356	52 989	2.5%	1 567	50 794	3.0%	1 967	49 004	3.9%	150.7%
TOTAL	2 635	102 454	2.5%	3 689	110 084	3.2%	3 742	106 642	3.4%	3 828	104 331	3.5%	4 723	103 487	4.4%	5 528	101 253	5.2%	106.5%
<b>Drains transtympaniques</b>																			
Public	11 518	2 116	84.5%	12 560	2 033	86.1%	13 257	2 009	86.8%	13 860	1 876	88.1%	13 687	1 853	88.1%	14 275	1 924	88.1%	4.3%
Privé	60 280	3 407	94.7%	68 723	2 475	96.5%	65 500	1 885	97.2%	65 302	1 836	97.3%	58 423	1 509	97.5%	59 873	1 470	97.6%	3.1%
TOTAL	71 798	5 523	92.9%	81 283	4 508	94.7%	78 757	3 894	95.3%	79 162	3 712	95.5%	72 110	3 362	95.5%	74 148	3 394	95.6%	3.0%
<b>Oreilles décollées</b>																			
Public	1 209	2 637	31.4%	1 120	2 596	30.1%	1 200	2 565	31.9%	1 272	2 611	32.8%	1 362	2 529	35.0%	1 377	2 433	36.1%	15.0%
Privé	3 139	6 642	32.1%	3 263	6 189	34.5%	3 625	6 163	37.0%	3 522	6 179	36.3%	3 677	5 906	38.4%	3 792	5 576	40.5%	26.1%
TOTAL	4 348	9 279	31.9%	4 383	8 785	33.3%	4 825	8 728	35.6%	4 794	8 790	35.3%	5 039	8 435	37.4%	5 169	8 009	39.2%	22.9%
<b>Extractions dentaires</b>																			
Public	23 666	21 656	52.2%	24 549	21 668	53.1%	27 301	20 304	57.3%	29 505	19 317	60.4%	34 559	16 898	67.2%	39 158	14 085	73.5%	40.8%
Privé	120 798	96 638	55.6%	141 603	82 515	63.2%	155 937	66 321	70.2%	163 590	58 998	73.5%	175 596	48 692	78.3%	195 271	27 809	87.5%	57.6%
TOTAL	144 464	118 294	55.0%	166 152	104 183	61.5%	183 238	86 625	67.9%	193 095	78 315	71.1%	210 155	65 590	76.2%	234 429	41 894	84.8%	54.3%
<b>Biopsies et excisions locales sein</b>																			
Public	350	2 001	14.9%	477	2 578	15.6%	486	2 211	18.0%	396	1 788	18.1%	459	1 536	23.0%	462	1 330	25.8%	73.2%
Privé	462	2 138	17.8%	719	2 312	23.7%	851	1 775	32.4%	715	1 407	33.7%	711	1 251	36.2%	806	1 122	41.8%	135.3%
TOTAL	812	4 139	16.4%	1 196	4 890	19.7%	1 337	3 986	25.1%	1 111	3 195	25.8%	1 170	2 787	29.6%	1 268	2 452	34.1%	107.8%

Il faut rappeler que les volumes de séjours sont plus importants dans le secteur privé (tableau 11) : en 2009, on compte, sur les 19 catégories d'actes, 1,73 millions de séjours en ambulatoire au total dont 76,5 % dans le secteur privé, et 1,11 millions de séjours d'une nuitée ou plus, dont 60,8 % dans le secteur privé. Le secteur public récupère cependant des parts de marché dans ces domaines chirurgicaux puisque ces proportions de séjours réalisées en secteur privé étaient plus élevées en 2004 : 79,5 % en ambulatoire et 67,3 % en hospitalisation. Il reste qu'en volume, l'augmentation du nombre de séjours en ambulatoire est nettement plus importante dans le secteur privé : +557 000 séjours contre +165 000 dans le secteur public.

**Tableau 11 - Évolution des volumes de séjours sur les 19 catégories d'actes étudiées entre 2004 et 2009 dans les deux secteurs**

Volumes de séjours en Ambu, Tous actes confondus	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Public</b>	238 027	257 354	276 645	304 095	351 549	402 761
<b>Privé</b>	924 054	1 059 903	1 119 101	1 139 965	1 193 611	1 315 520
<b>TOTAL</b>	1 162 081	1 317 257	1 395 746	1 444 060	1 545 160	1 718 281

Globalement, les volumes de séjours sur le champ étudié évoluent de 8 % entre 2004 et 2009, mais avec des fortes disparités d'évolution entre catégories d'actes : plus de 20 % d'évolution pour la cataracte, la chirurgie de la zone anale et péri-anale, entre 10 % et 20 % pour le canal carpien, la chirurgie de la main, les arthroscopies, les ablations de matériel, les circoncisions, et à l'inverse, diminution de plus de 10 % pour les varices, les amygdalectomies/adénoïdectomies, les dilatations et curetages, les biopsies et excisions locales du sein.

Ces évolutions différenciées des volumes de séjours sont à intégrer dans l'analyse du taux de chirurgie ambulatoire : il n'est pas équivalent de voir s'accroître ce taux à volume constant ou en baisse (comme les varices) ou à volume en forte augmentation (comme les cataractes).

À noter que les taux observés dans ce tableau par catégorie d'actes diffèrent un peu de ceux notés par l'ATIH sur les 18 racines de chirurgie ambulatoire ayant fait l'objet de la politique du « tarif unique » (rapport T2A pour le Parlement, octobre 2010), puisque l'ATIH a analysé ces évolutions au niveau du GHM.

Le tableau suivant reprend cette comparaison pour les groupes communs aux deux approches. Les différences s'expliquent aisément par les différences de méthode : dans notre analyse, nous recrutons forcément davantage de séjours puisque l'approche par catégorie d'actes intègre d'autres séjours que ceux présents dans le GHM « naturel ». Cela ne signifie pas forcément que le taux d'ambulatoire soit systématiquement plus bas dans notre approche. L'annexe 2 indique dans quels GHM sont répartis ces séjours dans notre analyse.

À noter une autre différence : l'absence des établissements à but non lucratif dans notre étude. Les principaux écarts portent sur :

- les arthroscopies : mais les GHM ont été fortement modifiés en 2009,
- la chirurgie des testicules : nous avons pris à la fois adultes et enfants, alors que l'ATIH n'intègre que le GHM pour les enfants,

- les hernies chez l'adulte : notre méthode recrute les séjours dans la racine 06C12 (hernies inguinales et crurales) mais aussi dans la racine 06C11 (autres hernies).

Les taux d'évolution 2009/2008 ont aussi été comparés et sont très proches entre les deux analyses.

**Tableau 12 - Comparaison des taux d'ambulatoire 2009 entre la présente analyse par catégorie d'actes et l'analyse par GHM (ATIH, octobre 2010)**

Année 2009	% Ambu sur total dans la présente analyse	% de séjours dans le GHM en J (exploitation ATIH, rapport T2A d'oct. 2010)	
<b>Cataracte</b>		02C05	
Public	73,2%	77,60%	
Privé	79,0%	79,70%	
<b>Canal carpien</b>		01C13	
Public	78,3%	84,90%	
Privé	85,4%	89,80%	
<b>Chir main</b>		08C44 (seulement 1 GHM sur 3)	
Public	57,0%	53,10%	
Privé	82,0%	83,60%	
<b>Amygdales-VG</b>		03C10	
Public	50,5%	55,20%	
Privé	67,9%	66,80%	
<b>Hernies chez l'adulte</b>		06C12	
Public	12,2%	20,50%	
Privé	12,0%	17,30%	
<b>Varices</b>		05C17	
Public	46,7%	51,90%	
Privé	56,8%	57,90%	
<b>Arthroscopies</b>		08C45 (ménisectomie)	08C38 (autres genou)
Public	45,5%	71,70%	52,40%
Privé	55,3%	81,60%	70,10%
<b>Circoncisions</b>		12C08	
Public	82,9%	90,40%	
Privé	93,8%	96,40%	
<b>Chir testicules</b>		12C06 (enfant)	
Public	38,6%	56%	
Privé	34,4%	59,60%	
<b>Chir zone anale et péri-anale</b>		09C08	
Public	15,0%	19,40%	
Privé	26,5%	30,70%	
<b>Chir vulve, vagin, col utérus</b>		13C08	
Public	41,5%	49,30%	
Privé	61,0%	68,20%	
<b>Dilatations et curetages</b>		13C12	
Public	59,3%	67,80%	
Privé	69,0%	78,50%	
<b>Drains transtympaniques</b>		03C14 (enfant)	03C15 (adulte)
Public	88,1%	95,30%	84,40%
Privé	97,6%	99,60%	94,90%
<b>Oreilles décollées</b>		03C21	
Public	36,1%	38,30%	
Privé	40,5%	40%	
<b>Extractions dentaires</b>		03K02	
Public	73,5%	82%	
Privé	87,5%	88,80%	
<b>Biopsies et excisions locales sein</b>		09C07	
Public	25,8%	34,80%	
Privé	41,8%	47,30%	

## Deux exemples d'écarts liés aux évolutions de l'algorithme de la classification des GHM

### Arthroscopies

Dans les versions 9 et 10 de la classification, existaient 2 GHM pour les arthroscopies :

24C17Z : Arthroscopies : séjours de moins de 2 jours

08C19Z : Arthroscopies

Pour qu'un séjour soit orienté dans l'un de ces GHM, il fallait un acte de la liste A-076.

Dans la version 11, outre la disparition de la CM 24 et la création des niveaux de sévérité et des GHM en J (ambulatoire), les arthroscopies ont maintenant 3 racines distinctes (soit 15 GHM) :

08C38 : Autres arthroscopies du genou (liste d'actes A-277)

08C40 : Arthroscopies d'autres localisations (liste d'actes A-279)

08C45 : Ménisectomie sous arthroscopie (liste d'actes A-284)

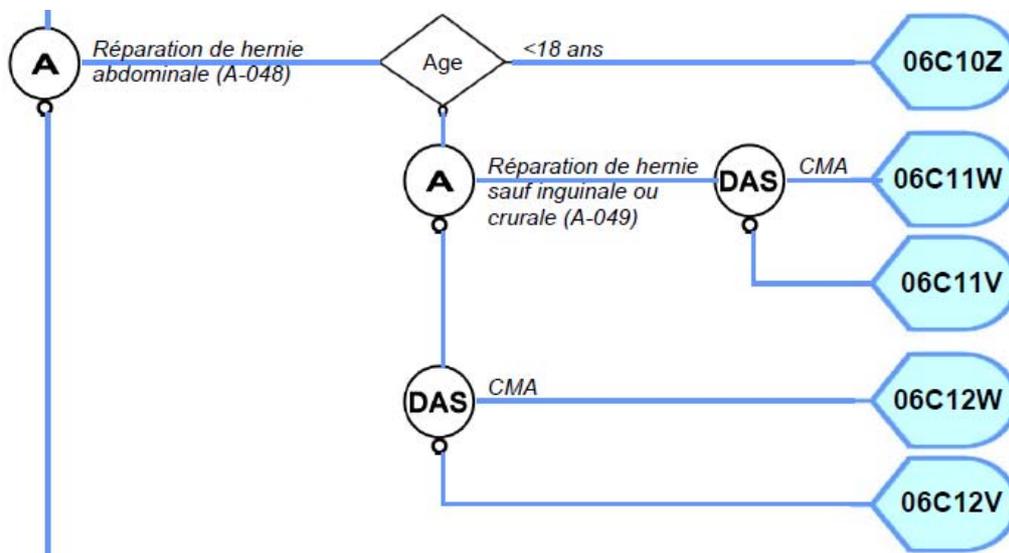
Il y a donc une rupture importante de logique par affinement de la description.

Pour réaliser cette étude, nous avons pris la liste d'actes la plus large, commune à l'ensemble de la période, à savoir la liste A-076.

### Hernies chez l'adulte

Avant la version 11, on avait le GHM 24C11Z : Interventions réparatrices pour hernies abdominales : séjours de moins de 2 jours, qui comprenait l'ensemble des hernies (adultes et enfants) avec prise en charge de moins de 2 jours. La liste d'actes correspondante (A-048) regroupait l'ensemble des actes liés aux hernies. C'est la liste que nous avons utilisée pour pouvoir suivre le contenu de ce GHM où se trouvaient les séjours ambulatoires.

En CMD 06, on trouvait le GHM 06C12V : Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans sans CMA : les enfants étaient isolés dans un autre GHM (06C10Z). La liste d'actes était la même, A-048, mais l'ordre de passage de l'algorithme avait son importance :



Ainsi, pour les séjours qui présentaient un acte de la liste A-049 (interventions réparatrices pour hernies et éventrations à l'exception des hernies inguinales et crurales, qui constitue un sous-ensemble de la liste A-048), le GHM d'accueil était le 06C11V et non le 06C12V. Ce qui explique que dans notre étude, basée sur la liste d'actes A-048, on recrute des séjours en 06C11V.

En version 11, cette logique n'a pas été modifiée, sauf que les GHM ambulatoires en J sont définis pour chaque racine, distinguant donc les différents cas : enfants (06C10) et adultes, et pour ces derniers, hernies inguinales et crurales d'une part (06C12), autres hernies d'autre part (06C11).

### Des évolutions par catégorie d'actes très disparates

Pour certaines catégories d'actes, les évolutions sont modestes. C'est en particulier le cas d'une catégorie ayant fait l'objet d'incitations constantes : celle des amygdalectomies et adénoïdectomies. Le taux d'ambulatoire est constant sur la période, autour de 63 % (environ 67-68 % dans le secteur privé, 50-51 % dans le secteur public).

À l'inverse, pour la cataracte, le plus important en volume de séjours, on a assisté à une forte augmentation du taux d'ambulatoire, de 49 % à 78 % au plan national, avec un très fort rattrapage du secteur public (en 2009, 73,2 % dans le secteur public et 79 % dans le secteur privé), alors même qu'il y a une forte augmentation des volumes de séjours : d'un peu moins de 500 000 séjours à près de 600 000 (impact du vieillissement de la population, du progrès

technique), augmentant d'autant l'impact financier favorable de l'orientation de l'activité vers l'ambulatoire. En regard, le nombre de séjours totaux pour les amygdalectomies/adénoïdectomies entre ces années 2004 et 2009 est en diminution.

Ainsi, l'impact des incitations tarifaires dans ces deux exemples qui ont fait l'objet des mêmes actions est assez différent ; mais il faut admettre que le cas des amygdalectomies est particulier ; la CNAMTS n'a d'ailleurs pas inscrit cet acte sur la liste des actes soumis à accord préalable (alors que les adénoïdectomies sont présentes dans cette liste). Les risques d'hémorragies après amygdalectomies, même faibles, sont toujours à l'esprit des praticiens et des familles, et peut-être qu'un taux de 63 % d'ambulatoire pour cette catégorie d'actes représente un plafond, en l'état actuel des techniques.

Quand on opère une analyse des séjours sans amygdalectomies (adénoïdectomies seules ou avec drains transtympaniques), on a le tableau suivant :

**Tableau 13 - Évolution du taux d'ambulatoire pour les adénoïdectomies**

	2004			2009			Évolution 2009/2004 du % Ambu sur total
	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	
Public	11 486	1 330	89,6%	16 742	1 254	93,0%	3,8%
Privé	38 072	931	97,6%	62 527	835	98,7%	1,1%
TOTAL	49 558	2 261	95,6%	79 269	2 089	97,4%	1,9%

Le taux d'ambulatoire est ici très élevé, et ce, dès 2004, mais on ne parle là que de la moitié des séjours de la catégorie.

Le cas de la cataracte se retrouve pour d'autres catégories d'actes importantes quantitativement : varices, résections osseuses et ablation de matériel, arthroscopies, dilatations et curetages, extractions dentaires. Dans tous ces cas, il y a eu une forte évolution du taux d'ambulatoire sur la période (avec, comme on l'a vu, des évolutions contrastées des volumes).

Prenons par exemple le cas des varices : la catégorie présente une évolution du taux d'ambulatoire de +161 % sur la période, partant de 21 % en 2004 (9,5 % dans le secteur public, 23,3 % dans le secteur privé) pour aboutir à 54,7 % en 2009, avec un très fort rattrapage du secteur public (46,7 % dans le secteur public, 56,8 % dans le secteur privé). Au passage, il faut noter que le total des séjours, qui s'élevait à environ 140 000 en 2004, n'était plus que d'un peu plus de 110 000 actes en 2009, soit une diminution d'environ 20 %, traduisant la tendance à la baisse des indications chirurgicales.

Pour d'autres catégories, l'évolution 2004-2009 est faible car on part d'une situation en 2004 déjà très avancée en matière de prise en charge ambulatoire : canal carpien, circoncisions, drains transtympaniques. On ne peut donc pas trop estimer ici l'impact des incitations tarifaires.

À l'inverse de la cataracte, certaines catégories ayant fait l'objet d'incitations claires ont vu leur taux d'ambulatoire évoluer dans de faibles proportions : hernies chez l'adulte, chirurgie de la zone anale et péri-anale, chirurgie de la vulve, du vagin, du col de l'utérus, biopsies et

excisions locales du sein. Est-ce trop tôt pour juger de l'effet ? Est-on dans un cas similaire à celui des amygdalectomies ? La situation est contrastée, comme nous le verrons par la suite.

Un autre groupe est constitué par des actes présentant une faible évolution du taux d'ambulatoire sur la période, avec une forte différence public/privé, qui n'a pas tendance à se réduire : c'est le cas des GHM de chirurgie de la main. L'analyse présentée en annexe suggère qu'on est ici face à une situation hétérogène ; il est possible que les deux secteurs ne prennent pas en charge les mêmes sous-populations de patients.

Le fait que le secteur privé ait des taux supérieurs à ceux du secteur public n'est cependant pas une règle absolue puisqu'on trouve deux catégories d'actes où c'est l'inverse :

- la chirurgie des testicules : en 2009, on a 38,6 % dans le secteur public et 34,4 % dans le secteur privé ;
- les autres interventions sur le système utéro-annexiel par coelioscopie ou laparoscopie : 6,4 % pour le secteur public contre 3,9 % pour le secteur privé.

Les taux des deux secteurs sont par ailleurs similaires pour les hernies chez l'adulte.

Face à ces évolutions complexes, quelle est la part jouée par les incitations tarifaires ? Sont-elles parfois à la source de ces évolutions, ou simplement faut-il voir dans ces différences entre catégories d'actes le seul impact des modifications de techniques chirurgicales et anesthésiques ?

L'enquête qualitative développée plus loin permettra d'apporter quelques réponses, mais on peut déjà regarder la situation des GHM n'ayant pas été inscrits sur les listes de rapprochements tarifaires :

- Sur la hernie de l'enfant, l'évolution est favorable mais plus lente que pour d'autres exemples, le taux passant de 42,2 % en 2004 à 53,7 % en 2009, avec une faible différence public/privé, ce qui est intéressant à constater, alors que jusqu'à 2010, l'accent avait été mis plutôt sur les hernies chez l'adulte en termes d'incitation, pour un résultat d'ailleurs modeste, le taux n'étant que de 12 % au plan national en 2009 (ou 17-20 % dans l'analyse de l'ATIH (tableau 12), ce qui ne modifie pas le raisonnement) ;
- Sur les hémorroïdectomies, le taux passe de 12,2 % en 2004 à 17,4 % en 2009, soit une évolution assez modeste ; aucune incitation tarifaire n'a été engagée, mais on a tout de même des taux supérieurs aux actes sur le sein qui, eux, ont fait l'objet d'incitations ;
- Sur les interventions de gynécologie par coelioscopie et laparoscopie (seules les ligatures tubaires avaient à un moment fait l'objet de mesures incitatives, mais pas les autres actes) la prise en charge ambulatoire est très faible : 2,5 % en 2004, 5,2 % en 2009. Il s'agit d'une catégorie d'actes visiblement peu susceptibles d'être pris en charge en ambulatoire, tant que les professionnels gynéco-obstétriciens et anesthésistes montrent des réticences sur ce mode de prise en charge.

Finalement, on a tous les cas de figure : des actes avec incitation qui ont vu augmenter leur taux d'ambulatoire, des actes avec incitation ayant vu leur taux stagner, des actes sans incitation pour lesquels le taux d'ambulatoire a augmenté et des actes sans incitation avec un taux bas et stable. La conclusion ne peut donc pas être simple. On pourra seulement observer que le premier cas de figure est le plus fréquent.

**Tableau 14 - Récapitulatif des évolutions des taux d'ambulatoire par catégorie d'actes entre 2004 et 2009 selon l'existence ou non d'incitations**

	<b>Catégories d'actes avec incitation</b>	<b>Catégories d'actes sans incitation (autre que celle induite par la CM 24 incluant les 0 et 1 jour)</b>
<b>Taux déjà élevé d'ambulatoire en 2004</b>	Drains transtympaniques Canal carpien Circoncisions	
<b>Evolution positive du taux d'ambulatoire de 2004 à 2009, avec taux &gt;50% en 2009</b>	Cataracte Varices Résections osseuses et ablation de matériel Arthroscopies Dilatations et curetages Extractions dentaires Chirurgie main	Hernies chez l'enfant
<b>Evolution stable ou modeste du taux d'ambulatoire de 2004 à 2009, autour de 50-60%</b>	Amygdalectomies/adénoïdectomies Chir. vulve, vagin, col utérus	
<b>Evolution positive du taux d'ambulatoire de 2004 à 2009 mais avec taux restant &lt;50% en 2009</b>	Chirurgie zone anale et péri-anale Biopsies et excisions locales du sein Chirurgie testicules Oreilles décollées Hernies chez l'adulte	Hémorroïdectomies Interventions coelio et laparo gynéco

On observera enfin que le secteur privé, où les incitations par rapprochements tarifaires sont très récentes, maintient des taux de chirurgie ambulatoire plus élevés que le secteur public (malgré une tendance au rattrapage de ce dernier). Ceci dit, on a vu précédemment que les séjours de chirurgie ambulatoire bénéficiaient en secteur privé de tarifs nettement supérieurs aux coûts moyens constatés dans l'ENC (au moins jusqu'en 2009), ce qui est en soi une incitation.

### ***Un potentiel encore important d'évolution de la chirurgie ambulatoire***

Pour avancer dans la réflexion, nous avons cherché à estimer le potentiel de développement supplémentaire de l'activité de chirurgie ambulatoire, par catégorie d'actes, sur la base de critères simples : séjours de 1 ou 2 jours, sans autre acte classant que ceux de la catégorie d'actes analysée. Ce calcul simple représente sans doute le plafond du potentiel recherché. Il a été regardé aussi les distributions d'âge des patients pour tempérer cette estimation, mais l'âge s'avère un piètre critère pour juger de la pertinence d'une prise en charge ambulatoire : l'une des populations les plus âgées se retrouve pour la cataracte, l'un des actes où le taux d'ambulatoire est le plus fort ; en outre, on observe très souvent des populations plus âgées en secteur privé, qui présente les taux d'ambulatoire les plus élevés.

À titre de fourchette basse, cette estimation peut être réalisée uniquement sur les séjours de un jour sans autre acte classant. Le tableau suivant donne les résultats.

**Tableau 15 - Estimation du potentiel ambulatoire pour les 19 catégories d'actes étudiées, pour les deux secteurs, en 2009**

Année 2009	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Potentiel supplémentaire de séjours en hospitalisation transférable vers ambulatoire : Estimation à partir des séjours de 1 jour sans autre acte classant	Cible maximum moyennant ce potentiel
<b>Cataracte</b>					
Public	89 919	32 841	73,2%	10,50%	83,75%
Privé	371 765	98 914	79,0%	10,50%	89,48%
TOTAL	461 684	131 755	77,8%	10,5%	88,30%
<b>Canal carpien</b>					
Public	33 004	9 128	78,3%	6,90%	85,23%
Privé	106 127	18 085	85,4%	4,00%	89,44%
TOTAL	139 131	27 213	83,6%	4,7%	88,38%
<b>Chir main</b>					
Public	60 139	45 349	57,0%	17,00%	74,01%
Privé	196 818	43 311	82,0%	6,30%	88,26%
TOTAL	256 957	88 660	74,3%	9,6%	83,91%
<b>Amygdales-VG</b>					
Public	18 906	18 524	50,5%	23%	73,71%
Privé	73 931	34 973	67,9%	16,40%	84,29%
TOTAL	92 837	53 497	63,4%	18,1%	81,58%
<b>Hernies chez l'enfant</b>					
Public	7 633	7 123	51,7%	14,10%	65,83%
Privé	3 496	2 483	58,5%	10,80%	69,27%
TOTAL	11 129	9 606	53,7%	13,1%	66,82%
<b>Hernies chez l'adulte</b>					
Public	9 316	67 115	12,2%	9,6%	21,79%
Privé	13 965	102 585	12,0%	7,4%	19,38%
TOTAL	23 281	169 700	12,1%	8,3%	20,34%
<b>Varices</b>					
Public	10 818	12 349	46,7%	19,90%	66,60%
Privé	51 788	39 445	56,8%	16,40%	73,16%
TOTAL	62 606	51 794	54,7%	17,1%	71,83%
<b>Réssections osseuses et ablation matériel</b>					
Public	32 811	43 398	43,1%	12,60%	55,65%
Privé	38 085	27 328	58,2%	5,80%	64,02%
TOTAL	70 896	70 726	50,1%	9,5%	59,52%
<b>Arthroscopies</b>					
Public	19 675	23 585	45,5%	13,70%	59,18%
Privé	82 936	66 914	55,3%	8,90%	64,25%
TOTAL	102 611	90 499	53,1%	10,0%	63,11%
<b>Circoncisions</b>					
Public	24 566	5 052	82,9%	5,30%	88,24%
Privé	59 876	3 929	93,8%	2%	95,84%
TOTAL	84 442	8 981	90,4%	3,0%	93,43%
<b>Chir testicules</b>					
Public	10 888	17 293	38,6%	19,40%	58,04%
Privé	8 372	15 934	34,4%	14,70%	49,14%
TOTAL	19 260	33 227	36,7%	17,2%	53,92%
<b>Hémorroïdectomies</b>					
Public	1 122	6 803	14,2%	11,20%	25,36%
Privé	4 956	22 118	18,3%	6,80%	25,11%
TOTAL	6 078	28 921	17,4%	7,8%	25,16%
<b>Chir zone anale et péri-anale</b>					
Public	4 046	22 925	15,0%	29,70%	44,70%
Privé	12 019	33 301	26,5%	22,10%	48,62%
TOTAL	16 065	56 226	22,2%	24,9%	47,16%
<b>Chir vulve, vagin, col utérus</b>					
Public	7 898	11 113	41,5%	20,80%	62,34%
Privé	12 273	7 860	61,0%	11,50%	72,46%
TOTAL	20 171	18 973	51,5%	16,0%	67,55%
<b>Dilatations et curetages</b>					
Public	13 187	9 052	59,3%	15,70%	75,00%
Privé	17 404	7 837	69,0%	9,70%	78,65%
TOTAL	30 591	16 889	64,4%	12,5%	76,94%
<b>Interventions coelio et laparo gynéco</b>					
Public	3 561	52 249	6,4%	7,70%	14,08%
Privé	1 967	49 004	3,9%	7%	10,86%
TOTAL	5 528	101 253	5,2%	7,4%	12,54%
<b>Drains transtympaniques</b>					
Public	14 275	1 924	88,1%	1,90%	90,02%
Privé	59 873	1 470	97,6%	0,20%	97,80%
TOTAL	74 148	3 394	95,6%	0,6%	96,18%
<b>Oreilles décollées</b>					
Public	1 377	2 433	36,1%	33,80%	69,94%
Privé	3 792	5 576	40,5%	33,10%	73,58%
TOTAL	5 169	8 009	39,2%	33,3%	72,53%
<b>Extractions dentaires</b>					
Public	39 158	14 085	73,5%	1,60%	75,15%
Privé	195 271	27 809	87,5%	0,10%	87,63%
TOTAL	234 429	41 894	84,8%	0,4%	85,23%
<b>Biopsies et excisions locales sein</b>					
Public	462	1 330	25,8%	18,60%	44,38%
Privé	806	1 122	41,8%	16,40%	58,20%
TOTAL	1 268	2 452	34,1%	17,5%	51,55%

Les situations sont contrastées mais on peut constater qu'en cible, de nombreuses catégories atteindraient ou dépasseraient 80 % des séjours : cataracte, chirurgie de la main, amygdalectomies/adénoïdectomies, sans compter les catégories où la prise en charge ambulatoire est depuis longtemps la pratique usuelle, dépassant déjà les 80 % : circoncisions, drains transtympaniques, extractions dentaires, canal carpien.

Le cas des amygdalectomies a déjà été discuté ; il faut peut-être tempérer l'estimation de la cible par les caractéristiques intrinsèques de l'acte.

Plusieurs autres catégories d'actes, qui ont actuellement un taux de l'ordre de 50-60 % d'ambulatoire, ont un potentiel supplémentaire d'au moins 10 % : hernies chez l'enfant, varices, résections osseuses et ablation de matériel, arthroscopies, chirurgie de la vulve, du vagin, du col de l'utérus, dilatations et curetages.

D'autres, inférieures à 50 % en 2009, pourraient se trouver sur une vive pente de rattrapage : chirurgie des testicules, chirurgie de la zone anale et péri-anale, oreilles décollées, biopsies et excisions locales du sein.

Enfin, les dernières catégories seraient d'après ces estimations toujours en-deçà de 25 % en cible : hernies chez l'adulte, hémorroïdectomies, interventions gynécologiques par coelioscopie ou laparoscopie. Le premier cas fait pourtant partie de la liste des GHM ayant fait l'objet d'incitations tarifaires. Les deux autres catégories n'ont pas directement fait l'objet d'incitations (sauf les ligatures tubaires dans le dernier cas, mais il y a de nombreux autres actes dans cette catégorie).

Ainsi, les incitations, si elles n'ont pas produit encore leurs effets sur certaines catégories, recèlent encore du potentiel. Ceci étant, il y a dans ce raisonnement une part de tautologie, dans la mesure où ont été inscrits sur la liste des rapprochements tarifaires les GHM pour lesquels il était reconnu que la prise en charge ambulatoire était une pratique recommandée ; aussi, il n'est pas étonnant à l'arrivée qu'on se trouve avec des catégories d'actes recélant un fort potentiel de développement ambulatoire !

Ce raisonnement comporte toutefois quelques exceptions : il s'avère que plusieurs catégories ont fait l'objet de la politique du « tarif unique » en 2009 alors que les taux d'ambulatoire sont encore très faibles et recèlent un faible potentiel d'augmentation d'après les estimations effectuées ici : c'est le cas notamment des hernies chez l'adulte, dont les taux sont encore très inférieurs à ceux observés par exemple pour les hernies chez l'enfant (qui pour leur part n'ont fait l'objet du « tarif unique » qu'en 2010). D'autres, on l'a vu, ont des taux assez bas mais avec un fort potentiel : oreilles décollées, chirurgie des testicules, chirurgie de la zone anale et péri-anale.

Une autre façon d'aborder cette question du potentiel est de regarder quelle proportion d'établissements a déjà dépassé 80 % de taux d'ambulatoire pour les catégories pour lesquelles il s'agit d'une cible crédible.

On peut être assez surpris de constater que rares sont les cas où plus de 50 % des établissements sont au-dessus de 80 % d'ambulatoire en 2009 : canal carpien, circoncisions, drains transtympaniques. Dans le cas de la cataracte, on a 38 % des établissements publics et 56 % des établissements privés qui dépassent le seuil de 80 % d'ambulatoire.

Ces observations confirment l'existence d'un potentiel supplémentaire important de prise en charge ambulatoire.

**Tableau 16 - Taux d'établissements dépassant 80 % d'ambulatoire pour certaines catégories d'actes**

<b>Année 2009</b>	<b>% Ambu sur total</b>	<b>% d'établissements dépassant 80% de taux d'ambulatoire en 2009</b>
<b>Cataracte</b>		
Public	73,2%	38%
Privé	79,0%	56%
<b>Canal carpien</b>		
Public	78,3%	50%
Privé	85,4%	66%
<b>Chir main</b>		
Public	57,0%	13%
Privé	82,0%	64%
<b>Amygdales-VG</b>		
Public	50,5%	14%
Privé	67,9%	23%
<b>Hernies chez l'enfant</b>		
Public	51,7%	24%
Privé	58,5%	29%
<b>Varices</b>		
Public	46,7%	10%
Privé	56,8%	18%
<b>Arthroscopies</b>		
Public	45,5%	10%
Privé	55,3%	17%
<b>Circoncisions</b>		
Public	82,9%	65%
Privé	93,8%	89%
<b>Dilatations et curetages</b>		
Public	59,3%	17%
Privé	69,0%	33%
<b>Drains transtympaniques</b>		
Public	88,1%	80%
Privé	97,6%	98%
<b>Oreilles décollées</b>		
Public	36,1%	17%
Privé	40,5%	18%
<b>Extractions dentaires</b>		
Public	73,5%	45%
Privé	87,5%	78%
<b>Biopsies et excisions locales du sein</b>		
Public	25,8%	11%
Privé	41,8%	22%

### 5.2.3 Impact économique de ces évolutions

#### Du point de vue des pouvoirs publics

L'objectif de la politique menée sur la chirurgie ambulatoire est, aux yeux des pouvoirs publics, outre les avantages généraux sur la qualité des soins, de dégager des marges budgétaires. On peut tenter d'estimer ce qu'il en a été à partir des données rassemblées ici, en identifiant les masses financières représentées par ces activités en 2005 et en 2009 (nous prenons 2005 comme base de référence pour étudier en parallèle les deux secteurs).

Cette analyse est compliquée par les évolutions fréquentes de la classification ; aussi, nous n'avons procédé à cette estimation que sur les GHM les plus stables sur la période et représentant les plus forts volumes de séjours.

Il faut différencier dans ce calcul trois effets :

- L'évolution des volumes globaux de séjours, dont nous avons vu qu'elle pouvait être orientée à la hausse ou à la baisse selon les cas ;
- L'évolution de la part relative de chirurgie ambulatoire ;
- L'évolution des tarifs ; de fait, cette évolution des tarifs prend déjà en compte une partie de l'augmentation de la chirurgie ambulatoire. À partir de 2009, cela est encore plus visible pour les « couples » de GHM ayant fait l'objet du tarif unique, puisque le tarif étant le même, le gain financier de toute augmentation supplémentaire de l'ambulatoire est en quelque sorte déjà capté par anticipation.

Pour la cataracte, la situation est la suivante :

**Tableau 17-1 - Évolution des masses financières entre 2005 et 2009 pour la cataracte**

		2005			2009			Evolution
		Ambu	Non ambu	TOTAL	Ambu	Non ambu	TOTAL	
<b>Cataracte</b>								
Public	nb séjours	34 345	57 397	91 742	89 919	32 841	122 760	33,8%
	tarif	1545,64	2214,23		1512,74	1512,74		-23,0%
	masse financière	53 085 006	127 090 159	180 175 165	136 024 068	49 679 894	185 703 962	3,1%
Privé	nb séjours	241 378	174 176	415 554	371 765	98 914	470 679	13,3%
	tarif	1064,06	1215,44		993,45	993,45		-11,9%
	masse financière	256 840 675	211 700 477	468 541 152	369 329 939	98 266 113	467 596 053	-0,2%
<b>TOTAL</b>	nb séjours	275 723	231 573	507 296	461 684	131 755	593 439	17,0%
	masse financière	309 925 680	338 790 637	648 716 317	505 354 007	147 946 008	653 300 015	0,7%

Ainsi, globalement, le nombre de séjours a augmenté de 17 % entre 2005 et 2009 (33,8 % dans le public, 13,3 % dans le privé) alors que la masse financière globale n'a augmenté que de 0,7 % (3,1 % dans le public, -0,2 % dans le privé). Ainsi, la baisse des tarifs (calculée à partir de la moyenne pondérée des tarifs en 2005, incluant donc le % d'ambulatoire et son évolution), justifiée en partie par l'augmentation tendancielle de la part ambulatoire, a permis d'absorber une hausse de 86 000 séjours à coût quasi-constant. Il faut toutefois rappeler qu'une partie de cette baisse des tarifs est liée en 2009 à l'application des données de l'ENCC.

Prenons maintenant le cas des varices :

**Tableau 17-2 - Évolution des masses financières entre 2005 et 2009 pour les varices**

		2005			2009			Evolution
		Ambu	Non ambu	TOTAL	Ambu	Non ambu	TOTAL	
<b>Varices</b>								
Public	nb séjours	2 675	20 378	23 053	10 818	12 349	23 167	0,5%
	tarif	1261,99	1738,31		1442,06	1442,06		-14,3%
	masse financière	3 375 823	35 423 281	38 799 104	15 600 205	17 807 999	33 408 204	-13,9%
Privé	nb séjours	29 576	81 177	110 753	51 788	39 445	91 233	-17,6%
	tarif	624,35	915,12		791,17	791,17		-5,5%
	masse financière	18 465 776	74 286 696	92 752 472	40 973 112	31 207 701	72 180 813	-22,2%
<b>TOTAL</b>	nb séjours	32 251	101 555	133 806	62 606	51 794	114 400	-14,5%
	masse financière	21 841 599	109 709 977	131 551 576	56 573 317	49 015 700	105 589 017	-19,7%

Ici, les volumes de séjours sont en baisse, mais la baisse des masses financières est encore plus forte, en raison de la baisse des tarifs, là encore permise par l'augmentation de la part ambulatoire.

Dans les cas des amygdalectomies/adénoïdectomies, la situation est du même type à la différence toutefois que la baisse des tarifs n'est pas du tout liée à une augmentation du taux d'ambulatoire, dont on a vu qu'il était resté stable.

**Tableau 17-3 - Évolution des masses financières entre 2005 et 2009 pour les amygdalectomies/adénoïdectomies**

		2005			2009			Evolution
		Ambu	Non ambu	TOTAL	Ambu	Non ambu	TOTAL	
<b>Amygdales-VG</b>								
Public	nb séjours	19 782	19 064	38 846	18 906	18 524	37 430	-3,6%
	tarif	822,25	1540		786,46	786,46		-33,0%
	masse financière	16 265 750	29 358 560	45 624 310	14 868 813	14 568 385	29 437 198	-35,5%
Privé	nb séjours	95 314	44 752	140 066	73 931	34 973	108 904	-22,2%
	tarif	391,69	560,02		384,35	384,35		-13,7%
	masse financière	37 333 541	25 062 015	62 395 556	28 415 380	13 441 873	41 857 252	-32,9%
<b>TOTAL</b>	nb séjours	115 096	63 816	178 912	92 837	53 497	146 334	-18,2%
	masse financière	53 599 290	54 420 575	108 019 865	43 284 193	28 010 258	71 294 450	-34,0%

Regardons enfin le cas du canal carpien, dont le taux d'ambulatoire était déjà important en 2005 :

**Tableau 17-4 - Évolution des masses financières entre 2005 et 2009 pour le canal carpien**

		2005			2009			Evolution
		Ambu	Non ambu	TOTAL	Ambu	Non ambu	TOTAL	
<b>Canal carpien</b>								
Public	nb séjours	25 746	9 809	35 555	33 004	9 128	42 132	18,5%
	tarif	710,55	1470,89		827,96	827,96		-10,0%
	masse financière	18 293 820	14 427 960	32 721 780	27 325 992	7 557 619	34 883 611	6,6%
Privé	nb séjours	102 353	24 622	126 975	106 127	18 085	124 212	-2,2%
	tarif	445,19	726,22		466,28	466,28		-6,7%
	masse financière	45 566 532	17 880 989	63 447 521	49 484 898	8 432 674	57 917 571	-8,7%
<b>TOTAL</b>	nb séjours	128 099	34 431	162 530	139 131	27 213	166 344	2,3%
	masse financière	63 860 352	32 308 949	96 169 301	76 810 889	15 990 293	92 801 182	-3,5%

Le volume de séjours a quelque peu augmenté, surtout dans le secteur public, mais la masse financière a baissé globalement de 3,5 % : la baisse des tarifs explique cette évolution, seulement en partie liée à une augmentation du taux d'ambulatoire (qui est passé de 79,8 % à 83,6 % globalement).

Ainsi, sur ces quatre exemples à fort volume de séjours, on constate une baisse des masses financières entre 2005 et 2009, liée en particulier à une baisse des tarifs moyens par séjour, du fait d'une anticipation de la montée en charge de l'ambulatoire. Les économies attendues liées au développement de la chirurgie ambulatoire ont de fait été intégrées à l'avance dans les évolutions tarifaires.

### *Du point de vue des établissements*

Pour un établissement, la vision est différente : quel est son gain quand il prend en charge un patient en ambulatoire plutôt qu'en hospitalisation ? Nous discuterons surtout cette question lors de l'analyse qualitative, mais on peut rappeler quels sont les éléments de coûts de l'ENCC. Le tableau suivant reprend les éléments de l'ENCC pour les principaux GHM concernés, dans les deux secteurs, d'après le référentiel de coûts bâti sur l'année 2007.

**Tableau 18 - Coûts par GHM d'après le référentiel de coûts 2007, pour les principales racines de GHM concernés, dans le secteur public et le secteur privé**

Référentiel de coûts 2007 (ATIH)	Ambulatoire				Niveau 1				Différentiel coût ambu/niv.1
	Coût complet hors structure, hors honoraires dans le secteur privé	dt : dépenses cliniques	dt : dépenses médico-techniques	dt : charges directes	Coût complet hors structure, hors honoraires dans le secteur privé	dt : dépenses cliniques	dt : dépenses médico-techniques	dt : charges directes	
<b>Cataracte</b>									
Public	1378	179	498	280	1624	516	501	305	-15,1%
Privé	647	63	127	249	767	169	136	251	-15,6%
<b>Canal carpien</b>									
Public	1057	190	419	118	1331	328	537	170	-20,6%
Privé	409	62	101	78	704	193	144	144	-41,9%
<b>Autres interventions sur la main</b>									
Public	1606	201	682	278	2193	459	976	366	-26,8%
Privé	517	66	137	105	708	173	161	171	-27,0%
<b>Amygdales-VG</b>									
Public	603	178	182	59	1040	394	302	111	-42,0%
Privé	232	62	36	32	465	158	61	82	-50,1%
<b>Hernies chez l'enfant</b>									
Public	1148	187	482	139	1640	583	583	179	-30,0%
Privé	477	55	129	93	754	204	158	154	-36,7%
<b>Hernies chez l'adulte</b>									
Public	1438	201	599	222	2026	548	718	325	-29,0%
Privé	648	52	138	282	1264	318	179	433	-48,7%
<b>Varices</b>									
Public	1467	206	647	193	1759	392	772	262	-16,6%
Privé	583	69	155	136	801	211	160	188	-27,2%
<b>Résections osseuses et ablation matériel (autres que hanche et fémur)</b>									
Public	1179	197	487	132	1608	423	631	198	-26,7%
Privé	470	65	122	94	860	243	162	194	-45,3%
<b>Autres arthroscopies du genou</b>									
Public	1531	192	686	191	1957	464	801	270	-21,8%
Privé	803	75	211	169	922	229	216	199	-12,9%
<b>Ménisectomie sous arthroscopie</b>									
Public	1333	182	569	171	1428	297	600	208	-6,7%
Privé	517	64	138	102	672	181	148	129	-23,1%
<b>Circoncisions</b>									
Public	835	214	291	86	1045	340	363	122	-20,1%
Privé	324	63	68	56	504	149	91	79	-35,7%
<b>Chir testicules (&lt;18 ans)</b>									
Public	1296	172	587	167	1730	548	689	215	-25,1%
Privé	484	58	127	94	713	185	177	138	-32,1%
<b>Hémorroïdectomies</b>									
Public	1135	180	472	171	2051	627	675	282	-44,7%
Privé	414	55	108	98	1088	352	171	225	-61,9%
<b>Chir zone anale et péri-anale</b>									
Public	902	172	361	107	1326	395	463	173	-32,0%
Privé	371	66	83	65	662	218	107	104	-44,0%
<b>Chir vulve, vagin, col utérus</b>									
Public	829	171	326	92	1263	408	442	147	-34,4%
Privé	355	64	82	58	573	180	110	85	-38,0%
<b>Dilatations et curetages</b>									
Public	955	161	419	114	1142	341	418	148	-16,4%
Privé	321	66	68	52	477	158	72	67	-32,7%
<b>Drains transtympaniques (&lt;18 ans)</b>									
Public	617	181	172	68	1236	530	292	151	-50,1%
Privé	241	69	34	32	338	132	40	38	-28,7%
<b>Oreilles décollées</b>									
Public	1408	206	600	204	1779	415	820	240	-20,9%
Privé	560	70	147	103	686	179	155	139	-18,4%
<b>Extractions dentaires</b>									
Public	746	191	239	81	1435	384	535	233	-48,0%
Privé	402	63	100	69	510	140	110	91	-21,2%
<b>Biopsies et excisions locales sein pour affections non malignes</b>									
Public	1082	149	508	124	1666	456	694	205	-35,1%
Privé	435	69	110	76	626	198	121	96	-30,5%

**Tableau 19 : Comparaison des coûts par GHM (référentiel de coûts 2007) et des tarifs 2009, pour les principales racines de GHM concernés, dans le secteur public et le secteur privé, pour l'ambulatoire et le niveau 1**

(en italique : GHM ne faisant pas l'objet du « tarif unique »)

	Référentiel de coûts 2007 (ATIH)			Tarifs 2009		Tarifs 2009	
	Ambulatoire	Niveau 1	Différentiel coût ambu/niv.1	Ambulatoire	Différentiel tarif/coût en ambu, avec actualisation des coûts	Niveau 1	Différentiel tarif/coût en niveau 1, avec actualisation des coûts
	Coût complet hors structure, hors honoraires dans le secteur privé	Coût complet hors structure, hors honoraires dans le secteur privé					
<b>Cataracte</b>							
Public	1378	1624	-15,1%	1512,74	3,5%	1512,74	-12,2%
Privé	647	767	-15,6%	993,45	44,7%	993,45	22,1%
<b>Canal carpien</b>							
Public	1057	1331	-20,6%	827,91	-26,2%	827,91	-41,4%
Privé	409	704	-41,9%	466,28	7,5%	466,28	-37,6%
<b>Autres interventions sur la main</b>							
Public	1606	2193	-26,8%	1402,44	-17,7%	1402,44	-39,7%
Privé	517	708	-27,0%	614,13	12,0%	614,13	-18,2%
<b>Amygdales-VG</b>							
Public	603	1040	-42,0%	786,46	22,9%	786,46	-28,7%
Privé	232	465	-50,1%	384,35	56,2%	384,35	-22,1%
<b>Hernies chez l'enfant</b>							
Public	1148	1640	-30,0%	1492,93	22,6%	1982,44	13,9%
Privé	477	754	-36,7%	517,86	2,3%	884,33	10,6%
<b>Hernies chez l'adulte</b>							
Public	1438	2026	-29,0%	1843,69	20,9%	1843,69	-14,2%
Privé	648	1264	-48,7%	1186,15	72,5%	1186,15	-11,5%
<b>Varices</b>							
Public	1467	1759	-16,6%	1442,06	-7,3%	1442,06	-22,7%
Privé	583	801	-27,2%	791,17	27,9%	791,17	-6,9%
<b>Résections osseuses et ablation matériel (autres que hanche et fémur)</b>							
Public	1179	1608	-26,7%	1165,15	-6,8%	1454,47	-14,7%
Privé	470	860	-45,3%	414,31	-16,9%	762,61	-16,4%
<b>Autres arthroscopies du genou</b>							
Public	1531	1957	-21,8%	1593,09	-1,9%	1593,09	-23,3%
Privé	803	922	-12,9%	729,46	-14,4%	729,46	-25,4%
<b>Ménisectomie sous arthroscopie</b>							
Public	1333	1428	-6,7%	1385,13	-2,1%	1385,13	-8,6%
Privé	517	672	-23,1%	627,26	14,4%	627,26	-12,0%
<b>Circoncisions</b>							
Public	835	1045	-20,1%	861,12	-2,8%	861,12	-22,3%
Privé	324	504	-35,7%	370,77	7,9%	370,77	-30,7%
<b>Chir testicules (&lt;18 ans)</b>							
Public	1296	1730	-25,1%	1368,45	-0,5%	1368,45	-25,4%
Privé	484	713	-32,1%	569,39	10,9%	569,39	-24,7%
<b>Hémorroïdectomies</b>							
Public	1135	2051	-44,7%	1130,43	-6,1%	2032,99	-6,6%
Privé	414	1088	-61,9%	367,72	-16,3%	985,47	-14,6%
<b>Chir zone anale et péri-anale</b>							
Public	902	1326	-32,0%	1246,25	30,2%	1246,25	-11,4%
Privé	371	662	-44,0%	562,08	42,8%	562,08	-20,0%
<b>Chir vulve, vagin, col utérus</b>							
Public	829	1263	-34,4%	921,14	4,7%	921,14	-31,3%
Privé	355	573	-38,0%	400,99	6,5%	400,99	-34,0%
<b>Dilatations et curetages</b>							
Public	955	1142	-16,4%	889,42	-12,2%	889,42	-26,6%
Privé	321	477	-32,7%	399,53	17,3%	399,53	-21,0%
<b>Drains transtympaniques (&lt;18 ans)</b>							
Public	617	1236	-50,1%	702,08	7,3%	702,08	-46,5%
Privé	241	338	-28,7%	468,72	83,3%	468,72	30,7%
<b>Oreilles décollées</b>							
Public	1408	1779	-20,9%	1347,17	-9,8%	1347,17	-28,6%
Privé	560	686	-18,4%	561,72	-5,5%	561,72	-22,8%
<b>Extractions dentaires</b>							
Public	746	1435	-48,0%	997,19	26,0%	997,19	-34,5%
Privé	402	510	-21,2%	431,67	1,2%	431,67	-20,2%
<b>Biopsies et excisions locales sein pour affections non malignes</b>							
Public	1082	1666	-35,1%	1311,66	14,3%	1311,66	-25,8%
Privé	435	626	-30,5%	557,91	20,9%	557,91	-16,0%

On observe fort logiquement que le coût en ambulatoire est inférieur au coût en hospitalisation en niveau 1 de sévérité, avec des différences plus ou moins marquées, situées pour l'essentiel entre -15 % et -50 %. L'établissement a donc une incitation logique à réaliser de l'ambulatoire si ses coûts sont de l'ordre de grandeur des coûts de l'ENCC, surtout pour les racines de GHM faisant l'objet du « tarif unique ».

Le tableau 19 compare ces données de coûts 2007 (actualisés au taux moyen de 3 % par an) aux tarifs 2009, en ambulatoire d'une part, en hospitalisation complète d'autre part. On constate dans la plupart des cas que le « tarif unique » est situé entre le coût de l'ambulatoire et le coût du niveau 1.

Il y a toutefois des exceptions :

- tarif inférieur au coût de l'ambulatoire et au coût du niveau 1 : canal carpien, autres interventions sur la main, varices, autres arthroscopies du genou, ménisectomie sous arthroscopie, circoncisions, dilatations et curetages, oreilles décollées dans le secteur public ; autres arthroscopies du genou, oreilles décollées dans le secteur privé ;
- tarif supérieur au coût de l'ambulatoire et au coût du niveau 1 : cataracte, drains transtympaniques dans le secteur privé.

Mais on retrouve dans l'ensemble les éléments déjà identifiés : les tarifs de la chirurgie ambulatoire sont le plus souvent supérieurs aux coûts, les plus gros écarts étant observés dans le secteur privé.

Par exemple, pour 200 interventions pour varices qui passent de l'hospitalisation à l'ambulatoire, un établissement public économise 58 400 euros si on regarde le différentiel de coûts entre le niveau 1 et l'ambulatoire. Si on regarde la situation par rapport aux tarifs, il passe d'une situation déficitaire de l'ordre de 84 800 euros à une situation déficitaire de 22 900 euros.

S'il s'agissait de 200 interventions pour cataracte, il économiserait 49 200 euros, avec un différentiel tarifs-coût passant de -42 000 euros à +10 200 euros.

Encore faut-il toutefois que son organisation lui permette d'avoir de tels coûts en ambulatoire. Ce ne peut être le cas que si le circuit des patients est adapté.

L'équation économique de la chirurgie ambulatoire dépend en effet directement des modalités de sa mise en œuvre. Il faut disposer d'une unité dédiée suffisamment importante pour bénéficier des avantages économiques de ce mode de prise en charge (fermeture nuits et week-end, bonne rotation des lits...). La réalisation de l'ambulatoire sur 1 ou 2 lits dans tous les services ne fait évidemment rien gagner à l'établissement. Et au moment d'ouvrir une unité de plus de 10 lits pour la chirurgie ambulatoire, il faut arriver à fermer dans l'établissement une autre unité pour redéployer les moyens humains.

Ces problématiques sont apparues comme primordiales lors de l'enquête qualitative.

### 5.3 Les incitations tarifaires liées à la T2A sont peu connues des professionnels

Quatre établissements ont fait l'objet de l'enquête. Les monographies détaillées sont données en annexe. Le tableau suivant récapitule la situation de ces établissements.

**Tableau 20 - Description des établissements de l'enquête qualitative**

	CH1	CH2	CHU	Clinique
Nb de lits de chir 2008 (Platines)	103+12 ambulatoire	99+10 ambulatoire	398+28 ambulatoire	126+14 ambulatoire
Part de marché en chirurgie sur la zone d'attraction (Platines)	29,4 %	35,6 %	27,5 %	
Évolution du taux de chir ambu entre 2004 et 2009 pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>• cataracte</li> <li>• amygdales/VG</li> <li>• chir main</li> <li>• arthroscopies</li> <li>• varices</li> <li>• hernies/adultes</li> </ul>	de 4 % à 50 % de 34 % à 66 % de 35 % à 53 % de 57 % à 63 % de 0 % à 87 % de 2 % à 37 %	de 2 % à 95 % de 58 % à 45 % de 33 % à 65 % de 3 % à 67 % de 0 % à 68 % de 1 % à 4 %	de 30 % à 83 % de 44 % à 34 % de 27 % à 33 % de 3 % à 29 % de 3 % à 2 % de 1 % à 0 %	Non concerné de 47 % à 55 % de 40 % à 87 % de 50 % à 51 % de 19 % à 90 % de 0 % à 25 %
Existence d'une unité dédiée de chir ambu	Oui, depuis janvier 2007 : 12 lits	Oui, depuis 2000, avec 5 puis 10 lits, dans la même unité que l'hospit. de semaine	En projet pour 2011, pour 12 lits	Unité actuelle de 8 lits, avec projet de réorganisation pour améliorer le taux de rotation
Existence de prises en charge de chirurgie ambulatoire hors de l'unité	Très peu	Parfois en orthopédie, quand l'unité est saturée	Le pôle mère-enfant restera en dehors du projet d'unité de chir. ambulatoire	Oui, dans les étages, en raison de la saturation de l'unité
MSAP par l'assurance maladie	Oui : cataracte, chirurgie du strabisme	Oui : hernies chez l'adulte	Oui : adénoïdectomie, arthroscopie du genou, canal carpien, extractions dentaires, cataracte	Oui : arthroscopies du genou, varices, adénoïdectomies
Données comptables	Tableaux de bord par pôle  Unité tout juste à l'équilibre financier	CREA par pôle, mais observation que les recettes T2A en ambulatoire augmentent plus vite que le nb de séjours	Etablissement de l'ENCC : écarts coûts-tarifs très variables selon les GHM	Etablissement de l'ENCC : écarts coûts-tarifs en défaveur de l'établissement, pour tous les GHM

On constate que le développement de la chirurgie ambulatoire est fort variable selon les établissements. Dans les entretiens, deux caractéristiques principales apparaissent déterminantes dans le développement de l'ambulatoire :

- la présence d'une unité dédiée et bien organisée de chirurgie ambulatoire, transversale à toutes les disciplines ; il y a à cet égard 2 types d'établissements : ceux disposant d'une unité dédiée de chirurgie ambulatoire, et ceux n'en ayant pas encore. Il se trouve que c'est l'établissement hospitalo-universitaire qui est dans ce dernier cas. Et de l'avis de tous, la présence d'une telle unité dédiée est le véritable moteur en interne du développement de la chirurgie ambulatoire et aussi la condition pour en recueillir les avantages économiques (unité qui ferme la nuit et le week-end).
- la mise sous entente préalable par l'assurance maladie pour certains actes. Tous les établissements visités ont été soumis à cette procédure pour au moins 1 acte. La pression de l'assurance maladie est d'ailleurs si présente que les outils de suivi des établissements s'intéressent pour 3 d'entre eux (CH2, CHU, Clinique) à la liste des 18 actes marqueurs de l'assurance-maladie et non à la liste des GHM ayant fait l'objet

d'incitations tarifaires. Le CHU suit toutefois aussi la situation sur les 18 racines de GHM à « tarif unique ».

Les incitations tarifaires liées à la T2A sont peu connues par les acteurs : seule la direction du CHU en réalité a produit une description précise de ces incitations ; dans les autres établissements, on est surtout sensible à tonalité du discours des pouvoirs publics en faveur de la chirurgie ambulatoire, qui permet de sensibiliser le corps médical si besoin. Le DIM peut être moteur également en ayant conscience de l'intérêt financier que procure l'ambulatoire par rapport à l'hospitalisation classique, mais l'amoncellement des différentes versions de la classification et les modifications de tarifs ont quelque peu brouillé les esprits. En dehors des DIM, aucun acteur rencontré n'était dans la démarche d'étudier l'évolution annuelle des tarifs. Les tarifs ne sont tout simplement pas connus par les praticiens et les cadres. Certains présidents de CME, tout en ne connaissant pas dans le détail les évolutions tarifaires, sont conscients d'un enjeu financier dans le développement de l'ambulatoire, mais de façon assez floue. En fait, dans la mesure où les grilles tarifaires ont évolué considérablement sur la période d'étude, avec en 2010 un mouvement contraire en chirurgie ambulatoire à ce qui était annoncé (baisse dans le secteur public sur les GHS ayant fait l'objet de la « convergence ciblée », baisse dans le secteur privé par application de l'ENCC), on peut dire que cette politique incitative est illisible dans ses détails pour ses acteurs et du coup n'a pas d'impact en tant que tel sur les comportements, sur les décisions de structuration de l'activité ambulatoire et sur les projets des établissements. La stratégie d'un établissement, en matière de chirurgie ambulatoire comme pour les autres activités, se construit sur plusieurs années et n'est pas modifiée au 1<sup>er</sup> mars lors de la publication des nouveaux tarifs, même si ceux-ci donnent un signal différent de ce qui prévalait antérieurement.

Il a été en outre observé dans le CHU une grande confusion parmi les professionnels de santé interrogés entre l'incitation à l'ambulatoire et l'incitation liée à l'existence des bornes basses, allant en sens inverse (mais pas pour les mêmes types de séjours). Le DIM est en effet assez vigilant sur ce point depuis 2009, et incite les services à éviter de « tomber » en borne basse (ex : hernies discales en 2 jours). Et ce double discours est complexe à gérer. Plusieurs praticiens restent aussi sur l'idée que 0 et 1 nuit sont équivalents sur le plan tarifaire, ce qui était le cas avant la v11 (donc avant 2009) en termes de classification avec la CM 24, et ce qui est du reste toujours le cas dans les situations à « tarif unique ».

Le fait que la chirurgie ambulatoire se soit tout de même développée est surtout lié à d'autres facteurs, comme nous le verrons : progrès techniques, organisation interne, pression de l'assurance maladie,...

Toutefois, dans le secteur public, la mécanique générale de la T2A a joué son rôle grâce à son principe de base qui consiste à lier les recettes à l'activité ; ce principe a conduit les établissements à rechercher des marges d'augmentation d'activité, les lits ambulatoires le permettant à coût presque constant lorsque l'organisation permet d'augmenter le taux de rotation des lits sur une journée. Cet argument joue surtout un rôle pour les directions qui accompagnent ou promeuvent les projets de développement de la chirurgie ambulatoire. Mais ce n'est pas la politique tarifaire fine de jeu sur les tarifs de tel ou tel GHM qui a été moteur dans ce développement.

## ***Quels sont les leviers pour développer la chirurgie ambulatoire et notamment mettre en place une unité dédiée ?***

Les facteurs favorisant la chirurgie ambulatoire sont, aux yeux des personnes interrogées :

- Les possibilités techniques : progrès de l'anesthésie et des techniques chirurgicales, prise en compte de la douleur, diminution des temps opératoires, anesthésie loco-régionale... Ces progrès ont conduit à baisser tendanciellement les durées de l'ensemble des séjours : développement en volume des actes externes, de la chirurgie ambulatoire et en corollaire, un taux de remplissage des lits d'hospitalisation en chirurgie en baisse.
- Les demandes des patients, le confort que cette prise en charge leur apporte. Le fait que les patients soient de plus en plus demandeurs est important dans le jeu concurrentiel.  
La mise en place de l'unité est en outre l'occasion de proposer des locaux neufs, accueillants, avec salon de repos, etc.  
Ces prises en charge ambulatoires dans des locaux adaptés dédramatisent en outre l'acte chirurgical. Les patients sont ainsi satisfaits de l'accueil personnalisé, de l'organisation avant, pendant et après l'intervention, des conditions de confort.
- La concurrence locale : si un établissement dans la même ville a développé précocement la chirurgie ambulatoire (en général la clinique), le CH ou le CHU se sent aiguillonné sur ce secteur. Ce stimulus a par exemple constitué l'incitatif majeur en ophtalmologie dans le CHU, pour éviter que tous les patients se rendent dans l'établissement privé pour les cataractes.
- Les incitations des tutelles, avec deux volets :
  - la mise sous accord préalable par l'assurance maladie, qui a été un stimulant fort (pour certains GHM, entre les années 2004 et 2009, la prise en charge en ambulatoire est passée de quelques pour cent à 80 % ! ) ; certains praticiens se sont trouvés en difficulté face à cette procédure et se disent assez « choqués », même si après la période de 6 mois, les habitudes sont prises ;
  - la mécanique tarifaire qui, aux yeux des directions et des DIM, encourage l'augmentation du taux de rotation des lits, et donc l'organisation optimale d'une unité de chirurgie ambulatoire dédiée, afin d'accroître les recettes. Mais comme indiqué plus haut, les différentes incitations sur les tarifs n'ont pas joué de rôle, et sont d'ailleurs peu connues.
- La saturation des lits d'hospitalisation dans certaines spécialités. Dans le CH2, cette situation a motivé la stomatologie notamment, l'orthopédie aussi, à promouvoir le projet de mise en place de l'unité ambulatoire en 2000.
- Des initiatives de certains chirurgiens ; souvent, sauf dans le CH1, un ou deux praticiens pionniers ont ouvert la voie et permis de constituer un noyau d'activité ambulatoire qui a entraîné d'autres spécialités.  
L'aspect d'innovation est aussi présent dans les motivations. Dans les CH et la clinique, cela joue un rôle important : les praticiens et les cadres sont satisfaits de participer à un projet d'innovation organisationnelle et technique. Dans le CHU, cette dimension ne joue pas du tout, probablement parce que les praticiens ont investi leurs capacités d'innovation dans d'autres domaines (technicité chirurgicale, greffes...).
- La diminution des coûts via la fermeture de l'unité les nuits et week-ends (argument important surtout pour la direction, mais bien identifié par les personnels médicaux et soignants).

- L'organisation bien rodée de l'unité ambulatoire qui a des effets positifs sur la programmation du bloc, sur l'accueil des patients et leur satisfaction, et du coup sur la satisfaction de l'ensemble des acteurs impliqués.  
Ces effets positifs de la présence d'une unité dédiée de chirurgie ambulatoire sur l'organisation de l'activité chirurgicale en général en sont plutôt une conséquence mais constituent aussi dans certains cas un levier de changement, dans la mesure où les établissements opèrent des comparaisons d'organisation avec des établissements comparables avant de mettre en œuvre leur projet.

### ***Avantages et contraintes d'une unité de chirurgie ambulatoire***

Les effecteurs des établissements de santé disposant d'une unité de chirurgie ambulatoire ont mis en évidence lors des entretiens les avantages et inconvénients d'une telle unité.

Les points positifs sont les suivants :

- L'organisation du bloc opératoire est améliorée, avec programmation rigoureuse (nécessitant de programmer en début de matinée les patients ambulatoires), amélioration du taux d'occupation des salles ;
- L'organisation est centrée autour du patient avec une meilleure prise en charge de la douleur, développement de l'anesthésie loco-régionale, appels la veille et le lendemain... ; d'ailleurs, dans tous les établissements visités, le taux de « transformation » d'une hospitalisation ambulatoire en hospitalisation complète est très faible (1 ou 2 %), et le taux de réhospitalisation après la sortie est nul ;
- La satisfaction des patients est nette ; ceux-ci sont de plus en plus demandeurs (sans oublier toutefois que les patients éligibles doivent présenter certaines caractéristiques : accompagnant à la sortie, au domicile...) ;
- Une unité bien organisée ouvre la possibilité pour l'établissement de santé d'accueillir deux patients par lit et par jour, sur une plage horaire en général de 8 heures à 19 heures. Cet effet bénéfique pour les recettes de l'établissement constitue évidemment un moteur pour non seulement mettre en place ce type d'unité mais aussi en optimiser le fonctionnement. Ainsi, le CH2 et la clinique ont en projet d'accueillir les patients opérés, après leur retour de la salle de réveil, dans une salle de repos/salon de départ avant leur sortie, salle conviviale et proposant plusieurs types de loisirs. Dans le même esprit, des réflexions organisationnelles ont eu lieu sur la sortie pour éviter que le chirurgien et l'anesthésiste aient à signer tous deux cette sortie, ce qui la retardait de quelques heures parfois ; selon un protocole précis, la signature du chirurgien seul peut suffire (CH 1 et 2) ;
- L'image de l'établissement semble s'améliorer auprès du grand public (un cadre du CH 1 nous rapportait un discours fréquent des patients : c'est « comme à la clinique » !) ; un cycle vertueux est ainsi observé ou espéré.

Les contraintes ou conditions de mise en œuvre sont :

- Une plus grande disponibilité de la part des chirurgiens dans la journée ; pour la clinique, ils s'astreignent en outre à être joignables au cours de la soirée et de la nuit qui suivent l'intervention ;
- L'obligation pour l'établissement de constituer une équipe soudée et stimulée pour développer la chirurgie ambulatoire, sachant que celle-ci implique une organisation

rigoureuse (accueil des patients, préparation, intervention, réveil, sortie) et se heurte souvent au manque d'enthousiasme de certains praticiens.

### *Les freins au développement de la chirurgie ambulatoire*

On peut facilement identifier les freins dans les entretiens, surtout dans l'établissement CHU qui ne dispose pas encore d'unité dédiée :

- Le frein principal réside dans la volonté des effecteurs, à savoir le corps médical et en premier lieu les chirurgiens. Il est en fin de compte plus confortable pour le chirurgien de garder le patient une nuit : pas de pression sur le programme opératoire, surveillance sur place « au cas où », etc. Dans les établissements visités, il est rare que les chirurgiens soient moteurs pour le développement d'une telle unité. C'est dans le CH2 que l'initiative a été surtout prise par le corps médical à la fin des années 90, mais dans les autres, le développement a été plus lent. Dans le CHU, la chirurgie ambulatoire a surtout débuté par l'ophtalmologie, en raison de la concurrence privée. La plupart des praticiens rencontrés dans le CHU ne semblent pas voir le sens et l'intérêt d'une telle unité, certains chirurgiens pensant d'ailleurs encore « garder leurs lits en ambulatoire », même dans le cadre du projet d'unité dédiée, alors que le principe de base de ce type d'unité est de ne pas avoir de lits réservés à telle ou telle discipline... Il faut noter que la réticence des chirurgiens pour la prise en charge ambulatoire est surtout le fait de médecins âgés, ancrés dans des habitudes de surveillance médicale de leurs patients, alors que la jeune génération est davantage ouverte à cette prise en charge rapide, tout en respectant les règles de sécurité médicale. Cette différence intergénérationnelle est surtout marquée dans l'établissement hospitalo-universitaire.

Dans ce contexte, il est remarquable de constater que sous l'impulsion de l'assurance maladie, avec la mise sous accord préalable pour la prise en charge de certains actes en hospitalisation, la prise en charge ambulatoire s'est très vite développée, le médecin n'appréciant que fort peu la contrainte imposée par la tutelle.

- Un autre frein réside dans les réticences de certains patients qui sont peu éduqués en France pour des prises en charge rapides dans les établissements de santé ; de plus, dans les CH et le CHU visités, la proportion de patients âgés vivant isolés en zone rurale est significative. Ceci dit, il faut relativiser cet obstacle : ces caractéristiques sont équivalentes dans les 3 établissements publics (zone rurale ou semi-rurale) et pourtant le taux de prise en charge en ambulatoire y est très différent... Une enquête ad hoc a été réalisée dans le CHU par le DIM sur le potentiel de développement de l'ambulatoire dans les différents services, et il s'avérait que les obstacles mis en avant dans le discours (éloignement, âge) concernaient une proportion minimale de patients. Il demeure que les patients en France sont relativement habitués à être totalement pris en charge par les établissements de santé, pendant quelques jours, et même si ceux qui ont connu le mode de prise en charge ambulatoire deviennent très demandeurs, il reste toujours important pour les praticiens de passer du temps en consultation pour expliquer que toutes les conditions de sécurité sont réunies. Même dans la clinique, située dans une grande ville, ce point a été souligné. D'ailleurs, dans cet établissement, une enquête qualitative par entretien auprès d'un échantillon de patients a été réalisée pour apprécier les freins de nature psychologique ou socio-culturelle auxquels il fallait faire face. Mais pour certains actes (cataracte, canal carpien...), on voit bien que la procédure de référence devient la prise en charge ambulatoire ; c'est cette bascule dans les esprits qui est en train de se produire. On ne parlera plus de la chirurgie

ambulatoire comme une procédure innovante réservée à certains patients « en bonne santé », mais comme la prise en charge proposée *a priori*.

- Un troisième frein est à signaler : la nature des actes réalisés. Ce point a été souligné dans les 4 établissements. Pour certains actes, comme les amygdalectomies, les hernies, les risques de saignement ou de douleur mal maîtrisée sont importants, et il ne peut être question de faire sortir un patient dans un état instable. Aussi, le taux d'ambulatoire pour ces types d'actes ne pourra pas augmenter beaucoup en l'absence d'évolution des techniques.

### ***Positionnement du développement ambulatoire selon les actes***

Parmi les groupes d'actes particulièrement analysés, notamment ceux ayant fait l'objet d'une convergence tarifaire entre prise en charge ambulatoire et hospitalisation d'une nuit, on peut opérer un classement :

- GHM avec prise en charge en ambulatoire fréquente : soit parce que ce type de patient est spontanément pris en charge en ambulatoire, vu l'évolution des techniques de chirurgie et de l'anesthésie, soit parce que la mise sous accord préalable a stimulé le processus : il s'agit surtout des GHM en ophtalmologie, stomatologie/chirurgie maxillo-faciale, orthopédie ;
- GHM pour lesquels la position des chirurgiens est contrastée, certains freinant cette prise en charge (pour des raisons de sécurité des soins dans le discours) alors que d'autres réalisent presque toutes les interventions en ambulatoire ; il s'agit notamment de la chirurgie vasculaire (varices) et de la chirurgie viscérale (hernies chez l'enfant) ; le praticien rencontré qui s'est avéré le plus virulent contre la prise en charge ambulatoire est un chirurgien cardio-vasculaire du CHU qui refuse de façon militante cette procédure pour les varices, dans la mesure où dans son service, on ne fait pas de « cosmétique » ;
- GHM pour lesquels les chirurgiens dans les établissements visités sont en général réticents à la prise en charge en ambulatoire : c'est le cas en gynécologie ;
- GHM pour lesquels la technicité chirurgicale ne permet pas encore de prendre en charge les patients systématiquement en ambulatoire du fait des risques de saignement et/ou de douleur non maîtrisée : il s'agit essentiellement des amygdales, des hémorroïdes, des hernies chez l'adulte.

Il est clair que d'une manière générale, l'évolution des techniques chirurgicales et anesthésiques ces cinq dernières années ont permis le développement de la chirurgie ambulatoire et une diminution de la durée de prise en charge des patients ; les interventions lourdes impliquant 2 semaines d'hospitalisation auparavant demandent maintenant quelques jours d'hospitalisation, par exemple en hospitalisation de semaine, et l'hospitalisation de semaine se transforme en HDJ ; et même certains actes effectués auparavant en chirurgie ambulatoire se font maintenant en soins externes (sous la pression de la circulaire « frontière »).

### ***La chirurgie ambulatoire est-elle « rentable » pour les établissements ?***

Deux établissements de l'échantillon font partie de l'ENCC et sont donc en mesure de comparer les tarifs à leurs coûts propres. Les résultats sont contrastés.

Dans le CHU, dans de nombreux cas, pour les GHM à tarif unique, le tarif se situe entre le coût de l'ambulatoire et le coût du GHM correspondant de niveau 1, mais il arrive aussi que le tarif soit inférieur au coût du GHM d'ambulatoire. Le tableau suivant donne quelques exemples :

**Tableau 21 - Exemple de comparaison entre tarifs et coûts ENCC de l'établissement CHU**

	Tarifs 2009	Coût ambu 2008 de l'établissement	Coût moyen niveau 1 2008 de l'établissement
Canal carpien	827,96	1219,63	1384,83
Cataracte	1512,74	1285,41	1804,16
Drains transtympaniques, âge<18 ans	702,08	498,70	1367,08
Ménisectomie sous arthroscopie	1385,13	1317,20	1478,04
Interventions sur les testicules, âge<18 ans	1368,45	1370,09	1714,11

L'incitation économique à réaliser de l'ambulatoire est donc réelle en matière de différence coûts-tarifs, même si dans certains cas, l'établissement est en déficit sur la réalisation d'un acte effectué en ambulatoire. Remarquons toutefois que dans le cas du canal carpien en ambulatoire, nous avons vu précédemment que le tarif est inférieur au coût de l'ENCC 2007. Il faut souligner par ailleurs que les coûts de l'établissement pour l'ambulatoire ne sont pas optimisés, en l'absence d'organisation dédiée.

Dans la clinique, la situation est différente : pour les GHM ambulatoires étudiés, l'établissement présente des coûts systématiquement supérieurs aux coûts moyens de l'ENCC 2007. Quelques exemples sont donnés ci-après pour les GHM d'ambulatoire les plus représentés.

**Tableau 22 - Exemple de comparaison entre tarifs, coûts de l'ENCC et coûts de la clinique**

	Coût moyen 2009 de l'établissement, honoraires inclus	Coût ENCC 2007, honoraires inclus	Tarif 2009, hors honoraires	Tarif 2010, hors honoraires
Varices	1086	889	791,17	726,83
Hernies, adultes	1330	1004	1186,15	1124,46
Autres arthroscopies du genou	1386	1125	729,46	755,69
Ménisectomie sous arthroscopie	936	785	627,26	587,88
Arthroscopies d'autres localisations	2369	1014	581,48	664,24

De fait, l'établissement, d'après ces données, perd de l'argent à chaque intervention ambulatoire réalisée. Il en perdrait certes davantage en hospitalisation complète puisque le coût augmenterait, pour un tarif identique (au moins pour les 4 premières lignes de ce tableau).

L'une des principales raisons évoquées est l'absence de structure et d'organisation dédiées à l'ambulatoire et à l'existence encore fréquente d'ambulatoire « forain ». De fait, ces séjours ont tous les coûts d'un patient hospitalisé.

Dans les CH 1 et 2, c'est surtout via les tableaux de bord de pôle que les données sont consolidées et diffusées, mais donc à un niveau assez agrégé. Le CHU a établi aussi des tableaux de bord de pôle, intégrant le suivi de l'activité sur les 18 racines de GHM à « tarif unique ».

Dans le CH 1, une comptabilité par unité est disponible, mais parfois incomplète. Du fait de la difficulté par exemple de connaître la quote-part de temps passé par les médecins/chirurgiens en chirurgie ambulatoire, les données de comptabilité analytique disponibles pour cette unité sont amputées de cette donnée.

Moyennant ces limites, pour l'unité de chirurgie ambulatoire, sans tenir compte du temps passé par les médecins et chirurgiens, les recettes se sont élevées en 2008 et 2009, sur le 1er semestre, respectivement à 1,27 et 1,4 millions d'euros, et les charges à 1,24 et 1,37 millions d'euros, soit un solde grossièrement à l'équilibre. Mais si on ajoutait les temps médicaux, le solde deviendrait négatif.

Dans le CH2, il n'y a pas d'analyse de comptabilité analytique fine par unité ou service.

Deux établissements ont pris comme indicateur la recette moyenne du GHS de chirurgie ambulatoire et observent des évolutions différentes : en baisse dans la clinique (où la diminution des tarifs en 2010 a joué un grand rôle), en hausse dans le CH2 (effet case-mix).

À noter que pour les établissements utilisant l'ENCC, le « retard » de 2 ans dans l'obtention des données est jugé fort péjoratif et en freine l'appropriation.

Sur le plan des coûts « obligatoires » d'une unité dédiée de chirurgie ambulatoire, il faut rappeler que l'article D 6124-303 du code de la Santé publique prévoit 1 IDE pour 5 patients présents. Sur la base d'une unité de 15 lits occupés à 100 %, il faut 3 IDE en permanence sur la période d'ouverture, soit 11h x 5 jours x 3 IDE=165 heures par semaine, soit de l'ordre de 8000 heures de présence infirmière par an (en comptant 4 semaines de fermeture par an), ce qui demande, sur la base de la réglementation du temps de travail, 5 postes d'IDE.

Il faut ajouter à cela un temps de cadre, 1 ou 2 secrétaires, 2 ou 3 AS, 1 ASH.

De l'avis des établissements rencontrés, la rentabilité d'une telle unité est acquise si l'unité est totalement occupée (taux de rotation des lits de 1 patient/jour, sachant que dans certaines conditions, ce taux de rotation peut se rapprocher de 2...).

### **Conclusion**

Avec les nouvelles techniques anesthésiques et chirurgicales, la chirurgie ambulatoire s'inscrit dans l'évolution naturelle de la prise en charge hospitalière, avec la tendance au raccourcissement des prises en charge. Mais pour se développer, elle requiert parfois des stimuli dont le plus efficace est la pression des tutelles (pression interne exercée par la direction de l'établissement, ou pression externe de l'assurance maladie). Les détails de la tarification demeurent largement méconnus par le personnel médical et ne constituent pas un stimulus particulier. Car *in fine*, c'est le personnel médical qui décide des indications, selon ses critères propres, où les éléments tarifaires ne jouent aucun rôle. C'est au contraire lui qui, d'après les entretiens réalisés, dans une perspective historique, a semblé plutôt constituer un frein au développement de la chirurgie ambulatoire, sauf quelques éléments particulièrement moteurs... et courageux !

## 6 – La dialyse à domicile

Dans le cas général des organisations régionales, les modalités de prise en charge en centre (pour adultes, pour enfants) sont assurées classiquement par des établissements de santé publics ou privés, ou des centres autonomes de dialyse privés. Les modalités hors centre, et notamment les prises en charge à domicile, sont assurées par une association de dialyse à domicile, à vocation régionale, avec des conventions passées entre l'association et les établissements de santé. Les modalités en unité de dialyse médicalisée (UDM) et en autodialyse sont assurées par les deux types de structures, en fonction de la géographie de la région. Il est de plus en plus fréquent en outre que l'association ouvre un ou plusieurs centres d'hémodialyse pour compléter sa palette d'intervention et assurer une présence dans certaines zones mal desservies.

L'association est de droit privé, sous convention collective FEHAP (elle est par ailleurs souvent présidée par un professeur de néphrologie du CHU) ; ainsi, ce sont les tarifs privés qui leur sont appliqués. Dans le développement qui suit, sont signalées les valeurs des tarifs publics pour les modalités de dialyse à domicile, mais ces tarifs sont en pratique très peu utilisés.

### 6.1 Le détail des incitations

Les incitations ont pris plusieurs formes.

- a) En 2004-2005, au moment de calculer les nouveaux tarifs « T2A » des différentes modalités de dialyse, une incitation en faveur des modalités de dialyse hors centre a été introduite.

Précisément, en 2004, seul le secteur public était en T2A, et en hospitalisation, seule la dialyse en centre était valorisée dans le nouveau système. Les autres modalités de dialyse, assurées par le secteur privé, notamment le secteur privé à but non lucratif (associations de dialyse à domicile), étaient facturées encore sous le système antérieur, avec des disparités tarifaires entre régions.

Par ailleurs, n'existaient au départ que 8 modalités de dialyse : centre, autodialyse, hémodialyse à domicile, dialyse péritonéale sous ses deux formes (dialyse péritonéale automatisée : DPA et dialyse péritonéale continue ambulatoire : DPCA), et les trois modalités d'entraînement à la dialyse.

Suite à la nouvelle réglementation de 2002, dans le cadre des nouveaux SROS, 3 modalités supplémentaires de dialyse étaient créées : dialyse en centre pour enfants, dialyse en unité de dialyse médicalisée, distinction de l'autodialyse simple et assistée.

Pour fixer les tarifs de 2005 dans le secteur privé, il a été pris la moyenne des tarifs observés dans les différentes régions pour chaque modalité, sur des champs de charges identiques (en particulier hors EPO), à la suite de quoi plusieurs ajustements ont été opérés :

- Création des 3 nouveaux tarifs pour passer de 8 à 11 modalités, en se basant sur les normes de fonctionnement, en comparaison avec les modalités existantes (par exemple, la différence entre autodialyse simple et autodialyse assistée résidait dans un temps d'infirmière qu'il suffisait de valoriser).
- Prise en compte des normes édictées en matière de dialyse péritonéale (à savoir un temps d'infirmière et une astreinte), conduisant à augmenter le tarif hebdomadaire des prises en charge en DP de 42 euros.

- Augmentation de 1 % des tarifs de l'hémodialyse à domicile, de l'autodialyse et des forfaits d'entraînement.

Les tarifs du secteur public, en dehors de la dialyse en centre, ont été créés en partant de ceux du secteur privé, auxquels ont été ajoutés les honoraires médicaux (pour les forfaits d'entraînement), en ajoutant 10 % au titre des charges particulières du secteur public.

Enfin, le tarif de la dialyse en centre dans le secteur public a été diminué, de 428 à 390 euros, pour se rapprocher du tarif du secteur privé (296 euros+honoraires), permettant de financer les augmentations précédentes sur les modalités hors centre.

- b) En 2006, suite aux effets de la régulation prix/volume et à un dépassement d'enveloppe en 2005, les tarifs ont été baissés globalement de 1 % pour l'ensemble des GHS et des prestations, dans les deux secteurs, ce qui a conduit, suite aux différents choix opérés sur les différentes activités, de baisser de 1 % les tarifs de dialyse en secteur public et de 2,58 % en secteur privé.  
En cours d'année, toutefois, au vu des résultats budgétaires, une hausse tarifaire a pu être opérée, et les baisses ont été annulées pour les modalités de dialyse péritonéale.
- c) En 2007, une hausse du tarif de l'hémodialyse à domicile dans le secteur privé permet d'annuler les effets de la baisse de 2006.
- d) En 2008, une baisse de tarif de 3,7 % a été appliquée au 1<sup>er</sup> janvier suite au passage à la T2A à 100 % dans le secteur public (en raison d'une hausse antérieure des tarifs supérieure à la hausse de la dotation annuelle complémentaire ; cette baisse était nécessaire pour maintenir l'enveloppe hospitalière constante), mais au 1<sup>er</sup> mars, alors que les tarifs augmentaient en moyenne de 0,3 %, les tarifs de dialyse péritonéale et d'hémodialyse à domicile ont augmenté de 2 %, ainsi que les forfaits d'entraînement. Cette hausse a été opérée dans les deux secteurs.
- e) En 2009, les tarifs de dialyse en centre et en UDM ont fortement baissé en secteur public, contrairement aux tarifs hors centre (+0,52 %) et au forfait d'entraînement à l'hémodialyse (+65 %).
- f) En 2010, enfin, est créé le supplément de dialyse péritonéale au cours d'une hospitalisation intercurrente.

Les tableaux suivants indiquent comment ont évolué les tarifs de dialyse entre 2004 et 2009 dans le secteur public (ex-DG) et le secteur privé (ex-OQN).

À noter que la montée en charge des nouvelles autorisations s'est faite progressivement, nécessitant la cohabitation pendant un certain temps d'une grille tarifaire avec les 8 modalités et une grille tarifaire avec les 11 modalités (avec bien sûr des valeurs communes dans les 2 grilles pour les modalités identiques). C'est pourquoi les tableaux comprennent de nombreuses lignes.

À noter enfin que les modalités de dialyse sont facturées dans le secteur privé avec des prestations en D (de D01 à D21), alors que dans le secteur public, on a un système mixte : certaines modalités en GHS et d'autres en D.

**Tableau 23 - Évolution des tarifs des prestations de dialyse entre 2004 et 2009 dans les deux secteurs**

<b>Secteur public</b>		<b>Tarifs 2004</b>	<b>Tarifs 2005</b>	<b>Tarifs 2006</b>	<b>Modifs 2006</b>	<b>Tarifs 2007</b>	<b>modif 1er janv 2008</b>	<b>Tarifs 2008</b>	<b>Tarifs 2009</b>
24Z01Z	Dialyse en centre, en séances	428,05	390						
28Z04Z	Hémodialyse, en séances (centre)			386,1		388,42	374,05	375,17	349,12
28Z04Z	Hémodialyse, en séances (centre pour enfants)			432,8		435,4	419,29	420,54	391,34
28Z04Z	Hémodialyse, en séances (Unité de dialyse médicalisée)			277,7		279,36	269,02	269,83	251,09
28Z01Z	Entraînements à la dialyse péritonéale automatisée, en séances			429,5		432,08	416,09	424,41	423,19
28Z02Z	Entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire, en séances			402,46		404,88	389,9	397,7	396,55
28Z03Z	Entraînements à l'hémodialyse, en séances			420,1		422,62	406,98	408,2	673,79
D09	Forfait d'hémodialyse en centre		390						
D10	Forfait d'hémodialyse en centre pour enfants		437,17						
D11	Forfait d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée		280,5						
D12	Forfait d'autodialyse simple		240,59	238,18		239,61	230,75	231,44	232,64
D13	Forfait d'autodialyse assistée		247,03	244,56		246,03	236,92	237,63	238,87
D14	Forfait d'hémodialyse à domicile		209,87	207,77		209,02	201,28	205,31	206,38
D15	Forfait de dialyse péritonéale automatisée (DPA)		705,34	698,29	705,27	709,5	683,25	696,91	700,54
D16	Forfait de dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA)		547,79	542,31	547,74	551,02	530,63	541,25	544,06
D17	Forfait d'entraînement à l'hémodialyse à domicile et à l'autodialyse		424,34						
D 18	Forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale automatisée		433,84						
D 19	Forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale continue ambulatoire		406,53						
D20	Forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale automatisée							424,41	426,62
D21	Forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale continue ambulatoire							397,7	399,77

<b>Secteur privé</b>		<b>Tarifs 2004</b>	<b>Tarifs 2005</b>	<b>Tarifs 2006</b>	<b>Modifs 2006</b>	<b>Tarifs 2007</b>	<b>modif 1er janv 2008</b>	<b>Tarifs 2008</b>	<b>Tarifs 2009</b>
D01	Forfait d'hémodialyse en centre		296,23	288,58		291,46			
D02	Autodialyse (simple ou assistée)		218,72						
D03	Entraînement à l'hémodialyse à domicile et l'autodialyse		352,17	343,07		346,5			
D04	Entraînement à la DPA		360,8	351,48		354,99			
D05	Entraînement à la DPCA		335,97	327,29		330,56			
D06	Forfait d'hémodialyse à domicile		190,79						
D07	Forfait de dialyse péritonéale automatisée (DPA)		641,22						
D08	Forfait de dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA)		497,99						
D09	Forfait d'hémodialyse en centre		296,23	288,58		291,46		292,34	293,86
D10	Forfait d'hémodialyse en centre pour enfants		343,83	334,95		338,29		339,31	341,08
D11	Forfait d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée		255	248,41		250,89		251,65	252,96
D 12	Forfait d'autodialyse simple		218,72	213,07		215,2		215,84	216,97
D 13	Forfait d'autodialyse assistée		224,57	218,77		220,95		221,62	222,77
D 14	Forfait d'hémodialyse à domicile		190,79	185,86		190,79		194,61	195,62
D 15	Forfait de dialyse péritonéale automatisée (DPA)		641,22	624,65	641,22	647,63		660,58	664,02
D 16	Forfait de dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA)		497,99	485,12	497,99	502,97		513,03	515,7
D17	Forfait d'entraînement à l'hémodialyse à domicile et à l'autodialyse		352,17	343,07		346,5		353,43	355,27
D 18	Forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale automatisée		360,8	351,48		354,99		362,09	363,98
D 19	Forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale continue ambulatoire		335,97	327,29		330,56		337,17	338,93
D20	Forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale automatisée							362,09	363,97
D21	Forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale continue ambulatoire							337,17	338,93

Cette situation assez complexe peut se résumer dans le tableau suivant :

**Tableau 24 - Évolution de la valeur des forfaits de dialyse entre 2005 et 2009 dans les deux secteurs (base 100 en 2005)**

	<b>Evolution 2009/2005 Secteur ex- OQN</b>	<b>Evolution 2009/2005 Secteur ex-DG</b>
Forfait d'hémodialyse en centre	99,2%	89,5%
Forfait d'hémodialyse en centre pour enfants	99,2%	89,5%
Forfait d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	99,2%	89,5%
Forfait d'autodialyse simple	99,2%	96,7%
Forfait d'autodialyse assistée	99,2%	96,7%
Forfait d'hémodialyse à domicile	<b>102,5%</b>	98,3%
Forfait de dialyse péritonéale automatisée (DPA)	<b>103,6%</b>	99,3%
Forfait de dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA)	<b>103,6%</b>	99,3%
Forfait d'entraînement à l'hémodialyse à domicile et à l'autodialyse	100,9%	158,8%
Forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale automatisée	100,9%	98,3%
Forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale continue ambulatoire	100,9%	98,3%
<b><i>Pour comparaisons :</i></b>		
GHS d'accouchement par voie basse sans complication+nv né normal sans complication	122,1%	96,1%
GHS d'appendicectomie non compliquée	107,6%	98,6%
GHS de Chimiothérapie en séances	91,0%	90,9%
GHS de Canal carpien, ambulatoire	104,7%	116,5%

Il y a donc une évolution très différenciée entre tarifs en centre d'une part, tarifs hors centre d'autre part, sachant qu'on est parti en 2005 d'une situation où les modalités de dialyse à domicile ont été favorisées. Le fait qu'en secteur public, en valeur nominale, les tarifs aient en réalité baissé est surtout lié aux différents épisodes de baisse tarifaire évoqués plus haut pour des raisons techniques et aux transferts fréquents de budgets de la base tarifaire vers la base des MIGAC (Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation). À titre de comparaison d'évolution, quelques exemples de GHS sont donnés en fin de tableau ; ces évolutions sont à la fois liées aux modifications de champ d'enveloppe budgétaire dans le secteur public et à des évolutions spécifiques des coûts de telle ou telle activité.

On constate de fait que la dialyse en secteur privé a connu une certaine stabilité et que la dialyse à domicile a été favorisée. Les taux indiqués en gras sont ceux qui concernent les tarifs très majoritairement utilisés pour facturer les modalités de dialyse à domicile en France (par les associations de dialyse à domicile). Et ce qui compte est la différence entre la situation de la dialyse en centre et de la dialyse hors centre, notamment la DP.

Cependant, même si les incitations en faveur des modalités de dialyse à domicile sont ainsi objectivées, il faut reconnaître que les évolutions nombreuses et complexes de ces tarifs ont pu être diversement appréhendées par les acteurs de la prise en charge des patients en dialyse. Jusqu'en 2008, nous avons vu que le tarif de la dialyse en centre dans le secteur public était supérieur au coût de production d'après l'ENC. La situation a été corrigée en 2009, mais donc à la fin de la période analysée. Il faut aussi remarquer que pour les associations de dialyse à domicile, qui ne disposent pas de MIGAC, une hausse des tarifs de seulement 3,6 % en DP et 2,5 % en HDD sur 4 ans (et même 5 ans puisqu'en 2010, les tarifs n'ont pas bougé) n'a pas permis de couvrir l'augmentation des charges.

Quoi qu'il en soit, il faut regarder si ces incitations, même modestes, se sont accompagnées de modifications dans les prises en charge.

## ***6.2 Les enjeux économiques***

La CNAMTS a réalisé récemment une étude sur le coût de l'insuffisance rénale chronique<sup>6</sup> sur l'année 2007, permettant d'identifier les écarts de dépenses entre modalités de prise en charge. Les données suivantes sont issues de cette étude :

### Montants moyens de prise en charge du malade selon la modalité de traitement :

- Dialyse péritonéale : 64 450 €
- Hémodialyse : 88 608 €
- Greffe du rein dans l'année : 86 471 €
- Suivi de greffe du rein : 20 147 €

### Coûts totaux tous régimes (année 2007) :

- Dialyse péritonéale : 194 millions d'euros
- Hémodialyse : 3,08 milliards d'euros
- Greffe du rein dans l'année : 248 millions d'euros
- Suivi de greffe de rein : 502 millions d'euros

Ces coûts intègrent l'ensemble des dépenses repérables dans les bases de l'assurance maladie : hospitalisation, soins ambulatoires, médicaments, transports... Les coûts d'hospitalisation sont prédominants dans toutes les modalités de prise en charge, mais des différences notables existent sur les autres postes : coûts de transport (11 147 € en hémodialyse contre 1313 € en DP), soins infirmiers (1 229 € en hémodialyse contre 8 670 € en DP).

---

<sup>6</sup> Blotière PO, Tuppin P, Weill A, Ricordeau P, Allemand H, Coût de la prise en charge de l'IRCT en France en 2007 et impact potentiel d'une augmentation du recours à la dialyse péritonéale et à la greffe, *Néphrologie et Thérapeutique*, 2010, 6 : 240-247.

Tableau 25 - Ventilation des coûts moyens par poste selon la modalité de traitement, CNAMTS, année 2007 (SNIIRAM/PMSI, régime général hors SLM, France entière)

	Dialyse péritonéale	Hémodialyse	Greffe du rein dans l'année	Suivi de greffe de rein	Total IRCT
Honnaires médicaux	747	3 317	1 245	480	7 074
Auxiliaires médicaux	8 670	1 229	439	323	1 192
Biologie	689	1 668	1 220	411	1 124
Pharmacie	4 237	4 037	11 340	7 717	5 774
Dispositifs médicaux	736	584	444	300	480
Transport	1 313	11 147	5 586	1 066	6 599
Autres soins de ville	40	200	122	52	100
Hospitalisation privée (hors hono. méd.)	25 486	28 963	14 423	875	17 439
dont forfaits de dialyse	24 271	25 203	13 092	601	15 234
Hospitalisation publique	22 530	37 463	51 653	8 914	26 502
dont GHS de dialyse	847	17 469	4 575	537	9 669
dont GHS de greffe du rein	0	0	20 812	0	920
Total hospitalisation	48 016	66 425	66 075	9 789	43 941
dont forfaits ou GHS de dialyse	25 118	42 672	17 667	1 138	24 903
dont GHS de greffe du rein	0	0	20 812	0	920
<b>Total</b>	<b>64 450</b>	<b>88 608</b>	<b>86 471</b>	<b>20 147</b>	<b>61 266</b>

À partir de ces données, l'étude de la CNAMTS a cherché à évaluer les économies potentielles réalisables si l'ensemble des régions s'alignait sur le taux le plus élevé, à savoir 25 % de DP (le taux de Franche Comté). Le gain potentiel serait de 159 millions d'euros, toutes régions confondues, en année pleine.

### 6.3 Une érosion de la part de la dialyse à domicile en France depuis 2004

#### Le registre REIN

Une publication récente dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH, mars 2010) a fait le point sur la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale en France, en utilisant les données du registre REIN. Il ressort une observation importante, soulignée par Maurice Laville dans son éditorial : « *Globalement, la proportion de patients traités par méthodes « autonomes », à domicile et hors centre, décroît régulièrement. Cela alors qu'il n'y a pas de modification de la répartition des causes d'insuffisance rénale, que la fréquence des comorbidités à l'entrée en dialyse est stable après ajustement sur l'âge, et qu'il y a plutôt moins de complications cardio-vasculaires et d'anémie* ». Mais l'auteur note que l'âge à l'entrée en dialyse est en augmentation, pouvant expliquer un frein à l'orientation vers la dialyse hors centre. De fait, le choix d'une prise en charge pour un patient donné dépend de multiples facteurs, en fonction des données médicales, d'environnement socio-économique, de disponibilité des différentes techniques sur le territoire, de l'expérience des équipes, d'effets « d'école », ou de considérations économiques. Et il subsiste d'importantes disparités régionales dans le traitement des patients dialysés : « *Ces disparités s'observent sur la première séance de dialyse (un quart des patients débutent la dialyse dans des conditions d'urgence) ; sur la répartition entre les différentes modalités de traitement ; et sur l'inscription sur la liste d'attente de greffe.* »

La remarque finale de cet éditorial interroge plus spécifiquement le sujet de notre analyse, mettant en cause directement l'impact de la tarification : « *On peut aussi s'interroger sur les conséquences combinées des évolutions réglementaires et des modes de financement des différentes*

méthodes de traitement. On ne peut nier que la mise en place de la T2A a incité certains établissements à développer et à utiliser au maximum leurs ressources de traitement en centre et en dialyse médicalisée. D'autre part, les structures de dialyse hors centre, très majoritairement de statut associatif, maintiennent difficilement leur équilibre économique face aux coûts de modernisation, d'équipement et de fonctionnement des unités de proximité ou des traitements à domicile, auxquels s'ajoutent le recrutement, la formation de personnels paramédicaux spécialisés, et la charge du suivi médical de patients traités sur des sites d'accès parfois difficile. »

C. Jacquelinet, E. Ekong et M. Labeeuw, dans le même numéro du BEH, dressent l'évolution des modalités de traitement de suppléance de l'insuffisance rénale terminale entre 2005 et 2008, à partir des données du registre REIN, dans les 12 régions du registre qui ont des données exhaustives sur l'ensemble de la période<sup>7</sup>. Les conclusions sont les suivantes : « Le nombre de patients traités pour insuffisance rénale terminale a augmenté annuellement de +4,7 % pendant la période étudiée, avec une augmentation persistante du nombre de malades hémodialysés en centre, une stagnation du nombre de malades en dialyse péritonéale et une diminution des malades dialysés hors centre. On observe dans le même temps une montée en charge progressive des unités de dialyse médicalisée dont le développement se fait par redistribution des malades les moins sévères de l'hémodialyse en centre et des malades les plus lourds en dialyse hors centre. Le développement de la greffe rénale vient lui aussi limiter de manière positive l'expansion de la dialyse hors centre et de la dialyse péritonéale. »

Le tableau suivant issu de cet article, précise ces évolutions.

**Tableau 26 - Répartition des patients traités pour insuffisance rénale chronique par modalité de traitement au 31 décembre de chaque année de 2005 à 2008, registre Rein**

	2005		2006		2007		2008		Evolution 2008/2005
Porteur de greffon	12 011	43,7%	12 772	44,0%	13 651	45,0%	14 375	45,8%	19,7%
Hémodialyse en centre	9 088	33,1%	9 620	33,1%	9 904	32,6%	10 149	32,3%	11,7%
Hémodialyse en UDM	977	3,6%	1 207	4,2%	1 398	4,6%	1 687	5,4%	72,7%
Hémodialyse en autodialyse	3 502	12,7%	3 488	12,0%	3 465	11,4%	3 331	10,6%	-4,9%
Hémodialyse à domicile	283	1,0%	247	0,9%	219	0,7%	198	0,6%	-30,0%
Hémodialyse en entraînement	349	1,3%	332	1,1%	343	1,1%	363	1,2%	4,0%
DPCA	828	3,0%	856	2,9%	846	2,8%	769	2,4%	-7,1%
DPA	421	1,5%	479	1,6%	499	1,6%	505	1,6%	20,0%
DP en entraînement	37	0,1%	39	0,1%	22	0,1%	23	0,1%	-37,8%
<b>TOTAL</b>	<b>27 496</b>		<b>29 040</b>		<b>30 347</b>		<b>31 400</b>		<b>14,2%</b>

Sources : BEH Mars 2010 / Registre REIN.

Ainsi, dans un contexte d'augmentation du nombre de patients chaque année (+4,7 % par an en moyenne), les modalités de dialyse hors centre sont en diminution nette. Les auteurs observent d'ailleurs que ceci va à l'encontre des objectifs des SROS, qui visaient des taux supérieurs dans les modalités hors centre en 2011 (par exemple, l'objectif était en moyenne de 11 % de patients en dialyse péritonéale en 2011 au sein du total des patients dialysés, alors qu'on observe 7,6 % en 2008).

### **La base SAE**

L'exploitation de la base SAE 2004-2008 permet de confirmer ces constats pour la dialyse : les évolutions ne sont pas en faveur de la dialyse hors centre, même si par ailleurs certaines différences entre les deux sources sont observées :

<sup>7</sup> Auvergne, Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Centre, Champagne-Ardenne, Languedoc-Roussillon, Limousin, Lorraine, Midi- Pyrénées, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône- Alpes.

**Tableau 27 - Évolution de l'activité de traitement par dialyse, entre 2004 et 2008, SAE (hors entraînement)**

Type de dialyse (catégories SAE)	Nbre de centres	Nb de séances 2008	Nb de semaines 2008	Nb de patients dans la semaine du 15/10/2008	Evolution nb séances ou semaines 2004 - 2008	Evolution nb séances ou semaines 2005 - 2008	Evolution nb de patients semaine du 15/10 2005 - 2008
Hémodialyse en centre	360	3 166 845		22 424	11,6%	7,8%	9,4%
Unité de dialyse médicalisée	157	428 965		3 199	178,5%	137,3%	154,3%
Autodialyse	640	1 361 157		8 694	0,9%	1,0%	-2,7%
Hémodialyse à domicile	122	62 362		348	-37,0%	-22,4%	-28,2%
Dialyse Péritonéale Continue Ambulatoire	187		83 281	1 837	-21,1%	-9,3%	-3,6%
Dialyse Peritoneale Automatisée	190		62 730	1 388	23,7%	18,6%	19,6%
Dialyse Péritonéale en Centre	99		8 932	307	-12,6%	-29,3%	-31,6%

Figurent dans les deux dernières colonnes l'évolution 2005-2008, d'une part du nombre de séances ou semaines, d'autre part du nombre de patients pris en charge dans la semaine du 15/10, pour comparer au tableau issu de l'exploitation du registre REIN, mais les données ne sont pas vraiment comparables, pour les raisons suivantes :

- REIN enregistre des patients, et en l'occurrence le nombre de patients au 31/12 de chaque année, alors que la SAE compte ici des séances ou des semaines sur l'année ou alors le nombre de patients pris en charge dans la semaine du 15/10 ; ces notions ne se recouvrent pas ;
- La SAE est exhaustive sur la France alors que l'exploitation de REIN, ici, ne couvre que 12 régions ;
- La SAE présente quelques défauts de recueil :
  - il arrive que sur les deux informations demandées (séances (ou semaines) d'une part, nombre de patients dans la semaine du 15/10 d'autre part), l'une des deux manque, et ce de manière non toujours identique sur les 5 années d'analyse ;
  - il arrive qu'un centre ne remplisse que certaines années, ce qui est surtout troublant quand on observe une activité en 2004 et 2005, rien en 2006 et à nouveau une activité en 2007 par exemple ; ce peut malheureusement être la situation pour des centres importants ; mais pour ce type d'activité spécifique, il n'y a pas de blocage à la saisie pour éviter ces incohérences ;
  - le fait que des chiffres strictement identiques soient observés pour certains centres sur toutes les années pourrait laisser penser que le remplissage par le centre fut un peu rapide (cela est observé de temps à autre sur le nombre de patients dans la semaine du 15/10)...
  - par ailleurs, les changements très fréquents de N° de Finess en cours d'année peuvent rendre difficile le suivi de l'activité à des échelles plus petites que le territoire national ; et il n'est pas impossible que des doublons d'activité soient alors observés, chacun des deux Finess concernés par le changement remplissant le total annuel de l'activité.

Néanmoins, les résultats globaux en termes de taux d'évolution sont plutôt proches entre les deux sources de données, avec une augmentation régulière de l'activité en centre, une baisse de l'autodialyse et surtout de l'hémodialyse à domicile, une augmentation de la DPA et une baisse de la DPCA, donnant à la dialyse péritonéale dans son ensemble une part à peu près stable, et ce, dans un contexte où le nombre de patients augmente régulièrement.

Finally, in view of these global results, it seems that financial incentives in favour of home dialysis (of which we have seen the limits previously) had no effect. One of the difficulties is obviously to try to isolate the effect of one factor when many other factors are in play: medical practices, availability of services, choice of patients, issues of remuneration for doctors... There is a significant difference with the case of ambulatory surgery: for ambulatory surgery, financial incentives have been accompanied by several other actions (prior agreement by the health insurance, MEAH then ANAP, objectives set in the SROS). But for the moment, in the case of home dialysis, outside of setting voluntary objectives in the SROS, there has not been the same way of implementing measures seeking to act at the same time on the different factors of blockage. And to be true, as we will see in the qualitative analysis, and as we have seen in the editorial of the BEH cited above, the actors identify rather in the tariff area an incentive in favour of the centre.

In having this general constat in mind, one can advance in the description of the situation by being interested in regional situations.

**Note** : as indicated in the methodology chapter, PMSI data could not be used for dialysis, in the objective pursued here, because of the absence of data concerning the private sector and dialysis associations at home, which bill dialysis as « D » services.

#### 6.4 D'importantes disparités régionales

The following table, from the 2008 REIN activity report, recalls regional situations in terms of development of different dialysis techniques, as of 31/12/2008, in the 22 regions included, for a total of 34 055 registered patients. One observes very strong regional disparities in the use of different techniques.

**Tableau 28 - Répartition des patients selon les modalités de prise en charge en dialyse, au 31/12/2008, par régions, registre REIN**

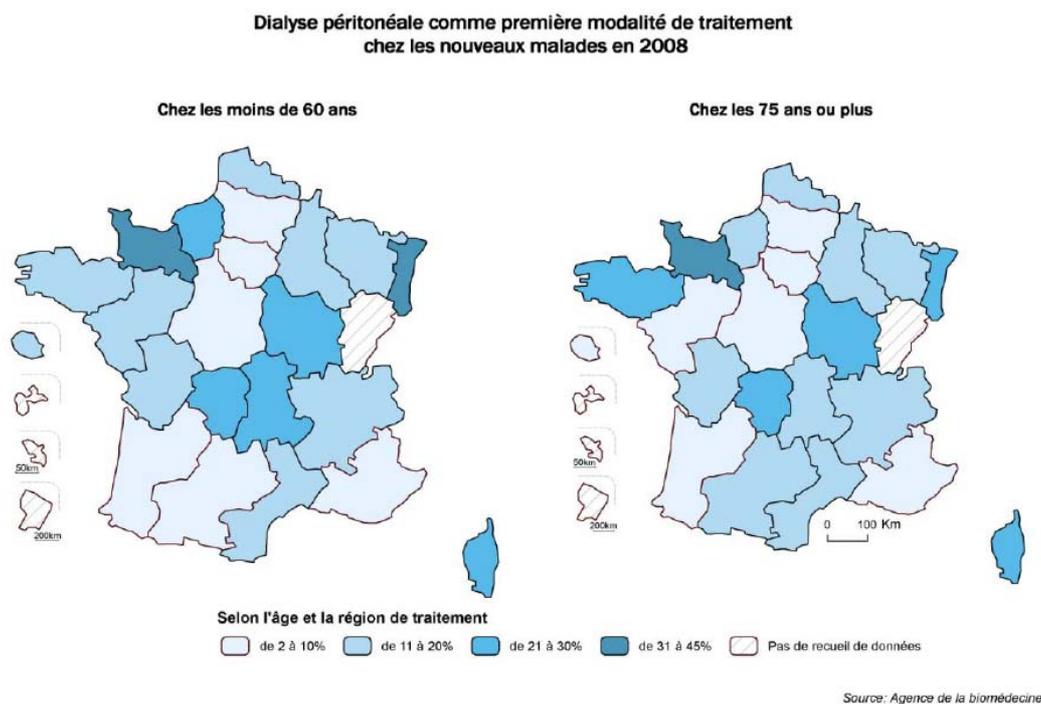
	Effectif total	Effectif avec un dernier suivi enregistré courant 2008	% Centre	% UDM	% Autodialyse	% HDD	% Entraînement	% DP
ALSACE	1 107	1 074	50,3%	28,9%	3,4%	0,7%	0,0%	16,8%
AQUITAINE	1 506	1 269	64,5%	0,2%	33,0%	0,6%	0,0%	1,9%
AUVERGNE	701	515	58,4%	7,9%	23,3%	0,0%	0,5%	9,7%
BASSE-NORMANDIE	653	641	55,9%	0,8%	23,6%	0,3%	0,5%	19,0%
BOURGOGNE	839	834	47,7%	24,9%	10,9%	0,9%	0,9%	14,6%
BRETAGNE	1 333	1 275	59,6%	5,9%	22,3%	0,8%	3,1%	8,1%
CENTRE	1 428	1 413	59,5%	10,8%	25,2%	0,1%	1,0%	3,6%
CHAMPAGNE-ARDENNE	734	730	55,9%	12,0%	21,9%	0,5%	0,2%	9,6%
CORSE	195	148	65,6%	0,0%	23,6%	0,0%	0,0%	10,8%
FRANCHE-COMTE	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
HAUTE-NORMANDIE	938	902	54,2%	9,8%	23,6%	0,5%	0,5%	11,3%
ILE-DE-FRANCE	6 295	5 964	68,5%	7,3%	18,0%	0,4%	0,5%	5,4%
LANGUEDOC-ROUSSILLON	1 848	1 684	54,7%	12,1%	17,6%	3,2%	4,6%	7,7%
LIMOUSIN	413	407	47,4%	26,7%	14,0%	0,4%	0,7%	10,6%
LORRAINE	1 174	1 157	61,4%	18,8%	8,6%	1,5%	1,4%	8,4%
MIDI-PYRENEES	1 527	1 504	61,9%	2,9%	29,1%	0,7%	0,8%	4,7%
NORD-PAS-DE-CALAIS	2 809	2 794	55,1%	3,6%	32,4%	1,1%	0,3%	7,5%
PAYS DE LA LOIRE	1 261	1 201	70,5%	2,5%	19,4%	0,8%	2,0%	4,9%
PICARDIE	952	890	64,4%	3,9%	26,2%	0,8%	0,5%	4,2%
POITOU-CHARENTES	732	729	50,6%	17,6%	21,0%	0,5%	0,8%	9,5%
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	3 346	1 966	72,8%	2,6%	19,1%	0,3%	1,2%	4,0%
RHONE-ALPES	3 034	2 864	57,3%	13,0%	16,1%	0,8%	3,3%	9,6%
LA REUNION	1 105	1 027	52,7%	6,7%	33,0%	0,0%	0,0%	7,7%
<b>TOTAL</b>	<b>33 930</b>	<b>30 988</b>	<b>60,7%</b>	<b>8,9%</b>	<b>21,1%</b>	<b>0,7%</b>	<b>1,2%</b>	<b>7,4%</b>
	Rq : 0,4% données manquantes							

Ce rapport précise, à propos de ces chiffres, les éléments suivants :

« La proportion de patients en dialyse péritonéale variait de 2 % en Aquitaine à 19 % en Basse-Normandie. L'utilisation de la dialyse péritonéale selon l'âge des patients variait d'une région à l'autre. Certaines régions, telles l'Alsace ou la Basse Normandie, utilisent la dialyse péritonéale à tout âge. D'autres, telle la Bourgogne, semblent privilégier la dialyse péritonéale chez les personnes âgées. Enfin d'autres, telles le Poitou-Charentes, le Limousin ou la Haute-Normandie, semblent également utiliser la dialyse péritonéale chez les jeunes, en pont vers la greffe. Attention, dans ces régions, le turn-over des malades traités en dialyse péritonéale peut être rapide du fait de l'accès rapide à la greffe rénale : ainsi, des chiffres bas en cas « prévalents » peuvent être liés soit à un accès rapide à la greffe, soit à une propension à peu utiliser la dialyse péritonéale. »

À noter que la Franche-Comté n'était pas encore entrée dans le registre en 2008, mais d'après l'étude de la CNAMTS menée sur l'année 2007, c'est la Franche-Comté qui présente le taux de DP le plus élevé, avec 25 %<sup>8</sup>.

Les cartes suivantes illustrent ces disparités pour la dialyse péritonéale, chez les nouveaux patients.



Regardons maintenant quelles ont été les évolutions par région pour la dialyse péritonéale et l'hémodialyse à domicile d'après SAE : tableaux des pages suivantes. Il est instructif de constater les différences dans les taux d'évolution sur cette période d'une région à l'autre, tout en gardant à l'esprit que les régions partent de situations différentes.

<sup>8</sup> Blotière PO, Tuppin P, Weill A, Ricordeau P, Allemand H, Coût de la prise en charge de l'IRCT en France en 2007 et impact potentiel d'une augmentation du recours à la dialyse péritonéale et à la greffe, Néphrologie et Thérapeutique, 2010, 6 : 240-247.

**Tableau 29 - Évolution de l'activité de Dialyse péritonéale (DPA et DPCA) entre 2004 et 2008, SAE**

	2004		2005		2006		2007		2008		Evolution 2008/2004		Rappel taux 2008 de DP dans REIN
	SEM 15/10	Semaines	SEM 15/10	Semaines									
ALSACE	302	11 313	209	8 450	292	9 997	213	9 775	302	9 524	0,0%	-15,8%	16,8%
AQUITAINE	75	4 038	48	2 785	92	3 177	70	2 740	65	2 385	-13,3%	-40,9%	1,9%
AUVERGNE	59	3 257	83	3 124	116	4 571	67	3 413	89	3 502	50,8%	7,5%	9,7%
BASSE-NORMANDIE	257	14 216	205	9 854	256	11 029	222	10 607	201	8 911	-21,8%	-37,3%	19,0%
BOURGOGNE	96	5 207	108	5 253	124	6 144	114	5 801	140	6 533	45,8%	25,5%	14,6%
BRETAGNE	100	4 969	90	4 634	95	4 827	98	4 693	96	5 027	-4,0%	1,2%	8,1%
CENTRE	66	3 393	70	3 186	77	3 387	65	2 755	59	2 617	-10,6%	-22,9%	3,6%
CHAMPAGNE-ARDENNE	4	169	8	121	82	4 361	79	4 058	3	138	-25,0%	-18,3%	9,6%
CORSE	13	591	12	684	16	832	22	1 080	11	588	-15,4%	-0,5%	10,8%
FRANCHE-COMTE	144	6 787	115	5 634	217	7 464	173	6 193	202	5 822	40,3%	-14,2%	n.d.
HAUTE-NORMANDIE	111	5 034	109	5 564	136	1 924	100	5 262	133	5 567	19,8%	10,6%	11,3%
ILE-DE-FRANCE	481	22 856	533	22 000	484	21 761	564	24 526	509	23 015	5,8%	0,7%	5,4%
LANGUEDOC-ROUSSILLON	154	7 344	164	8 055	171	8 846	161	8 147	158	8 239	2,6%	12,2%	7,7%
LIMOUSIN	65	2 398	67	2 308	72	3 716	26	2 176	28	2 136	-56,9%	-10,9%	10,6%
LORRAINE	130	6 493	154	7 706	142	7 698	136	6 965	107	5 786	-17,7%	-10,9%	8,4%
MIDI-PYRENEES	80	3 494	83	4 164	81	3 938	66	3 705	77	3 839	-3,8%	9,9%	4,7%
NORD-PAS-DE-CALAIS	352	20 882	356	16 176	368	14 936	337	20 895	309	13 914	-12,2%	-33,4%	7,5%
PAYS DE LA LOIRE	107	4 437	98	4 652	114	4 948	117	5 379	109	4 991	1,9%	12,5%	4,9%
PICARDIE	4	237	2	140	14	1 632	-	33	13	1 541	225,0%	550,2%	4,2%
POITOU-CHARENTES	70	3 576	71	3 786	81	3 825	69	3 296	98	3 259	40,0%	-8,9%	9,5%
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	192	8 691	166	6 975	157	6 317	189	7 991	149	7 795	-22,4%	-10,3%	4,0%
RHONE-ALPES	293	10 495	259	14 555	282	11 411	328	16 356	286	14 630	-2,4%	39,4%	9,6%
DOM	131	6 411	56	4 908	9	2 752	77	5 862	81	6 252	-38,2%	-2,5%	n.d.
<b>TOTAL</b>	<b>3 286</b>	<b>156 288</b>	<b>3 066</b>	<b>144 714</b>	<b>3 478</b>	<b>149 493</b>	<b>3 293</b>	<b>161 708</b>	<b>3 225</b>	<b>146 011</b>	<b>-1,9%</b>	<b>-6,6%</b>	<b>7,4%</b>

**Tableau 30 - Évolution de l'activité d'hémodialyse à domicile entre 2004 et 2008, SAE**

	2004		2005		2006		2007		2008		Evolution 2008/2004		Rappel taux 2008 d'HDD dans REIN
	SEM 15/10	Séances	SEM 15/10	Séances									
ALSACE	30	2 507	22	2 846	14	3 093	9	2 298	8	1 983	-73,3%	-20,9%	0,7%
AQUITAINE	17	3 220	1	2 564	12	2 263	10	2 149	9	1 634	-47,1%	-49,3%	0,6%
AUVERGNE	9	1 341	8	1 382	11	2 338	3	646	2	552	-77,8%	-58,8%	0,0%
BASSE-NORMANDIE	1	156	1	305	2	407	1	363	2	353	100,0%	126,3%	0,3%
BOURGOGNE	17	2 717	17	2 730	13	2 340	13	1 861	9	1 552	-47,1%	-42,9%	0,9%
BRETAGNE	13	1 834	11	1 823	10	1 698	10	1 873	9	1 633	-30,8%	-11,0%	0,8%
CENTRE	10	1 581	7	1 198	4	821	3	501	1	153	-90,0%	-90,3%	0,1%
CHAMPAGNE-ARDENNE	-	-	-	-	-	294	5	834	-	-	-	-	0,5%
CORSE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0%
FRANCHE-COMTE	5	827	4	539	5	669	5	980	4	788	-20,0%	-4,7%	n.d.
HAUTE-NORMANDIE	3	1 094	3	480	3	468	5	984	7	1 177	133,3%	7,6%	0,5%
ILE-DE-FRANCE	93	12 457	78	11 955	73	10 628	60	9 276	49	8 366	-47,3%	-32,8%	0,4%
LANGUEDOC-ROUSSILLON	94	14 396	85	12 812	73	11 594	67	9 997	58	10 218	-38,3%	-29,0%	3,2%
LIMOUSIN	7	981	7	1 040	7	1 046	4	634	2	323	-71,4%	-67,1%	0,4%
LORRAINE	25	3 816	25	3 479	23	3 399	19	3 162	17	2 616	-32,0%	-31,4%	1,5%
MIDI-PYRENEES	21	3 119	17	2 576	20	2 819	14	2 970	13	1 889	-38,1%	-39,4%	0,7%
NORD-PAS-DE-CALAIS	90	12 441	79	12 994	80	13 369	43	11 473	69	12 019	-23,3%	-3,4%	1,1%
PAYS DE LA LOIRE	13	1 918	13	1 733	12	2 082	11	2 107	12	1 897	-7,7%	-1,1%	0,8%
PICARDIE	2	6 000	2	153	-	384	-	426	-	374	-100,0%	-93,8%	0,8%
POITOU-CHARENTES	5	1 298	5	908	4	732	3	618	2	608	-60,0%	-53,2%	0,5%
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	53	8 824	46	8 300	50	8 246	42	7 865	32	6 509	-39,6%	-26,2%	0,3%
RHONE-ALPES	67	15 628	54	10 483	45	9 342	54	9 700	43	7 718	-35,8%	-50,6%	0,8%
DOM	20	2 835	-	84	14	2 106	24	3 752	-	-	-100,0%	-100,0%	n.d.
<b>TOTAL</b>	<b>595</b>	<b>98 990</b>	<b>485</b>	<b>80 384</b>	<b>475</b>	<b>80 138</b>	<b>405</b>	<b>74 469</b>	<b>348</b>	<b>62 362</b>	<b>-41,5%</b>	<b>-37,0%</b>	<b>0,7%</b>

Pour ce qui est de la *dialyse péritonéale*, la comparaison avec les données de REIN donne des chiffres un peu différents en valeur absolue : sur les 21 régions communes aux deux sources de données, on a en 2008 2942 patients pris en charge dans la semaine du 15/10 d'après SAE, et 2435 d'après le registre REIN au 31/12 (en extrapolant les taux de DP fournis par le rapport d'activité 2008 à l'ensemble de la cohorte des patients dialysés).

On observe par ailleurs dans certaines régions des évolutions assez chaotiques sur les 5 années, avec en outre des différences d'évolution importantes entre le nombre de semaines d'une part, le nombre de patients dans la semaine du 15/10 d'autre part. C'est le cas en Franche-Comté, en Limousin, en Rhône-Alpes, en Auvergne, en Poitou-Charentes. Il doit donc y avoir de temps en temps des problèmes de recueil, et il faut s'en tenir aux grandes évolutions.

On constate en tout cas dans ce tableau, si l'on s'en tient aux évolutions « cohérentes » entre nombre de patients et nombre de semaines, que plusieurs régions ont connu des taux d'évolution positifs de la DP, avec des taux supérieurs à la moyenne nationale en 2008 : Auvergne, Bourgogne, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon ; la Picardie a connu un taux très positif sans atteindre la moyenne nationale mais s'en est rapprochée. D'autres régions sont au-dessus de la moyenne nationale en 2008 mais présentent un taux d'évolution négatif ou une stabilité sur la période 2004-2008 : Alsace, Basse-Normandie, Bretagne, Champagne-Ardenne, Corse, Limousin, Lorraine, Nord Pas de Calais. D'autres enfin ont des taux d'évolution négatifs ou stables et un taux de DP inférieur à la moyenne nationale en 2008 : Aquitaine, Centre, Île-de-France, PACA. On peut penser que ce sont les régions où les objectifs du SROS auront le plus de mal à être atteints ! On remarquera d'ailleurs à ce propos que le taux cible de 11 % en 2011, d'après les éléments contenus dans les SROS, est déjà atteint dans certaines régions en 2008, et même largement dépassé, tendant à montrer que ce n'est pas un objectif irréaliste.

En ce qui concerne *l'hémodialyse à domicile*, on constate qu'il s'agit d'une technique devenue marginale dans le dispositif de prise en charge des patients insuffisants rénaux chroniques. En dehors de Languedoc-Roussillon et aussi de la Lorraine, les taux observés sont de 1 % ou moins. Dans ce contexte de petits chiffres, les taux d'évolution ont moins de signification. On remarquera toutefois 2 régions avec des taux positifs : Haute-Normandie, Basse-Normandie (mais avec un taux résultant très faible dans ce dernier cas). Il est clair que les autres modalités de prise en charge ont largement empiété sur l'hémodialyse à domicile.

À noter qu'on a 344 patients d'après SAE (pris en charge dans la semaine du 15/10/2008) alors que le registre REIN donne environ 240 patients dans les 21 régions pour lesquelles on dispose des deux informations. Il y a là encore une petite discordance.

Comme le registre REIN est un registre de patients et dispose de données régulièrement actualisées, il a été demandé à l'Agence de biomédecine des éléments complémentaires pour juger de la situation dans les régions pour lesquelles on dispose d'une certaine ancienneté.

Les éléments suivants ont été transmis pour les 9 régions présentes dans le registre depuis 2004, pour les années 2004 à 2009 :

- répartition des modalités de dialyse pour les patients prévalents sur chaque année ;
- répartition des modalités de dialyse pour les nouveaux patients ;  
avec pour ces nouveaux patients, précisions sur leur trajectoire (en termes de modalité de dialyse) au cours du temps ;
- avec pour chaque patient, précisions sur l'âge et les comorbidités significatives présentes (insuffisance cardiaque, diabète, infarctus du myocarde, AVC, insuffisance respiratoire chronique, cancer évolutif, troubles du comportement, troubles de la marche).

Pour apprécier les évolutions dans le temps des orientations en dialyse, nous avons choisi le niveau départemental, disponible dans REIN, comme territoire d'analyse. L'analyse par centre s'avère peu productive dans la mesure où très souvent, les entités juridiques disposent de plusieurs sites d'intervention, avec un maillage complexe. Les choix d'orientation résultent en outre d'interactions entre les centres, les néphrologues et les associations de dialyse à domicile, si bien que l'analyse est plus pertinente au niveau d'un territoire d'une certaine taille. Et par ailleurs, la région paraissait un territoire trop vaste pour apprécier des évolutions qui peuvent être localisées (si elles dépendent de quelques néphrologues, comme c'est souvent le cas).

À noter qu'il s'agit des départements des lieux de traitement ; en DP et HDD, c'est le département de l'association qui est indiqué.

Il est crucial de pouvoir étudier à la fois l'incidence et la prévalence car les taux par modalité sont forcément très différents entre les deux analyses, en raison des durées moyennes de présence différentes d'une modalité à l'autre.

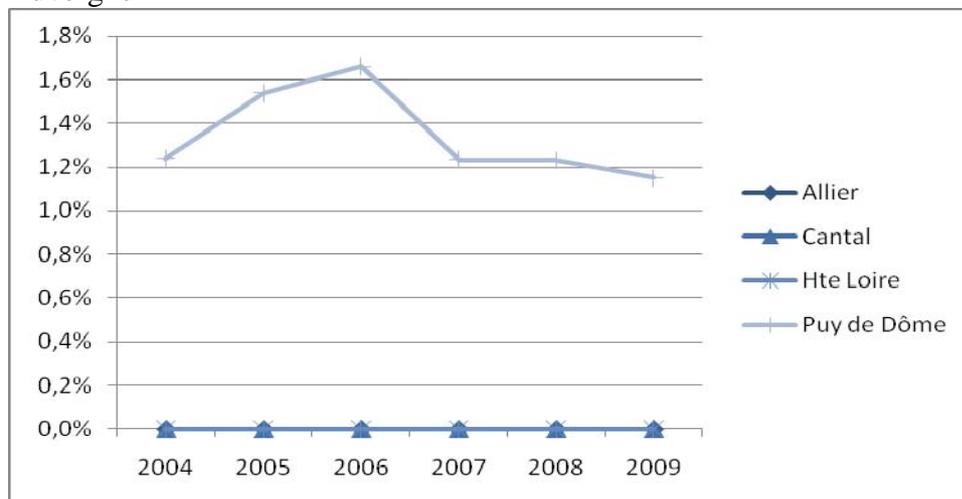
### ***Analyse des patients prévalents pris en charge en dialyse***

Les graphiques suivants présentent d'une part pour l'HDD, d'autre part pour la DP, l'évolution des % de malades prévalents au 31/12 pris en charge par département.

Pour l'HDD, les % recouvrent en fait de très petits effectifs ; nous avons choisi de garder l'ordonnée en % pour homogénéiser la présentation, mais les variations dépendent souvent d'1 ou 2 patients. Aussi, sont données quelques indications de chiffres en valeur absolue à côté des graphiques.

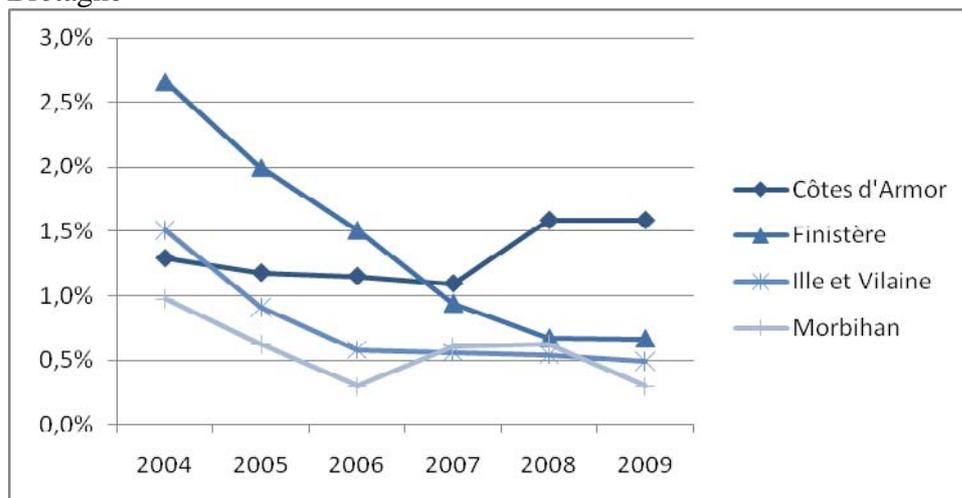
**Graphique 2 - Évolution du % de malades prévalents au 31/12 pris en charge en hémodialyse à domicile dans 9 régions, entre 2004 et 2009, registre REIN**

**Auvergne**



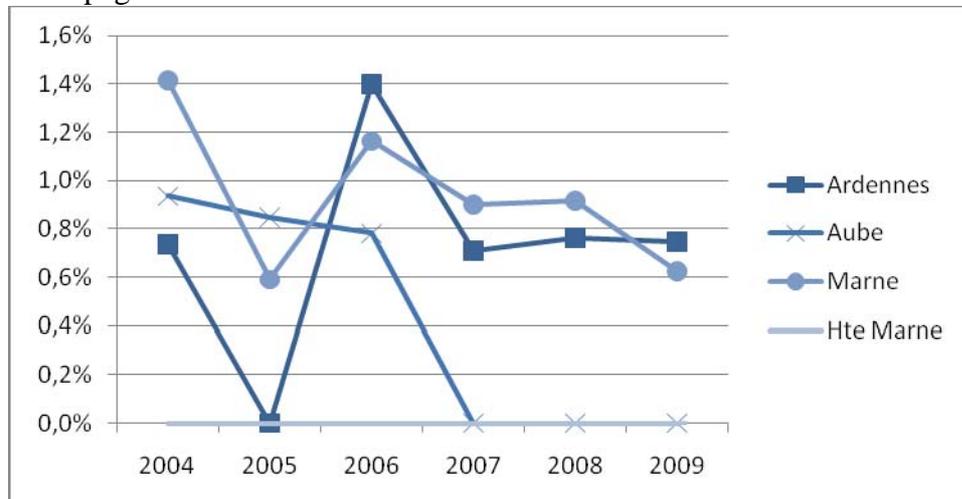
En 2009  
Allier : 4 patients

**Bretagne**



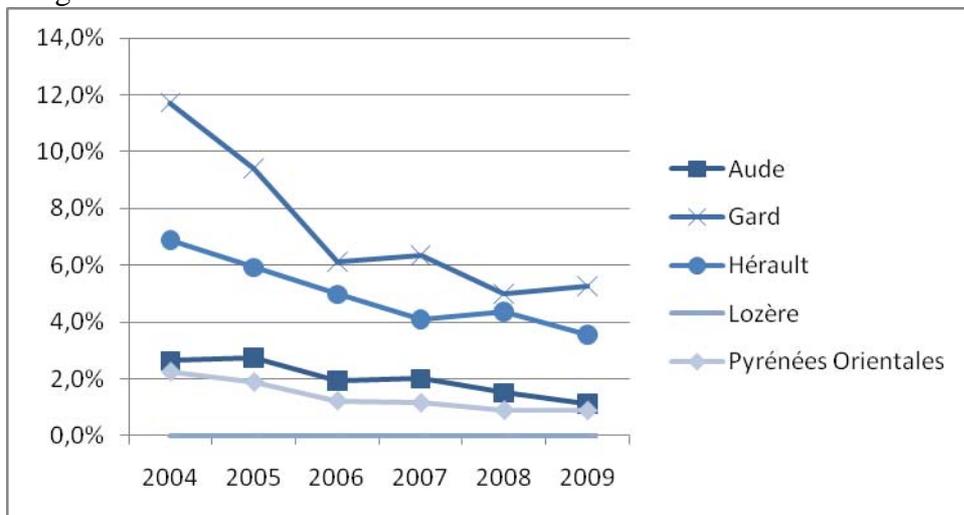
En 2009  
Côtes d'Armor : 3 patients  
Finistère : 3 patients  
Ille et Vilaine : 2 patients  
Morbihan : 1 patient

**Champagne-Ardenne**



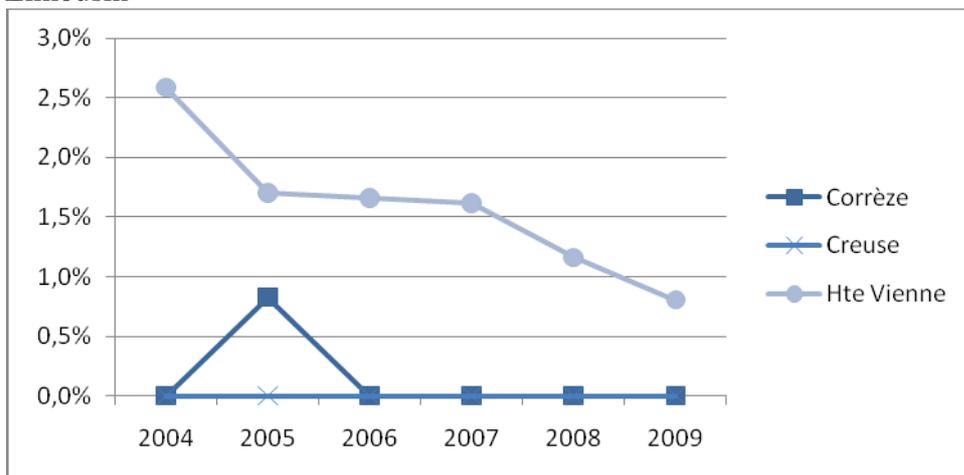
En 2009  
Ardennes : 1 patient  
Marne : 2 patients

### Languedoc-Roussillon



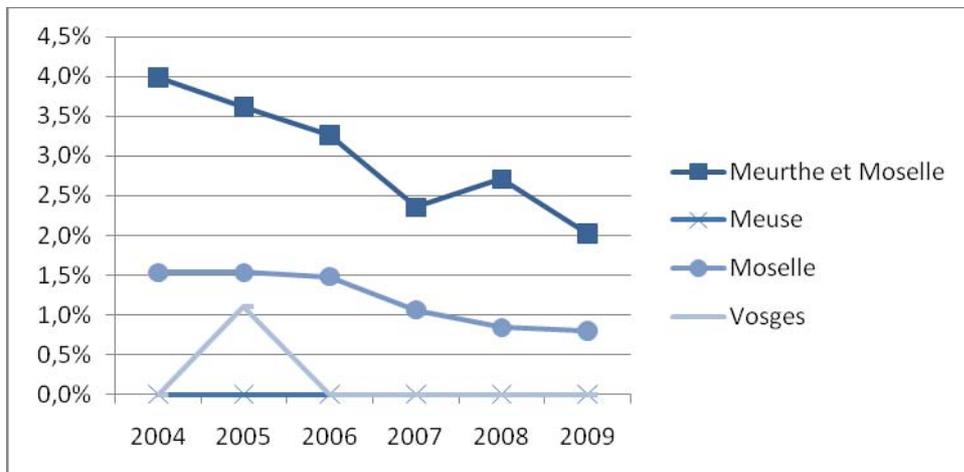
En 2009  
 Aude : 3 patients  
 Gard : 23 patients  
 Hérault : 30 patients  
 Pyrénées Orient. : 3 patients

### Limousin



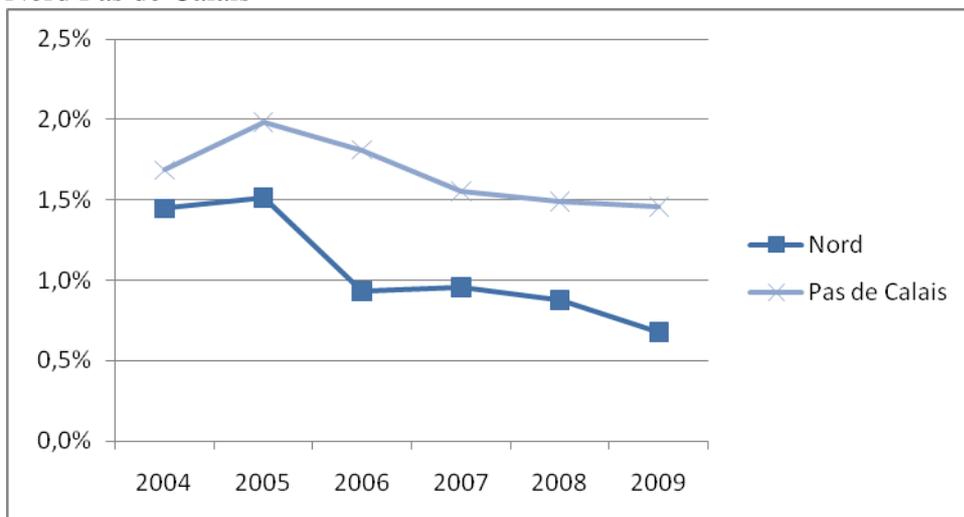
En 2009  
 Hte Vienne : 2 patients

### Lorraine



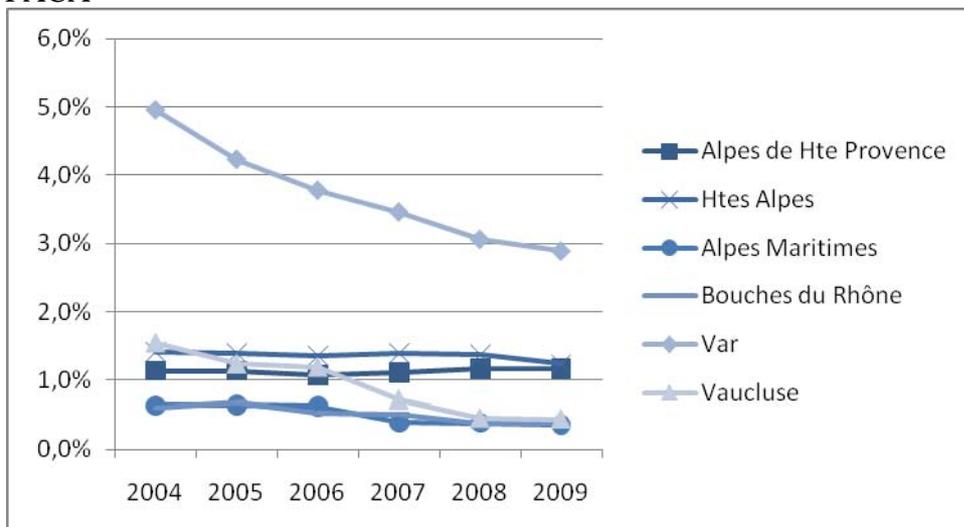
En 2009  
 Meurthe et Moselle : 11 patients  
 Moselle : 4 patients

### Nord Pas de Calais



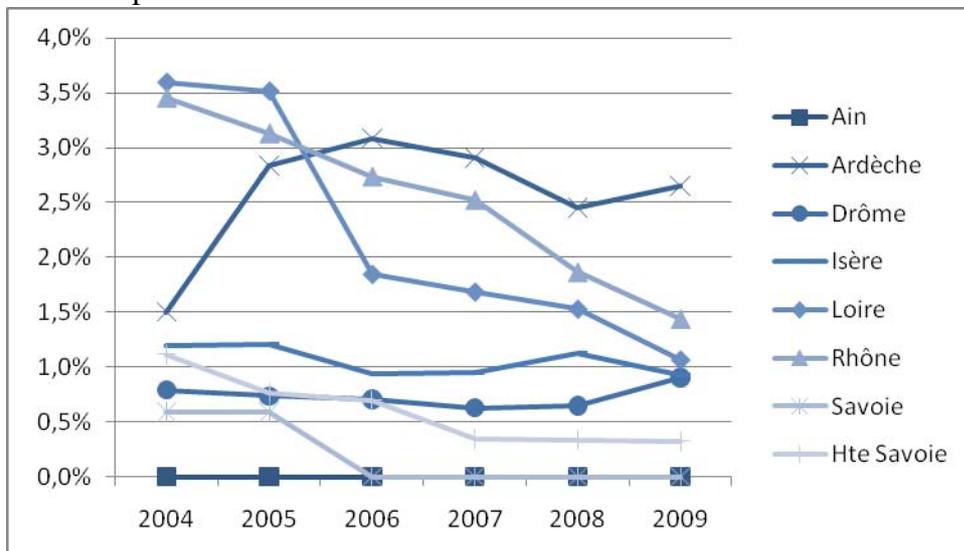
En 2009  
 Nord : 13 patients  
 Pas de Calais : 14 patients

### PACA



En 2009  
 Alpes Hte Prov. : 1 patient  
 Htes Alpes : 1 patient  
 Alpes Maritimes : 2 patients  
 Bouches du Rhône : 6 patients  
 Var : 22 patients  
 Vaucluse : 2 patients

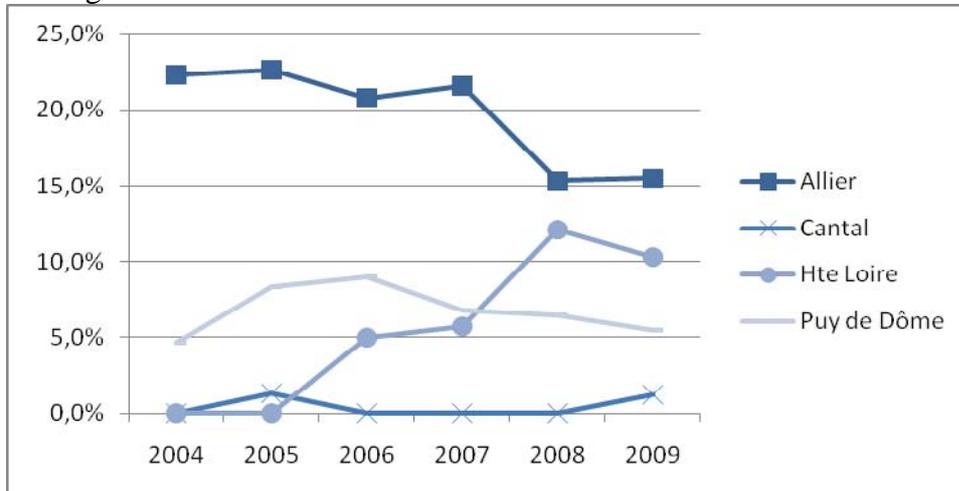
### Rhône-Alpes



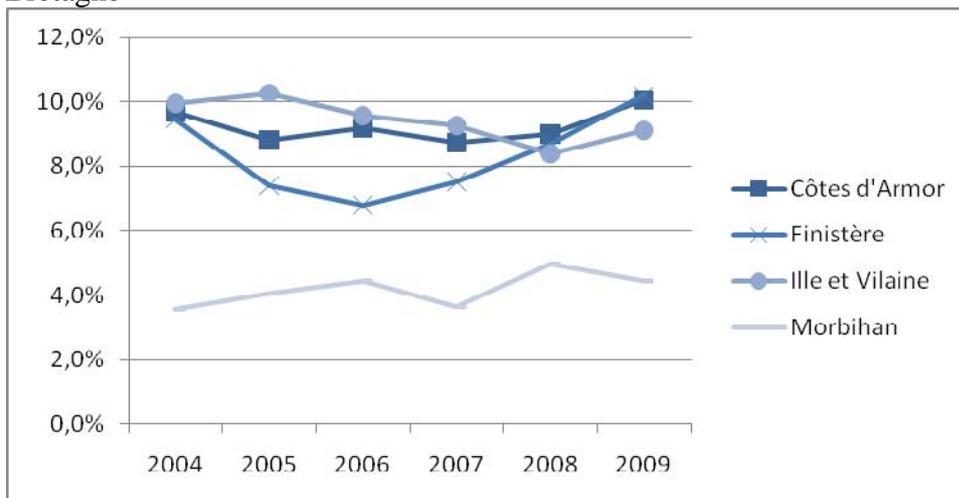
En 2009  
 Ardèche : 4 patients  
 Drôme : 3 patients  
 Isère : 5 patients  
 Loire : 4 patients  
 Rhône : 16 patients  
 Hte Savoie : 1 patient

**Graphique 3 - Évolution du % de malades prévalents au 31/12 pris en charge en dialyse péritonéale dans 9 régions, entre 2004 et 2009, registre REIN**

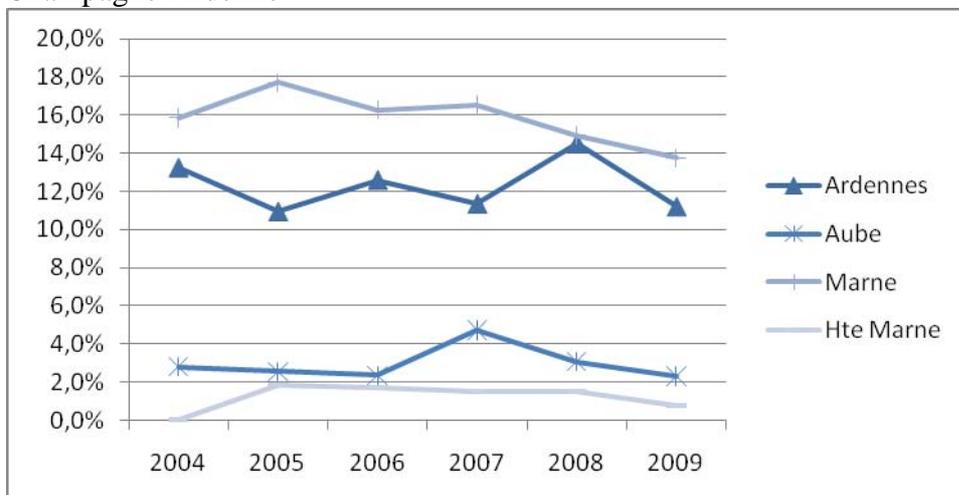
**Auvergne**



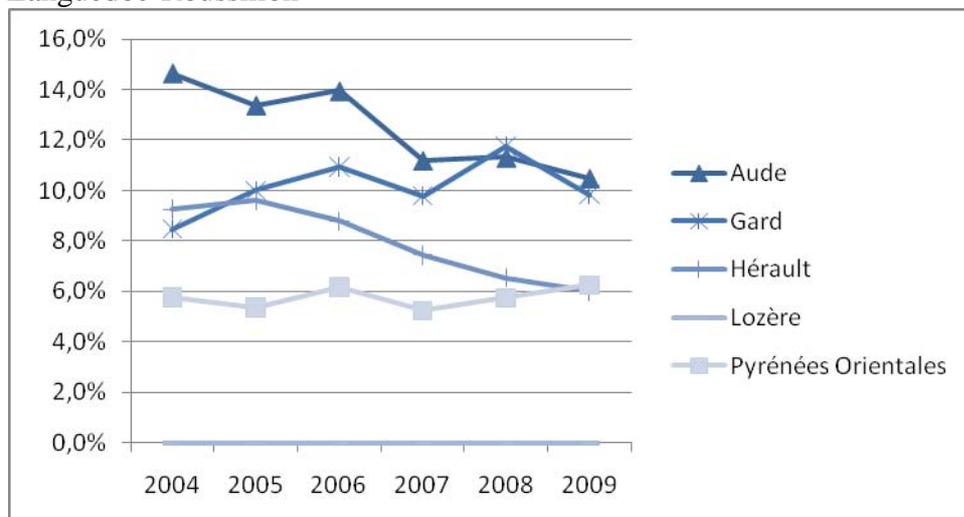
**Bretagne**



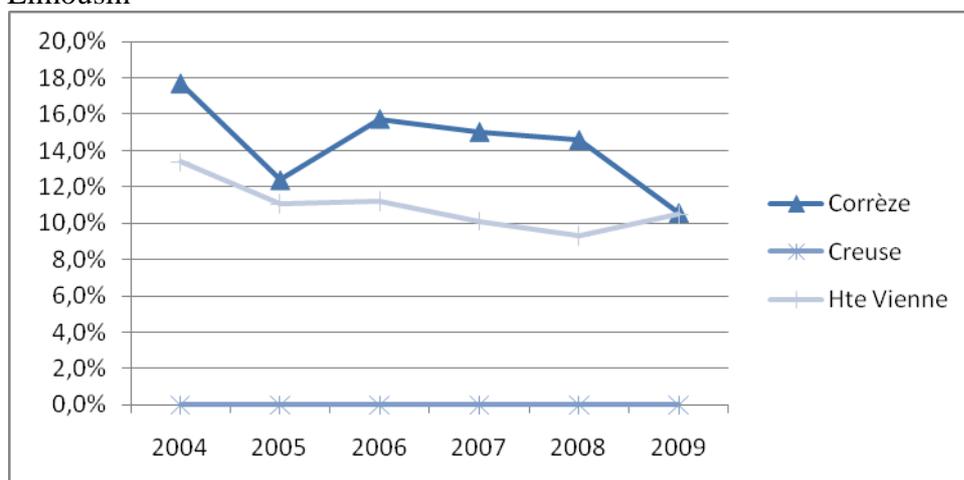
**Champagne-Ardenne**



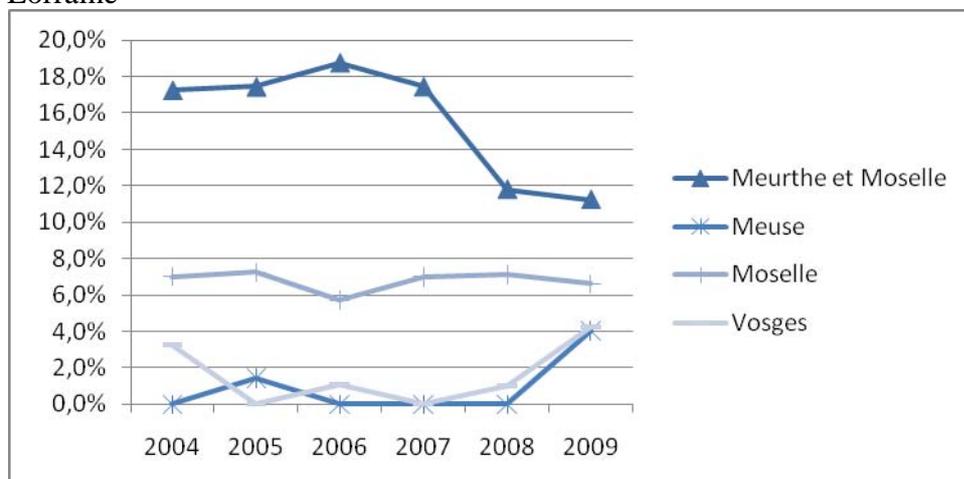
### Languedoc-Roussillon



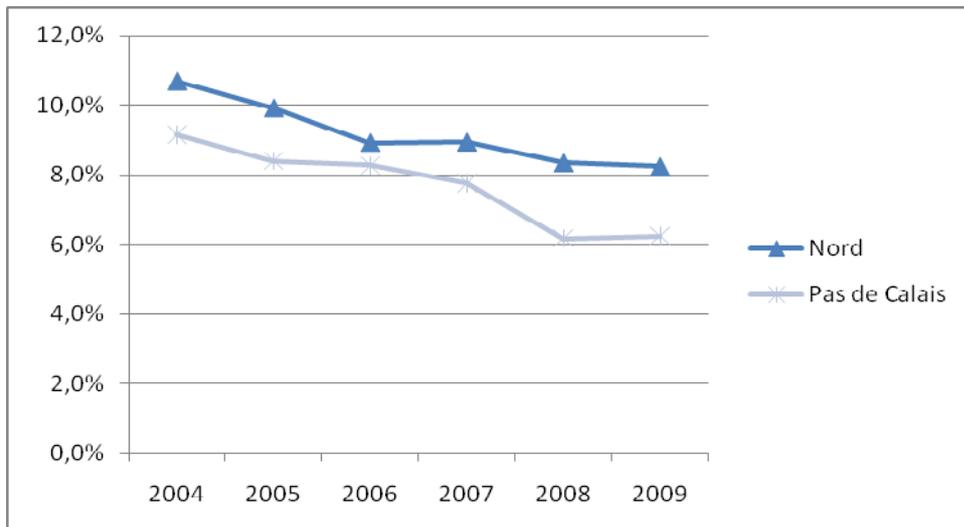
### Limousin



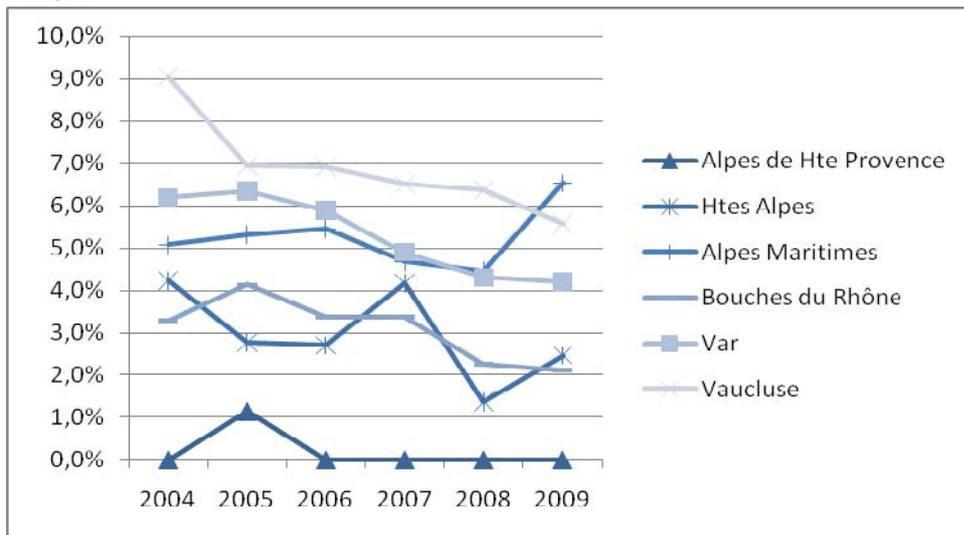
### Lorraine



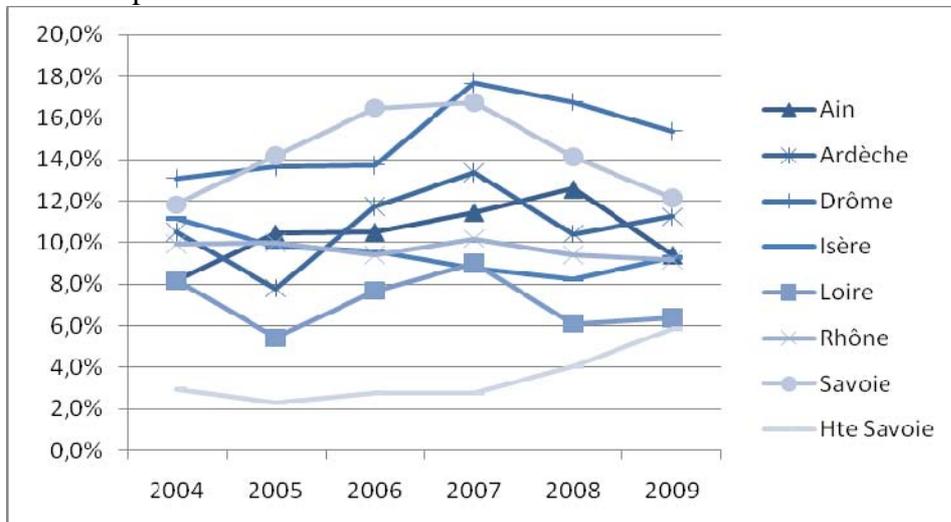
### NPDC



### PACA



### Rhône-Alpes



On constate qu'*en hémodialyse à domicile*, rares sont les départements qui dépassent 1 % de patients pris en charge en 2009 ; et encore la plupart sont orientés à la baisse. La région Languedoc-Roussillon garde une proportion de patients en HDD plus importante que partout ailleurs sur le territoire, mais là aussi, la tendance est baissière.

Sur les 9 régions, les départements les plus « actifs » dans cette modalité (plus de 0,9 % avec plus de 1 patient) sont : Gard (5,3 %), Hérault (3,5 %), Var (2,9 %), Ardèche (2,6 %), Meurthe et Moselle (2 %), Côtes d'Armor (1,6 %), Pas de Calais (1,5 %), Rhône (1,4 %), Aude (1,1 %), Loire (1,1 %), Puy de Dôme (1,1 %), Isère (0,9 %), Drôme (0,9 %), Pyrénées Orientales (0,9 %). On constate que dans ces départements, à l'exception du Rhône, il existe des zones isolées, qui facilitent probablement la mise sous HDD de patients jeunes.

On constate dans ces chiffres que la baisse de l'HDD n'est pas inéluctable puisque certains départements arrivent à garder un taux supérieur à 2 %, dans des conditions qui n'ont rien de particulier. On observe aussi que ce sont souvent les mêmes départements qui ont aussi des taux élevés en DP ; il n'y a pas de substitution entre ces deux techniques de domicile, mais plutôt complémentarité et volonté conjointe de développer les modalités de prise en charge à domicile.

En *dialyse péritonéale*, les situations et les évolutions sont très disparates entre départements. Si on cherche à opérer un classement, on a la situation suivante :

**Tableau 31 - Classement des départements selon l'évolution constatée en DP entre 2004 et 2009**

		<b>Tendance à la hausse</b>	<b>Tendance stable</b>	<b>Tendance à la baisse</b>
<b>Taux 2004 &gt;10%</b>	<b>Taux 2009 &gt;10%</b>	Drôme	Ardennes Marne Ardèche Savoie	Allier Meurthe et Moselle Aude Corrèze Hte Vienne
	<b>Taux 2009 &lt;10%</b>			Ille et Vilaine Nord Isère
<b>Taux de l'ordre de 10 % en 2004</b>	<b>Taux de l'ordre de 10 % en 2009</b>		Côtes d'Armor Finistère Rhône	
<b>Taux 2004 entre 5 et 10 %</b>	<b>Taux 2009 &gt;10%</b>	Gard Ain		
	<b>Taux 2009 entre 5 et 10 %</b>	Alpes Maritimes	Puy de Dôme Pyrénées Orientales Moselle	Hérault Pas de Calais Vaucluse Loire
	<b>Taux 2009 &lt;5%</b>			Var
<b>Taux 2004 &lt;5%</b>	<b>Taux 2009 &gt;5%</b>	Hte Savoie		
	<b>Taux 2009 &lt;5%</b>		Morbihan Aube Vosges	Hautes Alpes Bouches du Rhône
<b>Taux 2004 proche de 0 %</b>	<b>Taux 2009 &gt;10%</b>	Hte Loire		
	<b>Taux 2009 &lt;5%</b>	Hte Marne Meuse		
	<b>Taux 2009 proche de 0 %</b>		Cantal Creuse Lozère Alpes de Hte Provence	

Il est frappant de constater que certains des départements orientés à la hausse présentaient des taux déjà élevés en 2004. Il y a peu de cas de « rattrapage » dans les départements aux faibles

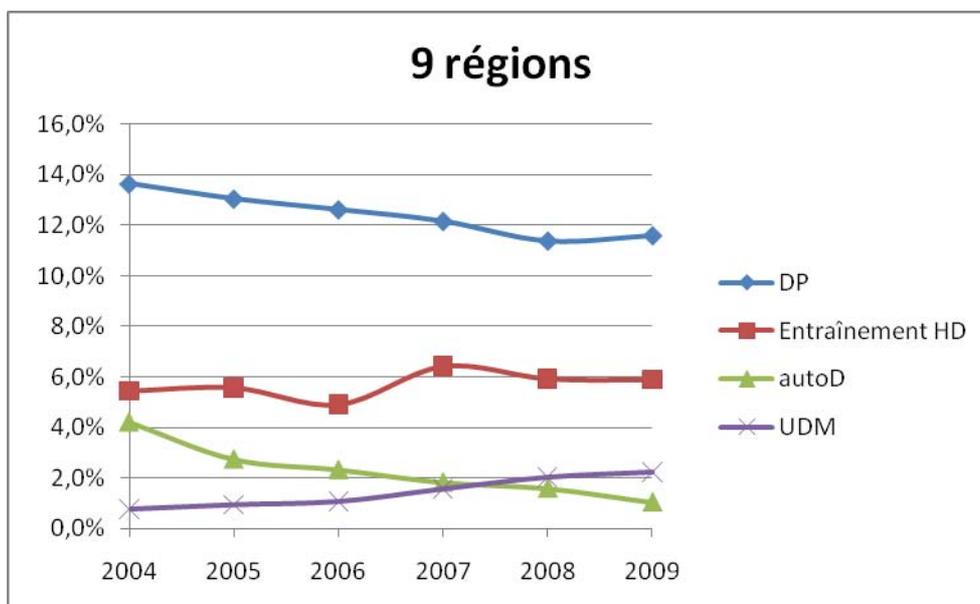
taux, mais plutôt dynamisme maintenu dans les départements ayant déjà bien développé la technique. Seule la Haute Loire présente un profil de hausse importante avec taux très faible en 2004 et supérieur à 10 % en 2009, indiquant d'ailleurs qu'une évolution si rapide est possible.

Sinon, la situation est dominée par une certaine stabilité, les départements à moins de 10 % étant majoritaires et majoritairement de tendance stable ou baissière.

### *Analyse des patients incidents pris en charge en dialyse*

D'après le registre REIN, sur les 9 régions disponibles depuis 2004, on a assisté à l'évolution suivante des différentes modalités de prise en charge hors centre, en % du nombre de patients total :

**Graphique 4 - Évolution des prises en charge hors centre chez les patients incidents dans les 9 régions présentes dans le registre REIN entre 2004 et 2009**



On constate que la DP est en tendance baissière chez les nouveaux patients, même si l'année 2009 semble interrompre cette baisse. L'UDM est en hausse, ce qui est naturel pour cette modalité créée en début de période. Les patients en entraînement sont majoritairement pris en charge en autodialyse, si bien qu'il faut lire ensemble les évolutions de l'autodialyse et de l'entraînement sur ce graphique. Les données en matière d'HDD (toujours à 0 %) ne sont pas significatives ici puisque les patients concernés sont en entraînement avec les patients d'autodialyse.

On voit à travers ces chiffres concernant les nouveaux patients que la situation de la dialyse à domicile se dégrade. Ces observations sont d'autant plus importantes quand on sait que la durée de prise en charge à domicile est en moyenne plus courte qu'en centre et qu'il faut donc un taux de patients à domicile parmi les nouveaux patients d'au moins 20 % pour dépasser un taux en prévalence de 10 %. Il faut aussi rappeler qu'une fois le patient orienté en hémodialyse, il n'est jamais réorienté ensuite en DP, alors que l'inverse est fréquent. De fait,

ces chiffres laissent présager une diminution prochaine des taux de DP en France chez les patients prévalents, à moins que le redressement observé en 2009 ne se confirme.

Est-ce que cela est la conséquence d'un alourdissement des situations morbides des patients ? Le tableau suivant permet de répondre en partie.

Pour les différentes situations de morbidité, un score moyen est calculé : pour les affections, le score est de 0 (pas d'affection) ou 1 (présence de l'affection) ; le tableau indique les proportions de patients atteints de ces affections. Pour les troubles de la marche, le score va de 1 (incapacité totale) à 3 (marche autonome) ; ainsi, plus le score est élevé, plus le patient est autonome.

On constate que sur les différents items collectés dans le registre REIN, aucun ne s'aggrave particulièrement, même si l'âge moyen, par contre, est orienté à la hausse.

**Tableau 32 - Évolution des taux de morbidité chez les nouveaux patients dans le registre REIN, entre 2004 et 2009**

	Age moyen	Insuff resp chronique	Infarctus du myocarde	Cancer évolutif	Diabète	Insuffisance cardiaque	AVC	Troubles du comportement	Troubles de la marche
<b>2004</b>	66,4	0,12	0,13	0,09	0,38	0,30	0,11	0,05	2,71
<b>2005</b>	66,9	0,11	0,13	0,11	0,38	0,31	0,10	0,04	2,71
<b>2006</b>	68	0,12	0,11	0,11	0,39	0,29	0,10	0,04	2,72
<b>2007</b>	67,9	0,11	0,11	0,11	0,38	0,28	0,11	0,05	2,72
<b>2008</b>	68,5	0,12	0,10	0,11	0,40	0,28	0,11	0,04	2,77
<b>2009</b>	67,9	0,13	0,11	0,10	0,41	0,27	0,11	0,04	2,78
<b>Evolution 2009/2004</b>	2,3%	8,9%	-15,8%	16,7%	5,9%	-10,4%	3,2%	-29,2%	2,4%

Ainsi, ce n'est pas l'aggravation de l'état des patients qui serait la cause d'un moindre recours aux modalités de prise en charge à domicile pour les nouveaux patients.

Cette situation avait été identifiée par Kessler et al. dans le BEH de mars 2010 : « *Globalement, le nombre des comorbidités reste stable mais, après ajustement sur l'âge, il existe une diminution des comorbidités cardiovasculaires.* »<sup>9</sup>

Y a-t-il une différence entre les nouveaux patients en centre et les nouveaux patients en DP ? Le tableau suivant montre que les nouveaux patients en DPCA sont plus âgés que les nouveaux patients en centre, et n'ont pas moins de comorbidités, sauf en ce qui concerne le taux de cancer évolutif (taux faible par ailleurs).

Les patients en DPA sont par contre plus jeunes que les patients en centre, avec des taux de comorbidités un peu plus faibles.

<sup>9</sup> Kessler M, Loos-Ayav, Évolution dans le temps des caractéristiques des patients en insuffisance rénale chronique terminale lors de l'initiation du traitement de suppléance par dialyse, France, 2004-2007, BEH mars 2010, pp. 77-80.

**Tableau 33 - Évolution des taux de morbidité chez les nouveaux patients en centre et en DP dans le registre REIN, entre 2004 et 2009**

	Age moyen	Insuff resp chronique	Infarctus du myocarde	Cancer évolutif	Diabète	Insuffisance cardiaque	AVC	Troubles du comportement	Troubles de la marche
<b>Centre</b>									
2004	67,1	0,12	0,14	0,10	0,40	0,31	0,11	0,06	2,68
2005	68	0,12	0,13	0,12	0,40	0,31	0,11	0,04	2,67
2006	68,6	0,13	0,11	0,12	0,41	0,29	0,10	0,05	2,70
2007	69	0,12	0,11	0,12	0,41	0,30	0,11	0,05	2,68
2008	69,4	0,12	0,10	0,12	0,42	0,29	0,12	0,04	2,74
2009	68,9	0,14	0,12	0,12	0,42	0,28	0,12	0,04	2,76
<b>DPCA</b>									
2004	71,3	0,14	0,16	0,05	0,44	0,41	0,11	0,08	2,70
2005	72,1	0,08	0,11	0,07	0,35	0,39	0,14	0,05	2,73
2006	74,4	0,09	0,14	0,06	0,43	0,37	0,12	0,05	2,64
2007	71,5	0,08	0,14	0,10	0,39	0,37	0,12	0,04	2,73
2008	70	0,10	0,13	0,06	0,37	0,33	0,10	0,03	2,84
2009	70,6	0,08	0,12	0,05	0,38	0,30	0,14	0,06	2,74
<b>DPA</b>									
2004	59,1	0,09	0,09	0,05	0,16	0,26	0,08	0,06	2,88
2005	49,2	0,06	0,11	0,02	0,27	0,23	0,02	0,01	2,91
2006	54,6	0,04	0,10	0,09	0,25	0,18	0,10	0,06	2,80
2007	53	0,04	0,09	0,05	0,28	0,16	0,09	-	2,84
2008	56,4	0,01	0,12	0,09	0,31	0,25	0,11	0,05	2,90
2009	52,1	0,06	0,06	0,04	0,35	0,20	0,03	-	2,88

À noter que les mêmes constats ont pu être faits par la CNAMTS, dans son étude portant sur les patients dialysés en 2007 (estimés à 33 500 au total, soit un chiffre proche de celui de REIN). Le tableau suivant, issu de l'étude de Blotière et al.<sup>10</sup>, montre que le taux de comorbidités est même un peu plus élevé en DP qu'en hémodialyse.

<sup>10</sup> Blotière PO, Caractéristiques et coût de prise en charge des patients en IRCT, CNAMTS, Mars 2010.

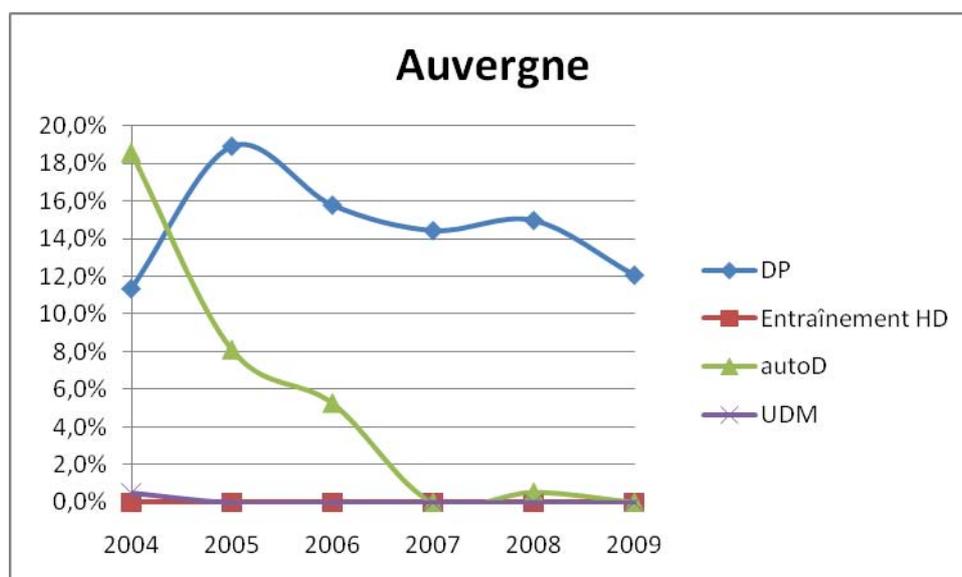
**Tableau 34 - Caractéristiques des patients selon les modalités de traitement en 2007, CNAMTS (SNIIRAM/PMSI, régime général hors SLM, France entière)**

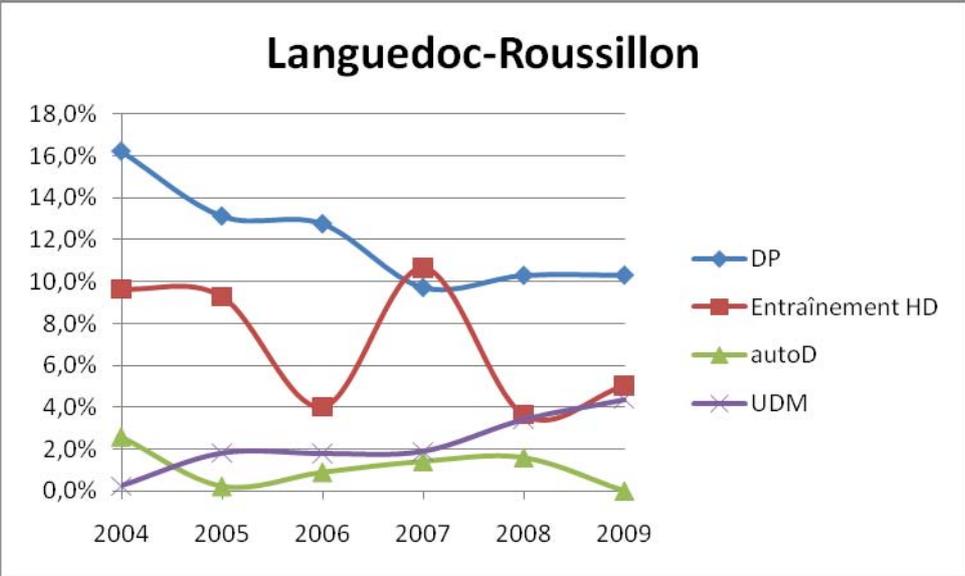
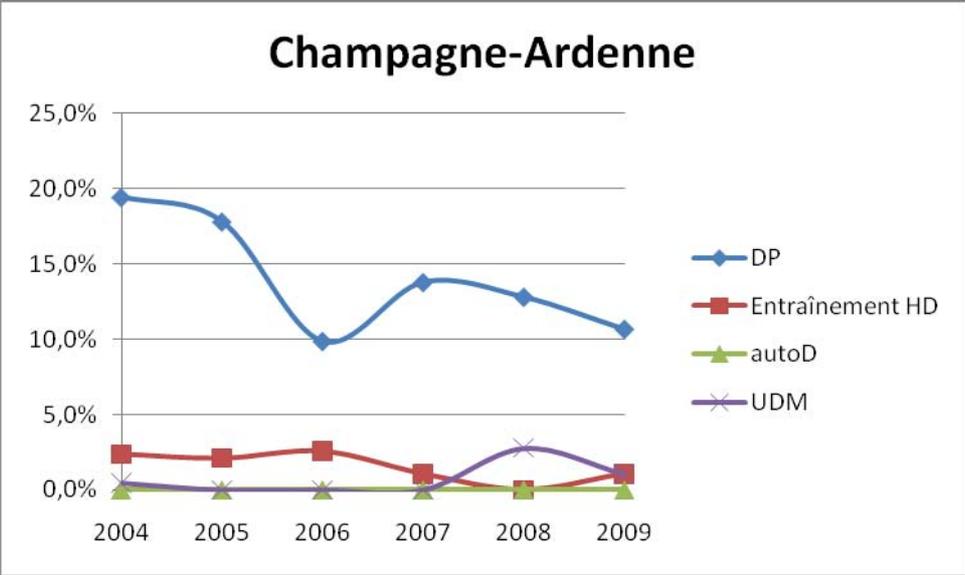
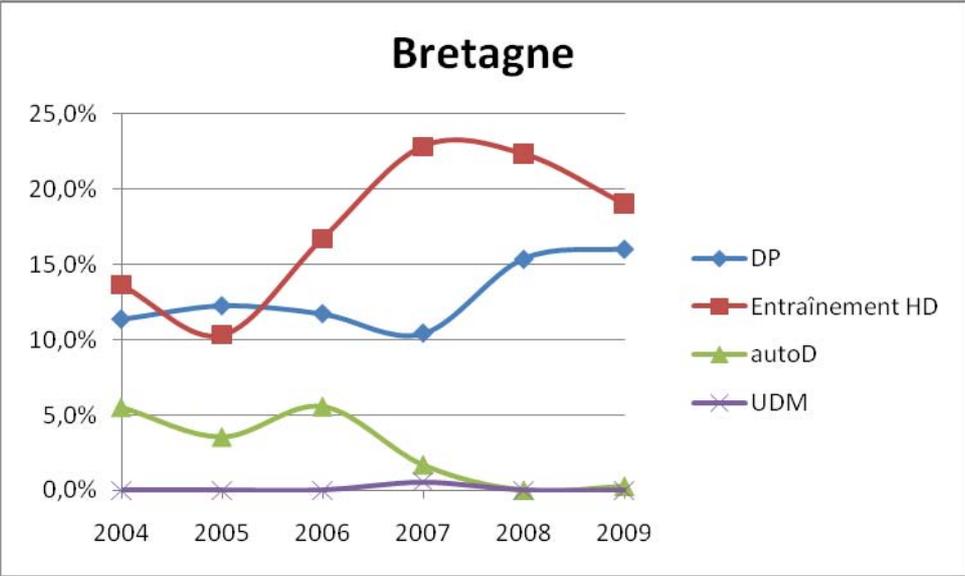
	Dialyse péritonéale	Hémodialyse	Total dialyse	OR (DP/HD)	IC à 95%
Age moyen	68.5 ans	65.1 ans	65.3 ans		
0-19 ans	0.8 %	0.4 %	0.4 %	1.3	[0.8, 2.2]
20-44 ans	9.4 %	11.0 %	10.9 %	0.5	[0.4, 0.6]
45-64 ans	22.3 %	31.0 %	30.3 %	0.4	[0.3, 0.5]
65-74 ans	22.5 %	24.5 %	24.4 %	0.5	[0.4, 0.5]
75-84 ans	32.0 %	26.5 %	26.9 %	0.6	[0.5, 0.7]
85 ans et plus	13.0 %	6.6 %	7.1 %	REF	
CMU-C < 60 ans	11.9 %	17.4 %	17.1 %	0.6	[0.5, 0.8]
Femme	47.2 %	42.1 %	42.5 %	1.2	[1.1, 1.4]
Diabète	27.2 %	22.4 %	22.8 %	1.4	[1.2, 1.5]
ALD cardio	22.9 %	15.6 %	16.2 %	1.6	[1.4, 1.7]
BPCO - Asthme	7.0 %	7.1 %	7.1 %	0.9	[0.8, 1.1]
Cancer	6.0 %	8.2 %	8.0 %	0.7	[0.6, 0.9]
Alzheimer	1.6 %	1.0 %	1.0 %	1.3	[0.9, 1.8]
Parkinson	0.8 %	0.8 %	0.8 %	0.8	[0.5, 1.2]

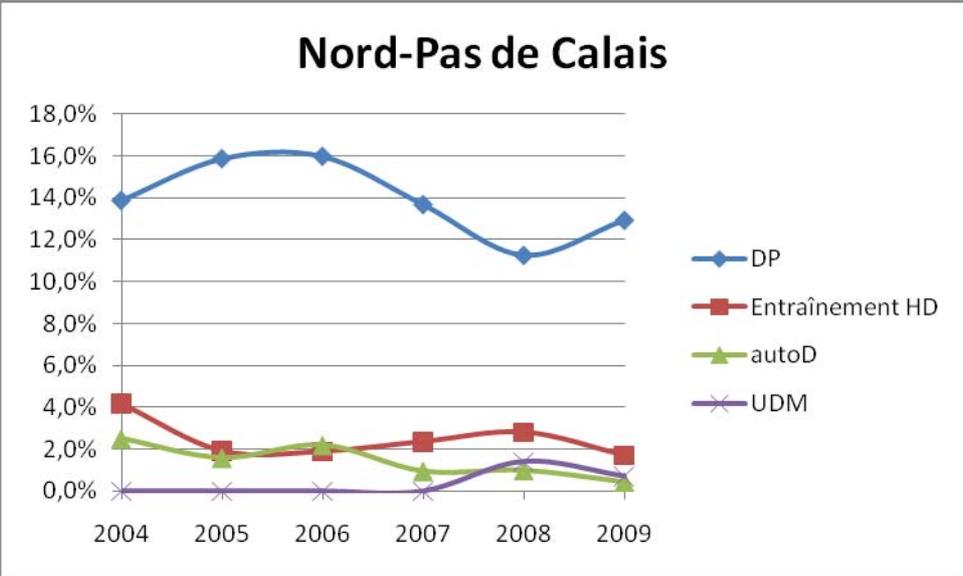
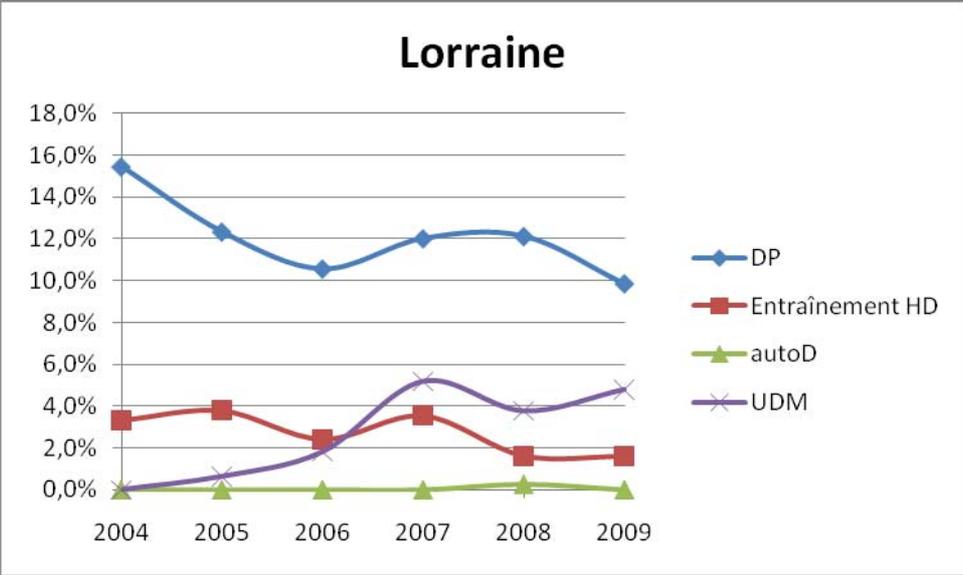
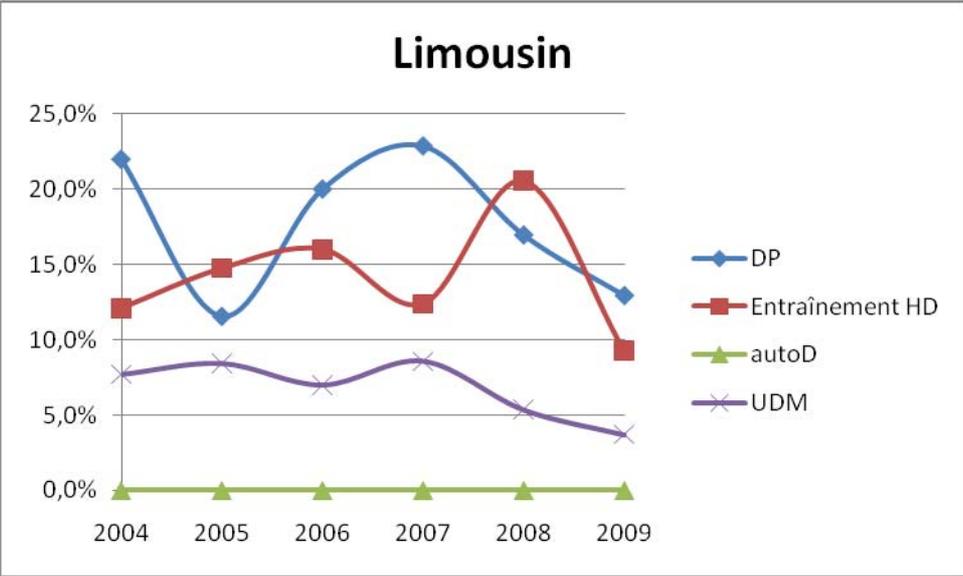
Tous ces éléments, alliés à l'observation déjà évoquée des disparités régionales, contribuent à rechercher d'autres causes que des causes médicales à la décroissance de la dialyse à domicile.

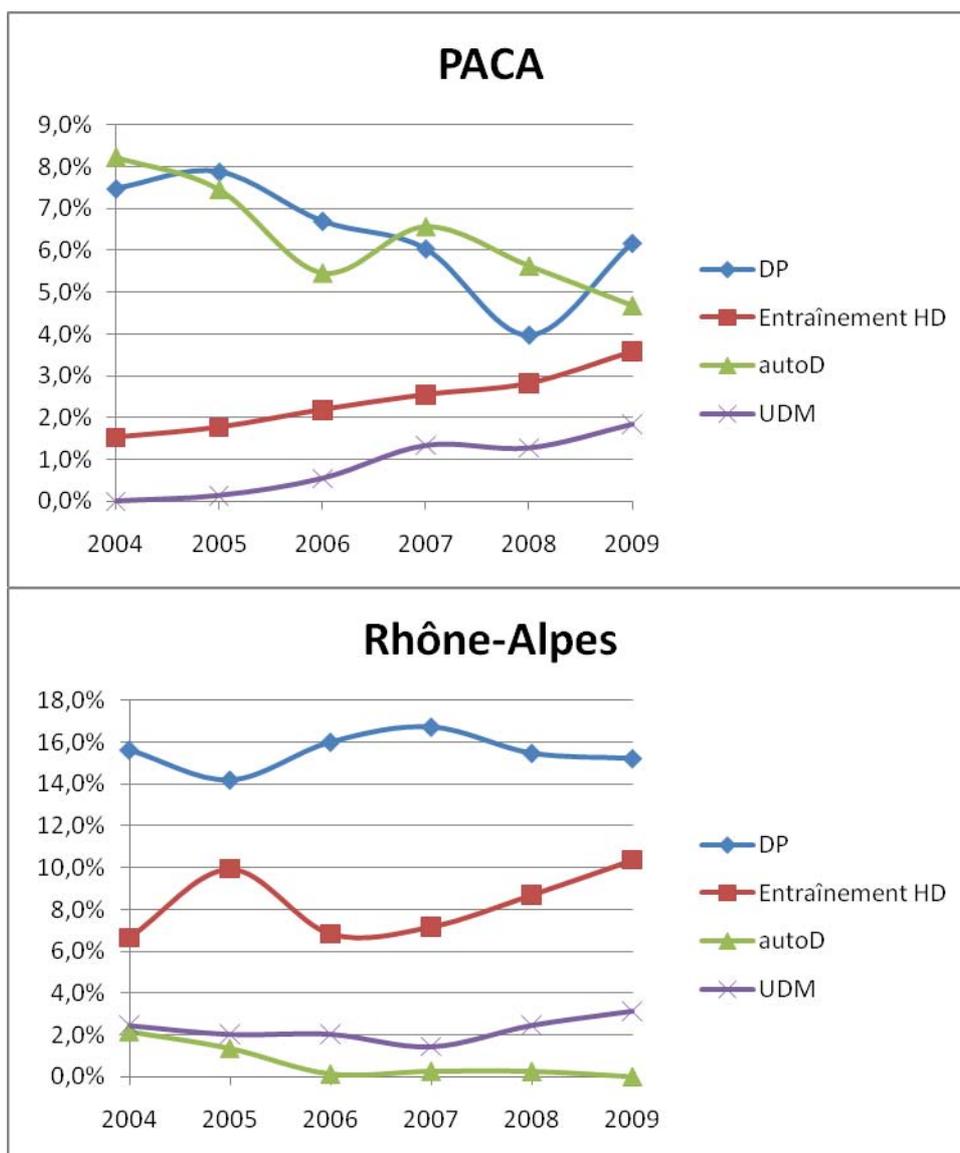
On peut préciser la situation à travers les situations par région. Les graphiques suivants indiquent l'évolution des taux de prise en charge chez les nouveaux patients, par région, entre 2004 et 2009, dans les modalités hors centre.

**Graphique 5 - Évolution des taux de prise en charge dans les modalités hors centre chez les patients incidents, par région, entre 2004 et 2009, registre REIN**









Si on regarde les évolutions en matière de DP sur cette période, hors la Bretagne qui est en légère hausse pour atteindre 16 % des nouveaux patients en 2009, on constate au mieux une stabilité des taux, avec même des baisses en Limousin, Lorraine, Champagne-Ardenne, Languedoc-Roussillon.

Les régions qui dépassent 15 % de nouveaux patients en 2009 sont Rhône-Alpes et Bretagne, et aucune n'atteint 20 %.

On peut dire au regard de l'ensemble de ces éléments que la dialyse à domicile a non seulement une place modeste dans l'ensemble des modalités de prise en charge des patients dialysés, mais qu'en plus, cette place est majoritairement orientée à la baisse si l'on en juge d'après ces données sur les nouveaux patients.

Les arguments médicaux sont de modeste portée dans cette évolution puisqu'on a vu que, même si l'âge moyen augmente, les taux de comorbidités sont du même ordre de grandeur en 2004 et 2009. On suspecte plutôt, au regard des fortes disparités régionales, et même de

disparités départementales au sein d'une même région, des choix différents faits par les équipes de néphrologie et donc des différences de pratiques.

L'enquête qualitative a permis d'investiguer davantage ces éléments.

### **6.5 Restitution de l'analyse qualitative**

Une enquête qualitative a été réalisée dans 2 régions de France métropolitaine pour mieux comprendre les déterminants et les freins au développement de la dialyse à domicile. Rappelons que nous comprenons sous ce terme à la fois la dialyse péritonéale et l'hémodialyse à domicile. Même si d'une manière générale, sur les deux dernières décennies, les soins de dialyse à domicile sont en nette régression, et particulièrement l'hémodialyse à domicile, plusieurs interlocuteurs rencontrés ont souligné que cette dernière pourrait reprendre une certaine place si les conditions changeaient.

Les deux régions présentaient les caractéristiques suivantes :

**Tableau 35 - Caractéristiques des 2 régions enquêtées  
(en % de la moyenne nationale)**

	<b>Région 1</b>	<b>Région 2</b>
Densité	38 %	82,5 %
Part des plus de 75 ans, au 1/1/2008	149 %	119 %
Taux d'urbanisation	68 %	99 %
Densité médecins libéraux pour 100 000 hab.		
• généralistes	114%	120%
• spécialistes	71%	120%
Densité d'infirmières libérales	132%	208%
Néphrologues pour 100 000 hab.	148 %	124 %
Offre en dialyse	Public+association	Public+Privé+association

Sources : STATISS, INSEE, DREES.

Dans chacune des régions, l'association de dialyse à domicile a fait l'objet d'une visite, et une discussion a pu se tenir avec l'ensemble des acteurs de l'association. En outre, des contacts ont été pris avec les néphrologues des centres de dialyse, publics et privés, pour avoir leur perception de l'organisation de la dialyse dans la région. Dans la région 2, ces contacts se sont avérés parfois difficiles ; seule la moitié des personnes contactées ont accepté de participer à cette enquête.

Outre ces entretiens en région, quelques personnalités ont été interrogées pour compléter notre information et mettre en perspective les éléments rassemblés :

- Dr Christian Verger, responsable du registre de dialyse péritonéale de langue française,
- Stéphanie Rousval, FEHAP,
- Dr Jean-Paul Ortiz, Président du Syndicat des néphrologues libéraux.

## *Situation générale du problème*

En France, au 1er janvier 2009, à partir des données de REIN sur 22 régions, il est estimé que 68 000 personnes reçoivent un traitement de suppléance par dialyse (environ 37 000) ou par greffe rénale (31 000)<sup>11</sup>. Des disparités régionales existent quant aux taux de prévalence standardisés. L'incidence est élevée (147 personnes par million d'habitants en 2008), conduisant à une augmentation régulière de la prévalence, de l'ordre de 4,7 % par an sur les années récentes, faisant de cette affection un problème majeur de santé publique, pesant sur les finances de l'assurance maladie.

Quelques caractéristiques évoquées dans le BEH méritent d'être soulignées : « À l'initiation du traitement de suppléance, la moitié des personnes qui entament un traitement de suppléance a 70 ans ou plus et près d'un malade sur deux a au moins une pathologie cardiovasculaire associée. Le diabète (de type 2 dans 91 % des cas) est la comorbidité la plus fréquente puisqu'il touche 40 % des personnes. La probabilité de survie est de 83 % à 1 an, 72 % à 2 ans, 63 % à 3 ans et 56 % à 4 ans. »

Les modalités de dialyse sont multiples, mais on a vu dans les données présentées plus haut que l'hémodialyse en centre reste la prise en charge la plus fréquente. Les prises en charge à domicile (hémodialyse à domicile, dialyse péritonéale), permettant pourtant une plus grande autonomie des patients, pour des résultats médicaux identiques (avec en outre préservation du capital veineux), à moindre coût, peinent à se développer, alors que le discours de la tutelle insiste sur ce développement depuis plusieurs années.

## *Les freins pour l'orientation des patients insuffisants rénaux en dialyse à domicile*

La difficulté pour accroître le taux de patients en dialyse à domicile est-elle le fait de l'état de santé des patients et d'arguments médicaux ? Certaines observations vont dans ce sens, mais ne parviennent pas à expliquer en réalité l'ensemble du phénomène :

- La fréquente arrivée en urgence des patients constitue un frein pour l'orientation à domicile : d'après le BEH, plus d'1/4 des patients arrivent de façon non programmée, et 94 % de ces patients sont alors orientés en centre (contre 75 % pour les patients programmés), avec en outre des taux de survie plus bas. À noter cependant que l'équipe du CHU de Caen a développé une procédure qui s'est avérée positive en termes de résultats médicaux, au cours de laquelle des patients non programmés peuvent être mis en DP d'emblée<sup>12</sup>.
- Les patients sont de plus en plus âgés, et des contre-indications existent à la DP. Toutefois, sur ce plan, un travail de Couchoud et al. (2008)<sup>13</sup> montre que d'une zone géographique à l'autre, les indications posées sont très diverses et qu'en fin de compte, en prenant en compte toutes les données, on observe que la DP peut s'appliquer à tous les types de malades : en suivant les situations de plus de 10 000 patients dans 59 zones géographiques, il est identifié que le taux moyen de démarrage en dialyse est de 14 % en DP, mais avec des taux variant entre 0 % et 45 %. La probabilité de mise sous DP est forte à la fois chez les patients jeunes en activité et les

<sup>11</sup> BEH n°9-10, mars 2010.

<sup>12</sup> Lobbedez T, Lecouf A, Ficheux M, Henri P, Hurault de Ligny B, Ryckelynck JP, Is rapid initiation of peritoneal dialysis feasible in unplanned dialysis patients ? A single-centre experience, *Nephrol Dial Transplant* 2008, 23 : 3290-3294.

<sup>13</sup> Couchoud C. et al. Variability in case mix and peritoneal dialysis selection in fifty nine French districts, *Peritoneal Dialysis International* 2008, 28, 509-517.

patients âgés, et/ou avec insuffisance cardiaque ou troubles du comportement. L'article conclut sur « l'absence de consensus médical sur les critères de choix et la probabilité que des facteurs non médicaux peuvent expliquer les différences observées ». Et dans la mesure où la DP peut finalement être utilisée dans un grand nombre de situations cliniques, il faut renforcer la prise en compte des préférences des patients. Il existe pourtant des recommandations de la HAS sur le sujet : « Indications et non indications de la dialyse péritonéale chronique chez l'adulte », juin 2007, qui auraient dû conduire à une homogénéisation des indications (assez larges d'après ce document).

- Il est aussi souvent observé que la DP n'est que transitoire et que les patients en sortent après 1 ou 2 ans. Toutefois, d'après le registre de dialyse péritonéale (communication Ch. Verger), on note que, pour les patients traités entre 1998 et 2008, 999 patients ont eu plus de 5 ans en DP (sur un total de 14 070), sans qu'une classe d'âge soit plus particulièrement concernée.

Il reste que la durée médiane en DP est inférieure à celle en centre. Un calcul effectué dans le cadre d'une modélisation, prenant en compte la durée moyenne observée en DP, indique qu'en partant d'un taux moyen de prévalence de 7 % en DP, il faut un taux de 45 % de patients en DP en incidence pour atteindre une prévalence de 16 % au bout de 5 ans parmi les patients dialysés<sup>14</sup>. Il y a ainsi une forte inertie de l'évolution du taux de DP chez les patients prévalents.

- La DP et l'HDD sont aussi utilisées en attente de greffe, et de fait, une greffe réussie permet de « sortir » le patient de dialyse, diminuant la file active en dialyse, ce qui est d'ailleurs un objectif à poursuivre aussi bien sur le plan médical et de la qualité de vie que sur le plan économique. La greffe rénale est de fait la modalité de traitement de suppléance « à domicile » permettant la meilleure autonomie et présentant le meilleur ratio coût-efficacité.

La conséquence est qu'il y a de fait une sorte de « concurrence » entre prise en charge en dialyse à domicile et greffe pour de nombreux patients, réduisant d'autant la durée de présence dans les modalités de dialyse à domicile.

Au total, certains de ces arguments rendent compte de limitations pour augmenter dans de fortes proportions le taux de patients en dialyse à domicile, mais n'expliquent pas pourquoi la dialyse à domicile est utilisée de manière extrêmement hétérogène d'une région à l'autre ; il n'y a pas de justification médicale à cet état de fait, et il apparaît, comme le mentionnait l'article cité ci-dessus, que des facteurs non médicaux sont prioritairement en jeu.

Les pratiques et indications médicales sont classiquement variables d'une région à l'autre dans le système de santé, mais on atteint ici une variabilité exceptionnelle, qui conduit à penser que la rationalité médicale joue peu en la matière.

Quels sont alors les autres facteurs en jeu ?

L'argument selon lequel la préférence des patients s'orienterait majoritairement, et de façon différente d'une région à l'autre, vers l'hémodialyse en centre est difficile à mobiliser, tant que l'information pré-dialyse n'est pas généralisée. Or, force est de constater que ce n'est pas

---

<sup>14</sup> D'Andon A. et al. Modélisation de l'offre de soins dans le traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale. *Néphrologie* 2002, 23, A173, 299.

le cas. Lorsque, dans les régions visitées, l'information pré-dialyse est correctement effectuée, le taux de patients incidents orientés en DP atteint aisément 15-20 %.

Toutefois, tous nos interlocuteurs ont souligné que les mentalités avaient évolué. En dehors des aspects strictement logistiques (il faut disposer de suffisamment d'espace à domicile (une pièce dédiée), ne pas être isolé, etc.), le principe de la dialyse à domicile « fait rentrer la maladie au domicile ». À l'inverse, en se rendant au centre 3 fois par semaine, avec taxi payé, etc., il y a une sorte de confort, de sentiment de sécurité, dans un cadre de gratuité maximale ; on délègue tout au centre. Et les néphrologues observent qu'il est très difficile de convaincre un patient de s'orienter vers une prise en charge à domicile quand il a connu le centre et qu'il existe le choix. Les néphrologues qui ont connu les débuts de la dialyse soulignent cette évolution : on est passé d'une époque où le domicile était souvent l'orientation prise par absence d'autre choix, à l'époque actuelle où, avec l'ouverture de multiples centres bien dotés, ce choix existe et où, pour le patient, « tout est dû ». Les patients réclament la gratuité jusqu'à en abuser : « j'ai cotisé, alors il faut tout prendre en charge » (des patients ont réclamé jusqu'à l'achat de draps jetables, le remboursement d'un reliquat de taxi de 3 euros alors que les remboursements effectués sur le mois se comptaient par centaines d'euros, etc.).

À l'inverse, les responsables des associations observent que le patient ne désire plus retourner dans un centre une fois qu'il a effectué la démarche de se prendre en charge à son domicile, car ce mode de prise en charge correspond à une amélioration de sa qualité de vie et de son autonomie.

Il faut souligner que la façon de présenter les différentes modalités avant l'entrée en dialyse est fondamentale. L'exemple de la clinique des maladies rénales de Lyon est cité : les patients, avant entrée en dialyse, bénéficient de formations spécifiques aux différentes modalités et peuvent opérer leur choix de façon réellement éclairée.

Les « écoles » médicales, les opinions des médecins semblent jouer un plus grand rôle. Dans un article de 2009, Bouvier et al.<sup>15</sup> ont étudié le rôle de l'opinion du néphrologue sur les disparités régionales en matière de DP. Les néphrologues de 2 régions aux taux élevés (plus de 15 %) et de 3 régions aux taux bas de patients en DP (moins de 10 %) ont été interrogés. L'opinion sur le taux optimal de patients en DP différait significativement dans les deux groupes : respectivement 31 % et 25 % pour les patients prévalents, 25 % et 19 % pour les patients incidents. Par ailleurs, le taux optimal évoqué était en moyenne de 29 % dans les centres publics, de 14 % dans les centres privés. De fait, malgré ces différences dans les réponses, on constate que l'ensemble des néphrologues interrogés, dans toutes les régions, observent que la DP est sous-utilisée en France !

Les principaux freins à la DP évoqués dans cette enquête étaient : l'insuffisance d'infirmières pour les soins à domicile (48 %), l'insuffisance des tarifs pour les médecins (25 %), l'insuffisance de formation sur la DP (23 %), les difficultés quant aux possibilités de repli en centre (23 %), le manque d'expérience (18 %).

Toutes ces causes et quelques autres ont été retrouvées dans l'enquête qualitative. Nous les détaillons ici, dans l'ordre qui nous paraît refléter la majorité des avis recueillis, même si selon les interlocuteurs, telle ou telle cause pouvait être davantage mise en avant.

---

<sup>15</sup> Bouvier N. et al. Regional discrepancies in peritoneal dialysis utilization in France : the role of the nephrologist's opinion about peritoneal dialysis. *Nephrol Dial Transplant* 2009, 24, 1293-1297.

- a) Le frein financier est toujours évoqué. Les modalités de tarification paraissent jouer un rôle essentiel. Plusieurs auteurs ont fait ce constat à travers le monde<sup>16</sup>. Il est remarqué ainsi que dans les pays où la rémunération des médecins pour la DP est faible, le taux de DP est faible.
- b) Ceci dit, les tarifs de dialyse à domicile n'expliquent pas tout car en fin de compte, les structures associatives qui assurent la DP ne sont pas en très grande difficulté financière (même si cela ne va pas tarder si les tarifs continuent à stagner et que les coûts de consommables continuent à augmenter (ex : nouvelles poches de dialyse péritonéale plus coûteuses)), mais il semble que cet équilibre financier soit atteint en raison de l'activité en centre développée par les associations.

Le problème ne semble pas tant résider dans le tarif intrinsèque de la DP et de l'HDD que dans le différentiel de marge entre dialyse en centre et dialyse hors centre, et dans l'organisation de l'offre de soins. Les derniers SROS, suite à la nouvelle réglementation de 2002, ont cherché à organiser les filières et astreint les différents acteurs à proposer aux patients l'ensemble des modalités. Mais cela n'a pu résoudre le problème fondamental de l'organisation verticale du système : il y a pour schématiser :

- d'une part les centres d'hémodialyse, publics et privés, qui obtiennent leurs recettes de la réalisation des séances ; ces centres ont souvent ouvert des UDM pour compléter leur offre ;
- d'autre part les associations régionales de dialyse à domicile (en général 1 par région) qui assurent les modalités hors centre et souvent aussi une petite activité de centre et d'UDM, couvrant ainsi l'ensemble des modalités. Ces associations sont souvent présidées par un praticien du CHU, mais cela ne change rien au fait qu'il s'agit d'une entité distincte.

La difficulté réside dans cette séparation, chacun ayant sa propre logique économique dans un système tarifaire commun. La décision d'adresser un patient dans une modalité hors centre, donc à l'association, prise par les praticiens du centre d'hémodialyse, fait perdre des recettes au centre. Cette logique a longtemps été identifiée comme spécifique du secteur privé (s'ajoutant au problème de rémunération des néphrologues privés ; cf. ci-après), mais depuis la T2A, est aussi à l'œuvre dans les établissements publics. Et de fait, il faut attendre que le centre soit totalement saturé pour que la réflexion sur le hors centre soit envisagée positivement par l'établissement. On trouve d'ailleurs de très gros centres d'hémodialyse en secteur public, dans des CHU qui ne s'impliquent pas dans l'orientation des patients à domicile.

Dans les entretiens, il nous a été confirmé que certaines directions d'établissement public faisaient pression pour que le service de néphrologie remplisse son centre de dialyse avant d'adresser des patients à l'association. Ce comportement, par ailleurs compréhensible sur le plan des incitatifs économiques, est du même ordre que celui des néphrologues privés réticents à adresser des patients à domicile, dans la mesure où ils y perdraient des honoraires réguliers.

---

<sup>16</sup> Just PM et al. Reimbursement and economic factors influencing dialysis modality choice around the world. *Nephrol Dial Transplant* 2008, 23, 2365-2373.

Les associations de dialyse à domicile se trouvent donc en quelque sorte en compétition avec les cliniques et les établissements publics ! Et on se dirige vers la création de 3 filières de soins « étanches ».

Cet état de fait est favorisé par l'autorisation par les pouvoirs publics de nouvelles places en centre ces dernières années, parfois contre l'orientation donnée dans le SROS. D'après la base SAE, on a en effet assisté à une augmentation de 34,8 % du nombre de postes en hémodialyse en centre pour adultes entre 2004 et 2009, soit en moyenne 6,1 % par an (taux supérieur à l'augmentation moyenne du nombre de patients en insuffisance rénale chronique terminale). Il semblerait, comme le remarque l'un des acteurs interviewé, que « tout se conjugue pour orienter tous les moyens vers les centres ».

Ainsi, contrairement à ce qui était observé pour la chirurgie ambulatoire, les acteurs sont, dans le cas de la dialyse, très attentifs aux valeurs des tarifs et à leurs évolutions, et voient dans le système tarifaire un moteur essentiel des développements relatifs des différentes modalités de dialyse.

- c) Les praticiens privés ont en outre une position particulière : ils ont une rémunération précise pour le suivi des patients en centre (tarif CCAM : 38,35 euros par patient et par séance), mais rien de spécifique pour le suivi des patients hors centre : seules des consultations peuvent être facturées, alors même que la mise en DP d'un patient est très « chronophage ».

Il est donc clair qu'il n'y a aucune incitation financière à réaliser de la dialyse à domicile en secteur privé ; le système est même très désincitatif. Le fait que malgré tout, certaines cliniques de la région 2 assurent une activité de DP (d'éducation puis d'adressage à l'association, et de suivi en consultation) relève de choix individuels de professionnels qui sont motivés par un exercice médical couvrant l'ensemble de la discipline néphrologique.

Et de fait, le secteur privé développe de façon très disparate la DP dans la région 2. Les néphrologues privés interrogés qui assurent une activité d'entraînement à la DP et le suivi des patients (hors aspects logistiques), les seuls d'ailleurs qui ont accepté de répondre à nos demandes d'entretiens, sont des professionnels convaincus de l'intérêt de la technique pour les patients. La question tarifaire n'entre pas, dans ces cas, en ligne de compte dans la décision médicale. Les patients bénéficient de l'information pré-dialyse, pour un choix éclairé, et la DP est prescrite dès que possible.

Un paradoxe est que lorsque l'une des cliniques a déposé à plusieurs reprises la demande pour réaliser elle-même la DP, l'ARH a opposé un refus. Le paradoxe réside dans le fait que l'augmentation du nombre d'acteurs dans ce domaine ne pourrait que favoriser la technique, mais en même temps, une telle autorisation fragiliserait la structure financière de l'association régionale.

- d) Un autre frein important soulevé est le manque d'éducation des jeunes néphrologues qui n'ont pas de formation concernant la DP et l'HDD. Il y a une lacune grave dans l'enseignement, qui pourrait être en partie levée par la possibilité pour les internes d'effectuer des stages dans les associations de dialyse à domicile.

À défaut, les jeunes néphrologues vont manquer de l'expérience nécessaire, engageant le système dans un cercle vicieux : pas d'expérience / pas de choix d'orientation du patient en DP / pas d'expérience... Car bien sûr, une méconnaissance de la technique de DP conduit le néphrologue à privilégier l'orientation en hémodialyse.

Cette observation souligne la responsabilité essentielle des CHU dans l'impulsion à donner. La question des choix pris par le service de néphrologie du CHU a été citée à plusieurs reprises comme une clef de compréhension des orientations prises dans la région.

- e) Certains facteurs intrinsèques à l'activité de dialyse à domicile induisent des surcoûts, qui sont en augmentation, ces surcoûts n'étant pas forcément couverts par les tarifs, mettant les associations en difficulté budgétaire :
- la norme réglementaire demandant à l'association de disposer d'1 IDE pour 10 patients en DP ;
  - les poches de DP de plus en plus onéreuses (poches adaptées pour les diabétiques notamment : nutrineal/physioneal) ;
  - les frais déboursés par l'association pour mettre aux normes électriques le domicile du patient, éventuellement adapter l'installation d'eau... Il s'est avéré que dans les 2 régions, de nombreux types de frais sont engagés par l'association pour faciliter la prise en charge à domicile. Dans la région 2, un service social est aussi actif dans des cas complexes, certains patients sont en nutrition parentérale, nécessitent des transfusions... et l'association paye ces prestations. Ces prestations ne sont pas explicitement incluses dans les forfaits de dialyse, mais font partie des mesures favorisant le maintien du patient à domicile.
- f) Pour les patients dialysés à domicile et demandant une assistance, dans certaines zones rurales, il n'y a pas d'infirmière libérale ou alors les infirmières sont surchargées (en DPA, il faut deux passages infirmiers par jour, soit un au début de la dialyse et un à la fin ; en DPCA, il peut s'avérer nécessaire de passer 4 fois par jour ; en HDD, il peut aussi s'avérer nécessaire de passer pour le branchement et le débranchement). Il devient alors impossible de proposer une prise en charge en dialyse à domicile pour les patients non autonomes dont le conjoint ou l'environnement ne peut assumer cette prise en charge. À cet égard, les associations soulignent que la situation a changé depuis les débuts de la dialyse à domicile : les patients ont vieilli, les besoins d'assistance croissent, et les tarifs devraient en tenir compte. Cette observation ne retire rien à la recherche d'autonomie, mais l'objectif en matière d'autonomie du patient n'est pas tant une autonomie dans la prise en charge des soins et du générateur (pour lesquels il faut parfois proposer une assistance à domicile) qu'une autonomie professionnelle et sociale.
- g) Dans le même ordre d'idée, de plus en plus de patients sont hébergés en EHPAD. Et il y a un obstacle lié à l'impossibilité pour l'infirmière libérale d'intervenir pour l'assistance d'un patient en dialyse. Les infirmières de l'EHPAD ne peuvent évidemment pas assurer ce soin. Au moins 2 régions françaises ont pu négocier avec l'assurance maladie une dérogation pour autoriser cette intervention (Alsace et Languedoc Roussillon), mais dans la région 1, il nous a été indiqué que cette absence de dérogation constituait un obstacle majeur. Les patients sont alors orientés en centre.
- h) Le même type de difficultés est observé en HAD : il est considéré par la Caisse d'Assurance maladie qu'en cas d'intervention de l'infirmière pour le patient dialysé, il y aurait triple facturation (avec le GHT d'HAD et le forfait de dialyse).

- i) Toujours sur le plan réglementaire et tarifaire, il n'existe pas d'acte infirmier à la nomenclature pour l'assistance d'un patient en HDD. Cette lacune freine la mise à domicile de patients souhaitant une telle modalité de prise en charge mais demandant une aide pour la ponction, le branchement et le débranchement. Dans la région 2, c'est l'association qui rémunère les infirmières libérales pour cet acte !
- j) D'autres facteurs sont en jeu, pouvant expliquer quelques différences entre régions : isolement et précarité sociale, précarité du logement (les associations, dans les 2 régions enquêtées, mettent aux normes les arrivées d'eau et d'électricité et dans certains cas vont jusqu'à faire déménager le patient pour avoir plus d'espace), moyenne d'âge (avec l'observation que le conjoint vieillit en même temps que le patient, rendant parfois difficile son implication).

**Au total**, si on cherche à résumer les raisons pour lesquelles la dialyse à domicile présente de telles disparités entre régions et ne se développe pas, on arrive à la conclusion que le paramètre principal réside dans la personnalité et la conviction du néphrologue en charge de son patient, mais que les aspects tarifaires et réglementaires sont également très présents.

En sens inverse, on peut citer quelques **facteurs favorisant la dialyse à domicile**, d'après les interlocuteurs rencontrés :

- La saturation des postes en centre d'hémodialyse !
- L'existence de situations spécifiques où le patient a besoin de dialyses quotidiennes ou de dialyses longues, au mieux assurées en HDD ;
- La constitution d'une véritable équipe de néphrologues dans la région, soudée et expérimentée en dialyse à domicile. Cette situation se rencontre dans quelques régions où le secteur privé n'est pas représenté en dialyse ;
- L'impulsion donnée par le CHU, quand celui-ci est favorable à cette orientation (l'impulsion donnée par le CHU pouvant à l'inverse s'avérer très négative dans le cas contraire).

### **Les pistes de solutions**

Sans prétendre régler ici un problème qui est chronique depuis 20 ans, les analyses présentées dans ce travail permettent d'identifier quelques pistes.

Le nœud réside dans l'orientation initiale vers le domicile et dans la conviction du praticien en charge du patient. Celui-ci a évidemment toute liberté pour choisir ce qui lui convient le mieux mais encore faut-il qu'il ait pris connaissance de l'ensemble des modalités possibles, de leurs avantages et leurs inconvénients. Il faut donc que le médecin conseille son patient dans ce sens, pour éclairer son choix. Et il faut inciter le médecin à agir ainsi. Il faut qu'il soit lui-même convaincu que la prise en charge à domicile est une bonne option pour certains patients et qu'il s'agit d'une option faisable. Ceci suppose : D'assurer que dans la formation des jeunes néphrologues, une expérience en dialyse, et notamment en association de dialyse, soit prévue ;

- De lever l'obstacle lié à la recherche de productivité des centres : comme les budgets sont séparés, le seul moyen de court terme envisageable paraît être une

contrainte liée à des objectifs d'organisation des soins, mais cette contrainte ne devrait porter que sur l'orientation des patients incidents (par exemple : au moins x % des nouveaux patients orientés vers le domicile...);

- De financer de manière correcte et ciblée l'éducation thérapeutique pré-dialyse. Un objectif possible serait que tous les nouveaux patients bénéficient d'un passage dans une structure d'éducation pré-dialyse agréée par l'ARS. Il s'agit de sensibiliser et éduquer les patients avant la dialyse, avec intervention d'infirmières, d'assistantes sociales, de psychologues... Le médecin ne peut pas assurer cela seul en consultation.

Une autre catégorie de mesures porte sur la dialyse à domicile elle-même. À l'heure actuelle, plusieurs obstacles tarifaires et réglementaires en freinent le développement. Les mesures proposées lors des entretiens sont :

- Le financement de l'acte infirmier d'intervention à domicile pour HDD (comme c'est déjà le cas pour la DP) ; à noter qu'au vu du nombre de patients, ce ne sera pas une dépense gigantesque pour l'assurance maladie, alors que le signal serait fort ;
- La possibilité de prendre en charge un patient dialysé en EHPAD, avec facturation du forfait de DP ou d'HDD, et possibilité d'intervention d'une infirmière libérale ;
- La possibilité, dans le même esprit, qu'une infirmière libérale puisse intervenir en HAD pour un patient dialysé à son domicile ;
- La possibilité de prise en charge d'un patient en DP en SSR ;
- Le financement d'honoraires médicaux, forfaitaires, pour le suivi de patients à domicile, pour les néphrologues libéraux. Ceci est le point le plus délicat, et relève de la négociation conventionnelle entre les syndicats médicaux et l'assurance maladie ; mais sans une telle évolution, force est de reconnaître que le système actuel désincite les libéraux à orienter leurs patients en dialyse à domicile. Cela représenterait certes un surcoût à ce titre, mais il faut considérer les économies réalisées alors sur les transports et sur les forfaits de dialyse ;
- Et enfin, il est souhaitable que les tarifs de dialyse à domicile pour les associations puissent prendre en compte les surcoûts engagés (notamment nouvelles poches de DP, plus grande densité d'intervention au domicile), et donc évoluent régulièrement en fonction de l'augmentation des coûts.

D'autres mesures, davantage liées à l'organisation des soins, sont évoquées :

- Les outils de télémédecine peuvent se révéler d'une grande aide pour le maintien à domicile ;
- L'organisation du repli ne doit pas être négligée. Il faut pouvoir garder des places en centre pour un repli éventuel de patients à domicile en cas de problème. Cet élément peut en effet constituer un obstacle quand tous les centres d'hémodialyse d'une zone sont saturés.

Par ailleurs, il a été signalé qu'un frein technique pourrait être levé prochainement sans doute avec l'arrivée de machines d'utilisation plus aisée à manier en HDD, comme cela se fait aux USA.

Moyennant la résolution de tous ces freins, les perspectives en matière de taux de prise en charge des patients à domicile (les deux modalités confondues) pourraient largement atteindre les 15 % de patients. Ce qui signifie que le taux devrait être de l'ordre de 30 % chez les patients incidents. Cette estimation dépend évidemment de la situation initiale de la région. Deux de nos interlocuteurs nous indiquent à ce propos que pour augmenter massivement et rapidement la DP en France, il faudrait faire porter l'effort avant tout sur Paris et Marseille !

## 7 - Conclusion

### 7.1 Sur la nature des incitations et leur perception

On a vu au cours de l'analyse qu'il existe plusieurs types de modulation des tarifs (différents types pouvant se conjuguer) :

- augmentation de tarifs pour accompagner une politique nationale : l'incitation réside alors dans le % d'évolution d'une année sur l'autre, ce % devant être supérieur à l'augmentation moyenne des tarifs ;
- augmentation de tarifs ou fixation de tarifs au-dessus des coûts de l'ENC, par exemple pour les activités lourdes, pour s'assurer que les établissements concernés ne soient pas mis en difficulté financière en réalisant de telles activités ;
- variation relative de certains tarifs, comme cela a été le cas pour certains GHM d'hospitalisation complète de chirurgie pour rapprocher leur valeur faciale de celle des GHM ambulatoires correspondant ; l'incitation réside davantage dans la comparaison des valeurs relatives des deux GHM ; cette politique a été menée à son terme avec le principe du « tarif unique ».

La troisième modalité, la plus utilisée dans nos deux exemples, est la plus complexe à expliquer et de fait la moins lisible. Les acteurs les plus « avertis » regardent surtout l'écart entre tarifs en coûts, ainsi que les évolutions tarifaires annuelles en l'absence de données de coûts.

L'idéal est de mener de front plusieurs modalités et ce, en cohérence avec le discours officiel : le cas exemplaire est celui de la chirurgie ambulatoire pour certains « couples » de GHM, en tout cas jusqu'en 2009 : le tarif du GHM ambulatoire était supérieur au coût de l'ENC alors que le tarif du GHM d'hospitalisation correspondant était inférieur au coût de l'ENC, les deux valeurs de tarifs évoluant par ailleurs en se rapprochant, voire en s'égalisant (en 2009), avec en outre augmentation du tarif du GHM ambulatoire par rapport à l'année précédente. Tout ceci s'accompagnait d'un discours volontariste constant de la part du Ministère de la santé et de l'assurance maladie.

Mais force est de reconnaître que ce cas est rare et que même dans le cas de la chirurgie ambulatoire, la situation a été modifiée en 2010 avec baisse des tarifs de certains GHM ambulatoires pratiqués de manière courante (dans le secteur public comme dans le secteur privé, pour des raisons différentes). Cette baisse a naturellement jeté le doute sur le caractère incitatif de la politique menée. Le dernier rapport du ministère de la Santé sur la convergence tarifaire souligne d'ailleurs ce problème de contradiction entre certaines décisions prises en matière de rapprochement tarifaire entre secteur public et secteur privé et les orientations prises au nom des priorités de santé publique.

Trois des établissements visités pour l'enquête sur la chirurgie ambulatoire disposaient par ailleurs de données de coûts suffisamment détaillées pour juger de la « rentabilité » de l'activité ambulatoire. Il ne ressortait pas de ces analyses, dans ces établissements, que l'activité ambulatoire était particulièrement bénéficiaire. Par contre, l'augmentation induite des recettes était dans une dynamique positive. Ainsi, l'incitation réside davantage dans la

mécanique générale de la T2A qui engage à augmenter son activité, que dans la finesse de l'évolution des tarifs des GHS concernés.

Cette augmentation d'activité ambulatoire va également dans le sens de l'amélioration de l'image de l'établissement auprès de la population, et fait rentrer celui-ci dans un cercle vertueux, en augmentant son attractivité (et inversement, un acte comme la cataracte, non réalisé en chirurgie ambulatoire, donne une mauvaise image de l'établissement, ce qui a des conséquences néfastes sur l'image de l'ensemble de la chirurgie).

Il faut aussi rappeler que d'après les entretiens réalisés, la procédure de mise sous accord préalable de l'assurance maladie a davantage marqué les esprits et les comportements dans les établissements que les mouvements tarifaires, qui sont très peu connus.

Dans le domaine de la dialyse à domicile, les incitations ont paru trop modestes pour être perceptibles et pour venir modifier les comportements. Pourtant, deux des modalités d'incitation ont été utilisées : augmentation d'une année sur l'autre, évolution différenciée des tarifs de dialyse à domicile et d'hémodialyse en centre. Mais il semble par contre que les tarifs de dialyse à domicile ne soient pas supérieurs aux coûts (la situation sur ce point est à dire vrai difficile à objectiver). Et alors que les incitations tarifaires (modestes) ont porté sur les modalités de dialyse à domicile, l'ensemble des acteurs perçoit que la T2A encourage l'hémodialyse en centre ! De fait, là aussi, la T2A joue un rôle incitatif par sa mécanique générale visant à l'augmentation d'activité, les centres d'hémodialyse cherchant en priorité à occuper leurs postes.

Les entretiens menés dans la phase d'enquête qualitative ont mis en exergue la difficulté de lecture des incitations tarifaires et de la politique nationale en la matière. Il y a certes de la perte d'informations entre le niveau national et le niveau local, mais il y a aussi la difficulté de mener dans le temps une politique incitative claire, transparente et coordonnée.

Est-ce à dire que toute politique tarifaire incitative serait inutile ? On ne peut pas tirer cette conclusion au regard des éléments rassemblés ici, puisqu'en quelque sorte, ces politiques incitatives ne sont pas allées jusqu'au bout de leur logique ou en tout cas ont été perçues ainsi. On peut tout au plus noter que le maniement de l'outil tarifaire à des fins d'incitation est complexe, difficile, et du coup peu performant.

On peut surtout identifier quelques conditions de succès d'une politique incitative :

- garder une cohérence complète entre les différents outils tarifaires disponibles, le discours politique, et les autres modalités d'action des pouvoirs publics (organisation des soins, actes réglementaires...) ;
- maintenir cette politique dans le temps, sans mesure contradictoire ;
- en évaluer les effets et faire connaître les résultats de ces évaluations.

Pour la chirurgie ambulatoire, c'est quasiment le cas sauf que :

- les incitations ciblées ont été noyées dans le maelstrom général des modifications de la grille tarifaire des GHS sur les années étudiées ;
- les tarifs de principaux GHS de chirurgie ambulatoire ont baissé en 2010.

Pour la dialyse à domicile, aucune de ces conditions n'a véritablement été remplie.

Il se pose aussi la problématique du partage de l'économie attendue d'une orientation des organisations et des pratiques vers une plus grande efficacité : en chirurgie ambulatoire, via une baisse tendancielle des tarifs, l'assurance maladie a récupéré une partie de l'économie, mais les établissements gardent une marge par rapport aux coûts. En dialyse à domicile, la question se posera si une politique volontariste de développement des modalités de dialyse à domicile interviendrait.

## ***7.2 Sur les leviers d'actions pour produire un changement de pratiques***

La question principale posée par les deux thèmes analysés porte sur la manière de changer les comportements et pratiques de soins, à résultat médical identique (voire résultat meilleur en termes de qualité des soins et qualité de vie), et alors qu'il existe des recommandations claires sur les indications des techniques concernées.

Il faut rappeler que tous les patients ne peuvent pas être pris en charge en chirurgie ambulatoire ; il existe des contre-indications médicales et des limitations liées à l'environnement social et géographique. De même, en ce qui concerne la dialyse, les contraintes pour proposer à un patient une prise en charge en dialyse péritonéale (DP) ou en hémodialyse à domicile (HDD) sont nombreuses. La tarification ne pourra avoir aucun effet sur des obstacles de nature médicale ou socio-économique, ou sur le choix des patients.

Pour prendre un exemple dans le domaine de l'insuffisance rénale, on sait qu'une alternative plus pérenne, mieux acceptée que la dialyse, et répondant aux critères d'amélioration de l'efficacité et de la qualité de vie des patients, est la transplantation rénale. La tarification a accompagné aussi ce volet de la prise en charge, mais d'autres types de freins existent, essentiellement l'accès aux greffons. Une augmentation massive des tarifs ne permettra pas d'augmenter massivement le nombre de greffons !

Il reste que les éléments développés dans ce rapport, et notamment les disparités entre établissements et entre régions, indiquent qu'il existe une frange supplémentaire de patients équivalents sur le plan médical et social qui pourraient bénéficier de ces prises en charge.

En ce qui concerne la dialyse à domicile, l'existence de disparités régionales fortes souligne la marge de développement qui existe dans les régions à faible taux de prise en charge en DP et HDD. Jusqu'à présent, les incitations tarifaires en faveur de la dialyse à domicile (que l'on peut au demeurant juger insuffisantes) ont été sans effet. Et même, les acteurs identifient plutôt des freins tarifaires au développement de la dialyse à domicile. Nous avons vu que les éléments tarifaires jouaient un grand rôle mais qu'une politique volontariste en faveur de la dialyse à domicile devrait mobiliser bien d'autres outils : formation des néphrologues, mise en place de plates-formes d'éducation thérapeutique pré-dialyse, réglementation sur les interventions des infirmières libérales en EHPAD, etc. Le volet tarifaire, qui doit s'astreindre à couvrir correctement les prestations offertes par les structures de dialyse à domicile, ne constitue qu'une brique parmi d'autres. Et comme tout ouvrage qui se veut solide, il ne faut pas qu'il manque une brique.

Concernant la chirurgie ambulatoire, plusieurs rapports récents ont souligné que le développement devait se poursuivre :

- La commission des comptes de la sécurité sociale, dans son rapport de juin 2010, a effectué spécifiquement un bilan des incitations au développement de la chirurgie ambulatoire, rappelant au passage ses avantages : « *bénéfices en termes de satisfaction des patients et de qualité des soins associés à des économies de temps et de ressources* ». Ce rapport a analysé les marges et taux de marges des séjours réalisés en ambulatoire et en hospitalisation complète. Il observe que « *les revalorisations de 2007 et 2008 et les tarifs associés à la VII se sont traduits par un renforcement de l'attractivité de l'ambulatoire et une dégradation des profits sur l'hospitalisation complète* ». Il resterait toutefois des situations où les marges en euros sont encore supérieures en hospitalisation, et des cas où les marges sont négatives en ambulatoire (le calcul n'étant pas explicité, il n'est pas possible cependant de comparer ces calculs à nos propres estimations sur les écarts tarifs-coûts). Les auteurs proposent donc logiquement de résoudre ces situations paradoxales, par augmentation des tarifs de chirurgie ambulatoire.
- Le rapport de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur le fonctionnement de l'hôpital, en mai 2010, observe un fort développement de l'activité de chirurgie ambulatoire ces dernières années, mais recommande d'accélérer ce développement, évoquant un « retard » de la France dans ce domaine, par rapport à des pays comme le Royaume Uni ou le Danemark. Ce développement paraît d'autant plus souhaitable que « *des études réalisées, notamment, par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, montrent que 90 % des usagers se déclarent satisfaits de ce mode de prise en charge et que 88 % se disent prêts à renouveler l'expérience* ». La MECSS voit dans le développement de la chirurgie ambulatoire « *une orientation stratégique majeure* », qui aura « *un effet structurant sur l'ensemble de l'offre de soins* », avant de conclure sur la proposition suivante : « *Lever les freins au développement de la chirurgie et de la médecine ambulatoires, prévoir un cadrage national pour ce développement et fixer des objectifs dans les contrats d'objectifs et de moyens* ».

Comment donc aller plus loin dans ce développement si ardemment souhaité ? Les tarifs sont-ils en fin de compte un levier important, ou faut-il avant tout agir sur d'autres facteurs de blocage ? L'un des enseignements de l'étude qualitative sur la chirurgie ambulatoire indique que l'organisation hospitalière, si elle met souvent un certain temps pour se mobiliser sur un projet, produit des résultats positifs, à partir du moment où démonstration est faite que la nouvelle organisation est plus satisfaisante pour les patients. Il y a une période d'adaptation, d'appropriation, après quoi la prise en charge nouvelle est adoptée, voire exigée, devenant la « norme » de prise en charge. Dans ce lent processus, les tarifs semblent jouer un rôle assez mineur, mais permettent toutefois d'accompagner un argumentaire.

Dans cette appropriation de nouveaux types de prise en charge, le médecin garde un rôle prédominant en posant les indications, en présentant à son patient les options en présence, etc. Les effets d'école jouent leur part, les systèmes de rémunération aussi. Ceci a été démontré à de nombreuses reprises dans le cadre du système de paiement à l'acte. Sur ce plan, à partir des deux exemples analysés dans cette étude, on observe une situation contrastée : la décision médicale prime sur les autres considérations en chirurgie ambulatoire, même si la pression des pouvoirs publics (accord préalable, tarifs, communication) joue un rôle de modificateur des comportements sur le moyen terme, mais à l'inverse, dans le domaine de la dialyse à domicile, les aspects économiques l'emportent globalement sur la seule logique médicale.

Mais les études réalisées sur les méthodes de changements de pratiques professionnelles soulignent qu'il faut surtout adopter une approche globale, associant élaboration consensuelle des règles par les professionnels eux-mêmes, formations, retours d'information et contrôles, incitations financières positives et/ou négatives, réglementations, travail fin sur les organisations locales<sup>17</sup>. À cet égard, jusqu'à présent, les différentes mesures prises sur la chirurgie ambulatoire sont plus en phase avec cette notion d'approche globale que celles prises sur la dialyse à domicile.

---

<sup>17</sup> G. de Pourville, Peut-on réduire l'hétérogénéité des pratiques médicales ? dans : Dix ans d'avancées en économie de la santé, JC Saily et T Lebrun eds, J. Libbey, 1997.

## **Annexes**

**Annexe 1 : Protocoles d'extraction des données PMSI**

**Annexe 2 : Chirurgie ambulatoire - Résultats détaillés sur les 19 catégories d'actes**

**Annexe 3 : Enquête qualitative sur la chirurgie ambulatoire : monographies des 4 visites**

# Annexe 1 - Protocoles d'extraction des données PMSI

## Protocole d'extraction pour la chirurgie ambulatoire

**Principe :** Extraire les séjours des bases PMSI publiques et privées de 2004 à 2009, contenant les actes classants des GHM d'ambulatoire (CM24 en v9 et v10, GHM en J en v11) ayant fait l'objet d'une incitation tarifaire sur tout ou partie des années, plus quelques actes n'ayant pas fait l'objet d'une telle incitation (éventuellement présents par contre dans les gestes ciblés par la CNAMTS).

**Les catégories d'actes** visées, par type d'intervention, ont été les suivantes (Rq : les titres sont synthétiques, mais ne précisent pas toujours le champ visé : ainsi, en chirurgie de la main, tous les actes ne sont pas pris en compte, etc.).

1. Cataracte
2. Canal carpien
3. Chirurgie de la main (hors canal carpien)
4. Amygdalectomies-adénoïdectomies
5. Chirurgie des hernies : enfants et adultes (frontière d'âge : 18 ans)
6. Varices
7. Résections osseuses et ablation de matériel
8. Arthroscopies
9. Circoncisions
10. Interventions sur les testicules
11. Hémorroïdectomies
12. Interventions sur la zone anale et péri-anale (hors hémorroïdectomies)
13. Interventions sur la vulve, le vagin, le col de l'utérus
14. Dilatations et curetages (hors post-partum)
15. Autres interventions sur le système utéro-annexiel par coelioscopie ou laparoscopie
16. Drains transtympaniques
17. Oreilles décollées
18. Extractions dentaires
19. Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein

Pour chaque activité, une liste d'actes en CCAM et une liste d'actes en CDAM ont été fournis à la DREES par les consultants pour procéder à l'extraction.

En effet, en 2004 et 2005, on trouve dans les bases à la fois des actes en CDAM et en CCAM.

### Formats des fichiers fournis :

Les fichiers sont fournis sous format électronique en « .txt » : deux fichiers par catégorie d'actes et par année : un fichier pour le secteur public et un fichier pour le secteur privé.

Soit pour 19 catégories d'actes, pour 6 années, pour le secteur public et le secteur privé : 228 fichiers.

### **Données extraites :**

Pour les années 2004 à 2009, l'extraction concerne l'ensemble des RSA publics et privés, pour lesquels l'un des **actes** des listes figure dans le champ « **Zone acte** », en retirant les informations suivantes :

- Code postal
- Diagnostics associés

En tenant compte de l'évolution du format de RSA sur la période d'étude.

La recherche des actes codés en CCAM a été effectuée sur les bases publiques et privées des années 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 et 2009.

La recherche des actes codés en CDAM a été effectuée sur les bases publiques et privées des années 2004, 2005.

Pour les biopsies et excisions locales du sein, les séjours comportant un diagnostic de cancer en diagnostic principal ont été éliminés.

**Annexe 2 - Chirurgie ambulatoire - Résultats détaillés sur les 19 catégories d'actes**

Evolution de l'activité de chirurgie ambulatoire dans le secteur public et le secteur privé : Acte 1 : Cataracte

Bilan national 2004-2009 :

Ensemble	2004			2005			2006			2007			2008			2009			Evolution 2009/2004 du % Ambu sur total
	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	
Public	31 253	58 856	34,7%	34 345	57 397	37,4%	39 452	55 549	41,5%	50 195	51 067	49,6%	67 705	40 681	62,5%	89 919	32 841	73,2%	111,2%
Privé	206 442	191 962	51,8%	241 378	174 176	58,1%	271 628	161 089	62,8%	290 026	149 614	66,0%	321 070	127 670	71,5%	371 765	98 914	79,0%	52,4%
TOTAL	237 695	250 818	48,7%	275 723	231 573	54,4%	311 080	216 638	58,9%	340 221	200 681	62,9%	388 775	168 351	69,8%	461 684	131 755	77,8%	59,9%
<b>Quelques exemples de départements</b>																			
<b>Public</b>																			
41	25	595	4,0%	9	542	1,6%	36	593	5,7%	92	599	13,3%	254	367	40,9%	355	349	50,4%	1150,6%
42	72	852	7,8%	57	967	5,6%	30	959	3,0%	107	929	10,3%	507	827	38,0%	862	525	62,1%	697,6%
75	4 216	6 197	40,5%	5 550	5 940	48,3%	6 148	5 665	52,0%	8 128	4 494	64,4%	9 842	3 458	74,0%	11 841	3 191	78,8%	94,6%
87	538	1 136	32,1%	701	1 046	40,1%	743	874	45,9%	936	932	50,1%	1 304	485	72,9%	1 656	341	82,9%	158,0%
<b>Privé</b>																			
41	433	711	37,8%	716	834	46,2%	880	912	49,1%	988	1 146	46,3%	918	964	48,8%	1 390	806	63,3%	67,2%
42	3 710	1 469	71,6%	4 004	1 363	74,6%	4 396	1 347	76,5%	4 377	1 323	76,8%	4 466	1 175	79,2%	5 075	829	86,0%	20,0%
75	12 676	5 002	71,7%	12 506	4 271	74,5%	13 817	3 879	78,1%	14 357	3 366	81,0%	14 833	3 062	82,9%	16 835	2 145	88,7%	23,7%
87	2 555	861	74,8%	2 724	915	74,9%	2 991	862	77,6%	3 401	849	80,0%	4 074	382	91,4%	5 148	424	92,4%	23,5%

Hors établissements PSPH

L'évolution nationale tous secteurs est très positive, passant de 49% à 78% entre 2004 et 2009. Les deux secteurs ont progressé, et le secteur public plus rapidement que le secteur privé, puisqu'il est parti d'un taux inférieur de 17% à celui du secteur privé, le différentiel en 2009 n'étant plus que de 5,8%.

**GHM concernés dans les séjours ambulatoires :**

C'est le GHM 24C03Z qui accueille plus de 99,9% des séjours ambulatoires.

**GHM concernés hors séjours ambulatoires (au moins 100 séjours) :**

Dans le secteur public :

<b>N° GHM</b>	<b>LIBELLÉ GHM</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
24C03Z	Interventions sur le cristallin : séjours de moins de 2 jours	18 291	17 783	17 441	19 977	19 138	15 529
02C05Z	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	37 661	36 793	35 275	28 267	18 673	14 257
02C02V	Interventions sur la rétine, âge inférieur à 70 ans sans CMA	840	968	1 131	1 204	1 288	1 405
02C04Z	Autres interventions intraoculaires	1 372	835	791	754	587	610
02C02W	Interventions sur la rétine, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	288	251	288	275	354	372
02C09Z	Allogreffes de cornée		428	324	329	327	338

Dans le secteur privé :

<b>N° GHM V9/10c</b>	<b>LIBELLÉ GHM</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
24C03Z	Interventions sur le cristallin : séjours de moins de 2 jours	94 792	86 114	79 457	75 203	68 180	61 110
02C05Z	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	93 380	84 581	78 044	70 907	56 143	34 829
02C02V	Interventions sur la rétine, âge inférieur à 70 ans sans CMA	628	873	1 217	1 423	1 664	1 709
02C04Z	Autres interventions intraoculaires	2 491	1 896	1 616	1 407	1 064	673
02C02W	Interventions sur la rétine, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	185	192	220	210	198	193
02C09Z	Allogreffes de cornée		196	214	193	187	151

Les deux GHM spécifiques de la cataracte sont bien sûr prédominants. On note une proportion importante de séjours non ambulatoires en 24C03Z, recouvrant des séjours de 1 jour. Le tableau ci-après précise ce phénomène.

Répartition des séjours non ambulatoires selon la durée de séjour :

		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
<b>Public</b>	1 jour	18516	31%	17906	31%	17561	32%	20109	39%	19235	47%	15642	48%
	2 jours	33949	58%	33794	59%	33047	59%	26921	53%	17991	44%	14266	43%
	3 jours	3028	5%	2842	5%	2472	4%	1927	4%	1517	4%	1204	4%
	Plus de 3 jours	3363	6%	2855	5%	2469	4%	2110	4%	1938	5%	1729	5%
	<b>total hospit</b>	<b>58856</b>		<b>57397</b>		<b>55549</b>		<b>51067</b>		<b>40681</b>		<b>32841</b>	
<b>Privé</b>	1 jour	95096	50%	86288	50%	79629	49%	75348	50%	68321	54%	61262	62%
	2 jours	91379	48%	84443	48%	78803	49%	71960	48%	57586	45%	36196	37%
	3 jours	2651	1%	1853	1%	1574	1%	1360	1%	1007	1%	912	1%
	Plus de 3 jours	2836	1%	1592	1%	1083	1%	946	1%	756	1%	544	1%
	<b>total hospit</b>	<b>191962</b>		<b>174176</b>		<b>161089</b>		<b>149614</b>		<b>127670</b>		<b>98914</b>	

On peut penser que le potentiel pour augmenter encore le taux de séjours en ambulatoire réside dans les séjours de 1 et 2 jours, voire 3 jours. Pour investiguer ce potentiel, il a été recherché si d'autres actes classants que ceux de la liste liée à l'intervention pour cataracte étaient présents dans le séjour.

Cette exploitation a été effectuée sur l'année 2009. Le tableau suivant indique les nombres de séjours concernés selon la durée de séjour :

		avec autre acte classant	sans acte classant	% de séjours sans acte classant sur total des séjours = potentiel transférable vers ambulatoire	% de séjours sans acte classant sur total des séjours ayant la même durée de séjour
<b>Public</b>	0 jour	15 320	74 599		83,0%
	1 jour	2 754	12 888	10,5%	82,4%
	2 jours	4 031	10 235	8,3%	71,7%
	3 jours	808	396	0,3%	32,9%
<b>Privé</b>	0 jour	69 805	301 960		81,2%
	1 jour	12 017	49 245	10,5%	80,4%
	2 jours	8 530	27 666	5,9%	76,4%
	3 jours	467	445	0,1%	48,8%

La proportion de séjours de courte durée sans autre acte classant est importante ; elle ne commence à diminuer fortement qu'à partir de 3 jours. De fait, cette proportion est similaire que le séjour dure 0 jour ou 1-2 jours.

Ainsi, pour les séjours de 1 et 2 jours, on identifie un potentiel d'accroissement supplémentaire de la prise en charge ambulatoire de la cataracte.

Les principaux actes classants concernés sont en hospitalisation :

Dans le secteur public :

Acte	Libellé	Nb séjours
BCLB001	INJ. S.CONJ/SUBTENONNIENNE	2047
BELB001	INJ. SUBST. INERTE/ORG. DS CHAMBRE ANT. OEIL V. TRANSCORNÉEN	1233
BGFA008	VITRECTOMIE MÉC. CPLMTAIRE AB. ANT.	852
BGMA002	OP. RÉTINOVITRÉENNE ASSOCIANT CPLX	758
BGPA002	DISSECTION MBN ÉPIRÉTINIENNE +/- MBN VITRÉE	719
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	633
BGFA001	VITRECTOMIE (SCLÉROT. POST.) SANS COAG. RÉTINE	597
BEFA008	TRABÉCULECTOMIE	538
BGLB001	INJ. DS CORPS VITRÉ	333

Dans le secteur privé :

Acte	Libellé	Nb séjours
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	12 809
BELB001	INJ. SUBST. INERTE/ORG. DS CHAMBRE ANT. OEIL V. TRANSCORNÉEN	12 560
BEFA008	TRABÉCULECTOMIE	1 152
BGMA002	OP. RÉTINOVITRÉENNE ASSOCIANT CPLX	1 088
BFLA002	INSERTION 1ANNEAU CONTENTION INTRASACULAIRE PDT 1EXTR. CRIS	1 053
BGFA014	SCLÉRECTOMIE PROF. INCOMPLÈT./SCLÉROKÉRATECT. PROF.	885
BGPA002	DISSECTION MBN ÉPIRÉTINIENNE +/- MBN VITRÉE	714
BGLB001	INJ. DS CORPS VITRÉ	625
BGFA001	VITRECTOMIE (SCLÉROT. POST.) SANS COAG. RÉTINE	608
BCLB001	INJ. S.CONJ/SUBTENONNIENNE	439
BEPA001	LIBÉR. BRIDES SEGT ANT. OEIL KÉRATOTOMIE	366
BGFA011	VITRECTOMIE (SCLÉROT. POST.) +EXTR. CRISTALLIN	320

Les **distributions par âge** selon que le patient est pris en charge en ambulatoire ou non, nous donnent des indications supplémentaires :

		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
		âge moyen	% sup 75 ans										
<b>Public</b>	Ambu	71,73	42%	71,59	42%	71,79	42%	71,94	43%	72,19	44%	72,66	46%
	hospit	71,93	47%	71,82	47%	72,03	48%	72,34	51%	72,10	51%	72,10	52%
<b>Privé</b>	Ambu	72,74	44%	72,84	45%	73,00	45%	73,01	45%	73,12	46%	73,29	47%
	hospit	75,29	56%	75,52	58%	75,76	59%	75,87	60%	76,15	61%	76,63	64%

Il n'y a pas de différence d'âge moyen entre ambulatoire et hospitalisation dans le secteur public. Dans le secteur privé, les patients sont plus âgés de 2,5 à 3 ans en hospitalisation. La proportion des plus de 75 ans est plus élevée dans les deux secteurs en hospitalisation, mais la différence est beaucoup plus nette dans le secteur privé.

On note d'une manière générale que les âges sont en moyenne plus élevés dans le secteur privé que dans le secteur public.

Une autre manière de considérer le potentiel d'évolution est de regarder la **proportion d'établissements dépassant déjà 80% de taux d'ambulatoire** en 2009 :

	% d'établissements ayant un taux de chir ambulatoire >=80%
<b>Public</b>	38%
<b>Privé</b>	56%

Sur ce critère, on constate que de nombreux établissements encore sont susceptibles d'accroître leur part d'ambulatoire

### Conclusion

- Forte évolution du taux d'ambulatoire dans les deux secteurs sur 2004-2009, pour atteindre 78% en 2009, au plan national
- Avec un effet « rattrapage » plus marqué dans le secteur public
- Et maintien d'un potentiel transférable supplémentaire de l'hospitalisation vers l'ambulatoire : au moins 10% dans les deux secteurs

## Evolution de l'activité de chirurgie ambulatoire dans le secteur public et le secteur privé : Acte 2 : Canal carpien

### Bilan national 2004-2009 :

Ensemble	2004			2005			2006			2007			2008			2009			Evolution 2009/2004 du % Ambu sur total
	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	
Public	21 955	9 094	70,7%	25 746	9 809	72,4%	26 542	9 956	72,7%	27 347	9 685	73,8%	31 179	9 328	77,0%	33 004	9 128	78,3%	10,8%
Privé	87 350	22 966	79,2%	102 353	24 622	80,6%	100 604	22 134	82,0%	97 374	20 616	82,5%	102 157	19 653	83,9%	106 127	18 085	85,4%	7,9%
TOTAL	109 305	32 060	77,3%	128 099	34 431	78,8%	127 146	32 090	79,8%	124 721	30 301	80,5%	133 336	28 981	82,1%	139 131	27 213	83,6%	8,2%
<b>Quelques exemples de départements</b>																			
<b>Public</b>																			
41	26	6	81,3%	47	7	87,0%	103	31	76,9%	99	27	78,6%	123	17	87,9%	115	30	79,3%	-2,4%
42	159	72	68,8%	313	90	77,7%	373	107	77,7%	363	116	75,8%	481	114	80,8%	424	104	80,3%	16,7%
75	546	354	60,7%	602	591	50,5%	649	666	49,4%	629	574	52,3%	880	445	66,4%	937	447	67,7%	11,6%
87	175	169	50,9%	234	125	65,2%	125	24	83,9%	215	99	68,5%	287	103	73,6%	300	92	76,5%	50,4%
<b>Privé</b>																			
41	614	139	81,5%	722	144	83,4%	636	117	84,5%	632	107	85,5%	576	137	80,8%	635	117	84,4%	3,6%
42	1 169	117	90,9%	1 248	148	89,4%	1 007	127	88,8%	918	114	89,0%	926	92	91,0%	1 023	109	90,4%	-0,6%
75	3 722	1 001	78,8%	3 925	1 010	79,5%	4 646	1 303	78,1%	4 630	1 213	79,2%	4 941	1 156	81,0%	4 993	1 035	82,8%	5,1%
87	548	136	80,1%	479	143	77,0%	451	102	81,6%	410	75	84,5%	469	79	85,6%	539	79	87,2%	8,9%

### Hors établissements PSPH

Le taux d'ambulatoire en 2004 était déjà élevé : 71% dans le secteur public et 79% dans le secteur privé. L'évolution nationale tous secteurs est positive, passant de 77% à 84% entre 2004 et 2009. Les deux secteurs ont progressé, le secteur public engageant un léger rattrapage par rapport au secteur privé, puisqu'il est parti d'un taux inférieur de 8,5% à celui du secteur privé, le différentiel en 2009 n'étant plus que de 7%.

### GHM concernés dans les séjours ambulatoires :

Les GHM 24C54Z « Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels, séjours de moins de 2 jours » et 24C55Z « Autres interventions sur la main, séjours de moins de 2 jours » accueillent plus de 97% des séjours ambulatoires (respectivement 89,9% et 7,3%).

**GHM concernés hors séjours ambulatoires (au moins 100 séjours) :**

Dans le secteur public :

GHM	LIBELLÉ GHM	2004	2005	2006	2007	2008	2009
24C54Z	Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels : séjours de moins de 2 jours		3812	3783	3643	3484	3262
01C13Z	Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels		3719	3717	3480	3160	2857
08C18V	Interventions sur la main et le poignet pour une affection autre qu'un kyste synovial sans CMA	274	315	318	370	332	367
08C11V	Interventions sur le membre supérieur à l'exception de l'humérus et de la main, âge inférieur à 70 ans sans CMA	196	281	259	271	267	311
08C09V	Interventions sur l'humérus ou sur le membre inférieur à l'exception de la hanche, du fémur et du pied, âge supérieur à 17 ans sans CMA	109	170	166	204	209	251
24C55Z	Autres interventions sur la main : séjours de moins de 2 jours		158	145	151	188	192
08C15V	Interventions sur le pied sans CMA	69	88	115	136	166	161
08C14Z	Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur	97	102	130	116	113	137
24C18Z	Affections de la CMD 08 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 08	48	83	71	89	82	126
08C11W	Interventions sur le membre supérieur à l'exception de l'humérus et de la main, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	56	89	104	108	106	122
24C46Z	Actes non mineurs sur la main : séjours de moins de 2 jours		77	85	85	89	102

Dans le secteur privé :

N° GHM V9/10c	LIBELLÉ GHM	2004	2005	2006	2007	2008	2009
24C54Z	Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels : séjours de moins de 2 jours		9178	7461	6570	6485	5881
01C13Z	Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels		8749	7554	7070	6292	5167
08C18V	Interventions sur la main et le poignet pour une affection autre qu'un kyste synovial sans CMA	1310	1550	1598	1439	1277	1058
24C55Z	Autres interventions sur la main : séjours de moins de 2 jours		884	933	884	878	952
08C15V	Interventions sur le pied sans CMA	414	752	846	893	843	858
08C11V	Interventions sur le membre supérieur à l'exception de l'humérus et de la main, âge inférieur à 70 ans sans CMA	297	399	441	498	538	548
08C30V	Interventions sur les tissus mous pour affections non malignes sans CMA		377	413	436	450	466
24C18Z	Affections de la CMD 08 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 08	122	255	267	306	288	351
08C09V	Interventions sur l'humérus ou sur le membre inférieur à l'exception de la hanche, du fémur et du pied, âge supérieur à 17 ans sans CMA	137	268	278	296	319	341
24C46Z	Actes non mineurs sur la main : séjours de moins de 2 jours		239	266	220	257	280
08C27V	Autres interventions sur le rachis sans CMA		214	267	281	258	254
08C11W	Interventions sur le membre supérieur à l'exception de l'humérus et de la main, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	141	197	206	197	212	237
08C14Z	Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur	117	162	185	196	182	183

Les deux GHM spécifiques du canal carpien sont bien sûr prédominants. Mais un nombre significatif de séjours pour canal carpien se retrouve dans d'autres GHM.

On note une proportion importante de séjours non ambulatoires en 24C54Z et, dans une moindre mesure en 24C55Z, recouvrant des séjours de 1 jour. Le tableau ci-après précise ce phénomène.

Répartition des séjours non ambulatoires selon la durée de séjour :

		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
<b>Public</b>	1 jour	4187	46%	4272	44%	4249	43%	4127	43%	4029	43%	3903	43%
	2 jours	2744	30%	2972	30%	2927	29%	2858	30%	2762	30%	2615	29%
	3 jours	853	9%	932	10%	1028	10%	1019	11%	960	10%	961	11%
	Plus de 3 jours	1310	14%	1633	17%	1752	18%	1681	17%	1577	17%	1649	18%
	<b>total hospit</b>	<b>9094</b>		<b>9809</b>		<b>9956</b>		<b>9685</b>		<b>9328</b>		<b>9128</b>	
<b>Privé</b>	1 jour	11053	48%	10783	44%	9195	42%	8224	40%	8192	42%	7821	43%
	2 jours	7397	32%	8239	33%	7707	35%	7389	36%	6808	35%	5794	32%
	3 jours	2015	9%	2475	10%	2410	11%	2227	11%	2153	11%	1945	11%
	Plus de 3 jours	2501	11%	3125	13%	2822	13%	2776	13%	2500	13%	2525	14%
	<b>total hospit</b>	<b>22966</b>		<b>24622</b>		<b>22134</b>		<b>20616</b>		<b>19653</b>		<b>18085</b>	

On peut penser que le potentiel pour augmenter encore le taux de séjours en ambulatoire réside dans les séjours de 1 et 2 jours, voire 3 jours. Pour investiguer ce potentiel, il a été recherché si d'autres actes classants que ceux de la liste liée à l'intervention pour canal carpien étaient présents dans le séjour. Cette exploitation a été effectuée sur l'année 2009. Le tableau suivant indique les nombres de séjours concernés selon la durée de séjour :

		avec autre acte classant	sans acte classant	% de séjours sans acte classant sur total des séjours = potentiel transférable vers ambulatoire	% de séjours sans acte classant sur total des séjours ayant la même durée de séjour
<b>Public</b>	0 jour	5 466	27 538		83,4%
	1 jour	982	2 921	6,9%	74,8%
	2 jours	921	1 694	4,0%	64,8%
	3 jours	564	397	0,9%	41,3%
<b>Privé</b>	0 jour	39 693	66 434		62,6%
	1 jour	2 816	5 005	4,0%	64,0%
	2 jours	2 730	3 064	2,5%	52,9%
	3 jours	1 362	583	0,5%	30,0%

La proportion de séjours de courte durée sans autre acte classant est donc importante dans les séjours de 1 et 2 jours, ce qui représente un potentiel d'accroissement supplémentaire de la prise en charge ambulatoire du canal carpien, dans des proportions toutefois plus faibles que pour la cataracte.

Les principaux actes classants concernés sont en hospitalisation :

Dans le secteur public :

Actes	Libellé	Nb séjours
PAGA011	AMO DES MB SUR 1SITE AB. DIRECT	275
QCJA001	PARAGE +/- SUTURE PROF. MAIN	202
MCCA005	O.S FRAC. DIST. 1OS AV.B À FOYER OUV.	197
MBCA011	O.S FRAC. DIAPHYS. HUMÉRUS À FOYER OUV.	169
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	156
MJPA013	PLASTIE AGRANDT PARTIE CRUCIFORME GAINÉ DIGIT. 1RAYON AB. DI	135
MJFA018	TÉNOZYNOVECTOMIE FLÉCH AU POIGNET/À PAUME MAIN AB. DIRECT	128
MHMA005	ARTHROPLASTIE T.M.C	95
MCCB004	O.S FRAC. DIST. 1OS AV.B BROCHE À FOYER FERMÉ	93

Dans le secteur privé :

Acte	Libellé	Nb séjours
MJFA018	TÉNOZYNOVECTOMIE FLÉCH AU POIGNET/À PAUME MAIN AB. DIRECT	499
MJPA012	DÉSINSERT DES MUSC. ÉPICYNDYLIENS LAT. AU COUDE AB. DIRECT	445
NDPA011	O.TOMIE M.T +PHALANGE PROX. 1ER RAYON PIED +LIBÉR. M.P 1ER O	381
MCCA005	O.S FRAC. DIST. 1OS AV.B À FOYER OUV.	302
MJAA002	ALLONGT DES TENDONS +/- DÉSYNSERTION FLÉCH MAIN/DES DOIGTS A	269
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	249
PAGA011	AMO DES MB SUR 1SITE AB. DIRECT	241
QCJA001	PARAGE +/- SUTURE PROF. MAIN	237
MJPA013	PLASTIE AGRANDT PARTIE CRUCIFORME GAINÉ DIGIT. 1RAYON AB. DI	235
MJFA015	TÉNOZYNOVECTOMIE FLÉCH DES DOIGTS 1RAYON AB. DIRECT	222
MJPA011	LIBÉR. TENDON AU POIGNET +TÉNOZYNOVECTOMIE AB. DIRECT	208

Les **distributions par âge** selon que le patient est pris en charge en ambulatoire ou non, nous donnent des indications supplémentaires :

		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
		âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus
Public	Ambu	53,4	9%	53,7	9%	54,0	10%	54,0	11%	54,3	11%	54,9	12%
	hospit	55,4	15%	55,3	16%	55,1	16%	55,6	18%	56,1	19%	55,9	19%
Privé	Ambu	53,4	8%	53,5	8%	53,4	9%	53,5	10%	53,6	10%	53,8	11%
	hospit	58,5	19%	57,9	18%	58,2	20%	58,3	21%	58,5	22%	58,7	22%

Les patients en hospitalisation sont plus âgés de 1 à 2 ans dans le secteur public et de 5 ans dans le secteur privé par rapport aux patients en ambulatoire. La proportion des plus de 75 ans est plus élevée dans les deux secteurs en hospitalisation, mais la différence est plus forte dans le secteur privé.

On note qu'en hospitalisation, les âges sont en moyenne plus élevés dans le secteur privé que dans le secteur public alors qu'ils sont beaucoup plus proches dans les deux secteurs en ambulatoire.

Une autre manière de considérer le potentiel d'évolution est de regarder la **proportion d'établissements dépassant déjà 80% de taux d'ambulatoire** en 2009 :

	% d'établissements ayant un taux de chir ambulatoire >=80%
Public	50%
Privé	66%

Malgré l'ancienneté de la prise en charge ambulatoire du canal carpien, et le fort taux national, il reste encore, notamment en secteur public, un taux important d'établissements ne dépassant pas 80% d'ambulatoire.

### Conclusion

- Taux d'ambulatoire élevé dès 2004 dans les deux secteurs
- Augmentation du taux d'ambulatoire entre 2004 et 2009, pour atteindre globalement 83,6%
- Et maintien d'un potentiel transférable supplémentaire de l'hospitalisation vers l'ambulatoire, devant permettre en principe d'atteindre 85%-90%

Evolution de l'activité de chirurgie ambulatoire dans le secteur public et le secteur privé : Acte 3 : Interventions sur la main (hors canal carpien)

Bilan national 2004-2009 :

Ensemble	2004			2005			2006			2007			2008			2009			Evolution 2009/2004 du % Ambu sur total
	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	
Public	44 229	49 781	47,0%	48 683	49 088	49,8%	50 530	48 461	51,0%	52 028	47 153	52,5%	57 599	46 315	55,4%	60 139	45 349	57,0%	21,2%
Privé	152 392	54 936	73,5%	184 162	53 978	77,3%	187 849	49 350	79,2%	184 814	47 204	79,7%	190 722	45 780	80,6%	196 818	43 311	82,0%	11,5%
TOTAL	196 621	104 717	65,2%	232 845	103 066	69,3%	238 379	97 811	70,9%	236 842	94 357	71,5%	248 321	92 095	72,9%	256 957	88 660	74,3%	13,9%
<b>Quelques exemples de départements</b>																			
<b>Public</b>																			
41	172	252	40,6%	187	262	41,6%	195	265	42,4%	205	223	47,9%	253	170	59,8%	235	177	57,0%	40,6%
42	445	466	48,8%	586	482	54,9%	672	480	58,3%	677	439	60,7%	872	469	65,0%	792	476	62,5%	27,9%
75	1 322	2 280	36,7%	1 555	2 594	37,5%	1 658	2 551	39,4%	1 637	2 412	40,4%	2 239	2 272	49,6%	2 272	2 286	49,8%	35,8%
87	240	524	31,4%	294	536	35,4%	304	582	34,3%	337	554	37,8%	400	620	39,2%	422	595	41,5%	32,1%
<b>Privé</b>																			
41	810	254	76,1%	990	251	79,8%	835	231	78,3%	807	212	79,2%	755	229	76,7%	776	213	78,5%	3,1%
42	2 007	376	84,2%	2 176	455	82,7%	1 883	376	83,4%	1 775	392	81,9%	1 696	258	86,8%	1 854	338	84,6%	0,4%
75	7 494	2 311	76,4%	8 251	2 306	78,2%	9 643	2 652	78,4%	9 731	2 554	79,2%	9 842	2 344	80,8%	10 497	2 305	82,0%	7,3%
87	759	376	66,9%	892	407	68,7%	946	398	70,4%	872	309	73,8%	1 126	346	76,5%	1 127	349	76,4%	14,2%

Hors établissements PSPH

Le taux d'ambulatoire en 2004 était déjà élevé : 65% globalement, mais un fort différentiel public/privé : 47% dans le secteur public et 73,5% dans le secteur privé. L'évolution nationale tous secteurs est positive, passant de 65% à 74% entre 2004 et 2009. Les deux secteurs ont progressé, le secteur public un peu plus rapidement que le secteur privé ; il est parti d'un taux inférieur de 26,5% à celui du secteur privé, le différentiel en 2009 étant de 25%.

GHM concernés dans les séjours ambulatoires : les GHM 24C54Z, 24C55Z et 24C46Z accueillent 93% des séjours ambulatoires.

GHM	Libellé	Public		Privé		Total	
		Séjours	Part	Séjours	Part	Séjours	Part
24C54Z	Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels : séjours de moins de 2 jours	29 613	49,2%	85 946	43,7%	115 559	45,0%
24C55Z	Autres interventions sur la main : séjours de moins de 2 jours	21 150	35,2%	75 704	38,5%	96 854	37,7%
24C46Z	Actes non mineurs sur la main : séjours de moins de 2 jours	7 389	12,3%	19 979	10,2%	27 368	10,7%

**GHM concernés hors séjours ambulatoires (au moins 250 séjours) :**

Dans le secteur public :

N° GHM V9/10c	LIBELLÉ GHM	2004	2005	2006	2007	2008	2009
08C18V	Interventions sur la main et le poignet pour une affection autre qu'un kyste synovial sans CMA	15948	15470	15138	14867	14458	13889
24C55Z	Autres interventions sur la main : séjours de moins de 2 jours		10293	10192	9928	10058	9825
24C46Z	Actes non mineurs sur la main : séjours de moins de 2 jours		7094	7608	7416	7421	7071
24C54Z	Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels : séjours de moins de 2 jours		3246	3144	2918	2717	2485
01C13Z	Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels		2452	2324	2065	1867	1646
08C18W	Interventions sur la main et le poignet pour une affection autre qu'un kyste synovial avec CMA	943	948	924	968	1097	1064
21C04Z	Interventions sur la main ou le poignet à la suite de blessures	1437	1435	1280	1149	1042	1042
24C51Z	Interventions sur la main ou le poignet à la suite de blessures : séjours de moins de 2 jours		966	812	771	693	738
08C11V	Interventions sur le membre supérieur à l'exception de l'humérus et de la main, âge inférieur à 70 ans sans CMA	677	690	645	666	694	713
01C08V	Interventions sur les nerfs crâniens ou périphériques et autres interventions sur le système nerveux, âge inférieur à 70 ans sans CMA	702	691	666	676	650	664
90H02Z	Actes sans relation avec le diagnostic principal : séjours de 2 jours et plus	140	170	207	181	172	574
24C02Z	Affections de la CMD 01 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 01	456	466	522	517	468	477
24C53Z	Autres affections de la CMD 21 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire de la CMD 21		374	460	475	437	430
90H03Z	Actes sans relation avec le diagnostic principal : séjours de moins de 2 jours	51	92	84	69	83	354
08C14Z	Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur	289	323	342	311	314	293
08C30V	Interventions sur les tissus mous pour affections non malignes sans CMA		288	258	254	310	274
08C01S	Interventions pour affections de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, avec CMAS	168	178	191	199	208	252

Dans le secteur privé :

N° GHM V9/10c	LIBELLÉ GHM	2004	2005	2006	2007	2008	2009
08C18V	Interventions sur la main et le poignet pour une affection autre qu'un kyste synovial sans CMA	15560	16228	15450	14990	14269	12798
24C55Z	Autres interventions sur la main : séjours de moins de 2 jours		9590	9110	8965	8957	8796
24C46Z	Actes non mineurs sur la main : séjours de moins de 2 jours		5971	5777	5588	5695	5644
24C54Z	Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels : séjours de moins de 2 jours		7581	5802	4868	4762	4230
01C13Z	Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels		5648	4522	4203	3676	2873
24C51Z	Interventions sur la main ou le poignet à la suite de blessures : séjours de moins de 2 jours		1155	1204	1191	1180	1087
08C11V	Interventions sur le membre supérieur à l'exception de l'humérus et de la main, âge inférieur à 70 ans sans CMA	1057	913	816	904	964	1006
08C18W	Interventions sur la main et le poignet pour une affection autre qu'un kyste synovial avec CMA	651	972	875	839	724	717
21C04Z	Interventions sur la main ou le poignet à la suite de blessures	725	830	847	804	748	684
24C02Z	Affections de la CMD 01 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 01	437	420	481	473	506	545
08C14Z	Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur	492	546	569	522	549	536
21C02Z	Greffes de peau pour lésions autres que des brûlures	339	430	469	527	517	439
24C48Z	Interventions sur la peau et les tissus sous-cutanés : séjours de moins de 2 jours		215	206	177	153	428
01C08V	Interventions sur les nerfs crâniens ou périphériques et autres interventions sur le système nerveux, âge inférieur à 70 ans sans CMA	401	340	414	465	426	405
08C30V	Interventions sur les tissus mous pour affections non malignes sans CMA		491	431	387	416	378
24C15Z	Résections osseuses localisées et ablations de matériel de fixation : séjours de moins de 2 jours	320	327	319	319	338	375
08C11W	Interventions sur le membre supérieur à l'exception de l'humérus et de la main, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	251	242	235	242	252	263

Outre la grande dispersion des séjours dans les GHM (traduisant la diversité des actes de la liste utilisée), on note une proportion importante de séjours non ambulatoires dans les GHM de CM 24 : 24C54Z, 24C55Z et 24C46Z. Le tableau ci-après précise ce phénomène.

Répartition des séjours non ambulatoires selon la durée de séjour :

		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
Public	1 jour	23093	46%	23161	47%	23437	48%	22657	48%	22405	48%	21909	48%
	2 jours	13542	27%	13378	27%	13162	27%	12720	27%	12704	27%	12310	27%
	3 jours	4897	10%	4735	10%	4496	9%	4419	9%	4333	9%	4291	9%
	Plus de 3 jours	8249	17%	7814	16%	7366	15%	7357	16%	6873	15%	6839	15%
	<b>total hospit</b>	<b>49781</b>		<b>49088</b>		<b>48461</b>		<b>47153</b>		<b>46315</b>		<b>45349</b>	
Privé	1 jour	26472	48%	25515	47%	23128	47%	21817	46%	21857	48%	21557	50%
	2 jours	16211	30%	16952	31%	15964	32%	15606	33%	14535	32%	13090	30%
	3 jours	5734	10%	5570	10%	5135	10%	5016	11%	4889	11%	4439	10%
	Plus de 3 jours	6519	12%	5941	11%	5123	10%	4765	10%	4499	10%	4225	10%
	<b>total hospit</b>	<b>54936</b>		<b>53978</b>		<b>49350</b>		<b>47204</b>		<b>45780</b>		<b>43311</b>	

On peut penser que le potentiel pour augmenter encore le taux de séjours en ambulatoire réside dans les séjours de 1 et 2 jours, voire 3 jours. Pour investiguer ce potentiel, il a été recherché si d'autres actes classants que ceux de la liste liée à l'intervention sur la main étaient présents dans le séjour.

Cette exploitation a été effectuée sur l'année 2009. Le tableau suivant indique les nombres de séjours concernés selon la durée de séjour :

		avec autre acte classant	sans acte classant	% de séjours sans acte classant sur total des séjours = potentiel transférable vers ambulatoire	% de séjours sans acte classant sur total des séjours ayant la même durée de séjour
Public	0 jour	14 603	45 536		75,7%
	1 jour	3 953	17 956	17,0%	82,0%
	2 jours	2 892	9 418	8,9%	76,5%
	3 jours	1 337	2 954	2,8%	68,8%
Privé	0 jour	79 847	116 971		59,4%
	1 jour	6 439	15 118	6,3%	70,1%
	2 jours	3 978	9 112	3,8%	69,6%
	3 jours	1 472	2 967	1,2%	66,8%

La proportion de séjours de courte durée sans autre acte classant est donc importante, assez similaire que le séjour soit de 0 jour ou de 1-3 jours, ce qui représente un potentiel d'accroissement supplémentaire de la prise en charge ambulatoire de la chirurgie de la main.

Les principaux actes classants concernés sont en hospitalisation :

Dans le secteur public :

Acte	Libellé	Nb séjours
QCJA001	PARAGE +/- SUTURE PROF. MAIN	2528
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	946
QZMA001	RÉPAR. LAMBEAU LOC. PÉD.NON INDIVID. SF TÊTE	718
AHPA022	LIBÉR. NF ULNAIRE AU COUDE AB. DIRECT	535
AHCA023	SUTURE 1NF PALM. 1RAYON	522
MCCA005	O.S FRAC. DIST. 1OS AV.B À FOYER OUV.	440
PAGA011	AMO DES MB SUR 1SITE AB. DIRECT	386
QZMA004	RÉPAR. LAMBEAU LOC/RÉG. PÉD. VASC. SF TÊTE	348
PAFA010	PRÉLÈV. GREF. OS/PÉRIOSTE SUR 1SITE SANS CHANGT POSITION	315
MCCB004	O.S FRAC. DIST. 1OS AV.B BROCHE À FOYER FERMÉ	264

Dans le secteur privé :

Acte	Libellé	Nb séjours
QZMA004	RÉPAR. LAMBEAU LOC/RÉG. PÉD. VASC. SF TÊTE	2514
QCJA001	PARAGE +/- SUTURE PROF. MAIN	1512
AHPA022	LIBÉR. NF ULNAIRE AU COUDE AB. DIRECT	1441
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	1043
QZMA001	RÉPAR. LAMBEAU LOC. PÉD.NON INDIVID. SF TÊTE	1022
PAGA011	AMO DES MB SUR 1SITE AB. DIRECT	562
MCCA005	O.S FRAC. DIST. 1OS AV.B À FOYER OUV.	555
AHPA021	LIBÉR. NF ULNAIRE AU POIGNET +/- À MAIN AB. DIRECT	402

Les **distributions par âge** selon que le patient est pris en charge en ambulatoire ou non, nous donnent des indications supplémentaires :

		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
		âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus
<b>Public</b>	Ambu	46,0	6%	46,8	6%	47,1	7%	47,0	7%	47,7	8%	48,4	8%
	hospit	41,4	6%	41,1	6%	41,1	7%	41,3	7%	41,6	7%	42,0	8%
<b>Privé</b>	Ambu	49,9	6%	50,0	7%	49,9	7%	49,7	8%	50,0	8%	50,3	9%
	hospit	51,9	13%	52,0	13%	52,2	14%	52,2	15%	52,5	15%	52,7	15%

Les patients en hospitalisation sont plus jeunes de 5 à 6 ans dans le secteur public et plus âgés de 2 à 3 ans dans le secteur privé. Cela est une indication qu'on n'a pas affaire forcément aux mêmes populations dans les deux secteurs. La proportion des plus de 75 ans est identique dans le secteur public en hospitalisation et en ambulatoire, mais est nettement plus élevée en hospitalisation dans le secteur privé. Cette proportion des plus de 75 ans reste toutefois assez faible.

On note qu'en hospitalisation et en ambulatoire, les âges sont en moyenne plus élevés dans le secteur privé que dans le secteur public.

Une autre manière de considérer le potentiel d'évolution est de regarder la **proportion d'établissements dépassant déjà 80% de taux d'ambulatoire** en 2009 :

	% d'établissements ayant un taux de chir ambulatoire >=80%
<b>Public</b>	13%
<b>Privé</b>	64%

On retrouve, de manière encore plus nette, la différence public/privé sur ce critère, pour cette catégorie d'actes.

### Conclusion

- Evolution positive du taux d'ambulatoire dans les deux secteurs : de 65% en 2004 à 74% en 2009, globalement
- Le décalage entre le secteur public et le secteur privé reste important sur toute la période, avec probablement des sous-populations de patients au moins en partie différentes
- Existence d'un potentiel transférable de l'hospitalisation vers l'ambulatoire, surtout dans le secteur public

Evolution de l'activité de chirurgie ambulatoire dans le secteur public et le secteur privé : Acte 4 : Amygdalectomies - adénoïdectomies

Bilan national 2004-2009 :

Ensemble	2004			2005			2006			2007			2008			2009			Evolution 2009/2004 du % Ambu sur total
	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	
Public	19 457	19 529	49,9%	19 782	19 064	50,9%	19 310	19 388	49,9%	19 715	19 964	49,7%	18 610	19 483	48,9%	18 906	18 524	50,5%	1,2%
Privé	89 269	45 615	66,2%	95 314	44 752	68,0%	88 647	42 569	67,6%	86 069	41 803	67,3%	74 294	37 613	66,4%	73 931	34 973	67,9%	2,6%
TOTAL	108 726	65 144	62,5%	115 096	63 816	64,3%	107 957	61 957	63,5%	105 784	61 767	63,1%	92 904	57 096	61,9%	92 837	53 497	63,4%	1,5%
<b>Quelques exemples de départements</b>																			
<b>Public</b>																			
41	224	210	51,6%	205	226	47,6%	251	174	59,1%	342	183	65,1%	318	153	67,5%	283	142	66,6%	29,0%
42	330	268	55,2%	294	245	54,5%	321	263	55,0%	339	235	59,1%	281	226	55,4%	250	221	53,1%	-3,8%
75	1 038	1 371	43,1%	988	1 431	40,8%	953	1 596	37,4%	904	1 645	35,5%	926	1 703	35,2%	991	1 464	40,4%	-6,3%
87	142	151	48,5%	159	175	47,6%	166	196	45,9%	157	201	43,9%	123	214	36,5%	116	226	33,9%	-30,0%
<b>Privé</b>																			
41	566	234	70,8%	659	230	74,1%	605	255	70,3%	674	254	72,6%	594	202	74,6%	516	175	74,7%	5,5%
42	1 152	976	54,1%	1 288	1 018	55,9%	1 177	914	56,3%	1 197	1 007	54,3%	1 145	885	56,4%	1 044	846	55,2%	2,0%
75	1 701	773	68,8%	1 603	644	71,3%	1 793	686	72,3%	1 636	704	69,9%	1 480	663	69,1%	1 354	524	72,1%	4,9%
87	253	130	66,1%	243	124	66,2%	290	119	70,9%	257	123	67,6%	257	122	67,8%	221	111	66,6%	0,8%

Hors établissements PSPH

L'évolution nationale tous secteurs est faible, passant de 62,5% à 63,4% entre 2004 et 2009. Les évolutions par secteur sont de même très faibles, le taux du secteur public restant inférieur à celui du secteur privé (17% de moins en 2009).

De fait, il s'agit d'une catégorie d'actes où les risques de saignement justifient souvent le maintien en hospitalisation 1 nuit.

**GHM concernés dans les séjours ambulatoires :**

Les GHM 24C05Z « Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies : séjours de moins de 2 jours » et 24C06Z « Drains transtympaniques : séjours de moins de 2 jours » accueillent près de 99% des séjours ambulatoires (respectivement 61,3% et 37,6%). Cette présence du 24C06Z est liée à l'algorithme de groupage qui a inscrit l'acte FAFA002 « ADÉNOÏDECTOMIE +POSE BILAT. ATT » dans les actes orientant vers ce GHM. Et il s'agit d'un des actes de la liste retenue dans la présente étude pour identifier les interventions d'adénoïdectomie.

**GHM concernés hors séjours ambulatoires (au moins 100 séjours) :**

Dans le secteur public :

N° GHM V9/10c	LIBELLÉ GHM	2004	2005	2006	2007	2008	2009
24C05Z	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies : séjours de moins de 2 jours	10746	10149	10083	10599	9949	9155
03C10Z	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans	4119	4033	4000	4004	4086	3782
03C11Z	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge supérieur à 17 ans	2184	1996	2170	2104	2099	2167
03C13Z	Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes autres que les amygdalectomies et/ou les adénoïdectomies isolées, âge supérieur à 17 ans	847	888	983	1028	1085	1172
03C12Z	Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes autres que les amygdalectomies et/ou les adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans	794	734	788	850	923	890
24C06Z	Drains transtympaniques : séjours de moins de 2 jours		296	360	328	300	250
03C14Z	Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans		126	142	127	88	126
24C42Z	Actes non mineurs de la CMD 03, séjours de moins de 2 jours		108	103	108	102	125
03C09Z	Rhinoplasties	66	104	91	105	149	115

Dans le secteur privé :

N° GHM V9/10c	LIBELLÉ GHM	2004	2005	2006	2007	2008	2009
24C05Z	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies : séjours de moins de 2 jours	25282	23803	22224	21923	19750	19188
03C10Z	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans	10146	10152	9870	9570	8324	7119
03C11Z	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge supérieur à 17 ans	7214	6806	6576	6352	5868	5228
03C13Z	Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes autres que les amygdalectomies et/ou les adénoïdectomies isolées, âge supérieur à 17 ans	823	1084	1251	1302	1281	1170
03C12Z	Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes autres que les amygdalectomies et/ou les adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans	906	1095	1034	1134	1031	994
03C09Z	Rhinoplasties	225	419	350	368	400	356
24C42Z	Actes non mineurs de la CMD 03, séjours de moins de 2 jours		314	333	332	302	320
24C06Z	Drains transtympaniques : séjours de moins de 2 jours		318	244	222	162	130

Les trois GHM spécifiques des amygdalectomies adénoïdectomies sont bien sûr prédominants. On note aussi un nombre important de séjours dans les 03C12Z et 03C13Z, qui concernent les autres interventions sur les amygdales. De nombreux séjours non ambulatoires sont par ailleurs observés en 24C05Z, recouvrant des séjours de 1 jour. Le tableau ci-après précise ce phénomène.

Répartition des séjours non ambulatoires selon la durée de séjour :

		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
<b>Public</b>	1 jour	10879	56%	10685	56%	10733	55%	11176	56%	10500	54%	9651	52%
	2 jours	5137	26%	5297	28%	5312	27%	5494	28%	5691	29%	5506	30%
	3 jours	1835	9%	1646	9%	1837	9%	1836	9%	1788	9%	1716	9%
	Plus de 3 jours	1678	9%	1436	8%	1506	8%	1458	7%	1504	8%	1651	9%
	<b>total hospit</b>	<b>19529</b>		<b>19064</b>		<b>19388</b>		<b>19964</b>		<b>19483</b>		<b>18524</b>	
<b>Privé</b>	1 jour	25530	56%	24661	55%	23020	54%	22660	54%	20343	54%	19762	57%
	2 jours	14748	32%	15115	34%	15020	35%	14865	36%	13416	36%	11716	34%
	3 jours	3406	7%	3256	7%	2982	7%	2825	7%	2623	7%	2367	7%
	Plus de 3 jours	1931	4%	1720	4%	1547	4%	1453	3%	1231	3%	1128	3%
	<b>total hospit</b>	<b>45615</b>		<b>44752</b>		<b>42569</b>		<b>41803</b>		<b>37613</b>		<b>34973</b>	

On peut penser que le potentiel pour augmenter encore le taux de séjours en ambulatoire réside dans les séjours de 1 et 2 jours, voire 3 jours. Pour investiguer ce potentiel, il a été recherché si **d'autres actes classants** que ceux de la liste liée aux adénoïdectomies ou aux amygdalectomies étaient présents dans le séjour. Le tableau suivant indique les nombres de séjours concernés selon la durée de séjour en 2009 :

		avec autre acte classant	sans acte classant	% de séjours sans acte classant sur total des séjours = potentiel transférable vers ambulatoire	% de séjours sans acte classant sur total des séjours ayant la même durée de séjour
<b>Public</b>	0 jour	3 102	15 804		83,6%
	1 jour	955	8 696	23,2%	90,1%
	2 jours	703	4 803	12,8%	87,2%
	3 jours	347	1 369	3,7%	79,8%
<b>Privé</b>	0 jour	8 770	65 161		88,1%
	1 jour	1 875	17 887	16,4%	90,5%
	2 jours	1 593	10 123	9,3%	86,4%
	3 jours	445	1 922	1,8%	81,2%

La proportion de séjours de courte durée sans autre acte classant est donc importante et représente un potentiel d'accroissement supplémentaire de la prise en charge ambulatoire des amygdalectomies et adénoïdectomies. On observe que ce taux de séjour sans acte classant est identique quelle que soit la durée de séjour.

Les principaux actes classants concernés sont en hospitalisation :

Dans le secteur public :

Acte	Libellé	Nb séjours
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	381
GELE001	INTUB. FIBRO/DISPOSITIF LARYNGÉ PARTICULIER PDT 1AG	286
GCQE001	FIBRO PHARYNX +LARYNX V. NASALE	194
CBLD001	POSE BILAT. ATT	186
GAME001	TURBINOPLASTIE/TURBINECTOMIE INF. +/- MOY. ENDOS.	184
ZZLP054	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 3	175
GAMA007	SEPTOPLASTIE NASALE	156
GAQE001	ENDOS. CAV. NASALE +RHINOPHARYNX V. NASALE	147
GEQE013	EXAM. PANENDOSCOPIQUE DES VADS +TRACHÉOSCOPIE +OESOPHAGOSCOPIE	134
CBQE001	EXAM. OREILLE EXT. +/- MOY. SOUS MICROSCOPE/ENDOS. MÉATALE	124

Dans le secteur privé :

Acte	Libellé	Nb séjours
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	1593
GAMA007	SEPTOPLASTIE NASALE	448
HDFA020	UVULECTOMIE	272
ZZLP030	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 2	246
GAME001	TURBINOPLASTIE/TURBINECTOMIE INF. +/- MOY. ENDOS.	218
HDFA022	UVULOVÉLECTOMIE	206
ZZLP054	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 3	192
CBGD001	ABL. ATT PLACE SUR TYMPAN +AG	179
HDMA007	PHAR.PLASTIE +LAMBEAU PHARYNGÉ	137
GEQE013	EXAM. PANENDOSCOPIQUE DES VADS +TRACHÉOSCOPIE +OESOPHAGOSCOPIE	118
CBLD001	POSE BILAT. ATT	112

Les **distributions par âge** selon que le patient est pris en charge en ambulatoire ou non, nous donnent des indications supplémentaires :

	2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus
Ambu	4,05	0%	4,13	0%	4,33	0%	4,31	0%	4,29	0%	4,40	0%
hospit	12,46	0%	12,27	0%	12,55	0%	12,64	0%	13,16	0%	13,62	0%
Ambu	4,47	0%	4,54	0%	4,71	0%	4,65	0%	4,72	0%	4,64	0%
hospit	12,81	0%	12,80	0%	13,13	0%	13,18	0%	13,76	0%	13,64	0%

Dans les 2 secteurs, les patients en hospitalisation sont plus âgés de 8 à 9 ans. Les âges ne sont pas sensiblement différents dans les deux secteurs. On identifie donc 2 populations assez différentes. Cette observation, associée à la stabilité du taux d'ambulatoire entre 2004 et 2009, laisse penser que le potentiel d'augmentation de ce taux est probablement modeste. Cependant, le secteur public pourrait égaler le taux observé en secteur privé.

Une autre manière de considérer le potentiel d'évolution est de regarder la **proportion d'établissements dépassant déjà 80% de taux d'ambulatoire** en 2009 :

	% d'établissements ayant un taux de chir ambulatoire >=80%
<b>Public</b>	14%
<b>Privé</b>	23%

On constate donc un faible taux d'établissements dépassant 80% d'ambulatoire

### Conclusion

- Stagnation du taux d'ambulatoire entre 2004 et 2009, autour de 63% au plan national
- Existence d'un potentiel transférable théorique de l'hospitalisation vers l'ambulatoire aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé, mais ce potentiel est probablement limité par le risque hémorragique des amygdalectomies

Evolution de l'activité de chirurgie ambulatoire dans le secteur public et le secteur privé : Acte 5a : Chirurgie des hernies (enfants de moins de 18 ans)

Bilan national 2004-2009 :

Ensemble	2004			2005			2006			2007			2008			2009			Evolution 2009/2004 du % Ambu sur total
	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	
Public	5 858	8 116	41,9%	6 292	8 337	43,0%	6 369	8 747	42,1%	6 659	8 522	43,9%	7 263	7 902	47,9%	7 633	7 123	51,7%	23,4%
Privé	3 312	4 460	42,6%	3 542	4 232	45,6%	3 499	3 728	48,4%	3 645	3 461	51,3%	3 691	2 929	55,8%	3 496	2 483	58,5%	37,2%
TOTAL	9 170	12 576	42,2%	9 834	12 569	43,9%	9 868	12 475	44,2%	10 304	11 983	46,2%	10 954	10 831	50,3%	11 129	9 606	53,7%	27,3%
<b>Quelques exemples de départements</b>																			
<b>Public</b>																			
41	22	10	68,8%	10	9	52,6%	20	5	80,0%	22	4	84,6%	17	5	77,3%	14		100,0%	45,5%
42	13	203	6,0%	13	247	5,0%	12	280	4,1%	9	214	4,0%	20	229	8,0%	18	180	9,1%	51,0%
75	606	676	47,3%	671	668	50,1%	702	825	46,0%	701	834	45,7%	888	794	52,8%	755	698	52,0%	9,9%
87	73	55	57,0%	90	60	60,0%	91	71	56,2%	91	88	50,8%	100	69	59,2%	121	80	60,2%	5,6%
<b>Privé</b>																			
41	6	21	22,2%	16	24	40,0%	18	13	58,1%	22	10	68,8%	15	13	53,6%	22	7	75,9%	241,4%
42	117	25	82,4%	106	39	73,1%	97	36	72,9%	103	30	77,4%	98	17	85,2%	89	15	85,6%	3,9%
75	28	43	39,4%	43	48	47,3%	38	33	53,5%	41	26	61,2%	47	28	62,7%	38	21	64,4%	63,3%
87	1	16	5,9%	6	15	28,6%	4	14	22,2%	5	11	31,3%	12	9	57,1%	4	11	26,7%	353,3%

Hors établissements PSPH

L'évolution nationale tous secteurs est positive, passant de 42% à 54% entre 2004 et 2009. Les deux secteurs ont progressé, le secteur privé plus rapidement que le secteur public, puisqu'il est parti d'un taux supérieur de 0,7% à celui du secteur public, pour être à +6,8% en 2009.

**GHM concernés dans les séjours ambulatoires :**

Les GHM 24C11Z « Interventions réparatrices pour hernies abdominales : séjours de moins de 2 jours » et 24C23Z « Interventions sur les testicules : séjours de moins de 2 jours » accueillent plus de 99% des séjours ambulatoires (respectivement 73% et 26%) (les actes HPSA001 LIGATURE CANAL PÉRIT.VAG PÉRIT. AB. INGUINAL et HPSC001 LIGATURE CANAL PÉRIT.VAG PÉRIT. COELIO sont communs aux deux listes dans l'algorithme).

**GHM concernés hors séjours ambulatoires (au moins 100 séjours) :**

Dans le secteur public :

N° GHM V9/10c	LIBELLÉ GHM	2004	2005	2006	2007	2008	2009
06C10Z	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations, âge inférieur à 18 ans	4218	4109	4485	4433	3966	3493
24C11Z	Interventions réparatrices pour hernies abdominales : séjours de moins de 2 jours	2653	2691	2629	2529	2397	2218
12C06Z	Interventions sur les testicules pour des affections non malignes, âge inférieur à 18 ans	341	423	451	390	406	320
24C23Z	Interventions sur les testicules : séjours de moins de 2 jours	346	433	404	375	336	303
13C07V	Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires, âge inférieur à 70 ans sans CMA	5	90	109	108	129	152

Dans le secteur privé :

N° GHM V9/10c	LIBELLÉ GHM	2004	2005	2006	2007	2008	2009
06C10Z	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations, âge inférieur à 18 ans	2613	2508	1995	1735	1398	1124
24C11Z	Interventions réparatrices pour hernies abdominales : séjours de moins de 2 jours	1307	1108	1022	982	892	754
24C23Z	Interventions sur les testicules : séjours de moins de 2 jours	135	164	269	274	254	256
12C06Z	Interventions sur les testicules pour des affections non malignes, âge inférieur à 18 ans	185	234	226	238	187	165

Les deux GHM spécifiques des hernies sont bien sûr prédominants. On retrouve par ailleurs les GHM d'interventions sur les testicules. On note aussi une proportion importante de séjours non ambulatoires en 24C11Z, recouvrant des séjours de 1 jour. Le tableau ci-après précise ce phénomène.

Répartition des séjours non ambulatoires selon la durée de séjour :

		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
<b>Public</b>	1 jour	3073	38%	3196	38%	3133	36%	2998	35%	2818	36%	2604	37%
	2 jours	3352	41%	3396	41%	3845	44%	3794	45%	3561	45%	3168	44%
	3 jours	778	10%	737	9%	717	8%	694	8%	623	8%	513	7%
	Plus de 3 jours	913	11%	1008	12%	1052	12%	1036	12%	900	11%	838	12%
	<b>total hospit</b>	<b>8116</b>		<b>8337</b>		<b>8747</b>		<b>8522</b>		<b>7902</b>		<b>7123</b>	
<b>Privé</b>	1 jour	1465	33%	1294	31%	1299	35%	1262	36%	1155	39%	1028	41%
	2 jours	1804	40%	1904	45%	1600	43%	1445	42%	1245	43%	1072	43%
	3 jours	710	16%	689	16%	529	14%	497	14%	329	11%	235	9%
	Plus de 3 jours	481	11%	345	8%	300	8%	257	7%	200	7%	148	6%
	<b>total hospit</b>	<b>4460</b>		<b>4232</b>		<b>3728</b>		<b>3461</b>		<b>2929</b>		<b>2483</b>	

On peut penser que le potentiel pour augmenter encore le taux de séjours en ambulatoire réside dans les séjours de 1 et 2 jours, voire 3 jours. Pour investiguer ce potentiel, il a été recherché si d'autres actes classants que ceux de la liste liée à l'intervention pour hernie étaient présents dans le séjour. Le tableau suivant indique les nombres de séjours concernés selon la durée de séjour en 2009 :

		avec autre acte classant	sans acte classant	% de séjours sans acte classant sur total des séjours = potentiel transférable vers ambulatoire	% de séjours sans acte classant sur total des séjours ayant la même durée de séjour
<b>Public</b>	0 jour	2 427	5 206		68,2%
	1 jour	526	2 078	14,1%	79,8%
	2 jours	611	2 557	17,3%	80,7%
	3 jours	90	423	2,9%	82,5%
<b>Privé</b>	0 jour	1 370	2 126		60,8%
	1 jour	385	643	10,8%	62,5%
	2 jours	372	700	11,7%	65,3%
	3 jours	78	157	2,6%	66,8%

La proportion de séjours de courte durée sans autre acte classant représente un potentiel d'accroissement supplémentaire de la prise en charge ambulatoire de la hernie chez les enfants de moins de 18 ans. Les taux de séjours sans autre acte classant sont même plus élevés dans les séjours de 1, 2 ou 3 jours que dans les séjours ambulatoires.

Les principaux actes classants concernés sont en hospitalisation :

Dans le secteur public :

Acte	Libellé	Nb séjours
JHEA002	ABAISSST +FIXATION 1TESTICULE ECTOPIQUE PALPABLE AB. INGUINAL	351
JHFA009	POSTHECTOMIE	192
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	158
GLQP005	SPO2 PDT AU MOINS 6H	124
JHPA003	LIBÉR. ADHÉR. PRÉPUCE PÉNIS	100
JHEA001	FIXATION ECTOPIE TESTIC AB. INGUINAL +AB. SCROTAL	95
ZCQC002	EXPLO. CAV. ABD. COELIO.	79
JHFA019	RÉSEC. 1HYDROCÈLE ABD.SCROT LAPARO/AB. INGUINAL	65
JHDA001	ORCHIDOPEXIE AB. SCROTAL	58
JHPA001	SECTION/PLASTIE FREIN PRÉPUCE PÉNIS	52

Dans le secteur privé :

Acte	Libellé	Nb séjours
JHEA002	ABAISSST +FIXATION 1TESTICULE ECTOPIQUE PALPABLE AB. INGUINAL	231
JHDA001	ORCHIDOPEXIE AB. SCROTAL	115
HHFA016	APPENDICECTOMIE COELIO/LAPARO +PRÉPA COELIO	77
JHFA009	POSTHECTOMIE	74
JHEA001	FIXATION ECTOPIE TESTIC AB. INGUINAL +AB. SCROTAL	72
JHPA001	SECTION/PLASTIE FREIN PRÉPUCE PÉNIS	48
JHFA019	RÉSEC. 1HYDROCÈLE ABD.SCROT LAPARO/AB. INGUINAL	47
JHMA001	PLASTIE PRÉPUCE PÉNIS	41
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	34

Les **distributions par âge** selon que le patient est pris en charge en ambulatoire ou non, nous donnent des indications supplémentaires :

		2004	2005	2006	2007	2008	2009
		âge moyen					
Public	Ambu	4,2	4,3	4,2	4,2	4,3	4,3
	hospit	3,1	2,9	2,7	2,5	2,4	2,3
Privé	Ambu	4,8	4,7	4,9	5,1	5,1	5,3
	hospit	6,9	7,1	7,2	7,3	7,4	7,1

Dans le secteur public, l'âge moyen en ambulatoire est plus élevé qu'en hospitalisation, tandis que dans le secteur privé l'âge moyen en ambulatoire est inférieur à l'âge moyen en hospitalisation. Dans le secteur privé, les patients sont plus âgés de 2 à 3 ans en hospitalisation. Cette observation ne conduit pas à modifier les estimations de taux de séjours transférables en ambulatoire évoqués plus haut.

On note d'une manière générale que les âges sont en moyenne plus élevés dans le secteur privé que dans le secteur public.

Une autre manière de considérer le potentiel d'évolution est de regarder la **proportion d'établissements dépassant déjà 80% de taux d'ambulatoire** en 2009 :

	% d'établissements ayant un taux de chir ambulatoire >=80%
Public	24%
Privé	29%

La proportion d'établissements au-dessus de 80% est encore faible, dans les deux secteurs. Cela tendrait à indiquer que la cible en la matière ne pourra pas être à court terme de 80%.

### Conclusion

- Evolution du taux d'ambulatoire dans les deux secteurs de 42% à 54% sur la période
- Augmentation plus marquée dans le secteur privé
- Existence d'un potentiel transférable supplémentaire de l'hospitalisation vers l'ambulatoire, d'au moins 10% supplémentaires

Evolution de l'activité de chirurgie ambulatoire dans le secteur public et le secteur privé : Acte 5b : Chirurgie des hernies (adultes : plus de 18 ans)

Bilan national 2004-2009 :

Ensemble	2004			2005			2006			2007			2008			2009			Evolution 2009/2004 du % Ambu sur total
	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	
Public	1 993	64 947	3,0%	2 412	66 512	3,5%	2 795	67 848	4,0%	3 890	68 061	5,4%	5 993	68 357	8,1%	9 316	67 115	12,2%	309,4%
Privé	4 035	115 180	3,4%	4 427	116 283	3,7%	4 995	113 939	4,2%	5 888	112 273	5,0%	7 736	109 047	6,6%	13 965	102 585	12,0%	254,0%
TOTAL	6 028	180 127	3,2%	6 839	182 795	3,6%	7 790	181 787	4,1%	9 778	180 334	5,1%	13 729	177 404	7,2%	23 281	169 700	12,1%	272,6%
<b>Quelques exemples de départements</b>																			
<b>Public</b>																			
41	20	375	5,1%	13	400	3,1%	17	430	3,8%	38	437	8,0%	47	486	8,8%	43	478	8,3%	63,0%
42	5	349	1,4%	12	369	3,1%	14	315	4,3%	66	305	17,8%	93	293	24,1%	105	266	28,3%	1903,8%
75	8	2 940	0,3%	20	3 007	0,7%	15	2 814	0,5%	23	2 913	0,8%	79	3 146	2,4%	105	3 470	2,9%	982,3%
87	5	704	0,7%	1	714	0,1%	2	711	0,3%	2	677	0,3%	4	695	0,6%	11	666	1,6%	130,4%
<b>Privé</b>																			
41	2	591	0,3%	3	582	0,5%	1	684	0,1%	20	661	2,9%	16	735	2,1%	62	698	8,2%	2318,8%
42	29	1 438	2,0%	28	1 459	1,9%	25	1 223	2,0%	36	1 179	3,0%	31	1 143	2,6%	71	1 032	6,4%	225,6%
75	89	3 733	2,3%	96	3 382	2,8%	78	3 485	2,2%	99	3 419	2,8%	275	3 314	7,7%	511	2 962	14,7%	531,9%
87	3	1 152	0,3%	5	1 270	0,4%	8	1 317	0,6%	1	1 251	0,1%	11	1 241	0,9%	40	1 289	3,0%	1058,8%

Hors établissements PSPH

L'évolution nationale tous secteurs est positive, mais sur des taux d'ambulatoire faibles : on passe de 3% à 12% entre 2004 et 2009. Les deux secteurs ont progressé à peu près au même rythme, pour aboutir à des taux du même ordre en 2009.

**GHM concernés hors séjours ambulatoires (au moins 500 séjours) :**

Dans le secteur public :

<b>N° GHM V9/10c</b>	<b>LIBELLÉ GHM</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
06C12V	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans sans CMA	30078	29665	29735	29365	28355	25900
06C11V	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations à l'exception des hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans sans CMA	13566	14001	14463	14577	14426	13897
24C11Z	Interventions réparatrices pour hernies abdominales : séjours de moins de 2 jours	4298	4786	5391	6048	6800	7605
06C11W	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations à l'exception des hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans avec CMA	4312	4650	4741	4889	5096	5555
06C12W	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans avec CMA	4789	4970	5192	4985	5022	5041
06C04W	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon avec CMA	1473	1604	1718	1693	1827	1989
06C04V	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon sans CMA	1088	1105	1066	1082	1114	1007
07C04V	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale sans CMA	613	700	677	685	683	752
10C10Z	Autres interventions pour obésité		770	749	695	644	619

Dans le secteur privé :

N° GHM V9/10c	LIBELLÉ GHM	2004	2005	2006	2007	2008	2009
06C12V	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans sans CMA	62998	60415	57375	56795	53979	47693
06C11V	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations à l'exception des hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans sans CMA	22216	21718	22076	22435	22115	20246
24C11Z	Interventions réparatrices pour hernies abdominales : séjours de moins de 2 jours	4096	4730	4921	5885	7490	9199
06C11W	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations à l'exception des hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans avec CMA	4111	5265	5407	5241	5115	5850
06C12W	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans avec CMA	7069	8559	8148	7043	6278	5844
07C04V	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale sans CMA	2178	2153	2249	2543	2544	2451
06C04W	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon avec CMA	1320	1704	1928	1968	1945	2064
06C04V	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon sans CMA	1782	1628	1849	1712	1644	1386
10C10Z	Autres interventions pour obésité		2328	2146	1385	1212	1059
07C04W	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale avec CMA	404	536	603	597	469	570

Les GHM spécifiques des hernies sont bien sûr prédominants. On note aussi une proportion importante de séjours non ambulatoires en 24C11Z, recouvrant des séjours de 1 jour. Mais on observe aussi une forte variété de GHM concernés.

Répartition des séjours non ambulatoires selon la durée de séjour :

		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
<b>Public</b>	1 jour	4421	7%	4952	7%	5535	8%	6223	9%	6954	10%	7801	12%
	2 jours	10283	16%	11223	17%	12726	19%	13532	20%	15012	22%	15147	23%
	3 jours	12840	20%	13317	20%	13989	21%	14054	21%	13831	20%	12832	19%
	Plus de 3 jours	37403	58%	37020	56%	35598	52%	34252	50%	32560	48%	31335	47%
	<b>total hospit</b>	<b>64947</b>		<b>66512</b>		<b>67848</b>		<b>68061</b>		<b>68357</b>		<b>67115</b>	
<b>Privé</b>	1 jour	4260	4%	4921	4%	5108	4%	6064	5%	7715	7%	9444	9%
	2 jours	17835	15%	21370	18%	24266	21%	27628	25%	29581	27%	29943	29%
	3 jours	29602	26%	32365	28%	32595	29%	31931	28%	30373	28%	26707	26%
	Plus de 3 jours	63483	55%	57627	50%	51970	46%	46650	42%	41378	38%	36491	36%
	<b>total hospit</b>	<b>115180</b>		<b>116283</b>		<b>113939</b>		<b>112273</b>		<b>109047</b>		<b>102585</b>	

On peut penser que le potentiel pour augmenter encore le taux de séjours en ambulatoire réside dans les séjours de 1 et 2 jours, voire 3 jours. Pour investiguer ce potentiel, il a été recherché si d'autres actes classants que ceux de la liste liée à l'intervention pour hernie étaient présents dans le séjour. Le tableau suivant indique les nombres de séjours concernés selon la durée de séjour en 2009 :

		avec autre acte classant	sans acte classant	% de séjours sans acte classant sur total des séjours de cataracte = potentiel transférable vers ambulatoire	% de séjours sans acte classant sur total des séjours de cataracte ayant la même durée de séjour
<b>Public</b>	0 jour	858	8 458		90,8%
	1 jour	474	7 327	9,6%	93,9%
	2 jours	1 002	14 145	18,5%	93,4%
	3 jours	1 251	11 581	15,2%	90,3%
<b>Privé</b>	0 jour	1 908	12 057		86,3%
	1 jour	781	8 663	7,4%	91,7%
	2 jours	2 850	27 093	23,2%	90,5%
	3 jours	4 233	22 474	19,3%	84,2%

La proportion de séjours de courte durée sans autre acte classant représente un potentiel d'accroissement supplémentaire de la prise en charge ambulatoire de la hernie chez les adultes. Les taux de séjours sans autre acte classant sont similaires dans les séjours de 1, 2 ou 3 jours et dans les séjours ambulatoires.

Les principaux actes classants concernés sont en hospitalisation :

Dans le secteur public :

Acte	Libellé	Nb séjours
HMFC004	CHOLÉCYSTECTOMIE COELIO.	1051
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	994
HGFA005	RÉSEC. SEGT UNIQUE GRÊLE PR OCCLUSION LAPARO	868
GELE001	INTUB. FIBRO/DISPOSITIF LARYNGÉ PARTICULIER PDT 1AG	748
HGPA004	LIBÉR. ÉTENDUE GRÊLE PR OCCLUSION AIG. LAPARO	609
HEQE002	ENDOS. O.G.D	594
ZCQC002	EXPLO. CAV. ABD. COELIO.	515
HPPA002	SECTION BRIDE +/- ADHÉR. PÉRIT. PR OCCLUSION INTEST. AIG. LA	493
ZCQA001	LAPARO EXPLO	489

Dans le secteur privé :

Acte	Libellé	Nb séjours
HMFC004	CHOLÉCYSTECTOMIE COELIO.	3280
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	2834
PDFA001	EXÉRÈSE LÉS. FASCIA+/-SSFASCIA TISSUS MOUS SANS DISSECTION V	943
HPFA004	RÉSEC. GD OMENTUM LAPARO	762
HEQE002	ENDOS. O.G.D	725
LMGA001	ABL. 1PROTH. PAROI ABD. AB. DIRECT	633
HHQE005	COLO. TOT. +BAS-FOND CÆCAL SANS FRANCHISST ILÉOCOLIQUE	586
HGPA004	LIBÉR. ÉTENDUE GRÊLE PR OCCLUSION AIG. LAPARO	572
JHFA019	RÉSEC. 1HYDROCÈLE ABD.SCROT LAPARO/AB. INGUINAL	534
QZMA001	RÉPAR. LAMBEAU LOC. PÉD.NON INDIVID. SF TÊTE	520
HPPA002	SECTION BRIDE +/- ADHÉR. PÉRIT. PR OCCLUSION INTEST. AIG. LA	504

Les **distributions par âge** selon que le patient est pris en charge en ambulatoire ou non, nous donnent des indications supplémentaires :

		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
		âge moyen	% sup 75 ans										
<b>Public</b>	Ambu	50,40	6%	50,33	6%	49,25	4%	50,52	5%	50,53	5%	51,43	0%
	hospit	58,99	18%	59,25	19%	59,39	19%	59,56	20%	60,00	20%	60,53	21%
<b>Privé</b>	Ambu	50,67	6%	50,76	6%	50,38	5%	50,72	6%	50,92	5%	51,60	5%
	hospit	57,55	14%	57,76	15%	57,99	15%	58,11	16%	58,44	16%	58,97	17%

Dans les deux secteurs, l'âge moyen en ambulatoire est moins élevé qu'en hospitalisation. La proportion de patients de plus de 75 ans est de même beaucoup plus importante en hospitalisation, dans les deux secteurs. Les patients sont légèrement plus jeunes dans le secteur privé.

Une autre manière de considérer le potentiel d'évolution est de regarder la **proportion d'établissements dépassant déjà 80% de taux d'ambulatoire** en 2009 :

	% d'établissements ayant un taux de chir ambulatoire >=80%
<b>Public</b>	1%
<b>Privé</b>	1%

La proportion d'établissements au-dessus de 80% est évidemment très faible, dans les deux secteurs. Cela tendrait à indiquer que la cible en la matière ne pourra que rester modeste.

### Conclusion

- Evolution du taux d'ambulatoire dans les deux secteurs de 3% à 12% sur la période
- Avec des taux similaires dans les deux secteurs
- Existence d'un potentiel transférable supplémentaire de l'hospitalisation vers l'ambulatoire, de l'ordre de 10% dans les deux secteurs, si on ne regarde que les séjours de 1 jour.

Evolution de l'activité de chirurgie ambulatoire dans le secteur public et le secteur privé : Acte 6 : Varices

Bilan national 2004-2009 :

Ensemble	2004			2005			2006			2007			2008			2009			Evolution 2009/2004 du % Ambu sur total
	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	
Public	2 238	21 335	9,5%	2 675	20 378	11,6%	3 374	20 880	13,9%	4 789	19 104	20,0%	6 879	16 023	30,0%	10 818	12 349	46,7%	391,8%
Privé	26 924	88 667	23,3%	29 576	81 177	26,7%	31 498	77 190	29,0%	31 792	70 167	31,2%	37 062	57 353	39,3%	51 788	39 445	56,8%	143,7%
TOTAL	29 162	110 002	21,0%	32 251	101 555	24,1%	34 872	98 070	26,2%	36 581	89 271	29,1%	43 941	73 376	37,5%	62 606	51 794	54,7%	161,2%
<b>Quelques exemples de départements</b>																			
<b>Public</b>																			
41		87	0,0%		88	0,0%	7	63	10,0%	24	35	40,7%	25	31	44,6%	23	27	46,0%	
42	9	238	3,6%	13	224	5,5%	5	218	2,2%	20	284	6,6%	60	261	18,7%	125	184	40,5%	1010,2%
75	130	220	37,1%	171	382	30,9%	165	400	29,2%	159	370	30,1%	206	318	39,3%	237	278	46,0%	23,9%
87	28	81	25,7%	26	74	26,0%	16	76	17,4%	21	78	21,2%	30	64	31,9%	30	65	31,6%	22,9%
<b>Privé</b>																			
41	8	509	1,5%	11	430	2,5%	7	543	1,3%	5	549	0,9%	8	461	1,7%	74	403	15,5%	902,6%
42	95	1 634	5,5%	157	1 575	9,1%	139	1 551	8,2%	195	1 455	11,8%	366	1 246	22,7%	990	653	60,3%	996,7%
75	1 311	3 161	29,3%	1 576	2 713	36,7%	2 045	2 752	42,6%	2 053	2 482	45,3%	2 392	2 013	54,3%	2 978	1 395	68,1%	132,3%
87	349	1 061	24,8%	372	825	31,1%	456	830	35,5%	482	631	43,3%	547	567	49,1%	547	489	52,8%	113,3%

Hors établissements PSPH

L'évolution nationale tous secteurs est très positive, passant de 21% à 55% entre 2004 et 2009. Les deux secteurs ont progressé, et même le secteur public plus rapidement que le secteur privé, puisqu'il est parti d'un taux inférieur de 14% à celui du secteur privé, le différentiel en 2009 n'étant plus que de 10%.

**GHM concernés dans les séjours ambulatoires :**

Le GHM 24C09Z « Ligatures de veines et éveinages : séjours de moins de 2 jours » accueille plus de 98% des séjours ambulatoires.

**GHM concernés hors séjours ambulatoires (au moins 100 séjours) :**

Dans le secteur public :

N° GHM V9/10c	LIBELLÉ GHM	2004	2005	2006	2007	2008	2009
05C17V	Ligatures de veines et éveinages, âge inférieur à 70 ans sans CMA	14011	13195	13762	11763	8683	6232
24C09Z	Ligatures de veines et éveinages : séjours de moins de 2 jours	5068	5016	4926	5442	5743	4656
05C17W	Ligatures de veines et éveinages, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	1569	1309	1352	1062	847	686

Dans le secteur privé :

N° GHM V9/10c	LIBELLÉ GHM	2004	2005	2006	2007	2008	2009
05C17V	Ligatures de veines et éveinages, âge inférieur à 70 ans sans CMA	59721	54904	52637	46409	35752	21496
24C09Z	Ligatures de veines et éveinages : séjours de moins de 2 jours	22586	20741	19835	19899	18421	15135
05C17W	Ligatures de veines et éveinages, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	5009	4243	3534	2766	2150	1509
11C08V	Autres interventions sur les reins et les voies urinaires sans CMA	14	116	173	232	136	321

Les trois GHM spécifiques des varices sont bien sûr prédominants. On note une proportion importante de séjours non ambulatoires en 24C09Z, recouvrant des séjours de 1 jour. Le tableau ci-après précise ce phénomène.

Répartition des séjours non ambulatoires selon la durée de séjour :

		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
<b>Public</b>	1 jour	5176	24%	5131	25%	5048	24%	5566	29%	5850	37%	4778	39%
	2 jours	10521	49%	10405	51%	11243	54%	9785	51%	7374	46%	5476	44%
	3 jours	3230	15%	2772	14%	2595	12%	2106	11%	1484	9%	995	8%
	Plus de 3 jours	2408	11%	2070	10%	1994	10%	1647	9%	1315	8%	1100	9%
	<b>total hospit</b>	<b>21335</b>		<b>20378</b>		<b>20880</b>		<b>19104</b>		<b>16023</b>		<b>12349</b>	
<b>Privé</b>	1 jour	22757	26%	20898	26%	19984	26%	20055	29%	18596	32%	15302	39%
	2 jours	47092	53%	45689	56%	45783	59%	41242	59%	32263	56%	19767	50%
	3 jours	12659	14%	9962	12%	7970	10%	6206	9%	4325	8%	2573	7%
	Plus de 3 jours	6159	7%	4628	6%	3453	4%	2664	4%	2169	4%	1803	5%
	<b>total hospit</b>	<b>88667</b>		<b>81177</b>		<b>77190</b>		<b>70167</b>		<b>57353</b>		<b>39445</b>	

On peut penser que le potentiel pour augmenter encore le taux de séjours en ambulatoire réside dans les séjours de 1 et 2 jours, voire 3 jours. Pour investiguer ce potentiel, il a été recherché si **d'autres actes classants** que ceux de la liste liée à l'intervention pour varices étaient présents dans le séjour. Le tableau suivant indique les nombres de séjours concernés selon la durée de séjour (2009) :

		avec autre acte classant	sans acte classant	% de séjours sans acte classant sur total des séjours = potentiel transférable vers ambulatoire	% de séjours sans acte classant sur total des séjours ayant la même durée de séjour
<b>Public</b>	0 jour	1 576	9 242		85,4%
	1 jour	158	4 620	19,9%	96,7%
	2 jours	194	5 282	22,8%	96,5%
	3 jours	99	896	3,9%	90,1%
<b>Privé</b>	0 jour	8 550	43 238		83,5%
	1 jour	332	14 970	16,4%	97,8%
	2 jours	709	19 058	20,9%	96,4%
	3 jours	201	2 372	2,6%	92,2%

La proportion de séjours de courte durée sans autre acte classant est très importante, similaire quelle que soit la durée de séjour, et représente donc un potentiel d'accroissement supplémentaire de la prise en charge ambulatoire des varices.

Les principaux actes classants concernés sont en hospitalisation :

Dans le secteur public :

Acte	Libellé	Nb séjours
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	182
GELE001	INTUB. FIBRO/DISPOSITIF LARYNGÉ PARTICULIER PDT 1AG	116
EBLA003	POSE CATHÉ RELIÉ À 1VN PROF. MB SUP/COU TRANSCUT+DIFFUSEUR S	105
EECA009	SUTURE ART. MB INF. AB. DIRECT	36
QZJA011	ÉVAC. COLLECTION PROF. AB. DIRECT	36
QZFA036	EXÉRÈSE LÉS. SUPERF. PEAU EXCISION <5CM²	34
EECA003	PONTAGE ART. FÉM.POP AU-DESSOUS INTERLIGNE ARTIC. GENOU AB.	29
QZJA001	PARAGE +/- SUTURE PROF. +10CM GD AXE SF FACE +MAIN	26
HEQE002	ENDOS. O.G.D	24

Dans le secteur privé :

Acte	Libellé	Nb séjours
ZZLP030	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 2	676
EZMA001	CRÉATION 1FAV PR ACCÈS VASC. AB. DIRECT SUJET >20KG	460
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	452
EBLA003	POSE CATHÉ RELIÉ À 1VN PROF. MB SUP/COU TRANSCUT+DIFFUSEUR S	131
PDFA001	EXÉRÈSE LÉS. FASCIA+/-SSFASCIA TISSUS MOUS SANS DISSECTION V	90
LFCC001	O.S +/- ARTHRODÈSE ANT. VERTÉB. COELIO	82
JVJF004	SÉANCE HÉMODIALYSE PR IRC	57
QZJA011	ÉVAC. COLLECTION PROF. AB. DIRECT	53

Les **distributions par âge** selon que le patient est pris en charge en ambulatoire ou non, nous donnent des indications supplémentaires :

		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
		âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus
<b>Public</b>	Ambu	48,83	3%	49,22	3%	49,52	3%	49,53	3%	50,09	3%	50,51	3%
	hospit	52,89	6%	52,89	6%	53,82	6%	53,83	7%	54,31	7%	55,22	8%
<b>Privé</b>	Ambu	48,92	2%	48,96	2%	49,48	2%	49,49	2%	49,58	2%	50,04	2%
	hospit	53,41	5%	53,65	5%	54,01	6%	54,26	6%	54,73	7%	56,23	9%

Dans les 2 secteurs, l'âge moyen et la part des 75 ans et plus en hospitalisation sont plus élevés qu'en ambulatoire. Les caractéristiques d'âge sont très proches dans les deux secteurs.

Une autre manière de considérer le potentiel d'évolution est de regarder la **proportion d'établissements dépassant déjà 80% de taux d'ambulatoire** en 2009 :

	% d'établissements ayant un taux de chir ambulatoire >=80%
<b>Public</b>	10%
<b>Privé</b>	18%

Cette proportion des établissements dépassant 80% est encore très faible.

### Conclusion

- Forte évolution du taux d'ambulatoire dans les deux secteurs, de 21% à 55%
- Avec un effet « rattrapage » plus marqué dans le secteur public
- Et maintien d'un potentiel transférable supplémentaire de l'hospitalisation vers l'ambulatoire, de l'ordre de 20% en secteur public et 16% en secteur privé si l'on s'en tient aux séjours de 1 jour sans autre acte classant

Evolution de l'activité de chirurgie ambulatoire dans le secteur public et le secteur privé : Acte 7 : Résections Osseuses et ablation de matériel

Bilan national 2004-2009 :

Ensemble	2004			2005			2006			2007			2008			2009			Evolution 2009/2004 du % Ambu sur total
	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	
Public	22 094	48 360	31,4%	22 637	46 105	32,9%	24 767	45 347	35,3%	27 706	45 091	38,1%	29 667	43 807	40,4%	32 811	43 398	43,1%	37,3%
Privé	24 302	31 502	43,5%	29 245	30 621	48,9%	34 460	30 306	53,2%	34 454	29 141	54,2%	34 981	28 096	55,5%	38 085	27 328	58,2%	33,7%
TOTAL	46 396	79 862	36,7%	51 882	76 726	40,3%	59 227	75 653	43,9%	62 160	74 232	45,6%	64 648	71 903	47,3%	70 896	70 726	50,1%	36,2%
<b>Quelques exemples de départements</b>																			
<b>Public</b>																			
41	75	155	32,6%	82	148	35,7%	96	139	40,9%	154	155	49,8%	166	146	53,2%	206	125	62,2%	
42	369	664	35,7%	298	643	31,7%	279	530	34,5%	359	652	35,5%	399	712	35,9%	515	592	46,5%	30,2%
75	503	2 297	18,0%	543	2 406	18,4%	683	2 354	22,5%	726	2 265	24,3%	909	2 229	29,0%	1 055	2 298	31,5%	75,1%
87	70	400	14,9%	69	422	14,1%	83	357	18,9%	79	405	16,3%	70	394	15,1%	99	411	19,4%	30,3%
<b>Privé</b>																			
41	82	106	43,6%	79	116	40,5%	74	124	37,4%	79	106	42,7%	90	113	44,3%	85	111	43,4%	-0,6%
42	335	321	51,1%	332	309	51,8%	375	343	52,2%	320	291	52,4%	314	271	53,7%	349	282	55,3%	8,3%
75	1 197	1 799	40,0%	1 487	1 580	48,5%	1 889	1 615	53,9%	2 041	1 616	55,8%	1 929	1 664	53,7%	2 213	1 555	58,7%	47,0%
87	176	218	44,7%	127	197	39,2%	179	197	47,6%	159	175	47,6%	122	132	48,0%	168	132	56,0%	25,4%

Hors établissements PSPH

L'évolution nationale tous secteurs est positive, passant de 37% à 50% entre 2004 et 2009. Les deux secteurs ont progressé à peu près au même rythme, avec un différentiel entre secteur privé et secteur public s'accroissant : taux supérieur de 12% à celui du secteur public en 2004, de 15% en 2009.

**GHM concernés dans les séjours ambulatoires :**

Les GHM 24C15Z « Résections osseuses localisées et ablations de matériel de fixation : séjours de moins de 2 jours » et 24C07Z « Affections de la CMD 03 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 03 » accueillent 98,7% des séjours ambulatoires (respectivement 92% et 6,7%).

**GHM concernés hors séjours ambulatoires (au moins 300 séjours) :**

Dans le secteur public :

N° GHM V9/10c	LIBELLÉ GHM	2004	2005	2006	2007	2008	2009
08C14Z	Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur	21297	20716	19994	19638	18431	17905
24C15Z	Résections osseuses localisées et ablations de matériel de fixation : séjours de moins de 2 jours	10134	10201	10507	10632	10509	10455
08C13Z	Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau de la hanche et du fémur	4191	3045	2759	2650	2512	2436
08C09V	Interventions sur l'humérus ou sur le membre inférieur à l'exception de la hanche, du fémur et du pied, âge supérieur à 17 ans sans CMA	1566	1539	1503	1386	1411	1289
08C05V	Interventions sur la hanche et le fémur, autres que les interventions majeures, âge supérieur à 17 ans sans CMA	1030	926	881	884	866	869
08C01S	Interventions pour affections de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, avec CMAS	449	549	603	639	712	866
03C16V	Autres interventions chirurgicales portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou le cou, âge inférieur à 70 ans sans CMA	931	845	877	852	817	809
08C05W	Interventions sur la hanche et le fémur, autres que les interventions majeures, âge supérieur à 17 ans avec CMA	460	510	587	640	706	725
08C22Z	Interventions pour reprise de prothèses articulaires		597	575	577	547	648
08C11V	Interventions sur le membre supérieur à l'exception de l'humérus et de la main, âge inférieur à 70 ans sans CMA	765	616	611	631	613	589
08C09W	Interventions sur l'humérus ou sur le membre inférieur à l'exception de la hanche, du fémur et du pied, âge supérieur à 17 ans avec CMA	351	394	389	455	508	509
08C23V	Prothèses de hanche sans CMA		538	475	464	426	465
08C23W	Prothèses de hanche avec CMA		263	302	395	418	440
08C24Z	Prothèses de genou		270	300	358	374	413
24C07Z	Affections de la CMD 03 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 03	462	457	426	421	409	402
21C05V	Autres interventions pour blessures ou complications d'acte sans CMA	798	691	522	440	429	374
08C28Z	Interventions maxillofaciales		291	318	355	377	343
08C10V	Interventions sur le genou, âge inférieur à 70 ans sans CMA	361	324	332	307	276	303

Dans le secteur privé :

N° GHM V9/10c	LIBELLÉ GHM	2004	2005	2006	2007	2008	2009
08C14Z	Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur	12319	11437	11114	10771	10469	9811
24C15Z	Résections osseuses localisées et ablations de matériel de fixation : séjours de moins de 2 jours	5281	5105	5116	5204	5331	5516
08C13Z	Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau de la hanche et du fémur	1779	1807	1745	1630	1548	1548
08C09V	Interventions sur l'humérus ou sur le membre inférieur à l'exception de la hanche, du fémur et du pied, âge supérieur à 17 ans sans CMA	1912	1616	1654	1536	1503	1502
08C24Z	Prothèses de genou		783	1117	1170	1111	1198
08C10V	Interventions sur le genou, âge inférieur à 70 ans sans CMA	1198	999	995	943	924	933
08C11V	Interventions sur le membre supérieur à l'exception de l'humérus et de la main, âge inférieur à 70 ans sans CMA	1476	1031	924	859	844	847
24C07Z	Affections de la CMD 03 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 03	1310	1604	1640	1321	1054	764
08C22Z	Interventions pour reprise de prothèses articulaires		509	515	560	557	593
08C05W	Interventions sur la hanche et le fémur, autres que les interventions majeures, âge supérieur à 17 ans avec CMA	204	291	330	379	390	428
08C05V	Interventions sur la hanche et le fémur, autres que les interventions majeures, âge supérieur à 17 ans sans CMA	605	509	435	472	470	378
03C16V	Autres interventions chirurgicales portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou le cou, âge inférieur à 70 ans sans CMA	623	713	703	633	500	373
08C23W	Prothèses de hanche avec CMA		257	343	354	361	342
08C23V	Prothèses de hanche sans CMA		371	379	353	341	322
08C09W	Interventions sur l'humérus ou sur le membre inférieur à l'exception de la hanche, du fémur et du pied, âge supérieur à 17 ans avec CMA	236	328	320	298	284	313

Outre la très forte dispersion des séjours dans un grand nombre de GHM, même si les trois GHM spécifiques des résections osseuses et ablation de matériel sont bien sûr prédominants. On note une proportion importante de séjours non ambulatoires en 24C15Z, recouvrant des séjours de 1 jour. Le tableau ci-après précise ce phénomène.

Répartition des séjours non ambulatoires selon la durée de séjour :

	2004		2005		2006		2007		2008		2009	
1 jour	11040	23%	10987	24%	11212	25%	11339	25%	11202	26%	11128	26%
2 jours	12826	27%	12394	27%	12388	27%	12342	27%	11901	27%	11739	27%
3 jours	7749	16%	7040	15%	6681	15%	6445	14%	6164	14%	6037	14%
Plus de 3 jours	16745	35%	15684	34%	15066	33%	14965	33%	14540	33%	14494	33%
<b>total hospit</b>	<b>48360</b>		<b>46105</b>		<b>45347</b>		<b>45091</b>		<b>43807</b>		<b>43398</b>	
1 jour	6898	22%	7159	23%	7098	23%	6856	24%	6677	24%	6534	24%
2 jours	7659	24%	8044	26%	8001	26%	7979	27%	7775	28%	7536	28%
3 jours	5424	17%	5102	17%	5117	17%	4782	16%	4617	16%	4411	16%
Plus de 3 jours	11521	37%	10316	34%	10090	33%	9524	33%	9027	32%	8847	32%
<b>total hospit</b>	<b>31502</b>		<b>30621</b>		<b>30306</b>		<b>29141</b>		<b>28096</b>		<b>27328</b>	

On peut penser que le potentiel pour augmenter encore le taux de séjours en ambulatoire réside dans les séjours de 1 et 2 jours, voire 3 jours. Il y a par ailleurs une forte proportion de séjours au-delà de 3 jours.

Pour investiguer ce potentiel, il a été recherché si **d'autres actes classants** que ceux de la liste liée aux résections osseuses et ablation de matériel étaient présents dans le séjour. Le tableau suivant indique les nombres de séjours concernés selon la durée de séjour en 2009 :

		avec autre acte classant	sans acte classant	% de séjours sans acte classant sur total des séjours = potentiel transférable vers ambulatoire	% de séjours sans acte classant sur total des séjours ayant la même durée de séjour
<b>Public</b>	0 jour	18 433	14 378		43,8%
	1 jour	1 545	9 583	12,6%	86,1%
	2 jours	2 021	9 718	12,8%	82,8%
	3 jours	1 384	4 653	6,1%	77,1%
<b>Privé</b>	0 jour	24 872	13 213		34,7%
	1 jour	2 712	3 822	5,8%	58,5%
	2 jours	3 337	4 199	6,4%	55,7%
	3 jours	2 246	2 165	3,3%	49,1%

La proportion de séjours de courte durée sans autre acte classant est donc importante, notamment dans le secteur public, dans les séjours de 1 à 3 jours, et représente un potentiel d'accroissement supplémentaire de la prise en charge ambulatoire de ces actes.

Les principaux actes classants concernés sont, en hospitalisation :

Dans le secteur public :

Acte	Libellé	Nb séjours
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	1349
PAFA010	PRÉLÈV. GREF. OS/PÉRIOSTE SUR 1SITE SANS CHANGT POSITION	783
NEKA020	PTH	579
QZJA011	ÉVAC. COLLECTION PROF. AB. DIRECT	529
GELE001	INTUB. FIBRO/DISPOSITIF LARYNGÉ PARTICULIER PDT 1AG	457
NBCB004	O.S FRAC. DIAPHYS. FÉMUR CLOU CM À VEROUILLAGE À FOYER FERMÉ	309
NBCA007	O.S FRAC. DIAPHYS. FÉMUR À FOYER OUV.	303
NEKA011	PROTH. CERV.CÉPH +CUPULE MOBILE	270
NBCA006	O.S FRAC. TROCHANT/SS-TROCH FÉMUR	255
NFKA007	PROTH. GENOU 3COMPART. SUR 1DÉFORM. < 10° DS PLAN FRONTAL	253

Dans le secteur privé :

Acte	Libellé	Nb séjours
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	1140
NFKA007	PROTH. GENOU 3COMPART. SUR 1DÉFORM. < 10° DS PLAN FRONTAL	716
NFKA008	PROTH. GENOU 3COMPART. SUR 1DÉFORM. SUP. À 10° DS PLAN FRONT	465
NGPA002	LIBÉR. TIBIOTALIENNE +/- SYNOVECTOMIE TIBIOTALIENNE ARTHROTO	444
NFPA001	LIBÉR. GENOU ARTHROTOMIE	443
NEKA020	PTH	382
NFFC004	MÉNISCECTOMIE LAT/MÉDIALE GENOU A.SCOPIE	304
NJPA032	INCISIONS AXIALES LIG. ROTUL. SANS PLASTIE	285
NFMC003	LIG.PLASTIE CROISÉ ANT. GENOU GREF. A.SCOPIE	279
PAFA010	PRÉLÈV. GREF. OS/PÉRIOSTE SUR 1SITE SANS CHANGT POSITION	259
QZMA001	RÉPAR. LAMBEAU LOC. PÉD.NON INDIVID. SF TÊTE	249

Les **distributions par âge** selon que le patient est pris en charge en ambulatoire ou non, nous donnent des indications supplémentaires :

		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
		âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus
<b>Public</b>	Ambu	34,45	5%	35,64	5%	36,13	5%	35,81	6%	36,39	5%	36,82	6%
	hospit	43,39	9%	43,78	10%	44,23	10%	45,18	11%	45,49	12%	45,92	12%
<b>Privé</b>	Ambu	42,14	6%	42,67	7%	43,34	8%	42,91	8%	43,03	7%	43,02	7%
	hospit	47,84	10%	48,86	11%	49,82	12%	50,16	13%	50,45	13%	51,13	14%

Dans les 2 secteurs, l'âge moyen et la part des 75 ans et plus en hospitalisation sont plus élevés qu'en ambulatoire. Dans le secteur privé, les patients sont plus âgés que dans le secteur public, tant en hospitalisation qu'en ambulatoire. Cette observation sur les plus de 75 ans pourrait venir pondérer les taux de séjours transférables en ambulatoire évoqués plus haut.

Une autre manière de considérer le potentiel d'évolution est de regarder la **proportion d'établissements dépassant déjà 80% de taux d'ambulatoire** en 2009 :

	% d'établissements ayant un taux de chir ambulatoire >=80%
<b>Public</b>	4%
<b>Privé</b>	10%

Ce taux est très faible. Il faut rappeler que la liste des actes concernés est très hétérogène.

### Conclusion

- Evolution du taux d'ambulatoire dans les deux secteurs, de 37% à 50%
- Evolution plus marquée dans le secteur privé
- Et maintien d'un potentiel transférable supplémentaire de l'hospitalisation vers l'ambulatoire, notamment dans le secteur public, même si l'hétérogénéité des actes analysés ici doit être prise en compte

## Evolution de l'activité de chirurgie ambulatoire dans le secteur public et le secteur privé : Acte 8 : Arthroscopies

### Bilan national 2004-2009 :

Ensemble	2004			2005			2006			2007			2008			2009			Evolution 2009/2004 du % Ambu sur total
	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	
Public	9 639	24 439	28,3%	10 541	25 747	29,0%	12 006	26 358	31,3%	13 647	25 736	34,7%	16 429	24 319	40,3%	19 675	23 585	45,5%	60,8%
Privé	49 199	89 611	35,4%	52 663	91 563	36,5%	57 799	84 669	40,6%	63 248	80 326	44,1%	72 249	73 428	49,6%	82 936	66 914	55,3%	56,2%
TOTAL	58 838	114 050	34,0%	63 204	117 310	35,0%	69 805	111 027	38,6%	76 895	106 062	42,0%	88 678	97 747	47,6%	102 611	90 499	53,1%	56,1%
<b>Quelques exemples de départements</b>																			
<b>Public</b>																			
41	51	78	39,5%	73	61	54,5%	73	54	57,5%	87	64	57,6%	69	61	53,1%	82	59	58,2%	
42	53	490	9,8%	60	460	11,5%	68	463	12,8%	101	371	21,4%	208	311	40,1%	296	260	53,2%	445,4%
75	36	660	5,2%	36	751	4,6%	51	734	6,5%	58	688	7,8%	83	738	10,1%	136	802	14,5%	180,3%
87	7	214	3,2%	17	229	6,9%	15	248	5,7%	19	278	6,4%	118	329	26,4%	184	298	38,2%	1105,2%
<b>Privé</b>																			
41	137	345	28,4%	181	367	33,0%	223	348	39,1%	235	288	44,9%	327	169	65,9%	342	159	68,3%	140,2%
42	173	1 111	13,5%	253	1 284	16,5%	246	914	21,2%	265	682	28,0%	285	530	35,0%	490	396	55,3%	310,5%
75	1 641	7 724	17,5%	2 055	7 114	22,4%	2 645	6 376	29,3%	2 817	5 741	32,9%	3 155	5 050	38,5%	3 744	4 518	45,3%	158,6%
87	33	502	6,2%	45	525	7,9%	114	596	16,1%	112	539	17,2%	244	522	31,9%	355	529	40,2%	551,1%

### Hors établissements PSPH

L'évolution nationale tous secteurs est très positive, passant de 34% à 53% entre 2004 et 2009. Les deux secteurs ont progressé, à peu près au même rythme ; le différentiel privé/public en 2009 est de 10%.

### GHM concernés dans les séjours ambulatoires :

Le GHM 24C17Z « Arthroscopies : séjours de moins de 2 jours » accueille 98% des séjours ambulatoires.

**GHM concernés hors séjours ambulatoires (au moins 100 séjours) :**

Dans le secteur public :

<b>N° GHM V9/10c</b>	<b>LIBELLÉ GHM</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
08C19Z	Arthroscopies	11123	11540	11330	10868	9630	9304
24C17Z	Arthroscopies : séjours de moins de 2 jours	7834	7966	8288	7868	7180	6134
08C11V	Interventions sur le membre supérieur à l'exception de l'humérus et de la main, âge inférieur à 70 ans sans CMA	1111	1584	2087	2235	2320	2602
08C10V	Interventions sur le genou, âge inférieur à 70 ans sans CMA	1856	1955	1880	1769	1883	2102
08C30V	Interventions sur les tissus mous pour affections non malignes sans CMA		487	535	716	807	834
24C18Z	Affections de la CMD 08 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 08	154	177	221	241	351	380
08C11W	Interventions sur le membre supérieur à l'exception de l'humérus et de la main, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	110	183	261	264	308	323
08C09V	Interventions sur l'humérus ou sur le membre inférieur à l'exception de la hanche, du fémur et du pied, âge supérieur à 17 ans sans CMA	308	280	241	270	267	284
08C14Z	Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur	324	348	322	280	292	265
08C01S	Interventions pour affections de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, avec CMAS	120	147	176	216	219	250
08C10W	Interventions sur le genou, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	114	140	141	148	148	157
24C15Z	Résections osseuses localisées et ablations de matériel de fixation : séjours de moins de 2 jours	110	123	121	140	131	124

Dans le secteur privé :

N° GHM V9/10c	LIBELLÉ GHM	2004	2005	2006	2007	2008	2009
08C19Z	Arthroscopies	40596	43246	38860	35626	29876	24287
08C11V	Interventions sur le membre supérieur à l'exception de l'humérus et de la main, âge inférieur à 70 ans sans CMA	7193	7538	9444	11347	13168	15966
24C17Z	Arthroscopies : séjours de moins de 2 jours	26468	25501	22851	20573	17722	13463
08C10V	Interventions sur le genou, âge inférieur à 70 ans sans CMA	7909	8208	6675	6021	5555	5715
08C11W	Interventions sur le membre supérieur à l'exception de l'humérus et de la main, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	839	1064	1388	1394	1589	1948
08C30V	Interventions sur les tissus mous pour affections non malignes sans CMA		1261	948	1088	1161	1170
24C18Z	Affections de la CMD 08 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 08	214	406	647	714	876	839
08C09V	Interventions sur l'humérus ou sur le membre inférieur à l'exception de la hanche, du fémur et du pied, âge supérieur à 17 ans sans CMA	1038	767	751	734	745	743
08C14Z	Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur	884	782	785	672	636	585
08C10W	Interventions sur le genou, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	547	730	587	509	437	474
24C15Z	Résections osseuses localisées et ablations de matériel de fixation : séjours de moins de 2 jours	233	232	234	244	256	252
08C15V	Interventions sur le pied sans CMA	135	171	149	179	152	149
08C05V	Interventions sur la hanche et le fémur, autres que les interventions majeures, âge supérieur à 17 ans sans CMA	70	83	66	63	75	128
08C01S	Interventions pour affections de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, avec CMAS	71	98	94	76	107	126
08C18V	Interventions sur la main et le poignet pour une affection autre qu'un kyste synovial sans CMA	206	157	105	96	102	118
08C24Z	Prothèses de genou		97	82	76	89	103
08C09W	Interventions sur l'humérus ou sur le membre inférieur à l'exception de la hanche, du fémur et du pied, âge supérieur à 17 ans avec CMA	80	102	124	86	93	102
08C22Z	Interventions pour reprise de prothèses articulaires		59	48	66	99	101

Les deux GHM spécifiques des arthroscopies sont bien sûr prédominants, mais il y a de nombreux autres GHM d'accueil, notamment en secteur privé. On note une proportion importante de séjours non ambulatoires en 24C17Z, recouvrant des séjours de 1 jour. Le tableau ci-après précise ce phénomène.

Répartition des séjours non ambulatoires selon la durée de séjour :

		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
<b>Public</b>	1 jour	8261	34%	8381	33%	8729	33%	8344	32%	7785	32%	6726	29%
	2 jours	8714	36%	9044	35%	9001	34%	8898	35%	7876	32%	7464	32%
	3 jours	2577	11%	2925	11%	3116	12%	3192	12%	3259	13%	3483	15%
	Plus de 3 jours	4887	20%	5397	21%	5512	21%	5302	21%	5399	22%	5912	25%
	<b>total hospit</b>	<b>24439</b>		<b>25747</b>		<b>26358</b>		<b>25736</b>		<b>24319</b>		<b>23585</b>	
<b>Privé</b>	1 jour	27340	31%	26286	29%	23859	28%	21690	27%	19002	26%	14693	22%
	2 jours	35881	40%	36390	40%	33822	40%	32017	40%	27372	37%	24072	36%
	3 jours	9791	11%	11721	13%	11929	14%	12118	15%	12991	18%	14387	22%
	Plus de 3 jours	16599	19%	17166	19%	15059	18%	14501	18%	14063	19%	13762	21%
	<b>total hospit</b>	<b>89611</b>		<b>91563</b>		<b>84669</b>		<b>80326</b>		<b>73428</b>		<b>66914</b>	

On peut penser que le potentiel pour augmenter encore le taux de séjours en ambulatoire réside dans les séjours de 1 et 2 jours, voire 3 jours. Pour investiguer ce potentiel, il a été recherché si **d'autres actes classants** que ceux de la liste liée aux arthroscopies étaient présents dans le séjour.

Le tableau suivant indique les nombres de séjours concernés selon la durée de séjour en 2009 :

		avec autre acte classant	sans acte classant	% de séjours sans acte classant sur total des séjours = potentiel transférable vers ambulatoire	% de séjours sans acte classant sur total des séjours ayant la même durée de séjour
<b>Public</b>	0 jour	2 202	17 473		88,8%
	1 jour	798	5 928	13,7%	88,1%
	2 jours	1 416	6 048	14,0%	81,0%
	3 jours	1 129	2 354	5,4%	67,6%
<b>Privé</b>	0 jour	9 485	73 451		88,6%
	1 jour	1 317	13 376	8,9%	91,0%
	2 jours	3 446	20 626	13,8%	85,7%
	3 jours	2 859	11 528	7,7%	80,1%

La proportion de séjours de courte durée sans autre acte classant est importante dans les séjours de 1 et 2 jours, et représente un potentiel d'accroissement supplémentaire de la prise en charge ambulatoire des arthroscopies.

Les principaux actes classants concernés sont en hospitalisation :

Dans le secteur public :

Acte	Libellé	Nb séjours
NFMC003	LIG.PLASTIE CROISÉ ANT. GENOU GREF. A.SCOPIE	1315
MJDA001	TÉNODÈSE +/- RÉSEC. PORTION ARTIC. BICEPS AB. DIRECT	1217
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	481
PAGA011	AMO DES MB SUR 1SITE AB. DIRECT	381
NFMA004	LIG.PLASTIE CROISÉ ANT. GENOU GREF. ARTHROTOMIE	198
NCPA015	O.TOMIE SIMPLE PROX. TIBIA	174
GELE001	INTUB. FIBRO/DISPOSITIF LARYNGÉ PARTICULIER PDT 1AG	140
MJEA010	SUTURE 1TENDON COIFFE ÉPAULE AB. DIRECT	134

Dans le secteur privé :

Acte	Libellé	Nb séjours
NFMC003	LIG.PLASTIE CROISÉ ANT. GENOU GREF. A.SCOPIE	3755
MJDA001	TÉNODÈSE +/- RÉSEC. PORTION ARTIC. BICEPS AB. DIRECT	1827
PAGA011	AMO DES MB SUR 1SITE AB. DIRECT	664
MJEA006	SUTURE PLUS. TENDONS COIFFE ÉPAULE AB. DIRECT	533
NCPA015	O.TOMIE SIMPLE PROX. TIBIA	389
NFMA004	LIG.PLASTIE CROISÉ ANT. GENOU GREF. ARTHROTOMIE	375
MJEA010	SUTURE 1TENDON COIFFE ÉPAULE AB. DIRECT	307
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	304
NBMA002	PATELLOPLASTIE MODELANTE O.CHONDRAL	262
NCPA014	O.TOMIE CPLX PROX. TIBIA	260
NFPA002	SECTION AILERON ROTULE EXT. ARTHROTOMIE	235
NCPA001	RECENTRAGE ROTULE O.TOMIE TUBER. TIBIA/MOBIL. LIG. ROTUL. AR	226
NFMC001	LIG.PLASTIE CROISÉS GENOU A.SCOPIE	193
NFFA004	SYNOVECTOMIE ANT. GENOU ARTHROTOMIE	134

Les **distributions par âge** selon que le patient est pris en charge en ambulatoire ou non, nous donnent des indications supplémentaires :

		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
		âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus
Public	Ambu	43,17	1%	43,63	1%	44,26	1%	44,56	1%	45,10	1%	45,59	1%
	hospit	44,23	3%	45,08	3%	45,96	3%	46,54	4%	46,91	4%	47,38	4%
Privé	Ambu	45,18	2%	44,97	1%	45,24	1%	45,68	1%	46,06	1%	46,53	1%
	hospit	46,92	3%	47,91	3%	48,76	3%	49,33	4%	49,89	4%	50,38	4%

Dans les 2 secteurs, l'âge moyen et la part des 75 ans et plus (au demeurant très faible) en hospitalisation sont plus élevés qu'en ambulatoire. Dans le secteur privé, les patients en hospitalisation sont légèrement plus âgés que dans le secteur public. Ces observations ne viennent pas modifier les estimations de taux transférables d'activité en ambulatoire évoqués plus haut.

Une autre manière de considérer le potentiel d'évolution est de regarder la **proportion d'établissements dépassant déjà 80% de taux d'ambulatoire** en 2009 :

	% d'établissements ayant un taux de chir ambulatoire >=80%
Public	10%
Privé	17%

Ces proportions sont très faibles. Il faut rappeler ici la grande hétérogénéité des actes concernés.

### Conclusion

- Forte évolution du taux d'ambulatoire dans les deux secteurs, de 34% à 53%
- Evolution plus lente dans le secteur public
- Et maintien d'un potentiel transférable supplémentaire de l'hospitalisation vers l'ambulatoire dans les 2 secteurs, de l'ordre de 10% à 15%, tout en tenant compte de l'hétérogénéité des actes en cause.

Evolution de l'activité de chirurgie ambulatoire dans le secteur public et le secteur privé : Acte 9 : circoncisions

Bilan national 2004-2009 :

Ensemble	2004			2005			2006			2007			2008			2009			Evolution 2009/2004 du % Ambu sur total
	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	
Public	17 056	6 371	72,8%	18 138	6 418	73,9%	18 955	6 124	75,6%	20 303	5 818	77,7%	23 005	5 527	80,6%	24 566	5 052	82,9%	13,9%
Privé	49 463	7 239	87,2%	52 718	6 165	89,5%	54 572	5 200	91,3%	56 733	4 778	92,2%	58 392	4 406	93,0%	59 876	3 929	93,8%	7,6%
TOTAL	66 519	13 610	83,0%	70 856	12 583	84,9%	73 527	11 324	86,7%	77 036	10 596	87,9%	81 397	9 933	89,1%	84 442	8 981	90,4%	8,9%
<b>Quelques exemples de départements</b>																			
<b>Public</b>																			
41	121	15	89,0%	146	15	90,7%	166	13	92,7%	179	8	95,7%	183	12	93,8%	190	6	96,9%	
42	446	140	76,1%	354	137	72,1%	436	106	80,4%	440	129	77,3%	523	110	82,6%	494	90	84,6%	11,1%
75	410	232	63,9%	410	234	63,7%	409	242	62,8%	428	275	60,9%	517	333	60,8%	639	371	63,3%	-0,9%
87	38	24	61,3%	36	41	46,8%	55	31	64,0%	85	34	71,4%	75	30	71,4%	57	44	56,4%	-7,9%
<b>Privé</b>																			
41	153	21	87,9%	186	26	87,7%	196	22	89,9%	172	22	88,7%	173	30	85,2%	242	32	88,3%	0,4%
42	817	80	91,1%	1 040	81	92,8%	994	57	94,6%	1 008	59	94,5%	1 041	60	94,6%	1 104	39	96,6%	6,0%
75	1 736	218	88,8%	1 942	131	93,7%	2 034	118	94,5%	2 172	122	94,7%	2 257	96	95,9%	2 415	98	96,1%	8,2%
87	269	16	94,4%	322	22	93,6%	318	23	93,3%	270	14	95,1%	274	15	94,8%	312	22	93,4%	-1,0%

Hors établissements PSPH

L'évolution nationale tous secteurs est positive, passant de 83% à 90% entre 2004 et 2009. Les deux secteurs ont progressé, et même le secteur public plus rapidement que le secteur privé, puisqu'il est parti d'un taux inférieur de 15% à celui du secteur privé, le différentiel en 2009 n'étant plus que de 11%.

**GHM concernés dans les séjours ambulatoires :**

Les 2 GHM 24C24Z « Circoncisions : séjours de moins de 2 jours » et 24C23Z « Interventions sur les testicules : séjours de moins de 2 jours » accueillent près de 98% des séjours ambulatoires (respectivement 95,6% et 2%).

**GHM concernés hors séjours ambulatoires (au moins 100 séjours) :**

Dans le secteur public :

N° GHM V9/10c	LIBELLÉ GHM	2004	2005	2006	2007	2008	2009
24C24Z	Circoncisions : séjours de moins de 2 jours	2674	2578	2521	2306	1938	1712
12C08Z	Circoncision	1342	1281	1256	1156	1172	1061
12C03Z	Interventions sur le pénis	295	325	295	349	399	422
12C06Z	Interventions sur les testicules pour des affections non malignes, âge inférieur à 18 ans	364	403	370	352	352	340
24C23Z	Interventions sur les testicules : séjours de moins de 2 jours	396	381	333	343	345	321
06C10Z	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations, âge inférieur à 18 ans	172	167	149	123	125	110
24C11Z	Interventions réparatrices pour hernies abdominales : séjours de moins de 2 jours	193	186	135	156	122	106

Dans le secteur privé :

N° GHM V9/10c	LIBELLÉ GHM	2004	2005	2006	2007	2008	2009
24C24Z	Circoncisions : séjours de moins de 2 jours	3511	2575	2094	1875	1695	1428
12C08Z	Circoncision	1464	1266	1101	1056	932	811
12C03Z	Interventions sur le pénis	142	228	237	207	183	209
24C23Z	Interventions sur les testicules : séjours de moins de 2 jours	305	241	239	212	237	201
12C04V	Prostatectomies transurétrales sans CMA	237	242	203	177	206	192
12C04W	Prostatectomies transurétrales avec CMA	116	160	164	171	157	172
12C06Z	Interventions sur les testicules pour des affections non malignes, âge inférieur à 18 ans	261	210	210	199	139	113

Les deux GHM spécifiques des circoncisions sont bien sûr prédominants. On retrouve aussi ces actes dans les GHM d'interventions sur le pénis et les testicules.

On note une proportion importante de séjours non ambulatoires en 24C09Z, recouvrant des séjours de 1 jour. Le tableau ci-après précise ce phénomène.

Répartition des séjours non ambulatoires selon la durée de séjour :

		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
<b>Public</b>	1 jour	3363	53%	3315	52%	3169	52%	2952	51%	2519	46%	2243	44%
	2 jours	1531	24%	1566	24%	1546	25%	1474	25%	1486	27%	1458	29%
	3 jours	377	6%	369	6%	361	6%	363	6%	363	7%	345	7%
	Plus de 3 jours	1100	17%	1168	18%	1048	17%	1029	18%	1159	21%	1006	20%
	<b>total hospit</b>	<b>6371</b>		<b>6418</b>		<b>6124</b>		<b>5818</b>		<b>5527</b>		<b>5052</b>	
<b>Privé</b>	1 jour	4071	56%	3198	52%	2528	49%	2260	47%	2076	47%	1748	44%
	2 jours	1580	22%	1467	24%	1324	25%	1282	27%	1152	26%	1037	26%
	3 jours	457	6%	457	7%	365	7%	338	7%	306	7%	290	7%
	Plus de 3 jours	1131	16%	1043	17%	983	19%	898	19%	872	20%	854	22%
	<b>total hospit</b>	<b>7239</b>		<b>6165</b>		<b>5200</b>		<b>4778</b>		<b>4406</b>		<b>3929</b>	

On peut penser que le potentiel pour augmenter encore le taux de séjours en ambulatoire réside dans les séjours de 1 et 2 jours, voire 3 jours. Pour investiguer ce potentiel, il a été recherché si d'autres actes classants que ceux de la liste liée aux circoncisions étaient présents dans le séjour. Le tableau suivant indique les nombres de séjours concernés selon la durée de séjour en 2009 :

		avec autre acte classant	sans acte classant	% de séjours sans acte classant sur total des séjours = potentiel transférable vers ambulatoire	% de séjours sans acte classant sur total des séjours ayant la même durée de séjour
<b>Public</b>	0 jour	3 069	21 497		87,5%
	1 jour	666	1 577	5,3%	70,3%
	2 jours	733	725	2,4%	49,7%
	3 jours	247	98	0,3%	28,4%
<b>Privé</b>	0 jour	4 367	55 509		92,7%
	1 jour	492	1 256	2,0%	71,9%
	2 jours	482	555	0,9%	53,5%
	3 jours	223	67	0,1%	23,1%

La proportion de séjours de courte durée sans autre acte classant est donc importante, notamment dans les séjours de 1 jour, et représente un petit potentiel d'accroissement supplémentaire de la prise en charge ambulatoire des circoncisions.

Les principaux actes classants concernés sont en hospitalisation :

Dans le secteur public :

Acte	Libellé	Nb séjours
JHEA002	ABAISST +FIXATION 1TESTICULE ECTOPIQUE PALPABLE AB. INGUINAL	340
HPSA001	LIGATURE CANAL PÉRIT.VAG PÉRIT. AB. INGUINAL	214
JGFA015	RÉSEC. 1HYPERTROPHIE PROSTATE URÉTRICYSTOSCOPIE	173
JHEA001	FIXATION ECTOPIE TESTIC AB. INGUINAL +AB. SCROTAL	161
JEMA021	UR.PLAST PR HYPOSPADIAS BALANIQUE/PÉNIEN ANT. SANS RECONSTR.	154
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	147
JHDA001	ORCHIDOPEXIE AB. SCROTAL	102
JHEA006	REDRESSEMENT PÉNIS DISSECTION VENTRALE +PLICATURE DORSALE	95

Dans le secteur privé :

Acte	Libellé	Nb séjours
JGFA015	RÉSEC. 1HYPERTROPHIE PROSTATE URÉTRICYSTOSCOPIE	372
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	186
JHEA002	ABAISST +FIXATION 1TESTICULE ECTOPIQUE PALPABLE AB. INGUINAL	114
HPSA001	LIGATURE CANAL PÉRIT.VAG PÉRIT. AB. INGUINAL	102

Les **distributions par âge** selon que le patient est pris en charge en ambulatoire ou non, nous donnent des indications supplémentaires :

		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
		âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus
<b>Public</b>	Ambu	8,79	1%	8,80	1%	9,11	1%	9,02	1%	9,14	1%	9,08	1%
	hospit	21,06	8%	21,78	9%	22,23	10%	23,34	10%	24,31	11%	26,21	13%
<b>Privé</b>	Ambu	10,85	1%	11,23	1%	11,24	1%	11,03	1%	11,04	1%	11,20	1%
	hospit	30,11	11%	32,83	13%	36,42	16%	36,71	17%	39,69	20%	42,76	22%

Dans les 2 secteurs, l'âge moyen et la part des 75 ans et plus en hospitalisation sont plus élevés qu'en ambulatoire. Il ne s'agit pas des mêmes populations, notamment au-delà de 1 jour. Dans le secteur privé, les patients sont plus âgés que dans le secteur public en hospitalisation comme en ambulatoire.

Une autre manière de considérer le potentiel d'évolution est de regarder la **proportion d'établissements dépassant déjà 80% de taux d'ambulatoire** en 2009 :

	% d'établissements ayant un taux de chir ambulatoire >=80%
<b>Public</b>	65%
<b>Privé</b>	89%

Il s'agit donc d'un acte où une majorité d'établissements a déjà dépassé 80% de taux d'ambulatoire.

### Conclusion

- Evolution positive du taux d'ambulatoire dans les deux secteurs, de 83% à 90%
- Avec un effet « rattrapage » plus marqué dans le secteur public
- Et maintien d'un léger potentiel transférable supplémentaire de l'hospitalisation vers l'ambulatoire, de l'ordre de 5% en secteur public

Evolution de l'activité de chirurgie ambulatoire dans le secteur public et le secteur privé : Acte 10 : Interventions sur les testicules

Bilan national 2004-2009 :

Ensemble	2004			2005			2006			2007			2008			2009			Evolution 2009/2004 du % Ambu sur total
	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	
Public	6 410	16 483	28,0%	7 332	17 653	29,3%	8 124	18 276	30,8%	8 625	17 859	32,6%	9 750	17 797	35,4%	10 888	17 293	38,6%	38,0%
Privé	5 637	19 780	22,2%	6 584	19 810	24,9%	6 988	18 717	27,2%	7 405	17 657	29,5%	8 009	17 055	32,0%	8 372	15 934	34,4%	55,3%
TOTAL	12 047	36 263	24,9%	13 916	37 463	27,1%	15 112	36 993	29,0%	16 030	35 516	31,1%	17 759	34 852	33,8%	19 260	33 227	36,7%	47,2%
<b>Quelques exemples de départements</b>																			
<b>Public</b>																			
41	9	39	18,8%	7	37	15,9%	19	40	32,2%	18	36	33,3%	33	27	55,0%	32	31	50,8%	
42	15	394	3,7%	15	438	3,3%	27	517	5,0%	24	469	4,9%	29	455	6,0%	38	369	9,3%	154,6%
75	787	1 325	37,3%	794	1 421	35,8%	877	1 420	38,2%	895	1 334	40,2%	1 079	1 365	44,1%	1 022	1 426	41,7%	12,0%
87	54	156	25,7%	42	134	23,9%	57	129	30,6%	72	115	38,5%	110	153	41,8%	126	131	49,0%	90,7%
<b>Privé</b>																			
41	19	85	18,3%	25	82	23,4%	25	114	18,0%	36	82	30,5%	34	101	25,2%	42	86	32,8%	79,6%
42	110	236	31,8%	92	242	27,5%	100	210	32,3%	106	187	36,2%	75	187	28,6%	93	150	38,3%	20,4%
75	58	418	12,2%	66	413	13,8%	92	354	20,6%	69	383	15,3%	77	315	19,6%	115	343	25,1%	106,1%
87	19	147	11,4%	23	153	13,1%	15	132	10,2%	19	132	12,6%	24	126	16,0%	18	156	10,3%	-9,6%

Hors établissements PSPH

L'évolution nationale tous secteurs est positive, passant de 25% à 37% entre 2004 et 2009, mais la part d'ambulatoire reste modeste. La part de l'ambulatoire est plus élevée dans le secteur public, seule catégorie d'actes où cela est observé. Les deux secteurs ont progressé, le secteur public un peu moins rapidement que le secteur privé, puisqu'il est parti d'un taux supérieur de 6% à celui du secteur privé, le différentiel en 2009 n'étant plus que de 4%.

**GHM concernés dans les séjours ambulatoires :**

Les 2 GHM 24C23Z « Interventions sur les testicules : séjours de moins de 2 jours » et 24C11Z « Interventions réparatrices pour hernies abdominales : séjours de moins de 2 jours » accueillent 99% des séjours ambulatoires (respectivement 76% et 23%). On retrouve, comme dans l'étude des hernies (cf. acte 5) le chevauchement entre ces deux GHM.

**GHM concernés hors séjours ambulatoires (au moins 100 séjours) :**

Dans le secteur public :

N° GHM V9/10c	LIBELLÉ GHM	2004	2005	2006	2007	2008	2009
24C23Z	Interventions sur les testicules : séjours de moins de 2 jours	4144	4335	4399	4450	4715	4765
12C07Z	Interventions sur les testicules pour des affections non malignes, âge supérieur à 17 ans	3939	4009	4094	3908	3860	3745
12C06Z	Interventions sur les testicules pour des affections non malignes, âge inférieur à 18 ans	3139	2968	2914	2785	2640	2417
06C10Z	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations, âge inférieur à 18 ans	1696	2238	2589	2594	2436	2290
24C11Z	Interventions réparatrices pour hernies abdominales : séjours de moins de 2 jours	961	1341	1490	1419	1477	1414
12C05Z	Interventions sur les testicules pour des tumeurs malignes	778	798	815	795	757	757
06C12V	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans sans CMA	425	443	436	392	386	322
12C01S	Interventions pour affections de l'appareil génital masculin, avec CMAS	107	125	105	120	120	129
13C07V	Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires, âge inférieur à 70 ans sans CMA	4	87	85	82	103	127
06C12W	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans avec CMA	115	116	120	134	126	115
90H02Z	Actes sans relation avec le diagnostic principal : séjours de 2 jours et plus	27	36	51	43	44	105

Dans le secteur privé :

N° GHM V9/10c	LIBELLÉ GHM	2004	2005	2006	2007	2008	2009
12C07Z	Interventions sur les testicules pour des affections non malignes, âge supérieur à 17 ans	8572	8672	8220	7671	7113	6582
24C23Z	Interventions sur les testicules : séjours de moins de 2 jours	3240	3124	3264	3387	3666	3564
12C05Z	Interventions sur les testicules pour des tumeurs malignes	1390	1415	1379	1310	1304	1259
12C06Z	Interventions sur les testicules pour des affections non malignes, âge inférieur à 18 ans	1994	1823	1659	1540	1371	1143
06C12V	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans sans CMA	1387	1493	1365	1269	1292	1137
24C11Z	Interventions réparatrices pour hernies abdominales : séjours de moins de 2 jours	684	681	623	610	614	546
06C10Z	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations, âge inférieur à 18 ans	832	1022	806	675	576	505
06C12W	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans avec CMA	276	347	344	282	251	249
12C04V	Prostatectomies transurétrales sans CMA	343	228	223	186	177	165
12C04W	Prostatectomies transurétrales avec CMA	178	172	156	124	107	107

Les trois GHM spécifiques des interventions sur les testicules pour des affections non malignes sont bien sûr prédominants, mais on observe aussi des séjours dans le GHM des affections malignes, ainsi que comme précédemment dans les GHM de hernies.

On note une proportion importante de séjours non ambulatoires en 24C23Z, recouvrant des séjours de 1 jour. Le tableau ci-après précise ce phénomène.

Répartition des séjours non ambulatoires selon la durée de séjour :

	2004		2005		2006		2007		2008		2009	
1 jour	5248	32%	5815	33%	6041	33%	5999	34%	6330	36%	6308	36%
2 jours	5587	34%	6008	34%	6549	36%	6485	36%	6406	36%	6295	36%
3 jours	2295	14%	2240	13%	2272	12%	2095	12%	2070	12%	1907	11%
Plus de 3 jours	3353	20%	3590	20%	3414	19%	3280	18%	2991	17%	2783	16%
<b>total hospit</b>	<b>16483</b>		<b>17653</b>		<b>18276</b>		<b>17859</b>		<b>17797</b>		<b>17293</b>	
1 jour	4011	20%	3866	20%	3929	21%	4034	23%	4316	25%	4164	26%
2 jours	6286	32%	6823	34%	6642	35%	6423	36%	6183	36%	5982	38%
3 jours	4119	21%	4232	21%	3988	21%	3511	20%	3348	20%	2881	18%
Plus de 3 jours	5364	27%	4889	25%	4158	22%	3689	21%	3208	19%	2907	18%
<b>total hospit</b>	<b>19780</b>		<b>19810</b>		<b>18717</b>		<b>17657</b>		<b>17055</b>		<b>15934</b>	

On peut penser que le potentiel pour augmenter encore le taux de séjours en ambulatoire réside dans les séjours de 1 et 2 jours, voire 3 jours. Pour investiguer ce potentiel, il a été recherché si **d'autres actes classants** que ceux de la liste liée aux interventions sur les testicules étaient présents dans le séjour. Le tableau suivant indique les nombres de séjours concernés selon la durée de séjour en 2009 :

		avec autre acte classant	sans acte classant	% de séjours sans acte classant sur total des séjours = potentiel transférable vers ambulatoire	% de séjours sans acte classant sur total des séjours ayant la même durée de séjour
<b>Public</b>	0 jour	2 862	8 026		73,7%
	1 jour	844	5 464	19,4%	86,6%
	2 jours	1 055	5 240	18,6%	83,2%
	3 jours	394	1 513	5,4%	79,3%
<b>Privé</b>	0 jour	1 665	6 707		80,1%
	1 jour	598	3 566	14,7%	85,6%
	2 jours	993	4 989	20,5%	83,4%
	3 jours	831	2 050	8,4%	71,2%

La proportion de séjours de courte durée sans autre acte classant est donc importante quelle que soit la durée de séjour, et représente un potentiel d'accroissement supplémentaire de la prise en charge ambulatoire des interventions sur les testicules.

Les principaux actes classants concernés sont en hospitalisation :

Dans le secteur public :

Actes	Libellé	Nb séjours
JHFA009	POSTHECTOMIE	474
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	330
LMMA017	CURE UNILAT. 1H ING. SANS PROTH. +AG/ALR AB. INGUINAL	310
LMMA012	CURE UNILAT. 1H ING. +PROTH. AB. INGUINAL	303
JHPA003	LIBÉR. ADHÉR. PRÉPUCE PÉNIS	199
JHPA001	SECTION/PLASTIE FREIN PRÉPUCE PÉNIS	176
GELE001	INTUB. FIBRO/DISPOSITIF LARYNGÉ PARTICULIER PDT 1AG	167
ZCQC002	EXPLO. CAV. ABD. COELIO.	149
JGFA015	RÉSEC. 1HYPERTROPHIE PROSTATE URÉTRICYSTOSCOPIE	148
GLQP005	SPO2 PDT AU MOINS 6H	125
ZZHA001	PRÉLÈV. PEROP. PR EXAM. CYTO. +/- ANAT.PATH EXTEMPORANÉ	120
LMMA014	CURE H OMBIL. AV. ÂGE 16ANS AB. DIRECT	110

Dans le secteur privé :

Acte	Libellé	Nbséjours
LMMA017	CURE UNILAT. 1H ING. SANS PROTH. +AG/ALR AB. INGUINAL	806
LMMA012	CURE UNILAT. 1H ING. +PROTH. AB. INGUINAL	790
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	481
JGFA015	RÉSEC. 1HYPERTROPHIE PROSTATE URÉTRICYSTOSCOPIE	252
JHFA009	POSTHECTOMIE	237
ZZHA001	PRÉLÈV. PEROP. PR EXAM. CYTO. +/- ANAT.PATH EXTEMPORANÉ	193
LMMC002	CURE UNILAT. 1H ING. +PROTH. VIDÉOCHIRURGIE	112
JHPA001	SECTION/PLASTIE FREIN PRÉPUCE PÉNIS	109

Les **distributions par âge** selon que le patient est pris en charge en ambulatoire ou non, nous donnent des indications supplémentaires :

		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
		âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus
Public	Ambu	8,1	0%	8,2	0%	8,2	0%	8,2	0%	8,8	0%	9,3	0%
	hospit	24,6	5%	24,1	5%	23,5	5%	23,3	5%	23,7	5%	24,2	5%
Privé	Ambu	18,8	1%	20,3	2%	20,6	2%	20,9	2%	21,1	2%	23,1	2%
	hospit	40,5	9%	41,0	9%	41,3	9%	41,4	9%	42,0	9%	42,6	10%

Dans les 2 secteurs, l'âge moyen et la part des 75 ans et plus en hospitalisation sont plus élevés qu'en ambulatoire. Dans le secteur privé, les patients sont plus âgés que dans le secteur public en hospitalisation et en ambulatoire. Ces observations laissent supposer qu'il y a plusieurs populations dans cette catégorie d'actes.

Une autre manière de considérer le potentiel d'évolution est de regarder la **proportion d'établissements dépassant déjà 80% de taux d'ambulatoire** en 2009 :

	% d'établissements ayant un taux de chir ambulatoire >=80%
Public	1%
Privé	4%

Cette proportion est particulièrement faible, et on peut penser que 80% d'ambulatoire ne constitue pas une cible pour cette catégorie d'actes.

### Conclusion

- Evolution positive du taux d'ambulatoire dans les deux secteurs, toutefois dans des proportions modestes : de 25% à 37%
- Evolution plus rapide du secteur privé, mais taux d'ambulatoire plus important dans le secteur public
- Et existence d'un potentiel transférable supplémentaire de l'hospitalisation vers l'ambulatoire, de 15% à 20%

## Evolution de l'activité de chirurgie ambulatoire dans le secteur public et le secteur privé : Acte 11 : Hémorroïdectomies

### Bilan national 2004-2009 :

Ensemble	2004			2005			2006			2007			2008			2009			Evolution 2009/2004 du % Ambu sur total
	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	
Public	589	6 642	8,1%	752	6 621	10,2%	843	6 801	11,0%	921	6 968	11,7%	1 045	6 836	13,3%	1 122	6 803	14,2%	73,8%
Privé	3 469	22 514	13,4%	5 497	22 411	19,7%	7 289	22 907	24,1%	4 973	22 106	18,4%	4 616	22 669	16,9%	4 956	22 118	18,3%	37,1%
TOTAL	4 058	29 156	12,2%	6 249	29 032	17,7%	8 132	29 708	21,5%	5 894	29 074	16,9%	5 661	29 505	16,1%	6 078	28 921	17,4%	42,1%
<b>Quelques exemples de départements</b>																			
<b>Public</b>																			
41	3	14	17,6%	1	30	3,2%		20	0,0%	3	22	12,0%	2	27	6,9%	5	29	14,7%	
42	10	132	7,0%	5	111	4,3%	10	126	7,4%	13	141	8,4%	12	114	9,5%	6	122	4,7%	-33,4%
75	2	193	1,0%	6	171	3,4%	3	148	2,0%	2	120	1,6%	4	132	2,9%	1	110	0,9%	-12,2%
87	1	75	1,3%	2	43	4,4%		58	0,0%	4	60	6,3%	1	57	1,7%	1	36	2,7%	105,4%
<b>Privé</b>																			
41	5	60	7,7%	60	4	93,8%	6	71	7,8%	1	61	1,6%	3	71	4,1%	3	60	4,8%	-38,1%
42	20	294	6,4%	246	28	89,8%	39	213	15,5%	35	220	13,7%	38	224	14,5%	27	177	13,2%	107,8%
75	285	664	30,0%	608	307	66,4%	319	553	36,6%	175	565	23,6%	165	628	20,8%	181	569	24,1%	-19,6%
87	5	351	1,4%	316	6	98,1%	7	323	2,1%	5	327	1,5%	5	303	1,6%	7	300	2,3%	62,3%

### Hors établissements PSPH

L'évolution nationale tous secteurs est positive, mais pour des taux faibles, passant de 12% à 17% entre 2004 et 2009. Les deux secteurs ont progressé, le secteur public plus rapidement que le secteur privé, puisqu'il est parti d'un taux inférieur de 5% à celui du secteur privé, le différentiel en 2009 n'étant plus que de 4%.

### GHM concernés dans les séjours ambulatoires :

GHM	Libellé	Public		Privé		Total	
		Séjours	Part	Séjours	Part	Séjours	Part
24C45Z	Hémorroïdectomies : séjours de moins de 2 jours	610	54,4%	2 300	46,4%	2 910	47,9%
24K28Z	Endoscopies digestives diagnostiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours	257	22,9%	1 407	28,4%	1 664	27,4%
24K26Z	Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours	151	13,5%	916	18,5%	1 067	17,6%
24K29Z	Endoscopies digestives diagnostiques sans anesthésie : séjours de moins de 2 jours	28	2,5%	119	2,4%	147	2,4%

Le GHM 24C45Z accueille moins de la moitié des séjours ambulatoires (48%). Les 3 autres principaux GHM sont des GHM d'endoscopies digestives.

### GHM concernés hors séjours ambulatoires (au moins 100 séjours) :

Dans le secteur public :

N° GHM V9/10c	LIBELLÉ GHM	2004	2005	2006	2007	2008	2009
06C14V	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales sans CMA	4738	4453	4664	4713	4430	4367
24C45Z	Hémorroïdectomies : séjours de moins de 2 jours		812	794	891	1040	1116
06C14W	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales avec CMA	541	561	574	571	544	578

Dans le secteur privé :

N° GHM V9/10c	LIBELLÉ GHM	2004	2005	2006	2007	2008	2009
06C14V	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales sans CMA	18388	17715	18037	17566	17822	17097
24C45Z	Hémorroïdectomies : séjours de moins de 2 jours		1809	1829	1986	2476	2644
06C14W	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales avec CMA	1530	1777	1835	1616	1517	1542
24K28Z	Endoscopies digestives diagnostiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours		214	170	184	190	160
24K26Z	Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours		103	105	104	121	121

Les GHM spécifiques des interventions sur le rectum et des hémorroïdectomies sont bien sûr prédominants. On note une proportion importante de séjours non ambulatoires en 24C45Z, recouvrant des séjours de 1 jour. Le tableau ci-après précise ce phénomène.

Répartition des séjours non ambulatoires selon la durée de séjour :

		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
<b>Public</b>	1 jour	778	12%	934	14%	920	14%	1009	14%	1187	17%	1254	18%
	2 jours	1387	21%	1415	21%	1514	22%	1629	23%	1708	25%	1798	26%
	3 jours	1623	24%	1432	22%	1600	24%	1659	24%	1561	23%	1527	22%
	Plus de 3 jours	2854	43%	2840	43%	2767	41%	2671	38%	2380	35%	2224	33%
	<b>total hospit</b>	<b>6642</b>		<b>6621</b>		<b>6801</b>		<b>6968</b>		<b>6836</b>		<b>6803</b>	
<b>Privé</b>	1 jour	1957	9%	2187	10%	2151	9%	2331	11%	2853	13%	2999	44%
	2 jours	3624	16%	4207	19%	4658	20%	4877	22%	5815	26%	6335	93%
	3 jours	6265	28%	6539	29%	7044	31%	6877	31%	6808	30%	6439	95%
	Plus de 3 jours	10668	47%	9478	42%	9054	40%	8021	36%	7193	32%	6345	93%
	<b>total hospit</b>	<b>22514</b>		<b>22411</b>		<b>22907</b>		<b>22106</b>		<b>22669</b>		<b>22118</b>	

On peut penser que le potentiel pour augmenter encore le taux de séjours en ambulatoire réside dans les séjours de 1 et 2 jours, voire 3 jours. Mais le taux de séjours au-delà de 3 jours est important.

Pour investiguer ce potentiel, il a été recherché si **d'autres actes classants** que ceux de la liste liée aux hémorroïdectomies étaient présents dans le séjour. Le tableau suivant indique pour l'année 2009 les nombres de séjours concernés selon la durée de séjour :

		avec autre acte classant	sans acte classant	% de séjours sans acte classant sur total des séjours = potentiel transférable vers ambulatoire	% de séjours sans acte classant sur total des séjours ayant la même durée de séjour
<b>Public</b>	0 jour	750	372		33,2%
	1 jour	363	891	11,2%	71,1%
	2 jours	360	1 438	18,1%	80,0%
	3 jours	304	1 223	15,4%	80,1%
<b>Privé</b>	0 jour	3 812	1 144		23,1%
	1 jour	1 162	1 837	6,8%	61,3%
	2 jours	1 773	4 562	16,9%	72,0%
	3 jours	1 646	4 793	17,7%	74,4%

La proportion de séjours de courte durée sans autre acte classant est relativement importante dans les séjours de 1 à 3 jours, notamment dans le secteur public, et représente un potentiel d'accroissement supplémentaire de la prise en charge ambulatoire des hémorroïdes.

Les principaux actes classants concernés sont en hospitalisation :

Dans le secteur public :

Acte	Libellé	Nb séjours
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	729
HHQE005	COLO. TOT. +BAS-FOND CÆCAL SANS FRANCHISST ILÉOCOLIQUE	252
HEQE002	ENDOS. O.G.D	216
HJQE001	COLO.	156
HHQE002	COLO. TOT. +FRANCHISSEMENT ORIFICE ILÉOCOLIQUE	68
HKFA004	EXCISION 1FISSURE	67
HHFE002	EXÉRÈSE 1À 3POLYPES <1CM CÔLON +/- RECTUM COLO. TOT.	63
HHQE004	COLO AU DELÀ CÔLON SIGMOÏDE	59

Dans le secteur privé :

Acte	Libellé	Nb séjours
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	3031
HHQE005	COLO. TOT. +BAS-FOND CÆCAL SANS FRANCHISST ILÉOCOLIQUE	1158
HHFE002	EXÉRÈSE 1À 3POLYPES <1CM CÔLON +/- RECTUM COLO. TOT.	544
HKFA005	EXCISION 1FISSURE +/- 1STÉNOSE ANALE +ANOPLAST.	417
HHQE002	COLO. TOT. +FRANCHISSEMENT ORIFICE ILÉOCOLIQUE	348
HKFA001	DESTRUC. +/- EXÉRÈSE TB CANAL ANAL	334
HEQE002	ENDOS. O.G.D	332
HKPA007	MISE À PLAT ABCÈS +/- FISTULE HT ANUS/TRAJET COMPLEX +ANSE S	314
HKFA004	EXCISION 1FISSURE	260
HKFA008	DESTRUC. +/- EXÉRÈSE LÉS. SUPERF. NON T. ANUS	259

Les **distributions par âge** selon que le patient est pris en charge en ambulatoire ou non, nous donnent des indications supplémentaires :

		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
		âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus
Public	Ambu	48,5	7%	47,4	3%	49,2	5%	48,9	4%	49,1	4%	49,2	3%
	hospit	47,7	5%	48,6	6%	48,8	6%	49,3	6%	49,3	6%	49,4	6%
Privé	Ambu	47,5	3%	49,5	4%	50,1	4%	49,9	3%	49,7	3%	50,0	3%
	hospit	48,4	3%	48,9	4%	49,1	4%	49,4	4%	49,5	4%	49,4	4%

Dans les 2 secteurs, il n'y a pas de différence d'âge entre l'hospitalisation et l'ambulatoire. Les taux de patients de 75 ans et plus sont faibles. Ces observations ne viennent pas modifier les estimations de taux de séjours transférables en ambulatoire évoqués plus haut.

Une autre manière de considérer le potentiel d'évolution est de regarder la **proportion d'établissements dépassant déjà 80% de taux d'ambulatoire** en 2009 :

	% d'établissements ayant un taux de chir ambulatoire >=80%
Public	2%
Privé	4%

Cette proportion est très faible, incitant à ne pas considérer 80% d'ambulatoire comme une cible pour cette catégorie d'actes.

#### Conclusion

- Evolution positive du taux d'ambulatoire dans les deux secteurs, mais pour des taux modestes : de 12% à 17% entre 2004 et 2009
- Existence d'un potentiel transférable supplémentaire de l'hospitalisation vers l'ambulatoire, de l'ordre de 10% dans l'estimation basse

Evolution de l'activité de chirurgie ambulatoire dans le secteur public et le secteur privé : Acte 12 : Interventions sur la zone anale et périnéale

Bilan national 2004-2009 :

Ensemble	2004			2005			2006			2007			2008			2009			Evolution 2009/2004 du % Ambu sur total
	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	
Public	1 718	16 614	9,4%	1 989	18 788	9,6%	2 383	20 428	10,4%	2 684	20 837	11,4%	3 233	22 150	12,7%	4 046	22 925	15,0%	60,1%
Privé	6 937	30 689	18,4%	8 466	33 557	20,1%	9 895	34 263	22,4%	9 817	33 825	22,5%	10 630	33 667	24,0%	12 019	33 301	26,5%	43,8%
TOTAL	8 655	47 303	15,5%	10 455	52 345	16,6%	12 278	54 691	18,3%	12 501	54 662	18,6%	13 863	55 817	19,9%	16 065	56 226	22,2%	43,7%
<b>Quelques exemples de départements</b>																			
<b>Public</b>																			
41	16	49	24,6%	6	80	7,0%	8	96	7,7%	22	90	19,6%	32	87	26,9%	37	84	30,6%	
42	28	229	10,9%	32	318	9,1%	37	335	9,9%	43	364	10,6%	65	375	14,8%	86	340	20,2%	85,3%
75	64	1 108	5,5%	68	1 198	5,4%	89	1 136	7,3%	96	1 108	8,0%	105	1 140	8,4%	106	1 217	8,0%	46,7%
87	1	124	0,8%	1	129	0,8%	15	127	10,6%	12	151	7,4%	18	116	13,4%	19	133	12,5%	1462,5%
<b>Privé</b>																			
41	10	176	5,4%	20	164	10,9%	14	148	8,6%	21	167	11,2%	19	203	8,6%	36	178	16,8%	212,9%
42	116	369	23,9%	122	374	24,6%	123	382	24,4%	100	340	22,7%	109	383	22,2%	106	340	23,8%	-0,6%
75	377	974	27,9%	387	1 081	26,4%	503	1 128	30,8%	542	1 048	34,1%	530	1 028	34,0%	648	1 012	39,0%	39,9%
87	11	322	3,3%	15	355	4,1%	18	409	4,2%	14	395	3,4%	21	344	5,8%	47	375	11,1%	237,2%

Hors établissements PSPH

Comme dans le cas précédent, l'évolution nationale tous secteurs est positive, mais pour des taux faibles, passant de 15% à 22% entre 2004 et 2009. Les deux secteurs ont progressé ; malgré un taux d'évolution plus important, le secteur public garde un fort différentiel par rapport au secteur privé, puisqu'il est parti d'un taux inférieur de 9% et qu'on observe 11% de différence en 2009.

**GHM concernés dans les séjours ambulatoires :**

GHM	Libellé	Public		Privé		Total	
		Séjours	Part	Séjours	Part	Séjours	Part
24C48Z	Interventions sur la peau et les tissus sous-cutanés : séjours de moins de 2 jours	2 160	53,4%	5 491	45,7%	7 651	47,6%
24C12Z	Interventions sur le rectum et l'anus : séjours de moins de 2 jours	1 620	40,0%	5 627	46,8%	7 247	45,1%
24C45Z	Hémorroïdectomies : séjours de moins de 2 jours	28	0,7%	242	2,0%	270	1,7%

Ces 3 GHM accueillent 95% des séjours ambulatoires.

**GHM concernés hors séjours ambulatoires (au moins 100 séjours) :**

Dans le secteur public :

N° GHM V9/10c	LIBELLÉ GHM	2004	2005	2006	2007	2008	2009
06C14V	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales sans CMA	6736	6602	6809	6723	6614	6470
09C08Z	Interventions sur la région anale et périanale	3601	4849	5447	5553	5713	5676
24C48Z	Interventions sur la peau et les tissus sous-cutanés : séjours de moins de 2 jours		2752	3383	3692	4467	4953
24C12Z	Interventions sur le rectum et l'anus : séjours de moins de 2 jours	2439	2437	2725	2861	3267	3655
06C14W	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales avec CMA	1014	1000	1090	1017	999	1081
09C03V	Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites sans CMA	56	93	90	87	116	123
90H02Z	Actes sans relation avec le diagnostic principal : séjours de 2 jours et plus	30	28	38	45	52	123

Dans le secteur privé :

N° GHM V9/10c	LIBELLÉ GHM	2004	2005	2006	2007	2008	2009
06C14V	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales sans CMA	16950	15002	14582	14075	13455	12827
09C08Z	Interventions sur la région anale et périanale	4499	6985	7208	7002	6725	6260
24C48Z	Interventions sur la peau et les tissus sous-cutanés : séjours de moins de 2 jours		3776	4332	4760	5355	5818
24C12Z	Interventions sur le rectum et l'anus : séjours de moins de 2 jours	4527	4395	4745	4820	5173	5454
06C14W	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales avec CMA	1624	1646	1590	1452	1295	1238
09C03V	Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites sans CMA	242	650	847	941	880	842
24C45Z	Hémorroïdectomies : séjours de moins de 2 jours		202	200	202	252	276

Les GHM spécifiques des interventions sur le rectum et sur la région anale et périanale sont bien sûr prédominants. On note une proportion importante de séjours non ambulatoires en 24C48Z et 24C12Z, recouvrant des séjours de 1 jour. Le tableau ci-après précise ce phénomène.

Répartition des séjours non ambulatoires selon la durée de séjour :

	2004		2005		2006		2007		2008		2009	
1 jour	4508	27%	5367	29%	6284	31%	6720	32%	7927	36%	8824	38%
2 jours	4623	28%	5416	29%	5956	29%	6367	31%	6932	31%	6986	30%
3 jours	2860	17%	3090	16%	3313	16%	3040	15%	2991	14%	2920	13%
Plus de 3 jours	4623	28%	4915	26%	4875	24%	4710	23%	4300	19%	4195	18%
<b>total hospit</b>	<b>16614</b>		<b>18788</b>		<b>20428</b>		<b>20837</b>		<b>22150</b>		<b>22925</b>	
1 jour	6790	22%	8514	25%	9371	27%	9879	29%	10894	32%	11657	51%
2 jours	8356	27%	10500	31%	11364	33%	11604	34%	11811	35%	11607	51%
3 jours	6941	23%	7458	22%	7359	21%	6894	20%	6236	19%	5771	25%
Plus de 3 jours	8602	28%	7085	21%	6169	18%	5448	16%	4726	14%	4266	19%
<b>total hospit</b>	<b>30689</b>		<b>33557</b>		<b>34263</b>		<b>33825</b>		<b>33667</b>		<b>33301</b>	

On peut penser que le potentiel pour augmenter encore le taux de séjours en ambulatoire réside dans les séjours de 1 et 2 jours, voire 3 jours. Pour investiguer ce potentiel, il a été recherché si d'autres actes classants que ceux de la liste liée aux interventions sur la zone anale et périnéale étaient présents dans le séjour. Le tableau suivant indique les nombres de séjours concernés selon la durée de séjour en 2009 :

		avec autre acte classant	sans acte classant	% de séjours sans acte classant sur total des séjours = potentiel transférable vers ambulatoire	% de séjours sans acte classant sur total des séjours ayant la même durée de séjour
<b>Public</b>	0 jour	1 009	3 037		75,1%
	1 jour	806	8 018	29,7%	90,9%
	2 jours	795	6 191	23,0%	88,6%
	3 jours	423	2 497	9,3%	85,5%
<b>Privé</b>	0 jour	3 783	8 236		68,5%
	1 jour	1 654	10 003	22,1%	85,8%
	2 jours	2 274	9 333	20,6%	80,4%
	3 jours	1 485	4 286	9,5%	74,3%

La proportion de séjours de courte durée sans autre acte classant est importante, quelle que soit la durée de séjour, et représente un potentiel d'accroissement supplémentaire de la prise en charge ambulatoire des interventions sur la zone anale et périnéale.

Les principaux actes classants concernés sont en hospitalisation :

Dans le secteur public :

Acte	Libellé	Nbséjours
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	1315
HJQD001	EXAM. RECTUM +AG V.ANALE	247
GELE001	INTUB. FIBRO/DISPOSITIF LARYNGÉ PARTICULIER PDT 1AG	220
QZMA001	RÉPAR. LAMBEAU LOC. PÉD.NON INDIVID. SF TÊTE	139
QZJA011	ÉVAC. COLLECTION PROF. AB. DIRECT	133
EGFA003	HÉMORROÏDECTOMIE PÉD. SSMUQ	123
HJQE001	COLO.	119
HEQE002	ENDOS. O.G.D	106
HHCA002	COLOSTOMIE CUT. LAPARO	103

Dans le secteur privé :

Acte	Libellé	Nb séjours
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	3607
QZMA001	RÉPAR. LAMBEAU LOC. PÉD.NON INDIVID. SF TÊTE	1156
EGFA002	HÉMORROÏDECTOMIE PÉD. SSMUQ +ANOPLAST. POST. +SPHINCTÉROTOMI	638
EGFA005	RÉSEC. 1PAQUET HÉMORROÏDAIRE ISOLÉ	437
HHQE005	COLO. TOT. +BAS-FOND CÆCAL SANS FRANCHISST ILÉOCOLIQUE	354
EGFA003	HÉMORROÏDECTOMIE PÉD. SSMUQ	199
HHFE002	EXÉRÈSE 1À 3POLYPES <1CM CÔLON +/- RECTUM COLO. TOT.	193
HHQE002	COLO. TOT. +FRANCHISSEMENT ORIFICE ILÉOCOLIQUE	185
PDFA001	EXÉRÈSE LÉS. FASCIA+/-SSFASCIA TISSUS MOUS SANS DISSECTION V	135
HEQE002	ENDOS. O.G.D	128
HJQD001	EXAM. RECTUM +AG V.ANALE	124
EGFA001	HÉMORROÏDECTOMIE PÉD. SEMIFERMÉE/FERMÉE	115
HJAD001	DILAT/INCISION STÉNOSE ANORECT.	111
HKPA002	MISE À PLAT FISTULE BASSE ANUS +RÉSEC. 1PAQUET HÉMORROÏDAIRE	105

Les **distributions par âge** selon que le patient est pris en charge en ambulatoire ou non, nous donnent des indications supplémentaires :

	2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus
Ambu	34,8	1%	34,1	1%	34,4	1%	34,5	1%	34,4	1%	33,5	1%
hospit	37,7	4%	36,1	3%	35,6	3%	35,7	3%	35,5	3%	35,3	3%
Ambu	39,4	1%	38,8	1%	38,8	2%	38,4	1%	38,0	1%	37,8	1%
hospit	42,4	3%	40,0	3%	39,9	3%	39,6	3%	39,3	3%	39,3	3%

Dans les 2 secteurs, l'âge moyen et la part des 75 ans et plus sont un peu plus importants en hospitalisation qu'en ambulatoire. L'âge moyen est un peu plus élevé dans le secteur privé tant en hospitalisation qu'en ambulatoire. Ces observations ne viennent pas modifier les estimations de taux de séjours transférables en ambulatoire évoqués plus haut.

Une autre manière de considérer le potentiel d'évolution est de regarder la **proportion d'établissements dépassant déjà 80% de taux d'ambulatoire** en 2009 :

	% d'établissements ayant un taux de chir ambulatoire >=80%
<b>Public</b>	2%
<b>Privé</b>	5%

Cette proportion est très faible, incitant à ne pas considérer 80% d'ambulatoire comme une cible pour cette catégorie d'actes.

### Conclusion

- Evolution positive du taux d'ambulatoire dans les deux secteurs, mais pour des taux modestes : de 15% à 22% entre 2004 et 2009
- Existence d'un potentiel transférable supplémentaire de l'hospitalisation vers l'ambulatoire, de l'ordre de 30%

Evolution de l'activité de chirurgie ambulatoire dans le secteur public et le secteur privé : Acte 13 : Interventions sur le col de l'utérus, la vulve et le vagin

Bilan national 2004-2009 :

Ensemble	2004			2005			2006			2007			2008			2009			Evolution 2009/2004 du % Ambu sur total
	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	
Public	5 999	10 977	35,3%	6 317	11 326	35,8%	7 020	11 123	38,7%	7 149	11 313	38,7%	7 728	11 189	40,9%	7 898	11 113	41,5%	17,6%
Privé	12 834	10 579	54,8%	14 861	9 841	60,2%	15 827	9 183	63,3%	12 576	8 742	59,0%	11 829	8 129	59,3%	12 273	7 860	61,0%	11,2%
TOTAL	18 833	21 556	46,6%	21 178	21 167	50,0%	22 847	20 306	52,9%	19 725	20 055	49,6%	19 557	19 318	50,3%	20 171	18 973	51,5%	10,5%
<b>Quelques exemples de départements</b>																			
<b>Public</b>																			
41	7	54	11,5%	8	37	17,8%	9	29	23,7%	27	26	50,9%	47	20	70,1%	30	32	48,4%	
42	66	179	26,9%	80	181	30,7%	113	170	39,9%	87	167	34,3%	85	169	33,5%	68	173	28,2%	4,7%
75	251	708	26,2%	300	880	25,4%	355	812	30,4%	361	837	30,1%	407	915	30,8%	426	924	31,6%	20,6%
87	18	60	23,1%	21	69	23,3%	25	67	27,2%	25	75	25,0%	26	64	28,9%	48	96	33,3%	44,4%
<b>Privé</b>																			
41	7	50	12,3%	23	37	38,3%	20	50	28,6%	5	36	12,2%	19	26	42,2%	12	29	29,3%	138,3%
42	56	67	45,5%	135	70	65,9%	150	95	61,2%	113	75	60,1%	131	77	63,0%	111	62	64,2%	40,9%
75	1 391	407	77,4%	1 605	412	79,6%	1 507	323	82,3%	1 085	309	77,8%	987	298	76,8%	977	288	77,2%	-0,2%
87	248	89	73,6%	115	70	62,2%	82	62	56,9%	80	58	58,0%	101	41	71,1%	90	44	67,2%	-8,7%

Hors établissements PSPH

L'évolution nationale tous secteurs est positive, passant de 47% à 52% entre 2004 et 2009. Les deux secteurs ont progressé à un rythme similaire, avec un différentiel public/privé d'environ 19%.

GHM concernés dans les séjours ambulatoires :

GHM	Libellé	Public		Privé		Total	
		Séjours	Part	Séjours	Part	Séjours	Part
24C27Z	Interventions sur la vulve, le vagin et le col utérin : séjours de moins de 2 jours	7 334	92,9%	11 572	94,3%	18 906	93,7%
24C48Z	Interventions sur la peau et les tissus sous-cutanés : séjours de moins de 2 jours	102	1,3%	165	1,3%	267	1,3%
24C31Z	Affections de la CMD 14 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 14	116	1,5%	54	0,4%	170	0,8%
24C30Z	Dilatations et curetages au cours de la grossesse en dehors des interruptions volontaires : séjours de moins de 2 jours	36	0,5%	123	1,0%	159	0,8%

Les 4 GHM ci-dessus accueillent 97% des séjours ambulatoires.

**GHM concernés hors séjours ambulatoires (au moins 150 séjours) :**

Dans le secteur public :

N° GHM V9/10c	LIBELLÉ GHM	2004	2005	2006	2007	2008	2009
24C27Z	Interventions sur la vulve, le vagin et le col utérin : séjours de moins de 2 jours	3666	3889	4105	4238	4388	4610
13C08V	Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin, âge inférieur à 70 ans sans CMA	4028	4228	3993	4079	3683	3385
13C08W	Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	569	514	554	546	536	520
14Z02A	Accouchements par voie basse sans complication significative	227	369	200	185	217	204
13C04V	Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin, âge inférieur à 70 ans sans CMA	285	163	174	179	182	178
13C07V	Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires, âge inférieur à 70 ans sans CMA	189	139	135	157	168	165
90H02Z	Actes sans relation avec le diagnostic principal : séjours de 2 jours et plus	26	37	63	53	51	160

Dans le secteur privé :

N° GHM V9/10c	LIBELLÉ GHM	2004	2005	2006	2007	2008	2009
24C27Z	Interventions sur la vulve, le vagin et le col utérin : séjours de moins de 2 jours	3159	3130	2980	2909	2914	2960
13C08V	Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin, âge inférieur à 70 ans sans CMA	3969	3630	3269	3011	2604	2320
13C08W	Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	475	472	427	421	385	344
13C07V	Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires, âge inférieur à 70 ans sans CMA	468	260	170	174	214	229
13C04V	Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin, âge inférieur à 70 ans sans CMA	309	275	285	222	195	219
24C48Z	Interventions sur la peau et les tissus sous-cutanés : séjours de moins de 2 jours		51	76	31	38	208

Les trois GHM spécifiques des interventions sur la vulve, le col de l'utérus et le vagin sont bien sûr prédominants, mais il y a une certaine dispersion sur d'autres GHM. On note une proportion importante de séjours non ambulatoires en 24C27Z, recouvrant des séjours de 1 jour.

Répartition des séjours non ambulatoires selon la durée de séjour :

	2004		2005		2006		2007		2008		2009	
1 jour	3986	36%	4254	38%	4448	40%	4582	41%	4754	42%	4957	45%
2 jours	2992	27%	3148	28%	3005	27%	3080	27%	2894	26%	2755	25%
3 jours	1243	11%	1179	10%	1091	10%	1153	10%	1055	9%	986	9%
Plus de 3 jours	2756	25%	2745	24%	2579	23%	2498	22%	2486	22%	2415	22%
<b>total hospit</b>	<b>10977</b>		<b>11326</b>		<b>11123</b>		<b>11313</b>		<b>11189</b>		<b>11113</b>	
1 jour	3527	33%	3459	35%	3295	36%	3326	38%	3306	41%	3443	44%
2 jours	3209	30%	2917	30%	2855	31%	2614	30%	2362	29%	2144	27%
3 jours	1469	14%	1326	13%	1139	12%	1060	12%	895	11%	882	11%
Plus de 3 jours	2374	22%	2139	22%	1894	21%	1742	20%	1566	19%	1391	18%
<b>total hospit</b>	<b>10579</b>		<b>9841</b>		<b>9183</b>		<b>8742</b>		<b>8129</b>		<b>7860</b>	

On peut penser que le potentiel pour augmenter encore le taux de séjours en ambulatoire réside dans les séjours de 1 et 2 jours, voire 3 jours. Pour investiguer ce potentiel, il a été recherché si **d'autres actes classants** que ceux de la liste liée à l'intervention sur le col de l'utérus, la vulve ou le vagin étaient présents dans le séjour. Le tableau suivant indique les nombres de séjours concernés selon la durée de séjour en 2009 :

		avec autre acte classant	sans acte classant	% de séjours sans acte classant sur total des séjours = potentiel transférable vers ambulatoire	% de séjours sans acte classant sur total des séjours ayant la même durée de séjour
<b>Public</b>	0 jour	3 760	4 138		52,4%
	1 jour	998	3 959	20,8%	79,9%
	2 jours	783	1 972	10,4%	71,6%
	3 jours	374	612	3,2%	62,1%
<b>Privé</b>	0 jour	6 938	5 335		43,5%
	1 jour	1 136	2 307	11,5%	67,0%
	2 jours	892	1 252	6,2%	58,4%
	3 jours	425	457	2,3%	51,8%

La proportion de séjours de courte durée sans autre acte classant est donc importante, notamment en secteur public, et représente un potentiel d'accroissement supplémentaire de la prise en charge ambulatoire des interventions sur le col de l'utérus, la vulve et le vagin.

Les principaux actes classants concernés sont en hospitalisation :

Dans le secteur public :

Acte	Libellé	Nb séjours
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	1289
AFLB010	PÉRI/RACHI PDT ACCOUCT V. BASSE	295
JKQE001	HYSTÉROSCOPIE +CURETAGE CAV. UT.	160
JKFA031	CONISATION COL UT.	153
ZCQD001	EXAM. CLINIQUE PELVIS +PÉRINÉE FÉMININS +AG	143
ZCQC002	EXPLO. CAV. ABD. COELIO.	122
JDQE003	URÉTRCYSTOSCOPIE À ENDOSCOPE RIGIDE	114
JDDB001	CERVICOCYSTOPEXIE BANDELETTE INFRA-URÉTR V.BASSE +TRANSCUT.+	108
JKQE002	HYSTÉROSCOPIE	104

Dans le secteur privé :

Acte	Libellé	Nb séjours
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	1628
QZMA004	RÉPAR. LAMBEAU LOC/RÉG. PÉD. VASC. SF TÊTE	246
AFLB010	PÉRI/RACHI PDT ACCOUCT V. BASSE	172
JKFA031	CONISATION COL UT.	149
JDDB001	CERVICOCYSTOPEXIE BANDELETTE INFRA-URÉTR V.BASSE +TRANSCUT.+	135
JKNE001	ABRASION MUQ. UT. HYSTÉROSCOPIE	132
JKGD003	CURETAGE CAV. UT. DIAG.	116
JJFC003	KYSTECTOMIE OVARIENNE PÉRIT. COELIO.	106

Les **distributions par âge** selon que le patient est pris en charge en ambulatoire ou non, nous donnent des indications supplémentaires :

		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
		âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus
<b>Public</b>	Ambu	35,4	1%	35,5	1%	35,6	1%	35,5	1%	35,8	1%	35,7	1%
	hospit	41,4	6%	39,9	6%	39,9	6%	40,0	6%	39,9	6%	39,8	6%
<b>Privé</b>	Ambu	36,2	1%	36,0	1%	36,1	1%	36,3	1%	36,2	1%	36,4	1%
	hospit	43,7	6%	43,9	6%	44,0	7%	44,0	7%	43,8	7%	43,9	7%

Dans les 2 secteurs, l'âge moyen et la part des 75 ans et plus en hospitalisation sont plus élevés qu'en ambulatoire. Dans le secteur privé, les patients en hospitalisation sont légèrement plus âgés que dans le secteur public. Ces observations ne viennent pas modifier les estimations de taux de séjours transférables en ambulatoire évoqués plus haut.

Une autre manière de considérer le potentiel d'évolution est de regarder la **proportion d'établissements dépassant déjà 80% de taux d'ambulatoire** en 2009 :

	% d'établissements ayant un taux de chir ambulatoire >=80%
<b>Public</b>	3%
<b>Privé</b>	13%

On constate que ces proportions sont faibles ; le taux de 80% d'ambulatoire ne constitue pas une cible à atteindre à court terme.

### Conclusion

- Faible évolution du taux d'ambulatoire dans les deux secteurs sur la période : de 47% à 52%
- Différentiel public/privé de l'ordre de 19% en faveur du secteur privé
- Existence d'un potentiel transférable supplémentaire de l'hospitalisation vers l'ambulatoire, de l'ordre de 20% dans le secteur public, de 12% dans le secteur privé

Evolution de l'activité de chirurgie ambulatoire dans le secteur public et le secteur privé : Acte 14 : dilatations et curetages (hors post-partum)

Bilan national 2004-2009 :

Ensemble	2004			2005			2006			2007			2008			2009			Evolution 2009/2004 du % Ambu sur total
	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	
Public	9 035	13 596	39,9%	8 636	11 939	42,0%	9 429	11 626	44,8%	10 932	11 307	49,2%	12 241	10 312	54,3%	13 187	9 052	59,3%	48,5%
Privé	16 936	17 430	49,3%	13 491	15 649	46,3%	16 398	11 756	58,2%	16 666	10 609	61,1%	16 199	9 173	63,8%	17 404	7 837	69,0%	39,9%
TOTAL	25 971	31 026	45,6%	22 127	27 588	44,5%	25 827	23 382	52,5%	27 598	21 916	55,7%	28 440	19 485	59,3%	30 591	16 889	64,4%	41,4%
<b>Quelques exemples de départements</b>																			
<b>Public</b>																			
41	12	104	10,3%	20	91	18,0%	27	72	27,3%	38	71	34,9%	78	75	51,0%	108	36	75,0%	
42	77	374	17,1%	64	333	16,1%	80	273	22,7%	75	297	20,2%	123	329	27,2%	125	258	32,6%	91,2%
75	247	612	28,8%	212	602	26,0%	259	613	29,7%	375	614	37,9%	440	498	46,9%	491	454	52,0%	80,7%
87	13	59	18,1%	20	64	23,8%	28	77	26,7%	20	47	29,9%	30	40	42,9%	25	41	37,9%	109,8%
<b>Privé</b>																			
41	5	87	5,4%	111	12	90,2%	24	118	16,9%	44	110	28,6%	50	106	32,1%	60	64	48,4%	790,3%
42	46	99	31,7%	203	194	51,1%	167	219	43,3%	186	214	46,5%	249	205	54,8%	304	146	67,6%	112,9%
75	1 769	642	73,4%	499	2 021	19,8%	1 914	301	86,4%	1 873	264	87,6%	1 775	238	88,2%	1 760	222	88,8%	21,0%
87	254	152	62,6%	94	104	47,5%	116	83	58,3%	139	49	73,9%	122	33	78,7%	174	49	78,0%	24,7%

Hors établissements PSPH

L'évolution nationale tous secteurs est positive, passant de 46% à 65% entre 2004 et 2009. Le secteur public a progressé un peu plus rapidement, et le différentiel en taux reste constant : 10% de différentiel en 2004 comme en 2009.

GHM concernés dans les séjours ambulatoires :

GHM	Libellé	Public		Privé		Total	
		Séjours	Part	Séjours	Part	Séjours	Part
24C28Z	Dilatations et curetages en dehors de la grossesse, et conisation : séjours de moins de 2 jours	11 374	86,3%	15 260	87,7%	26 634	87,1%
24C31Z	Affections de la CMD 14 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 14	1 120	8,5%	638	3,7%	1 758	5,7%
24C27Z	Interventions sur la vulve, le vagin et le col utérin : séjours de moins de 2 jours	481	3,6%	1 187	6,8%	1 668	5,5%

Les 3 GHM ci-dessus accueillent près de 99% des séjours ambulatoires.

**GHM concernés hors séjours ambulatoires (au moins 100 séjours) :**

Dans le secteur public :

<b>N° GHM V9/10c</b>	<b>LIBELLÉ GHM</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
24C28Z	Dilatations et curetages en dehors de la grossesse, et conisation : séjours de moins de 2 jours	4773	4120	4443	4095	3897	3473
13C12Z	Dilatations et curetages, conisations pour des affections non malignes	3801	3256	3011	2954	2433	1933
24C31Z	Affections de la CMD 14 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 14	585	644	711	792	731	710
13C11Z	Dilatations et curetages, conisations pour tumeurs malignes	1112	956	888	781	692	572
13C07V	Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires, âge inférieur à 70 ans sans CMA	529	386	362	394	412	355
14C04Z	Affections du post-partum ou du post abortum avec intervention chirurgicale	128	138	194	216	195	231
14Z04Z	Avortements sans aspiration, ni curetage, ni hystérotomie	213	215	201	334	271	198
24C50Z	Interventions et explorations sur le système utéroannexiel : séjours de moins de 2 jours		156	155	157	159	141
24C27Z	Interventions sur la vulve, le vagin et le col utérin : séjours de moins de 2 jours	211	167	172	156	153	136
13C10Z	Ligatures tubaires par laparoscopie ou coelioscopie	94	262	191	182	139	131
14Z05Z	Grossesses ectopiques	146	128	131	128	128	129
13C08V	Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin, âge inférieur à 70 ans sans CMA	243	197	166	180	143	112

Dans le secteur privé :

N° GHM V9/10c	LIBELLÉ GHM	2004	2005	2006	2007	2008	2009
24C28Z	Dilatations et curetages en dehors de la grossesse, et conisation : séjours de moins de 2 jours	5244	3745	3382	3306	2878	2697
13C12Z	Dilatations et curetages, conisations pour des affections non malignes	4351	3048	2619	2482	1973	1495
13C07V	Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2147	1818	1464	1276	1175	947
13C11Z	Dilatations et curetages, conisations pour tumeurs malignes	1069	886	840	702	609	512
24C50Z	Interventions et explorations sur le système utéroannexiel : séjours de moins de 2 jours		444	462	406	389	347
24C31Z	Affections de la CMD 14 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 14	178	334	318	321	316	263
13C10Z	Ligatures tubaires par laparoscopie ou coelioscopie	443	739	648	505	377	241
24C27Z	Interventions sur la vulve, le vagin et le col utérin : séjours de moins de 2 jours	322	287	164	165	153	145
14Z05Z	Grossesses ectopiques	277	252	245	223	179	140
13C08V	Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin, âge inférieur à 70 ans sans CMA	285	230	186	178	142	119

Les deux GHM spécifiques aux dilatations et curetages sont bien sûr prédominants. On note une proportion importante de séjours non ambulatoires en 24C28Z, recouvrant des séjours de 1 jour. Le tableau ci-après précise ce phénomène.

Répartition des séjours non ambulatoires selon la durée de séjour :

		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
<b>Public</b>	1 jour	5948	44%	5366	45%	5605	48%	5317	47%	5071	49%	4568	50%
	2 jours	4780	35%	4232	35%	3872	33%	3981	35%	3406	33%	2788	31%
	3 jours	1403	10%	1141	10%	1054	9%	893	8%	835	8%	713	8%
	Plus de 3 jours	1465	11%	1200	10%	1095	9%	1116	10%	1000	10%	983	11%
	<b>total hospit</b>	<b>13596</b>		<b>11939</b>		<b>11626</b>		<b>11307</b>		<b>10312</b>		<b>9052</b>	
<b>Privé</b>	1 jour	6200	36%	4911	36%	4387	37%	4248	40%	3777	41%	3491	39%
	2 jours	6524	37%	5167	38%	4535	39%	4023	38%	3470	38%	2760	30%
	3 jours	2721	16%	2052	15%	1720	15%	1441	14%	1161	13%	906	10%
	Plus de 3 jours	1985	11%	1361	10%	1114	9%	897	8%	765	8%	680	8%
	<b>total hospit</b>	<b>17430</b>		<b>13491</b>		<b>11756</b>		<b>10609</b>		<b>9173</b>		<b>7837</b>	

On peut penser que le potentiel pour augmenter encore le taux de séjours en ambulatoire réside dans les séjours de 1 et 2 jours, voire 3 jours. Pour investiguer ce potentiel, il a été recherché si **d'autres actes classants** que ceux de la liste liée aux dilatations ou curetages étaient présents dans le séjour. Le tableau suivant indique les nombres de séjours concernés selon la durée de séjour en 2009 :

		avec autre acte classant	sans acte classant	% de séjours sans acte classant sur total des séjours = potentiel transférable vers ambulatoire	% de séjours sans acte classant sur total des séjours ayant la même durée de séjour
<b>Public</b>	0 jour	3 860	9 327		70,7%
	1 jour	1 070	3 498	15,7%	76,6%
	2 jours	1 065	1 723	7,7%	61,8%
	3 jours	388	325	1,5%	45,6%
<b>Privé</b>	0 jour	4 658	12 746		73,2%
	1 jour	1 054	2 437	9,7%	69,8%
	2 jours	1 239	1 521	6,0%	55,1%
	3 jours	699	207	0,8%	22,8%

La proportion de séjours de courte durée sans autre acte classant est donc importante, notamment dans le secteur public, et représente un potentiel d'accroissement supplémentaire de la prise en charge ambulatoire des curetages et dilatations (sachant que le taux de séjours sans autre acte classant est similaire dans les séjours de 0 et 1 jour).

Les principaux actes classants concernés sont en hospitalisation :

Dans le secteur public :

Acte	Libellé	Nb séjours
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	534
JKQE001	HYSTÉROSCOPIE +CURETAGE CAV. UT.	332
JKFE001	POLYPECTOM. UT. HYSTÉROSCOPIE	245
JJPC003	INTERRUPTION PERMÉABILITÉ DES TROMPES COELIO.	230
JKQE002	HYSTÉROSCOPIE	213
ZZHA001	PRÉLÈV. PEROP. PR EXAM. CYTO. +/- ANAT.PATH EXTEMPORANÉ	190
ZCQC002	EXPLO. CAV. ABD. COELIO.	188
JJFC010	SALPINGOOVARIETOMIE COELIO.	151
GELE001	INTUB. FIBRO/DISPOSITIF LARYNGÉ PARTICULIER PDT 1AG	123
JJFC003	KYSTECTOMIE OVARIENNE PÉRIT. COELIO.	121
JKNE001	ABRASION MUQ. UT. HYSTÉROSCOPIE	116

Dans le secteur privé :

Acte	Libellé	Nb séjours
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	572
JJPC003	INTERRUPTION PERMÉABILITÉ DES TROMPES COELIO.	459
JJFC003	KYSTECTOMIE OVARIENNE PÉRIT. COELIO.	432
JJFC010	SALPINGOOVARIETOMIE COELIO.	198
JJCC001	SALPINGONÉOSTOMIE/FIMBRIOPLASTIE COELIO.	169
JKNE001	ABRASION MUQ. UT. HYSTÉROSCOPIE	154
JKFE001	POLYPECTOM. UT. HYSTÉROSCOPIE	141
HPPC002	LIBÉR. ADHÉR. SERRÉES PR STÉRILITÉ CHEZ FEMME COELIO.	124
ZCQC002	EXPLO. CAV. ABD. COELIO.	120

Les **distributions par âge** selon que le patient est pris en charge en ambulatoire ou non, nous donnent des indications supplémentaires :

		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
		âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus
Public	Ambu	41,5	1%	39,5	1%	39,9	1%	39,4	1%	39,4	1%	39,6	1%
	hospit	44,5	4%	43,1	4%	43,0	4%	42,4	3%	42,7	4%	42,9	4%
Privé	Ambu	43,0	1%	40,6	1%	40,5	1%	40,4	1%	40,1	1%	40,3	1%
	hospit	44,4	3%	43,2	3%	42,8	3%	42,6	3%	42,7	3%	43,0	4%

Dans les 2 secteurs, l'âge moyen et la part des 75 ans et plus en hospitalisation sont plus élevés qu'en ambulatoire. Les caractéristiques d'âge sont similaires dans les deux secteurs. Cette observation ne vient pas modifier les estimations de taux de séjours transférables en ambulatoire évoqués plus haut, notamment dans le secteur public.

Une autre manière de considérer le potentiel d'évolution est de regarder la **proportion d'établissements dépassant déjà 80% de taux d'ambulatoire** en 2009 :

	% d'établissements ayant un taux de chir ambulatoire >=80%
Public	17%
Privé	33%

Les taux sont encore faibles, le secteur privé ayant toutefois 2 fois plus d'établissements dépassant le seuil de 80% que le secteur public.

### Conclusion

- Evolution positive du taux d'ambulatoire dans les deux secteurs, passant de 46% à 65%
- Différentiel public/privé de 10% en faveur du secteur privé
- Existence d'un potentiel transférable supplémentaire de l'hospitalisation vers l'ambulatoire, d'environ 16% dans le secteur public et 10% dans le secteur privé si l'on s'en tient aux séjours de 1 jour sans autre acte classant

Evolution de l'activité de chirurgie ambulatoire dans le secteur public et le secteur privé : Acte 15 : Autres interventions sur le système utéro-annexiel par coelioscopie ou laparoscopie

Bilan national 2004-2009 :

Ensemble	2004			2005			2006			2007			2008			2009			Evolution 2009/2004 du % Ambu sur total
	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	
Public	1 761	46 558	3,6%	2 371	51 626	4,4%	2 502	51 581	4,6%	2 472	51 342	4,6%	3 156	52 693	5,7%	3 561	52 249	6,4%	75,1%
Privé	874	55 896	1,5%	1 318	58 458	2,2%	1 240	55 061	2,2%	1 356	52 989	2,5%	1 567	50 794	3,0%	1 967	49 004	3,9%	150,7%
TOTAL	2 635	102 454	2,5%	3 689	110 084	3,2%	3 742	106 642	3,4%	3 828	104 331	3,5%	4 723	103 487	4,4%	5 528	101 253	5,2%	106,5%
<b>Quelques exemples de départements</b>																			
<b>Public</b>																			
41	1	170	0,6%		174	0,0%	7	211	3,2%	21	211	9,1%	42	207	16,9%	48	204	19,0%	3157,1%
42	3	585	0,5%	7	798	0,9%	10	770	1,3%	20	733	2,7%	20	782	2,5%	41	799	4,9%	856,7%
75	123	3 771	3,2%	105	4 167	2,5%	101	3 886	2,5%	83	4 002	2,0%	73	4 229	1,7%	74	4 099	1,8%	-43,9%
87	3	471	0,6%	7	498	1,4%	11	437	2,5%	19	454	4,0%	29	450	6,1%	18	467	3,7%	486,4%
<b>Privé</b>																			
41		235	0,0%	2	301	0,7%		347	0,0%	7	341	2,0%	4	258	1,5%	4	183	2,1%	
42	1	509	0,2%	3	783	0,4%	3	702	0,4%	7	664	1,0%	37	642	5,4%	61	545	10,1%	5033,7%
75	70	2 573	2,6%	97	2 701	3,5%	59	2 396	2,4%	63	2 431	2,5%	76	2 335	3,2%	72	2 287	3,1%	15,2%
87	23	630	3,5%	28	631	4,2%	41	585	6,5%	56	521	9,7%	33	440	7,0%	53	434	10,9%	209,0%

Hors établissements PSPH

L'évolution nationale tous secteurs est faible, passant de 2,5% à 5,2% entre 2004 et 2009.

**GHM concernés dans les séjours ambulatoires :**

Les GHM 24C50Z, 24C11Z et 24C29Z et 24C23Z accueillent 94% des séjours ambulatoires.

GHM	Libellé	Public		Privé		Total	
		Séjours	Part	Séjours	Part	Séjours	Part
24C50Z	Interventions et explorations sur le système utéroannexiel : séjours de moins de 2 jours	2 984	83,8%	1 753	89,1%	4 737	85,7%
24C11Z	Interventions réparatrices pour hernies abdominales : séjours de moins de 2 jours	206	5,8%	60	3,1%	266	4,8%
24C29Z	Affections de la CMD 13 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 13	80	2,2%	25	1,3%	105	1,9%
24C23Z	Interventions sur les testicules : séjours de moins de 2 jours	73	2,0%	15	0,8%	88	1,6%

**GHM concernés hors séjours ambulatoires (au moins 300 séjours) :**

Dans le secteur public :

N° GHM V9/10c	LIBELLÉ GHM	2004	2005	2006	2007	2008	2009
13C07V	Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires, âge inférieur à 70 ans sans CMA	16678	17614	18211	18732	19261	19013
24C50Z	Interventions et explorations sur le système utéroannexiel : séjours de moins de 2 jours		3953	4389	4350	4619	4984
13C09Z	Laparoscopies ou coéliosopies diagnostiques	2942	3851	4002	3864	3680	3610
13C10Z	Ligatures tubaires par laparoscopie ou coélioscopie		3737	3633	3094	2625	2015
13C07W	Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	1529	1624	1763	1801	1894	1980
14Z05Z	Grossesses ectopiques	2782	2123	1850	1806	1768	1744
13C06Z	Interruptions tubaires pour des affections non malignes	5143	1885	1815	1664	1619	1630
14C02A	Césariennes sans complication significative	1400	1469	1434	1410	1370	1305
06C15V	Autres interventions sur le tube digestif sans CMA	877	1068	1127	1164	1231	1272
13C05Z	Interventions sur le système utéroannexiel pour des tumeurs malignes	983	958	1006	1036	1105	1177
13C03V	Hystérectomies, âge inférieur à 70 ans sans CMA	1005	855	795	800	857	937
06C04W	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon avec CMA	530	767	697	726	784	854
06C15W	Autres interventions sur le tube digestif avec CMA	366	492	493	534	589	679
23C02Z	Interventions chirurgicales avec autres motifs de recours aux services de santé	1033	1043	827	634	686	586
06C04V	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon sans CMA	525	672	587	628	683	572
13C01S	Interventions pour affections de l'appareil génital féminin, avec CMAS	356	378	358	402	440	539
07C04V	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale sans CMA	370	448	478	541	621	527
13C14V	Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour tumeurs malignes sans CMA			395	460	467	493
13C04V	Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin, âge inférieur à 70 ans sans CMA	416	440	458	444	475	462
06C09V	Appendicectomies non compliquées, âge inférieur à 70 ans sans CMA	372	460	400	348	407	403

07C04W	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale avec CMA	180	274	264	292	373	354
24C31Z	Affections de la CMD 14 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 14	151	165	182	196	234	315

Dans le secteur privé :

N° GHM V9/10c	LIBELLÉ GHM	2004	2005	2006	2007	2008	2009
13C07V	Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires, âge inférieur à 70 ans sans CMA	24948	25263	25139	25158	24284	23311
24C50Z	Interventions et explorations sur le système utéroannexiel : séjours de moins de 2 jours		4385	4425	4584	4747	4876
13C07W	Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2749	3268	3381	3000	2757	2940
13C10Z	Ligatures tubaires par laparoscopie ou cœlioscopie		5068	4434	3651	2989	2342
13C09Z	Laparoscopies ou cœlioscopies diagnostiques	2693	2865	2231	1991	1814	1496
13C06Z	Interruptions tubaires pour des affections non malignes	6532	2048	1865	1675	1511	1489
13C05Z	Interventions sur le système utéroannexiel pour des tumeurs malignes	990	1116	1231	1136	1163	1248
13C03V	Hystérectomies, âge inférieur à 70 ans sans CMA	1984	1442	1250	1326	1196	1182
14C02A	Césariennes sans complication significative	714	922	920	867	835	798
06C15V	Autres interventions sur le tube digestif sans CMA	929	972	818	767	756	687
14Z05Z	Grossesses ectopiques	1222	833	718	653	693	679
13C04V	Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin, âge inférieur à 70 ans sans CMA	689	709	733	668	674	668
06C04W	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon avec CMA	438	510	487	471	425	512
06C04V	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon sans CMA	689	594	521	485	466	407
06C09V	Appendicectomies non compliquées, âge inférieur à 70 ans sans CMA	768	561	504	458	426	367
06C11V	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations à l'exception des hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans sans CMA	787	1021	505	475	438	347

Outre l'importante dispersion des séjours dans les GHM, soulignant l'hétérogénéité des actes concernés de cette catégorie, on note une proportion importante de séjours non ambulatoire en 24C50Z. Le tableau ci-après précise ce phénomène.

Répartition des séjours non ambulatoires selon la durée de séjour :

		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
<b>Public</b>	1 jour	3584	8%	4714	9%	5169	10%	5150	10%	5514	10%	5975	11%
	2 jours	10330	22%	11992	23%	12464	24%	12286	24%	12721	24%	12675	24%
	3 jours	9715	21%	10526	20%	10634	21%	10675	21%	10833	21%	10630	20%
	Plus de 3 jours	22929	49%	24394	47%	23314	45%	23231	45%	23625	45%	22969	44%
	<b>total hospit</b>	<b>46558</b>		<b>51626</b>		<b>51581</b>		<b>51342</b>		<b>52693</b>		<b>52249</b>	
<b>Privé</b>	1 jour	3711	7%	4804	8%	4838	9%	5006	9%	5184	10%	5332	10%
	2 jours	13001	23%	15966	27%	16276	30%	15559	29%	15163	30%	14821	28%
	3 jours	14156	25%	14362	25%	13431	24%	12949	24%	12423	24%	11663	22%
	Plus de 3 jours	25028	45%	23326	40%	20516	37%	19475	37%	18024	35%	17188	33%
	<b>total hospit</b>	<b>55896</b>		<b>58458</b>		<b>55061</b>		<b>52989</b>		<b>50794</b>		<b>49004</b>	

On peut penser que le potentiel pour augmenter encore le taux de séjours en ambulatoire réside dans les séjours de 1 et 2 jours, voire 3 jours. Pour investiguer ce potentiel, il a été recherché si d'autres actes classants que ceux de la liste liée aux interventions de coelio gynécologie étaient présents dans le séjour. Le tableau suivant indique les nombres de séjours concernés selon la durée de séjour en 2009 :

		avec autre acte classant	sans acte classant	% de séjours sans acte classant sur total des séjours = potentiel transférable vers ambulatoire	% de séjours sans acte classant sur total des séjours ayant la même durée de séjour
<b>Public</b>	0 jour	1 554	2 007		56,4%
	1 jour	1 693	4 282	7,7%	71,7%
	2 jours	3 433	9 242	16,6%	72,9%
	3 jours	3 211	7 419	13,3%	69,8%
<b>Privé</b>	0 jour	920	1 047		53,2%
	1 jour	1 756	3 576	7,0%	67,1%
	2 jours	4 669	10 152	19,9%	68,5%
	3 jours	3 820	7 843	15,4%	67,2%

La proportion de séjours de courte durée sans autre acte classant est supérieure à la proportion de séjours de 0 jour sans autre acte classant ; les séjours de 1 et 2 jours représentent donc un potentiel d'accroissement supplémentaire de la prise en charge ambulatoire de ces interventions.

Les principaux actes classants concernés sont en hospitalisation :

Dans le secteur public :

Acte	Libellé	nb séjours
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	1900
ZZHA001	PRÉLÈV. PEROP. PR EXAM. CYTO. +/- ANAT.PATH EXTEMPORANÉ	1390
JQGA002	ACCOUCHT CÉSARIENNE PROGRAM. LAPARO	1238
JKQE002	HYSTÉROSCOPIE	1235
GELE001	INTUB. FIBRO/DISPOSITIF LARYNGÉ PARTICULIER PDT 1AG	1188
JKQE001	HYSTÉROSCOPIE +CURETAGE CAV. UT.	1135
EBLA003	POSE CATHÉ RELIÉ À 1VN PROF. MB SUP/COU TRANSCUT+DIFFUSEUR S	813
HHFA016	APPENDICECTOMIE COELIO/LAPARO +PRÉPA COELIO	756
HMFA007	CHOLÉCYSTECTOMIE LAPARO	723
ZCQA001	LAPARO EXPLO	589
HEQE002	ENDOS. O.G.D	582
HPFA004	RÉSEC. GD OMENTUM LAPARO	571
ZCJC001	ÉVAC. COLLECTION ABDO. COELIO	559
JKGD003	CURETAGE CAV. UT. DIAG.	503

Dans le secteur privé :

Acte	Libellé	Nb séjours
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	2421
JKGD003	CURETAGE CAV. UT. DIAG.	1260
JKQE001	HYSTÉROSCOPIE +CURETAGE CAV. UT.	919
HHFA016	APPENDICECTOMIE COELIO/LAPARO +PRÉPA COELIO	892
JKNE001	ABRASION MUQ. UT. HYSTÉROSCOPIE	838
JKQE002	HYSTÉROSCOPIE	739
JQGA002	ACCOUCHT CÉSARIENNE PROGRAM. LAPARO	722
ZCJC001	ÉVAC. COLLECTION ABDO. COELIO	722
ZZHA001	PRÉLÈV. PEROP. PR EXAM. CYTO. +/- ANAT.PATH EXTEMPORANÉ	709
JKGD002	CURETAGE CAV. UT. THÉRAP.	541

Les **distributions par âge** selon que le patient est pris en charge en ambulatoire ou non, nous donnent des indications supplémentaires :

	2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus
Ambu	35,5	1%	36,2	0%	35,6	0%	35,1	0%	35,8	0%	35,3	0%
hospit	39,7	3%	40,0	4%	39,9	4%	40,1	4%	40,4	4%	40,7	4%
Ambu	40,7	1%	39,9	1%	39,5	1%	39,1	0%	39,8	1%	39,3	1%
hospit	41,4	3%	41,2	3%	40,9	3%	41,1	3%	41,4	3%	41,7	3%

Les patients en hospitalisation sont plus âgés qu'en ambulatoire, de 4 à 5 ans dans le secteur public et de 1 à 2 ans dans le secteur privé.

On note qu'en hospitalisation et en ambulatoire, les âges sont en moyenne plus élevés dans le secteur privé que dans le secteur public.

Une autre manière de considérer le potentiel d'évolution est de regarder la **proportion d'établissements dépassant déjà 80% de taux d'ambulatoire** en 2009 :

	% d'établissements ayant un taux de chir ambulatoire >=80%
Public	0%
Privé	0%

Avec un taux de 0%, il s'agit clairement d'une catégorie d'actes pour laquelle le seuil de 80% en ambulatoire ne constitue pas une cible crédible.

### Conclusion

- Faiblesse du taux d'ambulatoire dans les deux secteurs : 5,2% en 2009 au total, avec un taux supérieur dans le secteur public.
- Existence d'un potentiel transférable de l'hospitalisation vers l'ambulatoire de l'ordre de 10-15%

Evolution de l'activité de chirurgie ambulatoire dans le secteur public et le secteur privé : Acte 16 : drains transtympaniques

Bilan national 2004-2009 :

Ensemble	2004			2005			2006			2007			2008			2009			Evolution 2009/2004 du % Ambu sur total
	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	
Public	11 518	2 116	84,5%	12 560	2 033	86,1%	13 257	2 009	86,8%	13 860	1 876	88,1%	13 687	1 853	88,1%	14 275	1 924	88,1%	4,3%
Privé	60 280	3 407	94,7%	68 723	2 475	96,5%	65 500	1 885	97,2%	65 302	1 836	97,3%	58 423	1 509	97,5%	59 873	1 470	97,6%	3,1%
TOTAL	71 798	5 523	92,9%	81 283	4 508	94,7%	78 757	3 894	95,3%	79 162	3 712	95,5%	72 110	3 362	95,5%	74 148	3 394	95,6%	3,0%
<b>Quelques exemples de départements</b>																			
<b>Public</b>																			
41	150	28	84,3%	162	33	83,1%	139	10	93,3%	158	7	95,8%	168	5	97,1%	140	9	94,0%	
42	168	23	88,0%	174	21	89,2%	223	42	84,2%	208	32	86,7%	210	41	83,7%	201	41	83,1%	-5,6%
75	456	139	76,6%	497	179	73,5%	481	177	73,1%	535	197	73,1%	566	208	73,1%	589	206	74,1%	-3,3%
87	144	18	88,9%	157	26	85,8%	183	18	91,0%	160	15	91,4%	155	14	91,7%	121	16	88,3%	-0,6%
<b>Privé</b>																			
41	148	11	93,1%	292	11	96,4%	270	14	95,1%	239	15	94,1%	289	18	94,1%	249	12	95,4%	2,5%
42	888	42	95,5%	1 029	28	97,4%	985	13	98,7%	1 069	22	98,0%	1 032	17	98,4%	992	14	98,6%	3,3%
75	1 102	52	95,5%	1 054	38	96,5%	1 117	27	97,6%	1 123	25	97,8%	1 011	19	98,2%	912	25	97,3%	1,9%
87	292	6	98,0%	317	12	96,4%	358	2	99,4%	336	3	99,1%	361	3	99,2%	322	1	99,7%	1,7%

Hors établissements PSPH

L'évolution nationale tous secteurs est positive, malgré un taux d'ambulatoire déjà très élevé dès 2004, passant de 93% à 96% entre 2004 et 2009. Les deux secteurs ont progressé à un rythme similaire, avec un différentiel de l'ordre de 10% en faveur du secteur privé.

**GHM concernés dans les séjours ambulatoires :**

Le GHM 24C06Z « Drains transtympaniques : séjours de moins de 2 jours » accueille près de 98% des séjours ambulatoires.

**GHM concernés hors séjours ambulatoires (au moins 100 séjours) :**

Dans le secteur public :

N° GHM V9/10c	LIBELLÉ GHM	2004	2005	2006	2007	2008	2009
24C06Z	Drains transtympaniques : séjours de moins de 2 jours	532	731	795	691	697	611
03C14Z	Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans	147	304	346	304	278	346
03C15Z	Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans	146	202	178	152	154	159
24C05Z	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies : séjours de moins de 2 jours	674	241	155	158	129	150
03C20Z	Interventions de reconstruction de l'oreille moyenne		128	118	120	117	126
03C05Z	Réparations de fissures labiale et palatine	26	52	84	69	87	106

Dans le secteur privé :

N° GHM V9/10c	LIBELLÉ GHM	2004	2005	2006	2007	2008	2009
24C06Z	Drains transtympaniques : séjours de moins de 2 jours	787	924	743	715	533	457
03C20Z	Interventions de reconstruction de l'oreille moyenne		417	336	335	275	279
03C15Z	Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans	170	205	161	160	126	120
24C42Z	Actes non mineurs de la CMD 03, séjours de moins de 2 jours		126	102	105	106	120
24C05Z	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies : séjours de moins de 2 jours	1344	287	116	132	117	112
03C07V	Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge de 18 à 69 ans sans CMA	88	108	101	94	80	102

Les trois GHM spécifiques aux drains transtympaniques sont bien sûr prédominants, chez l'enfant et chez l'adulte. On note une certaine proportion de séjours non ambulatoires en 24C06Z, recouvrant des séjours de 1 jour. Le tableau ci-après précise ce phénomène.

Répartition des séjours non ambulatoires selon la durée de séjour :

		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
<b>Public</b>	1 jour	1226	58%	1033	51%	1005	50%	908	48%	886	48%	845	44%
	2 jours	511	24%	506	25%	521	26%	453	24%	423	23%	511	27%
	3 jours	141	7%	176	9%	172	9%	141	8%	154	8%	146	8%
	Plus de 3 jours	238	11%	318	16%	311	15%	374	20%	390	21%	422	22%
	<b>total hospit</b>	<b>2116</b>		<b>2033</b>		<b>2009</b>		<b>1876</b>		<b>1853</b>		<b>1924</b>	
<b>Privé</b>	1 jour	2142	63%	1356	55%	970	51%	963	52%	765	51%	706	706
	2 jours	851	25%	649	26%	509	27%	509	28%	466	31%	429	429
	3 jours	174	5%	194	8%	169	9%	141	8%	99	7%	138	138
	Plus de 3 jours	240	7%	276	11%	237	13%	223	12%	179	12%	197	197
	<b>total hospit</b>	<b>3407</b>		<b>2475</b>		<b>1885</b>		<b>1836</b>		<b>1509</b>		<b>1470</b>	

On peut penser que le potentiel pour augmenter encore le taux de séjours en ambulatoire réside dans les séjours de 1 et 2 jours, voire 3 jours. Pour investiguer ce potentiel, il a été recherché si **d'autres actes classants** que ceux de la liste liée aux drains transtympaniques étaient présents dans le séjour. Le tableau suivant indique les nombres de séjours concernés selon la durée de séjour en 2009 :

		avec autre acte classant	sans acte classant	% de séjours sans acte classant sur total des séjours = potentiel transférable vers ambulatoire	% de séjours sans acte classant sur total des séjours ayant la même durée de séjour
<b>Public</b>	0 jour	7 185	7 090		49,7%
	1 jour	544	301	1,9%	35,6%
	2 jours	383	128	0,8%	25,0%
	3 jours	127	19	0,1%	13,0%
<b>Privé</b>	0 jour	34 091	25 782		43,1%
	1 jour	575	131	0,2%	18,6%
	2 jours	410	19	0,0%	4,4%
	3 jours	137	1	0,0%	0,7%

La proportion de séjours de courte durée sans autre acte classant est faible ; de nombreux séjours sont réalisés avec d'autres actes classants (c. ci-dessous) ; le potentiel d'accroissement supplémentaire de la prise en charge ambulatoire des drains transtympaniques est donc quasi inexistant.

Les principaux actes classants concernés sont en hospitalisation :

Dans le secteur public :

Acte	Libellé	Nb séjours
ZZLP054	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 3	473
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	398
Fafa015	AMYGDALECTOMIE DISSECTION +ADÉNOÏDECTOMIE	109
Fafa014	AMYGDALECTOMIE DISSECTION	88
Lafa014	MASTOÏDECTOMIE/ATTICOMASTOÏDECTOMIE TOT.	74
HASD007	FERM. IRE 1FENTE PALATOVÉLAIRE	56

Dans le secteur privé :

Acte	Libellé	Nb séjours
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	753
ZZLP054	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 3	522
GAMA007	SEPTOPLASTIE NASALE	80
CBFA002	EXÉRÈSE CHOLESTÉAT. +TYMPANOPLASTIE FERMÉE +OSSICULOPLASTIE	77
Fafa015	AMYGDALECTOMIE DISSECTION +ADÉNOÏDECTOMIE	74
CBFA006	EXÉRÈSE CHOLESTÉAT. +TYMPANOPLASTIE FERMÉE	72
Fafa014	AMYGDALECTOMIE DISSECTION	60
ZZLP030	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 2	56

Les **distributions par âge** selon que le patient est pris en charge en ambulatoire ou non, nous donnent des indications supplémentaires :

		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
		âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus
Public	Ambu	8	1%	8	1%	8	1%	8	1%	9	1%	8,82	1%
	hospit	15	1%	17	2%	17	2%	17	3%	19	4%	18,24	3%
Privé	Ambu	11	2%	11	2%	11	2%	10	2%	10	1%	9,35	1%
	hospit	21	3%	29	5%	33	6%	33	7%	34	8%	36,93	9%

Dans les 2 secteurs, l'âge moyen en hospitalisation est plus élevé qu'en ambulatoire, traduisant des prises en charge d'adultes en hospitalisation. Dans le secteur privé, les patients sont un peu plus âgés que dans le secteur public en hospitalisation et en ambulatoire.

Une autre manière de considérer le potentiel d'évolution est de regarder la **proportion d'établissements dépassant déjà 80% de taux d'ambulatoire** en 2009 :

	% d'établissements ayant un taux de chir ambulatoire >=80%
Public	80%
Privé	98%

Il s'agit d'une catégorie d'actes où déjà presque tous les établissements concernés sont au-dessus de 80% de réalisation en ambulatoire.

### Conclusion

- Taux d'ambulatoire important : 88% dans le secteur public, 98% en secteur privé en 2009
- Avec une pratique ancienne de recours à l'ambulatoire
- Et de très faibles marges de progression supplémentaire

Evolution de l'activité de chirurgie ambulatoire dans le secteur public et le secteur privé : Acte 17 : Interventions sur les oreilles décollées

Bilan national 2004-2009 :

Ensemble	2004			2005			2006			2007			2008			2009			Evolution 2009/2004 du % Ambu sur total
	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	
Public	1 209	2 637	31,4%	1 120	2 596	30,1%	1 200	2 565	31,9%	1 272	2 611	32,8%	1 362	2 529	35,0%	1 377	2 433	36,1%	15,0%
Privé	3 139	6 642	32,1%	3 263	6 189	34,5%	3 625	6 163	37,0%	3 522	6 179	36,3%	3 677	5 906	38,4%	3 792	5 576	40,5%	26,1%
TOTAL	4 348	9 279	31,9%	4 383	8 785	33,3%	4 825	8 728	35,6%	4 794	8 790	35,3%	5 039	8 435	37,4%	5 169	8 009	39,2%	22,9%
<b>Quelques exemples de départements</b>																			
<b>Public</b>																			
41	4	9	30,8%	2	12	14,3%	4	11	26,7%	7	17	29,2%	6	5	97,1%	140	9	94,0%	
42	25	44	36,2%	23	53	30,3%	24	60	28,6%	21	72	22,6%	33	41	83,7%	201	41	83,1%	129,2%
75	66	263	20,1%	52	227	18,6%	43	218	16,5%	56	231	19,5%	44	208	73,1%	589	206	74,1%	269,3%
87	1	5	16,7%	2	10	16,7%	1	16	5,9%	2	18	10,0%	1	14	91,7%	121	16	88,3%	429,9%
<b>Privé</b>																			
41		58	0,0%		42	0,0%	1	63	1,6%	2	60	3,2%	9	58	13,4%	9	73	11,0%	
42	42	77	35,3%	33	105	23,9%	45	81	35,7%	35	78	31,0%	42	82	33,9%	38	74	33,9%	-3,9%
75	130	164	44,2%	125	130	49,0%	146	142	50,7%	156	156	50,0%	162	131	55,3%	117	123	48,8%	10,3%
87	6	33	15,4%	19	34	35,8%	13	31	29,5%	13	28	31,7%	27	29	48,2%	22	24	47,8%	210,9%

Hors établissements PSPH

L'évolution nationale tous secteurs est positive, passant de 32% à 39% entre 2004 et 2009. Le secteur privé a progressé à un rythme plus rapide : le secteur public est parti d'un taux inférieur d'à peine 1% à celui du secteur privé, le différentiel en 2009 étant de 4%.

**GHM concernés dans les séjours ambulatoires :**

Le GHM 24C07Z « Affections de la CMD 03 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 03 » accueille 96,1% des séjours ambulatoires.

Deux autres GHM sont concernés : 24Z19Z « Interventions à visée esthétique et de confort, séjours de moins de 2 jours », et 24C48Z « Interventions sur la peau et les tissus sous-cutanés : séjours de moins de 2 jours » pour respectivement 1,7% et 1,6% des séjours ambulatoires.

**GHM concernés hors séjours ambulatoires (au moins 100 séjours) :**

Dans le secteur public :

N° GHM V9/10c	LIBELLÉ GHM	2004	2005	2006	2007	2008	2009
24C07Z	Affections de la CMD 03 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 03	1345	1330	1449	1494	1472	1338
03C21Z	Interventions pour oreilles décollées		1125	1020	1031	973	1000

Dans le secteur privé :

N° GHM V9/10c	LIBELLÉ GHM	2004	2005	2006	2007	2008	2009
24C07Z	Affections de la CMD 03 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 03	3254	3120	3118	3187	3268	3149
03C21Z	Interventions pour oreilles décollées		2957	2907	2870	2545	2295

Les deux GHM attendus sont seuls concernés par les interventions pour oreilles décollées. Rappelons que le GHM spécifique aux oreilles décollées en ambulatoire a été créé en version 11 de la classification. On note que la majorité des séjours non ambulatoires apparaît dans le GHM 24C07Z, recouvrant des séjours de 1 jour. Le tableau ci-après précise ce phénomène.

Répartition des séjours non ambulatoires selon la durée de séjour :

	2004		2005		2006		2007		2008		2009	
1 jour	1394	53%	1389	54%	1497	58%	1533	59%	1515	60%	1387	57%
2 jours	848	32%	858	33%	795	31%	838	32%	825	33%	854	35%
3 jours	310	12%	271	10%	213	8%	196	8%	152	6%	148	6%
Plus de 3 jours	85	3%	78	3%	60	2%	44	2%	37	1%	44	2%
<b>total hospit</b>	<b>2637</b>		<b>2596</b>		<b>2565</b>		<b>2611</b>		<b>2529</b>		<b>2433</b>	
1 jour	3360	51%	3191	52%	3200	52%	3257	53%	3323	56%	3234	58%
2 jours	2562	39%	2416	39%	2467	40%	2457	40%	2175	37%	2021	36%
3 jours	522	8%	413	7%	354	6%	333	5%	317	5%	263	5%
Plus de 3 jours	198	3%	169	3%	142	2%	132	2%	91	2%	58	1%
<b>total hospit</b>	<b>6642</b>		<b>6189</b>		<b>6163</b>		<b>6179</b>		<b>5906</b>		<b>5576</b>	

On peut penser que le potentiel pour augmenter encore le taux de séjours en ambulatoire réside dans les séjours de 1 et 2 jours, voire 3 jours. Pour investiguer ce potentiel, il a été recherché si **d'autres actes classants** que ceux de la liste liée aux interventions sur les oreilles décollées étaient présents dans le séjour. Le tableau suivant indique les nombres de séjours concernés selon la durée de séjour en 2009 :

		avec autre acte classant	sans acte classant	% de séjours sans acte classant sur total des séjours = potentiel transférable vers ambulatoire	% de séjours sans acte classant sur total des séjours ayant la même durée de séjour
<b>Public</b>	0 jour	106	1 271		92,3%
	1 jour	98	1 289	33,8%	92,9%
	2 jours	77	777	20,4%	91,0%
	3 jours	127	21	0,6%	14,2%
<b>Privé</b>	0 jour	169	3 623		95,5%
	1 jour	130	3 104	33,1%	96,0%
	2 jours	103	1 918	20,5%	94,9%
	3 jours	21	242	2,6%	92,0%

La proportion de séjours de courte durée sans autre acte classant est donc importante (elle dépasse 90% dans les séjours de 0, 1 et 2 jours), traduisant un fort potentiel d'accroissement supplémentaire de la prise en charge ambulatoire des interventions sur les oreilles décollées.

Les principaux actes classants concernés sont en hospitalisation :

Dans le secteur public :

Acte	Libellé	Nb séjours
GELE001	INTUB. FIBRO/DISPOSITIF LARYNGÉ PARTICULIER PDT 1AG	50
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	23
CBQE001	EXAM. OREILLE EXT. +/- MOY. SOUS MICROSCOPE/ENDOS. MÉATALE	13
GCQE001	FIBRO PHARYNX +LARYNX V. NASALE	12
GAQE003	ENDOS. CAV. NASALE V. NASALE	9
GAQE001	ENDOS. CAV. NASALE +RHINOPHARYNX V. NASALE	9

Dans le secteur privé :

Acte	Libellé	Nb séjours
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	75
GELE001	INTUB. FIBRO/DISPOSITIF LARYNGÉ PARTICULIER PDT 1AG	22
QZFA036	EXÉRÈSE LÉS. SUPERF. PEAU EXCISION <5CM²	18
GAMA007	SEPTOPLASTIE NASALE	15
CAFA005	EXÉRÈSE PART. TRANSFIXIANTE AURICULE	10
QEMA004	AUGM. SEINS BILAT. +PROTH.	9

Les **distributions par âge** selon que le patient est pris en charge en ambulatoire ou non, nous donnent des indications supplémentaires :

		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
		âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus
Public	Ambu	17,1	0%	17,5	0%	15,8	0%	15,5	0%	15,2	0%	15,1	0%
	hospit	14,4	0%	14,6	0%	13,9	0%	14,0	0%	13,7	0%	13,9	0%
Privé	Ambu	19,2	0%	18,4	0%	17,9	0%	18,0	0%	17,4	0%	17,1	0%
	hospit	15,3	0%	14,9	0%	14,7	0%	14,7	0%	14,5	0%	14,7	0%

Dans les 2 secteurs, l'âge moyen des patients est jeune ; il est moins élevé en hospitalisation qu'en ambulatoire. Dans le secteur privé, les patients sont un peu plus âgés que dans le secteur public, tant en hospitalisation qu'en ambulatoire.

Une autre manière de considérer le potentiel d'évolution est de regarder la **proportion d'établissements dépassant déjà 80% de taux d'ambulatoire** en 2009 :

	% d'établissements ayant un taux de chir ambulatoire >=80%
Public	17%
Privé	18%

Cette proportion est encore faible, dans les deux secteurs, mais le fait même que près d'1 établissement sur 5 dépasse le seuil de 80% d'ambulatoire est une indication supplémentaire pour identifier un fort potentiel de progression.

### Conclusion

- Evolution positive du taux d'ambulatoire dans les 2 secteurs, de 32% à 39%
- Avec un petit différentiel public/privé, de seulement 4% en faveur du secteur privé en 2009
- Potentiel transférable supplémentaire de l'hospitalisation vers l'ambulatoire important dans les 2 secteurs, de 33% si on s'en tient aux séjours de 1 jour sans autre acte classant

Evolution de l'activité de chirurgie ambulatoire dans le secteur public et le secteur privé : Acte 18 : extractions dentaires

Bilan national 2004-2009 :

Ensemble	2004			2005			2006			2007			2008			2009			Evolution 2009/2004 du % Ambu sur total
	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	
Public	23 666	21 656	52,2%	24 549	21 668	53,1%	27 301	20 304	57,3%	29 505	19 317	60,4%	34 559	16 898	67,2%	39 158	14 085	73,5%	40,8%
Privé	120 798	96 638	55,6%	141 603	82 515	63,2%	155 937	66 321	70,2%	163 590	58 998	73,5%	175 596	48 692	78,3%	195 271	27 809	87,5%	57,6%
TOTAL	144 464	118 294	55,0%	166 152	104 183	61,5%	183 238	86 625	67,9%	193 095	78 315	71,1%	210 155	65 590	76,2%	234 429	41 894	84,8%	54,3%
<b>Quelques exemples de départements</b>																			
<b>Public</b>																			
41	28	32	46,7%	47	17	73,4%	34	15	69,4%	32	17	65,3%	74	11	87,1%	55	7	88,7%	
42	679	348	66,1%	611	373	62,1%	673	390	63,3%	650	365	64,0%	699	302	69,8%	905	244	78,8%	19,1%
75	215	1 235	14,8%	247	1 157	17,6%	343	1 078	24,1%	438	1 057	29,3%	644	1 141	36,1%	715	1 046	40,6%	173,8%
87	155	119	56,6%	157	130	54,7%	159	166	48,9%	174	154	53,0%	146	159	47,9%	140	179	43,9%	-22,4%
<b>Privé</b>																			
41	370	298	55,4%	340	336	50,3%	336	283	54,3%	358	271	56,9%	439	175	71,5%	513	79	86,7%	
42	530	1 484	26,3%	611	1 388	30,6%	660	871	43,1%	849	864	49,6%	1 034	540	65,7%	1 091	577	65,4%	148,5%
75	977	2 004	32,8%	1 209	1 777	40,5%	1 968	1 670	54,1%	2 082	1 579	56,9%	2 195	1 409	60,9%	3 163	795	79,9%	143,8%
87	1 439	1 065	57,5%	1 544	998	60,7%	1 810	654	73,5%	1 966	537	78,5%	1 943	441	81,5%	2 044	179	91,9%	60,0%

Hors établissements PSPH

L'évolution nationale tous secteurs est très positive, passant de 55% à 85% entre 2004 et 2009. Le secteur privé a progressé à un rythme plus rapide, puisque le secteur public est parti d'un taux inférieur d'à peine 3% à celui du secteur privé, le différentiel en 2009 étant de 14%.

**GHM concernés dans les séjours ambulatoires :**

Les 3 GHM 24K15Z « Affections de la CMD 03 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 03, avec anesthésie », 24K38Z « Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires sans anesthésie : séjours de moins de 2 jours », 24C07Z « Affections de la CMD 03 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 03 » accueillent plus de 98% des séjours ambulatoires (respectivement 93,6%, 3,4% et 1,5%). On observe que ce n'est pas le 24K38Z le plus fréquent, mais le 24K15Z, plus général en termes de contenu mais supposant une anesthésie (sachant qu'en 2008, les deux GHS étaient quasiment au même tarif).

**GHM concernés hors séjours ambulatoires (au moins 100 séjours) :**

Dans le secteur public :

<b>N° GHM V9/10c</b>	<b>LIBELLÉ GHM</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
24K15Z	Affections de la CMD 03 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 03, avec anesthésie		3628	6780	7052	6379	4882
03K02Z	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires	7851	7350	6926	6305	4946	4077
24K38Z	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires sans anesthésie : séjours de moins de 2 jours		5960	2207	1555	1022	825
03C16V	Autres interventions chirurgicales portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou le cou, âge inférieur à 70 ans sans CMA	838	632	587	610	609	583
03C19Z	Ostéotomies de la face		342	346	375	423	489
24C07Z	Affections de la CMD 03 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 03	440	425	290	346	385	275
03M07V	Tumeurs malignes des oreilles, du nez, de la gorge ou de la bouche, âge inférieur à 70 ans sans CMA	235	270	249	227	248	181
03M07W	Tumeurs malignes des oreilles, du nez, de la gorge ou de la bouche, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	93	129	122	176	164	155
24K14Z	Autres séjours de moins de 2 jours sans acte opératoire, avec anesthésie		56	131	91	126	148
03C07V	Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge de 18 à 69 ans sans CMA	120	128	109	97	121	126
03C16W	Autres interventions chirurgicales portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou le cou, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	103	137	147	120	139	125
03C02W	Interventions majeures sur la tête et le cou avec CMA	80	113	102	125	125	111

Dans le secteur privé :

N° GHM V9/10c	LIBELLÉ GHM	2004	2005	2006	2007	2008	2009
24K15Z	Affections de la CMD 03 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 03, avec anesthésie		39832	44609	40477	34211	20383
03K02Z	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires	20849	17975	14907	12981	9793	3825
03C19Z	Ostéotomies de la face		917	968	1132	1208	1177
24C07Z	Affections de la CMD 03 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 03	1718	1478	1387	1199	930	724
24K38Z	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires sans anesthésie : séjours de moins de 2 jours		19669	2015	1052	540	147
03C16V	Autres interventions chirurgicales portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou le cou, âge inférieur à 70 ans sans CMA	1203	438	452	421	366	251
24C42Z	Actes non mineurs de la CMD 03, séjours de moins de 2 jours		459	451	373	366	257
03C07V	Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge de 18 à 69 ans sans CMA	196	186	194	171	173	133
03C17Z	Interventions sur la bouche	232	253	173	160	108	42
24Z19Z	Interventions à visée esthétique et de confort, séjours de moins de 2 jours		27	41	83	106	128

Les GHM 25K15Z et 0302Z (spécifique aux affections de la bouche et des dents) sont prédominants. On note que la majorité des séjours non ambulatoires apparaît dans le GHM 24K15Z, recouvrant des séjours de 1 jour avec anesthésie. Le tableau ci-après précise ce phénomène.

Répartition des séjours non ambulatoires selon la durée de séjour :

		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
<b>Public</b>	1 jour	10493	48%	10597	49%	9838	48%	9476	49%	8388	50%	6610	47%
	2 jours	7932	37%	7576	35%	7113	35%	6461	33%	5231	31%	4391	31%
	3 jours	912	4%	947	4%	908	4%	897	5%	895	5%	859	6%
	Plus de 3 jours	2319	11%	2548	12%	2445	12%	2483	13%	2384	14%	2225	16%
	<b>total hospit</b>	<b>21656</b>		<b>21668</b>		<b>20304</b>		<b>19317</b>		<b>16898</b>		<b>14085</b>	
<b>Privé</b>	1 jour	73226	76%	61988	75%	48922	74%	43494	74%	36431	75%	21801	155%
	2 jours	21179	22%	18494	22%	15545	23%	13712	23%	10490	22%	4308	31%
	3 jours	883	1%	747	1%	664	1%	616	1%	560	1%	537	4%
	Plus de 3 jours	1350	1%	1286	2%	1190	2%	1176	2%	1211	2%	1163	8%
	<b>total hospit</b>	<b>96638</b>		<b>82515</b>		<b>66321</b>		<b>58998</b>		<b>48692</b>		<b>27809</b>	

On peut penser que le potentiel pour augmenter encore le taux de séjours en ambulatoire réside dans les séjours de 1 et 2 jours, voire 3 jours. Pour investiguer ce potentiel, il a été recherché si **d'autres actes classants** que ceux de la liste liée aux extractions dentaires étaient présents dans le séjour. Le tableau suivant indique les nombres de séjours concernés selon la durée de séjour en 2009 :

		avec autre acte classant	sans acte classant	% de séjours sans acte classant sur total des séjours = potentiel transférable vers ambulatoire	% de séjours sans acte classant sur total des séjours ayant la même durée de séjour
<b>Public</b>	0 jour	35 087	4 071		10,4%
	1 jour	5 744	866	1,6%	13,1%
	2 jours	3 905	486	0,9%	11,1%
	3 jours	746	113	0,2%	13,2%
<b>Privé</b>	0 jour	192 710	2 561		1,3%
	1 jour	21 624	177	0,1%	0,8%
	2 jours	4 272	36	0,0%	0,8%
	3 jours	533	4	0,0%	0,7%

La proportion de séjours de courte durée sans autre acte classant est faible, même si on peut noter que ce taux faible est similaire dans les séjours ambulatoires et les séjours de 1, 2 ou 3 jours ; en conséquence, en vertu de cette règle de calcul, le potentiel d'accroissement supplémentaire de la prise en charge ambulatoire des extractions dentaires est très limité.

Les principaux actes classants concernés sont en hospitalisation :

Dans le secteur public :

Acte	Libellé	Nb séjours
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	4615
ZZLP042	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 4	3955
ZZLP030	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 2	2884
HEQE002	ENDOS. O.G.D	257
GEQE013	EXAM. PANENDOSCOPIQUE DES VADS +TRACHÉOSCOPIE +OESOPHAGOSCOPIE	253
LCJA003	ÉVAC. COLLECTION PÉRIMAXILLAIRE/PÉRIMANDIBULAIRE AB. BUCC.	229
ZZLP054	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 3	199
LBPA042	O.TOMIE BILAT. BR. MANDIBUL. AB. BUCC.	188
EBLA003	POSE CATHÉ RELIÉ À 1VN PROF. MB SUP/COU TRANSCUT+DIFFUSEUR S	170

Dans le secteur privé :

Acte	Libellé	Nb séjours
ZZLP042	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 4	18435
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	9455
ZZLP030	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 2	3694
LBPA042	O.TOMIE BILAT. BR. MANDIBUL. AB. BUCC.	481
LBPA001	O.TOMIE ANTÉPOSITIONNEMENT DES ÉPINES MENTONNIÈRES MANDIB. A	338
ZZLP054	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 3	314
LBFA030	EXÉRÈSE LÉS. MAXIL. +/- MANDIB. 2-4CM AB. BUCC.	202
HASA018	FERM. 1FISTULE BUCCOSIN. LAMBEAU GLISST VESTIBULOJUGAL AB. B	152
LBFA002	EXÉRÈSE LÉS. MAXIL. +/- MANDIB. >4CM AB. BUCC.	145
LBPA004	O.TOMIE BILAT. MANDIBUL+MAXIL. AVANCÉE FORT I NON SEGTÉ AB.	144
GBPA004	SINUSOTOMIE MAXIL. AB. FOSSE CANINE	134
LBFA031	RÉSEC. HYPERTROPHIE OS. BUCC.	118

Les **distributions par âge** selon que le patient est pris en charge en ambulatoire ou non, nous donnent des indications supplémentaires :

		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
		âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus
Public	Ambu	25,7	1%	26,1	2%	26,2	2%	26,0	2%	25,8	2%	25,7	2%
	hospit	33,3	4%	34,1	5%	34,6	5%	35,1	6%	36,3	6%	38,2	7%
Privé	Ambu	22,6	0%	22,8	1%	23,3	1%	22,9	1%	23,0	1%	23,2	1%
	hospit	24,9	2%	25,3	2%	26,3	3%	26,4	3%	27,6	4%	30,8	6%

Dans les 2 secteurs, l'âge moyen des patients est jeune ; il est plus élevé en hospitalisation qu'en ambulatoire. Dans le secteur privé, les patients sont un peu moins âgés que dans le secteur public en hospitalisation et en ambulatoire.

Une autre manière de considérer le potentiel d'évolution est de regarder la **proportion d'établissements dépassant déjà 80% de taux d'ambulatoire** en 2009 :

	% d'établissements ayant un taux de chir ambulatoire >=80%
Public	45%
Privé	78%

Cette proportion est forte, surtout dans le secteur privé où les ¾ des établissements sont déjà au-dessus de 80% de réalisation en ambulatoire.

### Conclusion

- Evolution très positive du taux d'ambulatoire dans les 2 secteurs, de 55% à 85% entre 2004 et 2009
- Evolution plus rapide du secteur privé, avec un taux supérieur de 14% à celui du secteur public en 2009
- Potentiel transférable supplémentaire de l'hospitalisation vers l'ambulatoire limité

Evolution de l'activité de chirurgie ambulatoire dans le secteur public et le secteur privé : Acte 19 : Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein

Bilan national 2004-2009 :

Ensemble	2004			2005			2006			2007			2008			2009			Evolution 2009/2004 du % Ambu sur total
	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	Ambu	Non ambu	% Ambu sur total	
Public	350	2 001	14,9%	477	2 578	15,6%	486	2 211	18,0%	396	1 788	18,1%	459	1 536	23,0%	462	1 330	25,8%	73,2%
Privé	462	2 138	17,8%	719	2 312	23,7%	851	1 775	32,4%	715	1 407	33,7%	711	1 251	36,2%	806	1 122	41,8%	135,3%
TOTAL	812	4 139	16,4%	1 196	4 890	19,7%	1 337	3 986	25,1%	1 111	3 195	25,8%	1 170	2 787	29,6%	1 268	2 452	34,1%	107,8%
<b>Quelques exemples de départements</b>																			
<b>Public</b>																			
41					1	0,0%		2	0,0%		4	0,0%	2	5	28,6%	3	7	30,0%	
42	3	10	23,1%	6	62	8,8%	8	31	20,5%	4	23	14,8%	2	26	7,1%	7	18	28,0%	21,3%
75	32	164	16,3%	38	218	14,8%	36	196	15,5%	28	204	12,1%	36	170	17,5%	30	172	14,9%	-9,0%
87	2	10	16,7%	1	12	7,7%		15	0,0%	2	19	9,5%	4	16	20,0%	1	9	10,0%	-40,0%
<b>Privé</b>																			
41	4	6	40,0%	2	14	12,5%	1	7	12,5%	4	4	50,0%	1	1	50,0%	2	1	66,7%	66,7%
42		9	0,0%	13	19	40,6%	6	6	50,0%	17	8	68,0%	11	6	64,7%	5	11	31,3%	
75	16	77	17,2%	45	116	28,0%	49	108	31,2%	39	81	32,5%	37	70	34,6%	32	58	35,6%	106,7%
87	2	3	40,0%	9	6	60,0%	3	1	75,0%	4	2	66,7%	6	4	60,0%	5		100,0%	150,0%

Hors établissements PSPH

L'évolution nationale tous secteurs est positive, passant de 16,4% à 34% entre 2004 et 2009. Le secteur privé a progressé à un rythme supérieur, avec un différentiel de 16% en faveur du secteur privé en 2009.

GHM concernés dans les séjours ambulatoires :

Le 2 GHM 24C47Z « Interventions sur le sein : séjours de moins de 2 jours » est le principal concerné.

**GHM concernés hors séjours ambulatoires (au moins 10 séjours) :**

Dans le secteur public :

N° GHM V9/10c	LIBELLÉ GHM	2004	2005	2006	2007	2008	2009
09C07Z	Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein	1290	1769	1445	1164	938	774
24C47Z	Interventions sur le sein : séjours de moins de 2 jours		518	492	377	385	364
09C06Z	Interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale	56	51	69	65	33	46
09C05V	Mastectomies subtotales pour tumeur maligne sans CMA	20	38	33	22	38	17
90H02Z	Actes sans relation avec le diagnostic principal : séjours de 2 jours et plus	1	7	5	8	6	15

Dans le secteur privé :

N° GHM V9/10c	LIBELLÉ GHM	2004	2005	2006	2007	2008	2009
09C07Z	Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein	1603	1583	1038	833	676	538
24C47Z	Interventions sur le sein : séjours de moins de 2 jours		433	454	385	314	359
09C06Z	Interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale	159	213	170	106	108	89
09C03V	Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites sans CMA	97	75	45	54	34	33
09C05V	Mastectomies subtotales pour tumeur maligne sans CMA	24	25	24	11	22	13
24Z19Z	Interventions à visée esthétique et de confort, séjours de moins de 2 jours		14	7	8	10	10

Les GHM spécifiques aux interventions sur le sein sont bien sûr prédominants. On note une part significative de séjours dans le GHM 24C47Z, recouvrant des séjours de 1 jour. Le tableau ci-après précise ce phénomène.

Répartition des séjours non ambulatoires selon la durée de séjour :

		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
Public	1 jour	494	25%	539	21%	520	24%	403	23%	403	26%	387	29%
	2 jours	825	41%	1127	44%	995	45%	834	47%	665	43%	574	43%
	3 jours	363	18%	490	19%	362	16%	293	16%	223	15%	182	14%
	Plus de 3 jours	319	16%	422	16%	334	15%	258	14%	245	16%	187	14%
	<b>total hospit</b>	<b>2001</b>		<b>2578</b>		<b>2211</b>		<b>1788</b>		<b>1536</b>		<b>1330</b>	
Privé	1 jour	459	21%	431	19%	457	26%	396	28%	333	27%	379	28%
	2 jours	872	41%	979	42%	751	42%	599	43%	542	43%	457	34%
	3 jours	479	22%	532	23%	335	19%	236	17%	222	18%	159	12%
	Plus de 3 jours	328	15%	370	16%	232	13%	176	13%	154	12%	127	10%
	<b>total hospit</b>	<b>2138</b>		<b>2312</b>		<b>1775</b>		<b>1407</b>		<b>1251</b>		<b>1122</b>	

On peut penser que le potentiel pour augmenter encore le taux de séjours en ambulatoire réside dans les séjours de 1 et 2 jours, voire 3 jours. Pour investiguer ce potentiel, il a été recherché si **d'autres actes classants** que ceux de la liste liée aux interventions sur le sein étaient présents dans le séjour. Cette exploitation a été effectuée sur l'année 2009. Le tableau suivant indique les nombres de séjours concernés selon la durée de séjour :

		avec autre acte classant	sans acte classant	% de séjours sans acte classant sur total des séjours de cataracte = potentiel transférable vers ambulatoire	% de séjours sans acte classant sur total des séjours de cataracte ayant la même durée de séjour
Public	0 jour	115	347		75,1%
	1 jour	54	333	18,6%	86,0%
	2 jours	106	468	26,1%	81,5%
	3 jours	45	137	7,6%	75,3%
Privé	0 jour	191	615		76,3%
	1 jour	62	317	16,4%	83,6%
	2 jours	104	353	18,3%	77,2%
	3 jours	37	122	6,3%	76,7%

La proportion de séjours de courte durée sans autre acte classant est importante, quelle que soit la durée de séjour ; le potentiel d'accroissement supplémentaire de la prise en charge ambulatoire des interventions sur le sein n'est ainsi pas négligeable.

Les principaux actes classants concernés sont en hospitalisation :

Dans le secteur public :

Acte	Libellé	Nb séjours
QEFA004	TUMORECTOMIE SEIN	1220
ZZHA001	PRÉLÈV. PEROP. PR EXAM. CYTO. +/- ANAT.PATH EXTEMPORANÉ	101
QEHA002	BIOPSIE LÉS. GLD MAMM. AB. DIRECT	85
QEJA001	ÉVAC. COLLECTION GLD MAMM. AB. DIRECT	53
GELE001	INTUB. FIBRO/DISPOSITIF LARYNGÉ PARTICULIER PDT 1AG	40
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	30
QEFA001	TUMORECTOMIE SEIN +CURAGE AXIL.	28
QEMA013	MASTOPLASTIE BILAT. RÉDUC.	16

Dans le secteur privé :

Acte	Libellé	Nb séjours
QEFA004	TUMORECTOMIE SEIN	1049
QEJA001	ÉVAC. COLLECTION GLD MAMM. AB. DIRECT	51
QEHA002	BIOPSIE LÉS. GLD MAMM. AB. DIRECT	48
ZZHA001	PRÉLÈV. PEROP. PR EXAM. CYTO. +/- ANAT.PATH EXTEMPORANÉ	48
ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	42
QZMA001	RÉPAR. LAMBEAU LOC. PÉD.NON INDIVID. SF TÊTE	39
QEMA013	MASTOPLASTIE BILAT. RÉDUC.	35
QEFA001	TUMORECTOMIE SEIN +CURAGE AXIL.	29
QEMA004	AUGM. SEINS BILAT. +PROTH.	15
QEKA001	CHANGT IMPLANT PROTH. MAMM. +CAPSULECTOMIE	13
QEFA017	MASTECTOMIE PART.	13
QEEA002	DÉSINVAGINATION UNILAT. MAMELON OMBILICUÉ	13

Les **distributions par âge** selon que le patient est pris en charge en ambulatoire ou non, nous donnent des indications supplémentaires :

		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
		âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus	âge moyen	Part 75 ans et plus
Public	Ambu	44,1	1%	44,2	4%	43,5	2%	44,5	2%	43,9	4%	42,5	3%
	hospit	50,0	3%	50,0	3%	49,1	4%	48,8	4%	49,0	4%	48,2	5%
Privé	Ambu	46,2	3%	45,4	2%	46,0	3%	44,9	3%	44,7	2%	44,7	2%
	hospit	50,7	2%	50,1	3%	48,6	3%	48,4	3%	48,8	3%	47,6	3%

Dans les 2 secteurs, l'âge moyen des patients est plus élevé en hospitalisation qu'en ambulatoire.

Les âges sont très proches dans les deux secteurs en hospitalisation, ils sont un peu plus élevés en secteur privé en ambulatoire.

Une autre manière de considérer le potentiel d'évolution est de regarder la **proportion d'établissements dépassant déjà 80% de taux d'ambulatoire** en 2009 :

	% d'établissements ayant un taux de chir ambulatoire >=80%
Public	11%
Privé	22,1%

Il est clair que dans cette catégorie d'actes, le seuil de 80% ne constitue pas une cible pour les établissements à court terme.

### Conclusion

- Taux d'ambulatoire modéré, passant de 16,4% à 34% entre 2004 et 2009
- Et un différentiel public/privé de 16% en 2009 en faveur du secteur privé
- Existence d'un potentiel transférable supplémentaire de l'hospitalisation vers l'ambulatoire, de l'ordre de 20% dans les deux secteurs

**Annexe 3 - Enquête qualitative sur la chirurgie ambulatoire :  
monographies des 4 visites**

## Sommaire

CH 1 .....	227
CH 2 .....	232
CHU .....	238
Clinique .....	245

# CH 1

**Personnes interviewées :** directeur adjoint, DIM, cadre supérieure de santé, responsables de l'unité de chirurgie ambulatoire (cadre, anesthésiste référent), ophtalmologue. Le praticien coordonnateur de l'unité (orthopédiste) ne s'est pas rendu disponible pour l'enquête.

**Documents fournis :** activité de l'unité de chirurgie ambulatoire, par discipline, en 2009 et 2010 ; fiches de postes (IDE, AS) ; fiche descriptive de l'unité ; règlement intérieur ; fiche du projet médical « extension de la chirurgie ambulatoire » ; contrat de pôle.

**Données issues de PLATINES et de SNATIH (année 2008) :**

Nombre de lits de chirurgie : 103+12 ambulatoire

Nombre d'interventions de chirurgie : 4258+1912 en ambulatoire

Part des personnes de 65 ans et plus dans le département : 6,3 %

Taux d'allocataire de minima sociaux : 5,3 %

Part de marché en chirurgie sur la zone d'attraction : 29,4 %

Indice d'évolution des volumes en chirurgie 2008/2000 : 119,4

Indice de performance en DMS en chirurgie : 0,916

Taux d'occupation des lits en chirurgie : 70,7 %

## Contexte général

L'unité de chirurgie ambulatoire a été ouverte le 17 janvier 2007 sous l'impulsion de la direction du CH et des cadres, et non du corps médical, qui a été « suiveur ». Le projet a longuement mûri, les prémices datant du début des années 2000, avec mise en place d'une unité d'hospitalisation jour/semaine. Les premiers groupes de travail sur le projet ont vraiment débuté en 2003-2004. La T2A n'a de fait pas constitué une incitation majeure à la constitution de cette unité, mais l'a favorisé. Il a été souligné qu'en budget global, il était difficile de pousser un tel projet rapidement. Or, en T2A, la direction voyait dans cette unité la perspective d'accroître les recettes avec la possibilité de soigner deux patients / lit dans la même journée (matin/après-midi), dans le cadre d'une organisation adaptée (réflexion qui avait surtout joué un rôle pour l'HDJ de médecine oncologique), et évidemment la possibilité de fermer l'unité la nuit et le week-end. Par ailleurs, les services de chirurgie avaient des difficultés de gestion des lits avec de nombreux « passagers clandestins » en provenance des urgences (patients de médecine). La suppression du taux de change de 2 lits pour 1 a aussi favorisé l'émergence du projet.

La direction a enfin souligné un argument organisationnel pour faire avancer le projet : l'obligation, rappelée dans la circulaire « frontière » de 2006, de prendre en charge les patients en chirurgie ambulatoire dans une unité dédiée.

À noter que dans l'opération globale ayant conduit à mettre en place ces lits de chirurgie ambulatoire, 11 lits de chirurgie ont été fermés (avec redéploiement de 2 agents en faveur des autres pôles).

Les récentes incitations tarifaires de la T2A n'ont pas joué de rôle dans l'orientation de l'activité chirurgicale en faveur de l'ambulatoire. Les professionnels de santé interrogés ne connaissent pas les tarifs, le DIM et la direction voient dans les évolutions incessantes des tarifs une source de confusion, sur laquelle il n'est pas possible de bâtir une stratégie de long terme ; cette instabilité « a dénaturé le sens de la T2A ». Pour le DIM notamment, ces variations des tarifs ne peuvent pas engendrer d'incitations, surtout que les tarifs 2010 des principales interventions ambulatoires ont en réalité baissé en raison de la convergence ciblée public/privé. De fait, les tarifs ne sont pas jugés spécialement incitatifs par la direction. Peut-être aussi manque-t-on de recul pour estimer l'impact du tarif unique mis en place en 2009. La direction voit surtout dans ce dossier une question de pratiques médicales, favorisées par le progrès technique (anesthésie locale, diminution des temps d'intervention).

Pour l'anesthésiste référent, très impliqué dans la bonne marche de l'unité de chirurgie ambulatoire, la T2A ne peut avoir aucune implication sur son activité : « cela est du domaine de la direction du CH, et

non de celui des médecins ». Ses motivations sont plutôt : le développement d'une innovation dans la prise en charge des patients, la concurrence du secteur privé, l'amélioration de l'organisation constatée dans l'unité et au bloc, le gain de temps pour les soins, la satisfaction des patients.

Lors de la commission de suivi du projet d'établissement, les objectifs mis en avant et atteints pour la plupart étaient : rentabilité, gestion des lits en chirurgie (toutefois, les réalisations dans ce domaine sont un peu décevantes par rapport à l'objectif), structuration de l'activité programmée, effet bénéfique sur l'organisation du bloc.

La T2A n'a donc pas été le moteur, ni l'agent déclencheur de la constitution de l'unité de chirurgie ambulatoire, même si le principe de lier recettes et activité a joué un rôle important. D'autres déterminants ont joué.

À signaler, parmi ces autres déterminants, la mise sous accord préalable de l'ophtalmologie du CH par la CPAM en 2009 et 2010 (« sous tutelle », d'après l'ophtalmologue), qui a eu un certain effet accélérateur, mais a aussi permis d'identifier une forte proportion de patients pour lesquels la prise en charge ambulatoire n'était pas indiquée (isolément, éloignement géographique).

### **L'unité**

L'unité est située au RDC avec entrée dans le hall du CH, près des consultations, et jouxtant le bloc opératoire (qui n'est pas dédié à l'ambulatoire, c'est le bloc central).

Elle a 12 lits, et est remplie en moyenne par 12 patients / jour avec des pics pouvant aller jusqu'à 24 patients (avec donc 1 patient le matin, et 1 autre l'après-midi dans le même lit, tout en garantissant les délais de surveillance : par exemple 6h pour une amygdalectomie). En 2009, 1,34 % des patients prévus en ambulatoire sont restés la nuit à l'hôpital (en général, il s'agit d'un malaise), contre 2,4 % en 2008. Les patients ré-hospitalisés après leur sortie sont très rares, mais du fait du parcours complexe au sein de l'hôpital, le taux n'est pas connu (surtout que les patients pourraient être hospitalisés ailleurs). Les interlocuteurs n'ont cependant pas souvenir que ce soit arrivé une fois depuis 2007.

L'unité est ouverte de 8 heures à 19 heures 30 (le bloc, situé en face de l'unité, à proximité immédiate, est ouvert de 8 heures à 16 heures).

Physiquement, l'unité est constituée de box séparés par de simples rideaux, avec un lieu central de surveillance infirmière.

Cette unité est dotée de 4 ETP IDE, 3 ETP AS, une secrétaire et 20 % ETP de cadre infirmier.

*À noter que l'article D 6124-303 du code de la Santé publique prévoit 1 IDE pour 5 patients présents. Il faut donc 2 IDE en permanence sur la période d'ouverture (sur la base de 10 patients présents), soit 11h30 x 5 jours x 2 IDE=115 heures par semaine, soit de l'ordre de 6000 heures de présence infirmière par an (la période d'été n'étant pas une période de fermeture), ce qui demande, sur la base de la réglementation du temps de travail, 4 postes d'IDE, ce qui est l'effectif en place.*

La secrétaire réalise les entrées, les sorties des patients ainsi que la facturation. Il y a un dossier commun du patient. La cadre co-organise le planning du bloc opératoire avec le cadre du bloc. Les patients sont appelés la veille par une infirmière et éventuellement le lendemain de l'intervention si besoin.

Cette unité est rattachée au pôle chirurgical (constitué de : 3 services de chirurgie, bloc opératoire, réanimation, anesthésie, cardiologie, gastro-entérologie, consultations externes et chirurgie ambulatoire).

Il y a du coup peu d'activité ambulatoire dans les autres services : un peu en gynécologie ou rarement quand l'unité de chirurgie ambulatoire est saturée.

### **Activité**

## Données 2009 PMSI :

	2004			2009			Ratio 2009 de l'étab./ France	Evol 2009/2004
	Nb interventions Ambu	Nb interventions Hospit	Part Ambu	Nb interventions Ambu	Nb interventions Hospit	Part Ambu		
	Cataracte	25	595	4%	355	349		
Canal carpien				90	24	79%	101%	
Chir main	111	204	35%	173	156	53%	92%	49%
Arthroscopies	48	36	57%	80	46	63%	140%	11%
Résections osseuses	53	127	29%	157	108	59%	138%	101%
Varices		76	0%	15	22	41%	87%	
Hémorroïdes	1	8	11%	3	16	16%	112%	42%
Chir anale, péri-anale	1	29	3%	18	67	21%	141%	535%
Amygdales, VG	89	176	34%	192	99	66%	131%	96%
Drains transtympaniques	74	20	79%	51	3	94%	107%	20%
Extractions dentaires	25	30	45%	55	7	89%	121%	95%
Circoncisions	65	11	86%	77	3	96%	116%	13%
Chir testicules	6	23	21%	13	17	43%	112%	109%
Chir sein hors K				2	6	25%	97%	
Chir vagin, vulve, col	5	42	11%	27	19	59%	141%	452%
Dilatations, curetages	8	70	10%	91	23	80%	135%	678%
Interv coelio gynéco		113	0%	38	153	20%	312%	
Hernies enfants	14	5	74%	6	0	100%	193%	36%
Hernies adultes	5	211	2%	96	161	37%	306%	1514%
Oreilles décollées		8	0%	1	10	9%	25%	

Il y a eu une montée en charge de l'activité de l'unité depuis l'ouverture : en 2007, 8,5 patients par jour d'ouverture en moyenne, et en 2009, 12,4 patients par jour.

Point faible : en ophtalmologie, l'équipe médicale était historiquement opposée à l'ambulatoire (chef de service réfractaire à la chirurgie ambulatoire) ; un renouvellement de l'équipe est toutefois en cours. Sur un semestre en 2009 et le 1<sup>er</sup> semestre 2010, il y a eu l'établissement de la demande d'accord préalable par la CPAM pour la cataracte et le strabisme, du fait de l'insuffisant recours à la chirurgie ambulatoire pour ces types d'actes. Le taux d'intervention pour cataracte en ambulatoire est ainsi passé à 50 % en 2009, sachant que sur les 3 médecins ophtalmologues, il existe des différences notables de taux. Cependant, ce taux de 50 % est maintenant, semble-t-il, accepté de facto par la CPAM, compte tenu des indications de la chirurgie ambulatoire : il faut que les patients puissent rentrer chez eux en étant raccompagnés, et ne soient pas seuls la nuit qui suit leur retour à domicile. Ce qui explique ces chiffres : le CH accueille une forte population en zone rurale, souvent isolée. Il est observé que la clinique de la ville aussi a été mise « sous tutelle ». D'un autre côté, au CH de Bourges, pourtant avec une population comparable, le service d'ophtalmologie a recours à la chirurgie ambulatoire pour la cataracte pour 90 % des patients (car les médecins exigent que les patients soient accompagnés pour le retour à domicile et la nuit suivante).

Point fort : la plupart des autres actes, en particulier en orthopédie, présentent des taux d'ambulatoire supérieurs à la moyenne nationale. Le CH est bon aussi sur certains actes comme les cholécystectomies ne faisant pas partie des actes marqueurs.

L'activité, en nombre de passages, se répartit comme suit en 2009 :

- Entre 400 et 550 : ophtalmologie, orthopédie et traumatologie, gastro-entérologie
- Entre 300 et 390 : chirurgie viscérale et urologie, gynécologie (IVG), ORL
- Entre 100 et 220 : anesthésie (anesthésie pour les enfants passant un examen de radiologie par exemple, pose de chambre implantable, sismothérapie), gynéco-obstétrique et stomatologie
- Moins de 100 : cardiologie (remplacement de pace-maker).

L'activité sur le premier semestre 2010 présente peu de changement sur la répartition entre disciplines. Le questionnaire de satisfaction administré auprès des patients (20 % de taux de retour) montre leur grande satisfaction : 100 % sont satisfaits de l'accueil, de la disponibilité des personnels, des informations reçues ; malgré l'agencement des lits séparés par des rideaux, le degré de satisfaction des

patients pour la confidentialité est de 95 % (3,3% d'insatisfaits) ; et pour le niveau sonore, il y a 7,5 % de patients insatisfaits.

### **Analyse financière**

Il n'y a pas d'analyse comptable fine par unité ou service. Elle existe par pôle. Du fait de la difficulté par exemple de connaître la quote-part de temps passé par les médecins/chirurgiens en chirurgie ambulatoire, les données de comptabilité analytique disponibles pour cette unité ne sont pas très fiables (en tout cas elle sont incomplètes). Mais l'infocentre fournit un grand nombre d'indicateurs par pôle : finances, organisation, ressources humaines, qualité.

Moyennant ces limites, pour l'unité de chirurgie ambulatoire, sans tenir compte du temps passé par les médecins et chirurgiens, les recettes se sont élevées en 2008 et 2009, sur le 1<sup>er</sup> semestre, respectivement à 1,27 et 1,4 millions d'euros, et les charges à 1,24 et 1,37 millions d'euros, soit un solde grossièrement à l'équilibre. Ceci dit, si on ajoutait les temps médicaux, le solde deviendrait négatif.

L'impact de l'ouverture de la chirurgie ambulatoire en 2007 n'est pas visible à l'heure actuelle, tant sur le plan de l'attractivité (mais la satisfaction des patients peut mettre du temps à être connue par la population) que sur le plan financier, à l'intérieur du pôle (résultat net en 2007 et 2008 positif grâce à la cardiologie essentiellement). Le CH pour la chirurgie entre en compétition avec la clinique dont les parts de marché sont plus importantes (41 %) que celles du CH (27 %), d'après une étude BDHF sur l'année 2006. D'après le DIM, l'activité globale en chirurgie est stable.

Il faut cependant aussi tenir compte de l'attractivité de cette unité de chirurgie ambulatoire pour le recrutement de jeunes praticiens.

## **Points positifs de l'unité de chirurgie ambulatoire du point de vue de l'établissement**

- Organisation du bloc opératoire qui ainsi a pu être révisée, organisation reconnue comme un avantage par les chirurgiens et médecins, dont ceux qui ont également une activité privée. Le taux d'occupation du bloc est passé de 65 % à 83 % entre 2006 et 2009.
- Facturation assurée par la secrétaire de l'unité : politique du CH, pour éviter d'envoyer les patients dans différents services administratifs
- Satisfaction des patients, avec en conséquence une tendance à voir la demande des patients s'orienter vers l'ambulatoire
- Équipe motivée (souplesse de la présence des IDE et AS selon la charge de travail) ; les cadres et le personnel soignant ont été moteurs dans ce projet.
- Bonnes conditions de travail pour le personnel.

## **Perspectives**

L'unité en 2012 devrait passer de 12 à 15 lits (projet médical), puis 20 lits dans un avenir plus éloigné, pour répondre à l'augmentation d'activité. Les locaux actuels permettent de créer 3 box supplémentaires.

D'autres projets sur les actes à prendre en charge en ambulatoire sont engagés : hallux valgus en orthopédie, sans compter la marge de progression en ophtalmologie.

Pour passer à 15 lits, la question se pose de doter l'unité d'une IDE supplémentaire (cf. ci-dessus le calcul d'effectif pour tenir compte de la norme réglementaire de 1 IDE pour 5 patients présents). La rentabilité de l'unité sera à ré-évaluer...

## **Souhaits sur les évolutions tarifaires**

- Rester proche des coûts de l'ENC (malgré les imperfections de celle-ci ; par exemple, on ne tient pas assez compte de la concentration des charges en début de séjour)
- Éviter les fluctuations tarifaires en fonction de priorités changeantes.

## CH 2

**Personnes interviewées :** directeur financier, responsable du contrôle de gestion, DIM, président de CME, cadre supérieur du bloc, cadre du bloc, cadre de l'unité de chirurgie de courte durée, un anesthésiste, un chirurgien viscéral, un chirurgien maxillo-facial, un chirurgien orthopédiste.

**Documents fournis :** rapport d'activité 2009, présentation de l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA), processus de prise en charge du patient, questionnaire de satisfaction du patient, tableau de bord d'activité de l'UCA, suivi de l'activité sur les 18 actes marqueurs, synthèse des données de la base PMSI depuis 2006 pour l'UCA, fiche d'argumentation médico-économique pour la mise en place de la salle technique

**Données issues de PLATINES et de SNATIH (année 2008) :**

Nombre de lits de chirurgie : 99 + 10 ambulatoire

Nombre d'interventions de chirurgie : 3927 + 2148 en ambulatoire

Part des personnes de 65 ans et plus dans le département : 6,3 %

Taux d'allocataire de minima sociaux : 6,5 %

Part de marché en chirurgie sur la zone d'attraction : 35,6 %

Indice d'évolution des volumes en chirurgie 2008/2000 : 100,9

Indice de performance en DMS en chirurgie : 1,005

Taux d'occupation des lits en chirurgie : 64,7 %

**Contexte général**

L'unité de chirurgie ambulatoire (UCA) a ouvert en 2000 avec 5 lits autorisés, puis 10 lits ; elle a connu plusieurs évolutions : elle est depuis 2009 accolée à l'unité d'hospitalisation de semaine (UCS) de 10 lits au sein de l'unité de chirurgie de courte durée (UCCD) ; en son sein, se déroulent également les actes externes, avec une salle technique dédiée (traitement de panaris, ablation de petit matériel...). Ces lits ont été mis en place par redéploiement interne.

Le développement de l'unité de chirurgie ambulatoire s'est réalisé sous l'impulsion de quelques chirurgiens pionniers, dont le stomatologue, contraint par ailleurs sur son nombre de lits d'hospitalisation pour sa spécialité. L'initiative a donc été à l'origine médicale, la direction ayant accompagné le mouvement (par exemple en opérant une pression pour la réalisation des varices en ambulatoire) ; une étude de coûts à l'époque avait montré l'intérêt économique de ce type d'unité. Sont aussi moteurs dans la configuration actuelle les cadres, le DIM. Les chirurgiens plus en retrait ont peu à peu été convaincus que l'UCA fonctionnait bien.

La montée en charge de l'activité a été progressive avec moins de 1000 patients par an au début jusqu'à plus de 2000 actuellement.

Dans le développement récent, la chirurgie ambulatoire a été également stimulée par la CPAM, avec notamment la mise sous accord préalable (MSAP) pour la prise en charge en ambulatoire des hernies chez l'adulte pendant 6 mois (jusqu'à mars 2010) ; cette procédure a été déterminante puisque le taux d'ambulatoire est passé de quelques % à plus de 50 % en 6 mois pour cet acte ; le taux est actuellement proche de 40 %.

Les incitations tarifaires de la T2A n'ont pas eu d'impact du point de vue du personnel (cadre de l'unité, chirurgiens...) ; personne ne connaît les tarifs mais par contre, la majorité des personnes a connaissance que la chirurgie ambulatoire a fait l'objet d'incitations de la part des pouvoirs publics.

Il est par contre souligné par le cadre de l'unité et le DIM la problématique des soins externes qui représentent 166 patients sur les 9 premiers mois de 2010 : ils ne sont plus comptabilisés en chirurgie ambulatoire alors que ces patients occupent une place pour parfois trois heures et mobilisent du personnel soignant (ex : ponction d'ascite sans perfusion d'albumine (alors qu'avec perfusion d'albumine, le séjour justifie une admission en HDJ) ; ablation de petit matériel du poignet, panaris, ongle incarné...). À ce sujet, des illogismes sont notés comme celui de classer une chimiothérapie par

une molécule antimétabolite en HDJ pour le cancer de la vessie, et une chimiothérapie par BCG thérapie en soins externes, alors que les gestes, la durée, la mobilisation de ressources sont les mêmes. Pour le DIM et le président de CME, ce type d'unité représente un avenir certain pour les établissements hospitaliers ; l'établissement est d'ailleurs dans une réflexion similaire pour développer une unité ambulatoire en médecine.

La T2A n'a donc pas été le moteur, ni l'agent déclencheur de la constitution de l'unité de chirurgie ambulatoire. Elle joue un rôle comme facteur général de pression pour améliorer l'efficacité, mais le détail des mesures (tarifs uniques...) n'a pas été déterminant. L'enjeu principal intégré par les acteurs est que face à des tarifs qui s'imposent, leur seule marge de manœuvre réside dans la maîtrise des coûts. Comme il y a peu de marge de manœuvre sur les séjours longs de patients âgés en attente de placement, les recherches de gains d'efficacité se sont portées sur les séjours courts.

Les facteurs favorisant la chirurgie ambulatoire sont donc au total, aux yeux des personnes interrogées :

- Les possibilités techniques : progrès de l'anesthésie et des techniques chirurgicales, prise en compte de la douleur, diminution des temps opératoires, anesthésie loco-régionale... Ces progrès ont conduit à baisser tendanciellement les durées de l'ensemble des séjours : développement en volume des actes externes, de la chirurgie ambulatoire et en corollaire, un taux de remplissage des lits d'hospitalisation en chirurgie en baisse.
- Les demandes des patients, le confort que cette prise en charge leur apporte
- Les incitations des tutelles
- La saturation des lits d'hospitalisation dans certaines spécialités
- Des initiatives de certains chirurgiens
- Les augmentations des recettes (cf. plus loin) et la diminution des coûts (argument surtout pour la direction)
- L'organisation bien rodée de l'unité ambulatoire

La concurrence de la clinique semble avoir joué un rôle moindre, même si par ailleurs, l'existence de cette concurrence est bien présente dans les esprits.

Les freins résident dans les habitudes acquises, le confort de travail des chirurgiens (il y a toujours l'idée que l'ambulatoire comprend une petite prise de risque, l'ambulatoire implique une contrainte de temps...).

Le DIM note aussi quelques effets pervers liés aux bornes basses (ex : 2 jours pour les hémorroïdectomies).

## **L'unité**

L'unité est située dans un lieu provisoire (opération-tiroir) au troisième étage, loin du bloc opératoire. Les patients reçoivent toute l'information nécessaire pour trouver le lieu avant leur journée d'hospitalisation (seuls 9 % ont manifesté un problème sur ce sujet dans l'enquête de satisfaction). Cette configuration n'est que provisoire. Lors de la restructuration en cours de l'établissement, l'ensemble UCA + UCS (qui sera alors portée à 15 lits) + salle technique sera transféré en 2012 dans une nouvelle aile, au 1<sup>er</sup> étage, à proximité du bloc (via une passerelle), les communications étant à l'heure actuelles peu pratiques pour transporter les patients de l'UCA (3<sup>ème</sup> étage) au bloc (1<sup>er</sup> étage, pas dans le même bâtiment), via le sous-sol. On trouve des chambres à 1 ou 2 lits.

L'accueil et l'admission, de même que la sortie, sont gérés au sein même de l'UCA. Il y a appel systématique du patient la veille et le lendemain (sauf le samedi).

Le patient est inscrit par les secrétaires des spécialités et programmé ; le bureau des admissions est alors averti. Le dossier est vu en staff de spécialité, puis à J-1, la programmation de l'horaire au bloc opératoire permet de donner au patient son heure de venue. Les interventions programmées en ambulatoire sont mises en début de programme.

Il existe un dossier patient unique. L'informatisation du bloc est en cours.

Pour réduire les délais de sortie, une procédure a été mise en place pour éviter à l'anesthésiste de passer de façon systématique ; seul le chirurgien signe la sortie dès lors que le score de retour à la rue (score de Chung) est supérieur ou égal à 9 (le scorage étant effectué par l'infirmière). En outre, la douleur est évaluée (EVA).

Le % de patients programmés en ambulatoire et devant rester la nuit est faible, devant tourner autour de 2 % (coloscopies avec geste thérapeutique parfois programmées tardivement, douleur, absence d'accompagnant).

La proximité de l'UCA et de l'UCS est un avantage certain aux yeux des acteurs pour donner de la souplesse à la gestion des lits et accroître le taux de rotation des lits ; cela facilite aussi la gestion des ressources humaines. Il peut arriver ainsi que le nombre de patients ambulatoires par jour dépasse 10, « débordant » sur l'UCS pour une journée (surtout le vendredi où il n'y a pas d'HDS). On peut même parfois utiliser un lit d'UCS après une sortie le matin pour accueillir un patient ambulatoire. En outre, comme il y a toujours quelqu'un, les sorties de l'ambulatoire peuvent se faire jusqu'à 20h-21h, même si les horaires d'ouverture de l'UCA sont en principe de 7h-19h. On notera que la nuit, du personnel est présent pour surveiller les patients d'hospitalisation de semaine.

L'effectif pour l'UCA (même si en réalité, la distinction des effectifs entre UCA et UCS est délicate) est : un temps de cadre, 2,75 ETP d'infirmière, 1 ASH, 0,25 % d'AS.

## Activité

Il y a eu une montée en charge particulièrement entre 2007 et 2009.

L'activité ambulatoire présente des taux souvent supérieurs à la moyenne nationale : cataracte, arthroscopies, ablation de matériel, varices, extractions dentaires, chirurgie de la main, canal carpien. Ce taux se situe dans la moyenne nationale pour 5 autres catégories d'actes. Et selon les derniers chiffres fournis sur les 9 mois 2010, le volume augmente sur les 18 actes marqueurs faisant l'objet du suivi de gestion : sur les 9 premiers mois de 2009, la chirurgie ambulatoire représentait 66 % des volumes de séjours chirurgicaux pour ces 18 actes marqueurs, alors qu'elle en représente 71,5 % sur la même période en 2010.

	2004			2009			Ratio 2009 de l'étab. / France	Evol 2009/2004
	Nb interventions Ambu	Nb interventions Hospit	Part Ambu	Nb interventions Ambu	Nb interventions Hospit	Part Ambu		
Cataracte	2	94	2%	227	12	95%	130%	4459%
Canal carpien	31	9	78%	191	36	84%	107%	9%
Chir main	68	139	33%	265	143	65%	114%	98%
Arthroscopies	1	32	3%	47	23	67%	148%	2116%
Résections osseuses	107	82	57%	88	53	62%	145%	10%
Varices		107	0%	43	20	68%	146%	
Hémorroïdes		10	0%		22	0%	0%	
Chir anale, péri-anale	4	22	15%	9	54	14%	95%	-7%
Amygdales, VG	23	17	58%	37	46	45%	88%	-22%
Drains transtympaniques	16	1	94%	33	6	85%	96%	-10%
Extractions dentaires	385	47	89%	355	49	88%	119%	-1%
Circoncisions	86	32	73%	81	16	84%	101%	15%
Chir testicules		61	0%		58	0%	0%	
Chir sein hors K					1	0%	0%	
Chir vagin, vulve, col	17	63	21%	13	43	23%	56%	9%
Dilatations, curetages	4	102	4%	10	37	21%	36%	464%
Interv coelio gynéco	2	82	2%	8	127	6%	93%	149%
Hernies enfants	2	15	12%	1	10	9%	18%	-23%
Hernies adultes	2	213	1%	8	218	4%	29%	281%
Oreilles décollées	3		100%	2	7	22%	61%	-78%

Les taux d'ambulatoire ont augmenté en 2010 notamment pour les varices (77 % sur les 9 premiers mois de 2010), les hernies de l'adulte (36 %).

La cataracte est passée de presque 0 % à presque 100 % d'ambulatoire sur la période, suite à la formation du praticien d'ophtalmologie.

Il existe un point faible : la gynécologie. Cette discipline n'entre pas dans le cadre de l'activité de l'UCA mais dispose de 4 lits d'HDJ dans son service. Les taux de prise en charge ambulatoire sont plus faibles que la moyenne nationale ; cette situation ne semble pas pouvoir changer dans les mois qui viennent.

Des points de fragilité sont évoqués aussi en chirurgie viscérale ; les interventions sur les hernies adultes ont été prises en charge en ambulatoire en 2010 suite à la MSAP ; les chirurgiens, surtout les plus jeunes, se sont adaptés à cette prise en charge, mais il y a eu dernièrement un départ d'un chirurgien vers la clinique qui peut remettre en question l'évolution de cette activité.

L'activité, en nombre de passages, de l'UCA, se répartit comme suit en 2009 (qui est considérée comme une mauvaise année en raison de problèmes de déménagement), pour un total de 2013 passages (à différencier de l'activité totale de l'établissement puisque tous les séjours de chirurgie ambulatoire ne sont pas accueillis en UCA) :

- Stomatologie : 711
- Hépto-gastro-entérologie : 423 (endoscopies digestives)
- Orthopédie : 308
- Ophtalmologie : 227
- Urologie : 172
- ORL : 70
- Chirurgie viscérale : 52
- Chirurgie vasculaire : 13
- Prise en charge douleur : 19
- Autres : 18

L'activité sur les 9 premiers mois 2010 présente peu de changement sur la répartition entre disciplines, mais est en augmentation (+9% en tendance).

Le nombre d'interventions par semaine (hors mois d'août) est de l'ordre de 50 à 70.

On observera qu'avec 2013 séjours, le taux d'occupation par lit, sur 220 journées d'ouverture environ, est de près de 100 %.

À noter un transfert de certains actes réalisées avant en ambulatoire vers le secteur des soins externes.

Il reste des séjours de chirurgie ambulatoire dans les services, hors UCA, pour faire face à des problèmes de programmation ou lorsque l'UCA est saturée. C'est le cas notamment en orthopédie.

Le questionnaire de satisfaction des patients montre que les patients sont pleinement satisfaits de la prise en charge, des informations données, de l'organisation de la sortie. On note 13 % d'insatisfaits sur l'état de la chambre et la restauration. 9 % seulement ont eu des difficultés à trouver le service, mais 56 % ont eu des difficultés de stationnement.

Il n'est pas observé une attractivité plus grande de la chirurgie au CH avec ce développement de l'ambulatoire ; l'activité globale est plutôt stable (avec des difficultés ponctuelles en 2009 : opérations-tiroirs obligeant à reporter des interventions, départ d'un praticien...), mais la direction et le DIM observent que la situation aurait été pire en l'absence de chirurgie ambulatoire, qui donne à l'établissement une image de compétence. L'application de la circulaire frontière a aussi reporté sur les actes externes certaines interventions réalisées auparavant en HDJ.

D'après le rapport d'activité de l'établissement, le CH a 33 % de part de marché en chirurgie sur son territoire (160 000 habitants), contre 41 % pour la clinique située dans la même ville.

### **Analyse financière**

Il n'y a pas d'analyse de comptabilité analytique fine par unité ou service. Mais les CREA par pôle sont constitués, hors charges de structure.

La seule étude médico-économique réalisée sur le sujet a porté en 2009 sur l'opportunité d'ouvrir une salle technique spécifique pour les actes externes : le transfert de ces actes du bloc vers la salle technique a permis de diminuer les coûts de prise en charge de façon nette (par exemple économies de brancardage).

Mais le suivi de gestion, portant chaque mois sur les données d'activité, permet d'identifier l'apport de la chirurgie ambulatoire aux recettes :

	2006/2007	2007/2008	2008/2009	2009/2010 (9 mois)
Evol. Activité	-0,05 %	+0,3 %	+0,6 %	+9 %
Evol. ICR Bloc	+6,4 %	+3,1 %	+4,5 %	+25,4 %
Evol. Recettes T2A	+6,5 %	+2,3 %	+4,7 %	+13,7 %
Recettes moyennes par passage	+6,6 %	+2 %	+4,1 %	+4,3 %

Ainsi, les recettes augmentent plus vite que l'activité elle-même, du fait d'une augmentation des recettes moyennes par passage. Cette augmentation des recettes moyennes par passage s'explique par la technicité plus grande des actes réalisés, les plus simples étant basculés en soins externes. Les augmentations tarifaires de certains GHS d'ambulatoire jusqu'à 2009 ont aussi joué un rôle.

### **Points positifs de l'activité de chirurgie ambulatoire du point de vue de l'établissement**

- Satisfaction des patients qui sont demandeurs
- Équipe motivée (souplesse de la présence selon la charge de travail pour respectivement les prises en charge en ambulatoire, en semaine, en externe), bonne adaptabilité du programme au bloc (la chirurgie en ambulatoire passe avant la chirurgie lourde, possibilité pour un chirurgien de prendre les plages horaires d'un chirurgien en congé...)
- Bonne organisation dans le déroulement de la prise en charge du patient avant et après l'intervention
- Augmentation des recettes et donc probablement de la marge

### **Points négatifs de l'activité de chirurgie ambulatoire du point de vue de l'établissement**

- difficultés pour connaître à l'avance le statut administratif du patient entre externe et hospitalisation ambulatoire
- prises en charge assez similaires parfois entre patients externes et patients ambulatoires

### **Perspectives**

L'unité de chirurgie de courte durée en 2012 aura 25 lits, regroupant les lits de semaine (15) et les lits d'ambulatoire (10). Une meilleure organisation, avec mise en place d'un salon de départ de 20 m<sup>2</sup>, la plus grande proximité du bloc, etc. devraient permettre d'améliorer le taux de rotation des lits (et de diminuer les files d'attente dans certaines disciplines). Un espace spécifique et plus vaste sera dédié aux soins externes.

De nouveaux actes pourraient être pris en charge en ambulatoire (ex : angioplasties coronaires chez le sujet jeune, interventions sur le genou...).

### **Souhais quant aux évolutions tarifaires et réglementaires**

Il a été remarqué qu'en fin de compte, les taux cibles ne sont pas connus. Il existe un certain flou sur les objectifs.

Le Président de CME craint qu'une fois tous les établissements engagés dans l'ambulatoire, les tarifs des GHS concernés baisseront...

## CHU

**Personnes interviewées :** directeur général, directeur adjoint chargé du contrôle de gestion, DIM, président de la CME, 2 orthopédistes, 1 chirurgien cardio-vasculaire, 1 urologue, 1 ophtalmologue, 1 chirurgien viscéral, 1 anesthésiste, médecin responsable du bloc opératoire, coordinatrice générale des soins, cadres supérieurs de santé : pôle plateau technique, pôle viscéral et orthopédie, pôle tête et cou, cadre de santé en anesthésiologie.

**Documents fournis :** présentation générale de l'activité de chirurgie ambulatoire dans l'établissement et des perspectives, exemples de tableau de bord de pôle, données sur les coûts par GHM (établissement participant à l'ENCC).

**Données issues de PLATINES et de SNATIH (année 2008) :**

Nombre de lits de chirurgie : 398+28 ambulatoire

Nombre d'interventions de chirurgie : 14820+3934 en ambulatoire

Part des personnes de 65 ans et plus dans le département : 6,7 %

Taux d'allocataire de minima sociaux : 7,1 %

Part de marché en chirurgie sur la zone d'attraction : 27,5 %

Indice d'évolution des volumes en chirurgie 2008/2000 : 118,4

Indice de performance en DMS en chirurgie : 0,965

Taux d'occupation des lits en chirurgie : 77,8 %

### Contexte général

L'établissement a un projet d'ouverture d'une unité de chirurgie ambulatoire début 2011, au départ de 12 places (sans bloc dédié), suite à une réflexion interne d'environ 2 ans, dans le cadre des objectifs fixés dans le CPOM fin 2006. L'établissement a aussi été mis sous accord préalable pour plusieurs actes dans la période récente (en 2008 : adénoïdectomie, arthroscopie du genou, canal carpien, extractions dentaires, cataracte).

Ce projet est porté avant tout par la direction, mais de nombreux services de chirurgie sont concernés, et au premier chef l'ophtalmologie.

Les récentes incitations tarifaires de la T2A n'ont pas constitué une incitation majeure ; l'enjeu est plutôt de répondre aux objectifs du CPOM et à la pression de la CPAM. Chaque année, une réunion se tient avec les représentants de la CPAM pour faire le point et renforcer la sensibilisation de l'établissement. Au début, cette pression était mal tolérée par le corps médical (gêne pour les praticiens, les patients, les secrétaires), mais lors des entretiens, cette gêne ne semblait pas très forte.

Le DIM voit dans la politique de tarif unique plutôt un « incitatif contraint » avec une approche uniquement financière qu'un réel incitatif positif. Cette mesure n'est en tout cas pas décisive dans les choix d'orientation de l'établissement. Un autre praticien observe que ce tarif unique n'est pas perçu par les chirurgiens.

La direction voit aussi dans ce développement de l'ambulatoire une opportunité pour dynamiser la chirurgie dans l'établissement.

Les professionnels de santé interrogés ne connaissent pas les tarifs, et entretiennent une réelle confusion entre les incitations à l'ambulatoire et l'incitation vécue comme inverse liée à l'existence des bornes basses. Le DIM est en effet assez vigilant sur ce point depuis 2009, et incite les services à éviter de « tomber » en borne basse (ex : hernies discales en 2 jours). Et ce double discours est complexe à gérer. Plusieurs praticiens restent aussi sur l'idée que 0 et 1 nuit sont équivalents, ce qui était le cas avant la v11 (donc avant 2009) en termes de classification avec la CM 24.

Dans l'ensemble, les motivations des services engagés dans le développement de l'ambulatoire sont davantage liées à l'existence d'une forte concurrence du secteur privé ; c'est le cas en ophtalmologie, en orthopédie, en chirurgie pédiatrique. La demande des familles est aussi notée dans ce dernier cas.

Le corps médical, en dehors de la chirurgie vasculaire, n'est pas opposé au projet d'unité de chirurgie ambulatoire, mais est sur une position attentiste, le nœud du succès résidant, de l'avis de tous, dans la qualité et la fluidité de l'organisation qui sera mise en place. L'un des obstacles principaux, cité plusieurs fois, est lié à la programmation du bloc opératoire, les usages privilégiant les grosses interventions en début de programme.

L'aspect d'innovation dans la prise en charge des patients n'est pas présent dans le discours.

Mais le portage institutionnel du projet (direction, président de CME) est fort (« modalité de prise en charge d'avenir »).

### **Le projet d'unité**

Le projet d'unité comprend 12 lits, dimensionnement établi avec le DIM qui a réalisé une enquête très précise auprès des services concernés pour évaluer le potentiel de séjours ambulatoires susceptibles d'être accueillis dans la nouvelle unité, parmi les séjours courts  $\leq 2$  jours, en fonction de la nature des actes, de l'âge des patients, de leur éloignement. Il y a aussi certaines propositions d'actes nouveaux (comme certains actes d'orthopédie le lendemain de l'urgence). Ces 12 lits correspondent à l'activité 2009 + 30%.

Cette unité serait adossée au bloc opératoire. Les différentes opérations de restructuration en cours dans le CHU permettent d'envisager une extension de cette unité ambulatoire, si besoin, dans les prochaines années.

Des gains de temps et de ressources sont attendus du fait de la proximité du bloc : brancardage, optimisation des circuits...

Le travail sur l'organisation est en cours, des réunions régulières étant assurées avec les différents intervenants pour être prêt fin 2010. Mais un principe fort est de ne pas dédier des lits à une activité donnée ; ils seront disponibles pour toutes les spécialités, via un système de réservation, afin de lisser l'activité sur l'ensemble de la semaine.

Les effectifs ne sont pas encore totalement déterminés mais il pourrait y avoir : 1 temps de cadre, 4 IDE (pour obéir à la norme d'1 IDE pour 5 patients présents, sur la base de 10 patients), 2 ou 3 AS, 1 ASH, 2 secrétaires.

Les lits et les effectifs seront prélevés sur les moyens actuels, notamment d'ophtalmologie et de chirurgie viscérale.

Cette unité sera rattachée au pôle plateau technique.

À noter que les contrôles effectués dans le passé par les médecins conseils n'ont jamais donné lieu à de remarque particulière sur l'absence de zone dédiée à la chirurgie ambulatoire.

### **Activité**

Données 2009 PMSI :

	2004			2009			Ratio 2009 de l'étab. / France	Evol 2009/2004
	Nb interventions Ambu	Nb interventions Hospit	Part Ambu	Nb interventions Ambu	Nb interventions Hospit	Part Ambu		
Cataracte	355	824	30%	1280	262	83%	113%	176%
Canal carpien	135	165	45%	178	73	71%	91%	58%
Chir main	180	497	27%	248	510	33%	57%	23%
Arthroscopies	7	214	3%	94	234	29%	63%	805%
Résections osseuses	60	389	13%	82	385	18%	41%	31%
Varices	2	76	3%	1	48	2%	4%	-20%
Hémorroïdes	1	68	1%	1	28	3%	24%	138%
Chir anale, péri-anale		103	0%	1	98	1%	7%	
Amygdales, VG	105	136	44%	116	226	34%	67%	-22%
Drains transtympaniques	114	13	90%	121	16	88%	100%	-2%
Extractions dentaires	27	104	21%	49	176	22%	30%	6%
Circoncisions	30	17	64%	50	44	53%	64%	-17%
Chir testicules	53	139	28%	126	119	51%	133%	86%
Chir sein hors K	2	10	17%	1	9	10%	39%	-40%
Chir vagin, vulve, col	17	52	25%	45	82	35%	85%	44%
Dilatations, curetages	6	39	13%	21	35	38%	63%	181%
Interv coelio gynéco	3	449	1%	13	427	3%	46%	345%
Hernies enfants	73	53	58%	120	80	60%	116%	4%
Hernies adultes	5	494	1%	2	458	0%	4%	-57%
Oreilles décollées		5	0%	6	25	19%	54%	

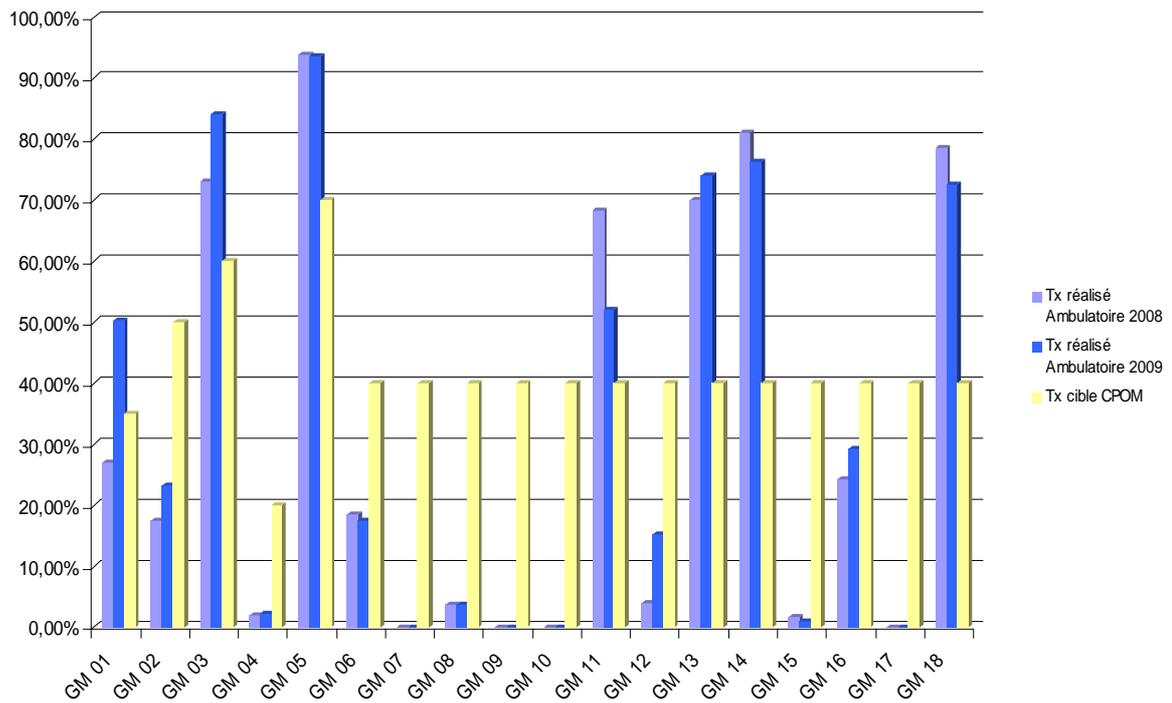
L'ophtalmologie représente la majeure part des prises en charge ambulatoires.

On constate une forte hétérogénéité du développement de l'ambulatoire selon les catégories d'actes :

- fort développement pour la cataracte (par l'évolution des techniques, la demande des patients eux-mêmes, l'incitation de l'assurance maladie), la chirurgie des testicules (essentiellement pour des prélèvements de gamètes intra-testiculaires, pour PMA), les hernies chez l'enfant ;
- dans la moyenne nationale pour le canal carpien, les drains transtympaniques ;
- nettement en-dessous de la moyenne nationale pour les autres actes de chirurgie de la main, les arthroscopies (avec cependant une plus faible part des actes diagnostiques), les amygdalectomies-adénoïdectomies (les ORL étant réservés sur la réalisation des amygdalectomies en ambulatoire, en phase avec la position de la société savante), les actes en gynécologie, etc.
- très faible pour les hernies chez l'adulte (alors qu'un des praticiens est membre de l'AFCA...), et les varices.

Concernant les varices dont le taux, le chef de service refuse leur réalisation en ambulatoire (sur un faible volume au demeurant), mais ses jeunes adjoints en font quelques unes (différence générationnelle dans les pratiques) ; et donc en 2010, un certain nombre d'interventions sur varices en ambulatoire va apparaître (environ 20 % ; par exemple 3 programmées en novembre suite à de bons résultats en mars 2010). Le chef de service a même indiqué que devant la pression de la CPAM (accord préalable), il avait pris le parti de freiner la prise en charge des varices dans le service.

Le graphique suivant, fourni par le CHU, indique où en sont les réalisations face aux objectifs du CPOM.



- GM 01 - Arthroscopie du genou, diagnostique ou thérapeutique
- GM 02 - Extractions dentaires
- GM 03 - Chirurgie de la cataracte
- GM 04 - Chirurgie des varices
- GM 05 - Adénoïdectomies et/ou Amygdalectomies
- GM 06 - Chirurgie du strabisme
- GM 07 - Chirurgie ORL
- GM 08 - Chirurgie du sein
- GM 09 - Chirurgie anale hors destruction de tumeurs anales
- GM 10 - Destruction de tumeurs anales
- GM 11 - Phimosis âge < 15 ans
- GM 12 - Maladie de Dupuytren
- GM 13 - Décompression du nerf médian au canal carpien
- GM 14 - Chirurgie testiculaire âge < 15 ans
- GM 15 - Coelioscopies gynécologiques
- GM 16 - Hernies unilatérales ouvertes de l'adulte âge > 14 ans
- GM 17 - Cures de hernies sous Coelioscopies
- GM 18 - Hernies de l'enfant âge < 15 ans

Le travail effectué par le DIM a permis de recentrer certains objectifs du CPOM : uniquement adénoïdectomies, uniquement arthroscopies diagnostiques.

Les arguments avancés par les professionnels pour justifier ce taux d'ambulatoire faible sont :

- la géographie de la région avec des zones éloignées du CHU, mais l'analyse effectuée par le DIM a montré que ce problème reste minoritaire dans l'ensemble de l'activité, la grande majorité des patients pris en charge pour les actes concernés provenant du département d'implantation ;
- la différence de nature des actes dans le CHU : arthroscopies surtout thérapeutiques, varices très prononcées chez des patients fragiles...
- la difficulté de faire bouger les organisations dans une grosse structure ;
- le peu d'appétence des praticiens du CHU pour la chirurgie « banale » ;
- avant 2004 : l'existence du taux de change lits ambulatoires/lits d'hospitalisation ;
- l'absence de structure dédiée et d'organisation adaptée.

Le taux d'hospitalisation 1 nuit pour les patients prévus en ambulatoire n'est pas recueilli avec précision, mais serait de l'ordre de 2 à 3 % d'après les personnes interrogées.

### Analyse financière

L'établissement fait partie de l'ENCC et est donc en mesure de produire des données de coûts par GHM et de comparer ses propres coûts aux tarifs. Dans de nombreux cas, pour les GHM à tarif unique, le tarif se situe entre le coût de l'ambulatoire et le coût du GHM correspondant de niveau 1, mais il arrive aussi que le tarif soit inférieur au coût du GHM d'ambulatoire. Le tableau suivant donne quelques exemples :

	Tarifs 2009	Coût ambu 2008 de l'établissement	Coût moyen niveau 1 2008 de l'établissement
Canal carpien	827,96	1219,63	1384,83
Cataracte	1512,74	1285,41	1804,16
Drains transtympaniques, âge<18 ans	702,08	498,70	1367,08
Ménisectomie sous arthroscopie	1385,13	1317,20	1478,04
Interventions sur les testicules, âge<18 ans	1368,45	1370,09	1714,11

L'incitation économique à réaliser de l'ambulatoire est donc réelle en matière de différence coûts-tarifs, même si dans certains cas, l'établissement est en déficit sur la réalisation d'un acte effectué en ambulatoire. Toutefois, il faut souligner que les coûts de l'établissement pour l'ambulatoire ne sont pas optimisés, en l'absence d'organisation dédiée.

Ces éléments sont fournis aux pôles via des tableaux de bord complets, 2 fois par an, pour le dialogue de gestion, comprenant : éléments d'activité du pôle (dont un volet sur la chirurgie ambulatoire : suivi des 18 GHM à tarif unique entre l'ambulatoire et le niveau 1), contrôle de qualité du codage, coûts des principaux GHM, compte de résultat, tableau coûts-case mix, coûts des MIG, suivi des dépenses de fonctionnement, absentéisme. Le problème de crédibilité de ces données porte sur les 2 années de décalage pour l'ENCC.

L'établissement diffuse ainsi de nombreuses informations sur l'aspect médico-économique de l'activité, avec un accent sur les coûts, mais il est difficile de maintenir un intérêt des chefs de pôle sur ces éléments. De fait, dans les entretiens avec les professionnels, aucune référence n'a été faite à ces tableaux de bord. Les seules informations fournies dont les praticiens se souviennent sont celles diffusées par le DIM (« les gens de la cotation »), notamment sur les bornes basses.

La baisse de certains tarifs en 2010 (convergence public/privé) a aussi compliqué le discours.

Les praticiens ne semblent pas tous convaincus que la chirurgie ambulatoire soit plus économique : elle leur demande une plus grande disponibilité, les équipes sont davantage mobilisées, « pour économiser quelques biscottes... ».

De toute façon, l'argumentaire principal des praticiens porte sur les possibilités techniques, la qualité des soins et les demandes des patients. L'argument économique ne peut venir qu'ensuite.

Par ailleurs, un travail est engagé sur les chemins cliniques : recueil des temps, des consommations pour chaque étape de prise en charge.

#### **Avantages attendus de l'unité de chirurgie ambulatoire du point de vue de l'établissement**

- Travail sur l'organisation : circuits, programmation du bloc opératoire, pour organiser la chaîne de soin autour du patient (avant, pendant et après)
- Attractivité liée à cette unité, sur l'activité de chirurgie en général
- Moindre coût

#### **Freins pour la mise en place de l'unité de chirurgie ambulatoire**

- pour le personnel médical : cristallisation des différences de pratique entre les générations ; les chirurgiens plus âgés considèrent que garder leur patient une ou deux nuits à l'hôpital relève de la qualité des soins ; par ailleurs, ils commencent leur programme par les interventions lourdes, ce qui rend la prise en charge en ambulatoire pour les interventions avec anesthésie légère difficile. Ces difficultés sont à souligner car le bon fonctionnement d'une unité de chirurgie ambulatoire est dépendant des opérateurs chirurgicaux et anesthésiques, évidence fondamentale soulignée par les cadres des services ;
- si l'organisation de l'unité n'est pas performante d'emblée, il peut y avoir le risque de maintenir de l'ambulatoire dans les services (« ambulatoire forain ») ; les attentes des médecins sont fortes sur cette organisation : informatisation de la programmation du bloc, circuit de l'accueil, organisation du bloc...
- certains patients (hormis ceux pour lesquels les caractéristiques socio-économiques ou intellectuelles empêchent une telle prise en charge) renâclent car sont fort peu éduqués et sensibilisés à cette prise en charge en France, par rapport aux autres pays européens, surtout lorsque la prise en charge implique une préparation en amont ou un drain par exemple à garder quelques jours après la sortie.  
En revanche, il est noté que les familles sont plutôt demandeuses de chirurgie ambulatoire en pédiatrie.

#### **Perspectives**

L'unité devrait donc ouvrir avec 12 lits début 2011. L'extension est projetée en 2012 avec un probable doublement de ces capacités à la faveur des opérations de restructuration en cours. Il est attendu que l'impulsion donnée par l'ouverture de l'unité, si tout fonctionne bien, mobilisera les praticiens plus en retrait actuellement vis-à-vis de ce mode de prise en charge.

La chirurgie ambulatoire sera un axe important du futur projet médical d'établissement (alors qu'elle ne figurait pas spécialement dans le projet médical de 2005).

Il est remarqué que la communication actuelle, notamment de l'ANAP, annonçant 80 % de la chirurgie sur le mode ambulatoire dans les prochaines années, paraît excessive.

Une réflexion avec les hôpitaux périphériques pourrait se tenir, avec conventions, pour sécuriser le retour à domicile pour des patients éloignés du CHU.

#### **Souhaits sur les évolutions tarifaires**

- Pas de remarque particulière sur les tarifs ambulatoires. Le moteur de développement est surtout réglementaire, pas tellement tarifaire.
- Les critiques sur les modalités tarifaires portent surtout sur les bornes basses.

- Mais la direction du CHU insiste sur un point : la communication sur les incitations a mis l'accent sur les tarifs et peu sur les coûts et l'écart entre tarifs et coûts.  
*« Un des principaux écueils de cette méthode est de présenter les mesures prises en matière ambulatoire uniquement sous l'angle du tarif, sans faire référence aux coûts, normalement réduits, d'une prise en charge en ambulatoire. D'où une partie des refus, ou des réticences des cliniciens à réaliser un certain nombre d'actes en ambulatoires, ces derniers partant du principe que ce mode de prise en charge se fera au détriment de la santé budgétaire de l'établissement et de leur pôle. »*
- Il est souligné aussi que la communication devrait aussi développer un axe vers les patients, qui doivent être sensibilisés et responsabilisés.

## Clinique

**Personnes interviewées :** directeur général, directrice financière, directrice des soins, responsable du bloc, surveillante de chirurgie ambulatoire, chirurgien responsable du pôle de chirurgie ambulatoire chirurgien viscéral, anesthésiste.

**Documents fournis :** livret d'accueil, présentation générale du projet ambulatoire, résultats des coûts moyens par GHM pour l'ENCC 2009, tableau de suivi de gestion par spécialité au 31 juillet 2010.

### **Données issues de PLATINES (année 2008) :**

Nombre de lits de chirurgie : 126+14 ambulatoire

Nombre d'interventions de chirurgie : 6432+2482 en ambulatoire

Part des personnes de 65 ans et plus dans le département : 6,5 %

Taux d'allocataire de minima sociaux : 6,9 %

Taux d'occupation en chirurgie hors ambulatoire (SAE) : 68 %

### **Contexte général**

Le développement de l'activité de chirurgie ambulatoire ces dernières années est rapide, particulièrement à partir de 2008, pour arriver à une activité de chirurgie ambulatoire en 2009 de l'ordre de 80-90 % dans de nombreux GHM (canal carpien, chirurgie de la main, varices, etc.). L'impulsion donnée au développement de la chirurgie ambulatoire a été liée à la pression de la CPAM (mise sous accord préalable de certains actes : extractions dentaires (qui ont été retirés ; cf. plus loin), arthroscopies du genou, varices, adénoïdectomies) et de la volonté de la direction de répondre rapidement à cette injonction, malgré les réticences de certains médecins (par exemple en vérifiant le programme opératoire, en modifiant les horaires de vacation au bloc des praticiens concernés qui opéraient l'après-midi, en résolvant les problèmes de transport des patients en aval, en envoyant des personnels en formation, en organisant des réunions régulières sur l'organisation...). La MSAP a conduit à un redressement (deux ans après) sur 3 actes de varices au titre de 2008, malgré tous les efforts réalisés, ce qui est jugé « cavalier ».

Cette évolution conduit au développement d'un projet de mise en place d'une unité de chirurgie ambulatoire dédiée, organisée de manière optimale, sachant qu'actuellement les patients de chirurgie ambulatoire sont répartis entre un service de chirurgie ambulatoire de 8 places et (lorsque l'activité est trop importante) les services d'orthopédie et de chirurgie vasculaire. Mais dans la configuration actuelle, le chemin parcouru par les patients est long et complexe : admission au RDC, hospitalisation au 1<sup>er</sup> ou au 3<sup>ème</sup> étage, bloc au 4<sup>ème</sup> étage nécessitant brancardage... Une rationalisation doit être opérée prochainement (janvier 2011) avec un centre de chirurgie ambulatoire organisée autour du patient permettant d'améliorer le circuit, le confort du patient et d'accroître le taux de rotation des lits à au moins 2/jour. Sera mis en place aussi de façon systématique l'appel la veille et le lendemain de l'intervention. Ce travail bénéficie aussi de l'apport de l'ANAP. Cette unité s'ouvrira à personnel et nombre de lits constants dans un premier temps. Cette unité devrait concentrer dans un même lieu l'admission des patients, les lits, avec un accès direct plus aisé au bloc par ascenseur.

Les récentes incitations tarifaires de la T2A n'ont pas joué de rôle dans l'orientation de l'activité chirurgicale en faveur de l'ambulatoire. Les professionnels de santé interrogés ne connaissent pas les tarifs. Par contre, le responsable du pôle de chirurgie ambulatoire est conscient de l'intérêt financier d'accueillir deux patients par jour et par lit en chirurgie ambulatoire (voire plus) dans les meilleures conditions possibles et de diminuer le nombre de prises en charge 'classiques' en chirurgie avec une ou deux nuits : diminution des coûts, possibilité d'accroître l'activité à capacité constante. La pression liée au déficit de la Sécurité sociale est aussi dans les esprits.

La politique de tarif unique pour certains GHM pris en charge en chirurgie ambulatoire et les GHM équivalents avec une nuit d'hospitalisation n'a pas joué un rôle majeur ; par contre, la possibilité d'accueillir plus de patients pour un même nombre de places, tout en maintenant voire en améliorant la qualité de prise en charge, n'a pas échappé à la vigilance des responsables.

En réalité, en matière tarifaire, la direction a surtout observé la baisse de certains tarifs ambulatoires en 2010, qui met quelque peu à mal la stratégie adoptée jusqu'à présent (ex : canal carpien : -4,6 %, varices : -8,1 %, ménisectomie sous arthroscopie : -6,3 %), voyant dans cet état de fait une sorte de contradiction avec les promesses qui avaient été faites sur le caractère incitatif de la politique publique en faveur de l'activité ambulatoire. Ces évolutions sont jugées incompréhensibles.

## Activité

Données 2009 PMSI :

	2004			2009			Ratio 2009 de l'étab./ France	Evol 2009/2004
	Nb interventions Ambu	Nb interventions Hospit	Part Ambu	Nb interventions Ambu	Nb interventions Hospit	Part Ambu		
Canal carpien	25	48	34%	67	15	82%	96%	139%
Chir main	51	77	40%	108	16	87%	106%	119%
Arthroscopies	44	44	50%	264	250	51%	93%	3%
Résections osseuses	70	69	50%	77	77	50%	86%	-1%
Varices	126	544	19%	546	61	90%	158%	378%
Hémorroïdes	126	65	66%	12	43	22%	119%	-67%
Chir anale, péri-anale	13	124	9%	53	101	34%	130%	263%
Amygdales, VG	105	117	47%	104	84	55%	81%	17%
Drains transtympaniques	104	17	86%	96	5	95%	97%	11%
Extractions dentaires	126	395	24%	21	399	5%	6%	-79%
Circoncisions	83	15	85%	83	9	90%	96%	7%
Chir testicules	5	54	8%	14	35	29%	83%	237%
Chir sein hors K	4	6	40%		3	0%	0%	-100%
Chir vagin, vulve, col	9	10	47%	13	13	50%	82%	6%
Dilatations, curetages	25	27	48%					
Interv coelio gynéco	4	206	2%	1	92	1%	28%	-44%
Hernies enfants		9	0%	6	2	75%	128%	
Hernies adultes	2	648	0%	201	588	25%	213%	
Oreilles décollées	15	26	37%	10	22	31%	77%	-15%

Il y a eu une montée en charge de l'activité en chirurgie ambulatoire, depuis 2007 et surtout 2008. Cette évolution est remarquable pour de nombreux GHM puisqu'elle a permis de passer pour de nombreux actes de taux d'ambulatoire de l'ordre de 30 % en 2004 à des taux en 2009 de plus de 80 % : canal carpien, chirurgie de la main, varices. Pour cette dernière, la mise sous entente préalable a été un véritable stimulus pour développer la prise en charge en chirurgie ambulatoire.

Il faut noter qu'il n'y a pas de prise en charge ophtalmologique.

L'activité ambulatoire, en nombre de passages, en 2009, est surtout constituée par les varices, les arthroscopies, les interventions ORL, la chirurgie de la main, les hernies.

L'activité sur le premier semestre 2010 présente peu de changement sur la répartition entre disciplines, mais il y a encore une augmentation du taux de prise en charge des patients en chirurgie ambulatoire.

Certains GHM ont une prise en charge en chirurgie ambulatoire plus faible d'après ce tableau, mais avec des explications liées à la nature du case-mix de l'établissement ou à l'état des techniques :

- Les arthroscopies : cette catégorie présentant un taux de 51 % d'ambulatoire en 2009 regroupe les arthroscopies du genou dont la prise en charge en chirurgie ambulatoire est de 100 % dans l'établissement en 2009 (hors ligamentoplasties) et les arthroscopies de l'épaule qui impliquent une nuit d'hospitalisation, et réalisées par un spécialiste dans la clinique.

- Les extractions dentaires présentent un très faible taux de chirurgie ambulatoire avec une forte activité ; ce pourcentage est d'ailleurs très faible par rapport à la moyenne nationale. Cependant, ce GHM concerne en fait très peu une extraction simple des dents de sagesse ; l'établissement assure une forte activité de chirurgie orthodontique avec intervention sur le maxillaire inférieur (pour prognathisme par exemple), chirurgie lourde qui ne peut se réaliser en ambulatoire mais au cours de laquelle incidemment des dents sont extraites.

- Les amygdales et végétations ont un taux de 55 % de chirurgie ambulatoire, soit un taux proche de la moyenne nationale ; l'augmentation de chirurgie ambulatoire pour ce GHM ne pourra se réaliser sans une évolution technique chirurgicale du fait d'un risque notoire de saignement après amygdalectomies

(la société savante d'ORL a formellement émis des réserves pour la prise en charge ambulatoire pour cet acte).

- Les hémorroïdes ont une faible part de chirurgie ambulatoire (22 %) mais cette prise en charge en chirurgie ambulatoire est toutefois supérieure à la moyenne nationale ; du fait des problèmes de saignement, de douleur, la chirurgie ambulatoire n'est pas une prise en charge aisée dans cette pathologie, en dehors de l'intervention avec Longo.

Dans l'ordre de priorité, le développement de la chirurgie ambulatoire est lié, selon le responsable du pôle : à la technique ; aux mentalités des chirurgiens et anesthésistes (avec une question générationnelle), comme des patients ; et en dernier lieu aux tarifs.

**Points faibles :** pas d'organisation dédiée ; trajet complexe du patient au sein de la clinique, avec multiples pertes de temps, temps d'attente aux ascenseurs, difficultés pour commencer tôt le matin au bloc, etc.

**Points forts :** la plupart des actes présentent des taux de chirurgie ambulatoire supérieurs à la moyenne nationale. Le projet devient un véritable projet d'établissement.

Le questionnaire de satisfaction administré auprès des patients en ambulatoire présente un faible taux de retour (plus faible qu'en hospitalisation classique). La plaquette d'accueil fournit les taux de satisfaction des patients pour l'hospitalisation en général sans distinction selon les services. Une enquête spécifique à l'ambulatoire est en cours avec la direction Qualité. En 2009, une enquête qualitative avait été effectuée auprès de 25 patients, permettant de recueillir les attentes des patients, en matière de compréhension, d'informations, leur degré d'anxiété...

Un dépliant à l'attention des patients est fourni, outre le livret d'accueil, expliquant l'ensemble de la prise en charge ambulatoire.

La direction souligne l'importance de cette sensibilisation des patients et observe que la communication nationale a un peu omis cet axe.

Le taux de transfert d'un patient d'ambulatoire en hospitalisation est de l'ordre de 3 % d'après les interlocuteurs. Il n'y a pas eu de réhospitalisation après une intervention ambulatoire.

## Analyse financière

L'établissement participe à l'ENCC et à ce titre, dispose de données de coûts par GHM. Pour les GHM ambulatoires étudiés, l'établissement présente des coûts systématiquement supérieurs aux tarifs. Ces coûts sont d'ailleurs aussi supérieurs aux coûts moyens de l'ENCC 2007. Quelques exemples sont donnés ci-après pour les GHM d'ambulatorie les plus représentés.

	Coût moyen 2009 de l'établissement	Coût ENCC 2007	Tarif 2009	Tarif 2010
Varices	1086	889	791,17	726,83
Hernies, adultes	1330	1004	1186,15	1124,46
Autres arthroscopies du genou	1386	1125	729,46	755,69
Ménisectomie sous arthroscopie	936	785	627,26	587,88
Arthroscopies d'autres localisations	2369	1014	581,48	664,24

De fait, l'établissement, d'après ces données, perd de l'argent à chaque intervention ambulatoire réalisée. Il en perdrait certes davantage en hospitalisation complète puisque le coût augmenterait, pour un tarif identique (au moins pour les 4 premières lignes de ce tableau).

Il n'en demeure pas moins qu'avec la baisse de certains de ces tarifs en 2010, l'établissement se trouve mis en difficulté sur ce secteur.

La direction financière a établi un tableau de suivi de gestion mensuel, permettant de déterminer notamment, par discipline, les volumes de séjours, le chiffre d'affaires généré, le prix du GHS moyen. Et le montant de ce GHS moyen est globalement en diminution sur les activités ambulatoires entre 2009 et 2010, à charges constantes.

L'une des principales raisons évoquées est l'absence de structure et d'organisation dédiées à l'ambulatorie et à l'existence encore fréquente d'ambulatorie « forain ». De fait, ces séjours ont tous les coûts d'un patient hospitalisé.

Ceci étant, comme l'activité ambulatoire augmente et que l'activité d'hospitalisation est stable, le taux d'occupation des lits baisse. Un travail d'audit est en cours dans l'établissement pour améliorer d'une manière générale l'adéquation entre moyens et activité.

En outre, la direction financière compte mener en 2011 un audit de l'utilisation des consommables au bloc pour déterminer un coût par intervention plus fin que celui de l'ENCC.

### Points positifs de la prise en charge par chirurgie ambulatoire du point de vue de l'établissement

- Organisation du bloc opératoire qui a ainsi pu être révisée, grâce au dynamisme de la responsable du bloc et de la direction ; selon les chirurgiens et anesthésistes, cette organisation est perfectible notamment au démarrage de la matinée ; les interventions devraient pouvoir commencer une heure plus tôt.
- Satisfaction des patients (confort, qualité des soins, dédramatisation de l'intervention), avec en conséquence une tendance à voir la demande des patients s'orienter vers l'ambulatorie.
- Équipe motivée par le projet (cadres, membres de la direction et particulièrement la direction générale, chirurgiens et anesthésistes, particulièrement le responsable du pôle de chirurgie ambulatoire).

### Points négatifs de la prise en charge par chirurgie ambulatoire du point de vue de l'établissement

- La chirurgie ambulatoire implique une plus grande disponibilité des médecins qui doivent être joignables en soirée pour les patients sortis l'après-midi.
- La chirurgie ambulatoire implique une technicité 'sûre', sans risque de saignement ou de douleur lors de la première nuit. Il existe donc peu de possibilité de développer la chirurgie ambulatoire pour certaines techniques engageant un risque important de saignement (comme le cas des amygdalectomies). De même, pour les hernies, selon qu'on est en coelioscopie ou en laparoscopie, les risques et gênes pour le patient ne sont pas les mêmes : paradoxalement, il y a plus de facilité à être en ambulatoire avec la laparoscopie (40 % dans l'établissement) qu'avec la coelioscopie (26 %).
- Certains patients préfèrent rester une nuit mais il s'agit d'après les personnes interrogées d'une extrême minorité ; mais il faut savoir prendre en compte le contexte socio-culturel.
- Le médecin traitant est rarement dans le circuit d'information.

### **Perspectives**

L'unité en janvier 2011 devrait permettre au patient de rester dans un même lieu, ce qui sera moins anxiogène pour lui... et plus efficace d'un point de vue organisationnel avec moins d'allées et venues, moins de brancardage, moins d'attente. Ainsi cette unité pourrait, et c'est l'un des objectifs, accueillir au moins deux patients par lit et par jour.

Si tout fonctionne bien, d'autres actes courants pourraient être assurés en ambulatoire : cholécystectomies, coelioscopies, stents coronaires (voie radiale), anneaux gastriques, chirurgie de la thyroïde...

### **Souhais sur les évolutions tarifaires**

- Respecter les promesses faites, et ne pas baisser les tarifs des GHS concernés !