

La chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé français :

Une évolution positive entre 2006 et 2008

Au cours de la dernière décennie, la France, traditionnellement très en retard en matière de chirurgie ambulatoire, a enregistré des progrès sensibles dans ce domaine.

Au 1^{er} semestre 2008, les établissements de santé français présentaient ainsi un taux de chirurgie ambulatoire de 54%, contre 36% en 2000 et 49% en 2006¹. Les cliniques privées continuent d'afficher un taux plus élevé (58%) que les hôpitaux publics (47%) mais ces derniers enregistrent actuellement une progression sensible : +5,8 points entre le 1^{er} semestre 2006 et le 1^{er} semestre 2008. Ainsi, l'écart de plus de 17 points entre les établissements privés et publics début 2006 s'est réduit à 10 points, deux ans plus tard.

Si l'on considère six des interventions chirurgicales les plus courantes², ces résultats sont plus positifs encore : **le taux d'ambulatoire s'élève à près de 65% des interventions pratiquées et les hôpitaux publics ont progressé de près de 12 points sur la période considérée.**

Ces progrès récents témoignent de la capacité des établissements français, publics et privés, à se mobiliser pour adapter leur organisation à ce mode de prise en charge.

Pour faciliter le développement de la chirurgie ambulatoire, les pouvoirs publics mènent depuis plusieurs années des actions complémentaires : sensibilisation du monde hospitalier et des professionnels de santé, proposition de tarifs incitatifs ...

En 2008, l'Assurance Maladie a intensifié sa démarche pour accélérer la dynamique engagée et harmoniser les pratiques des établissements au niveau national.

Un dispositif d'accord préalable, prévu par la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2008, a été mis en place par l'Assurance Maladie et les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) pour les établissements dont l'activité ambulatoire est inférieure à la moyenne. Concrètement, pour les interventions ciblées, un accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie est nécessaire avant de réaliser une hospitalisation complète.

Un premier bilan est dressé pour mesurer l'impact du dispositif :

- En un semestre, **plus de 200 établissements de santé**, dont une majorité de cliniques privées (63%), ont été mis sous accord préalable.
- Pour ces établissements, l'analyse des données disponibles avant et après la mise sous accord préalable révèle **une hausse du taux de chirurgie ambulatoire de 29 points, en quelques mois seulement** : de 48% à 77% dans une trentaine de cliniques privées observées³.
- Le retour d'expérience montre une évolution de l'organisation des établissements de santé préalablement à la mise en place de l'accord préalable : les services médicaux de l'Assurance Maladie n'ont traité en moyenne qu'une vingtaine de demandes

¹ Données sur 52 interventions fréquemment réalisées en chirurgie ambulatoire (source PMSI).

² Cataracte, arthroscopie du genou, chirurgie des varices, canal carpien, ablation des végétations et des amygdales.

³ Cliniques privées concernées par la mise sous accord préalable et pour lesquelles des données étaient disponibles avant et après l'entrée en vigueur du dispositif. 3 types d'interventions observés.

d'hospitalisation complète par établissement et celles-ci étaient justifiées à 98%. **Les établissements ont ainsi réservé l'hospitalisation complète aux seuls cas nécessaires.**

Ces résultats particulièrement encourageants incitent à poursuivre cette action : en 2009, 200 nouveaux établissements devraient être concernés par ce dispositif. Parallèlement, le champ du dispositif s'élargira pour atteindre une quinzaine d'interventions au total.

La chirurgie ambulatoire : quelques rappels

La chirurgie ambulatoire constitue une alternative souvent avantageuse à l'hospitalisation dite traditionnelle ou complète, qui nécessite une ou plusieurs nuits dans l'établissement. Elle permet au patient de rentrer chez lui le jour même de son intervention.

*La chirurgie ambulatoire est très souvent possible pour des interventions légères comme **la cataracte, la chirurgie des varices, l'extraction de dents, l'opération des végétations, l'arthroscopie simple du genou, la chirurgie du canal carpien**. Il s'agit d'actes pour lesquels une prise en charge en ambulatoire a été validée par des sociétés savantes de chirurgie ambulatoire et d'anesthésie réanimation.*

*Cette prise en charge est **adaptée à la plupart des personnes**. Quelques conditions sont néanmoins indispensables : être accompagné à son retour au domicile et lors de la première nuit qui suit l'opération, habiter à moins d'une heure de l'établissement et avoir le téléphone pour rester en contact avec l'équipe médicale. La situation médicale et personnelle du patient fait l'objet d'une attention toute particulière pour déterminer si l'opération peut être ou non réalisée en ambulatoire.*

Un développement progressif de la chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé

- **Un taux global de chirurgie ambulatoire de 54%, une progression accélérée dans les hôpitaux publics**

Au 1^{er} semestre 2008, les établissements de santé français affichaient un taux de chirurgie ambulatoire de 54%⁴. Au total, sur cette période, près de 800 000 interventions ont été réalisées en ambulatoire dans les 1 236 établissements de santé, soit 1,5 million sur l'année⁵.

Les cliniques privées disposent toujours d'un taux plus élevé (58%) que les hôpitaux publics (47%) mais cet écart tend à se réduire. Ainsi, entre le 1^{er} semestre 2006 et le 1^{er} semestre 2008, les établissements de santé publics ont fait progresser leur taux de chirurgie ambulatoire de +5,8 points contre +3,5 pts pour les cliniques privées (cf tableau ci-dessous).

Pour mémoire, le taux de chirurgie ambulatoire s'élevait en 2000 à 36% (33% dans le public et 38% dans le privé). **La pratique de la chirurgie ambulatoire a ainsi fortement progressé, avec un gain de 18 points sur la période 2000-2008.**

Ce changement s'est opéré plus précocement et plus fortement dans les cliniques privées (+20 pts entre 2000 et 2008), mais il est également sensible au sein des hôpitaux publics (+14 pts). **Ces données illustrent ainsi la capacité des établissements de santé français à adapter leur organisation à la chirurgie ambulatoire.** En effet, l'accueil d'un patient en ambulatoire nécessite une modification de l'organisation de l'hôpital : entrée et accueil des patients le matin, admission au bloc opératoire, passage en salle de réveil et surveillance post-opératoire jusqu'à l'autorisation de sortie le soir.

L'ensemble de ces actes est réalisé dans des délais contraints et dans une certaine unité de lieu, le patient se trouvant au centre du dispositif.

Taux de chirurgie ambulatoire sur 52 types d'interventions

	Nombre d'établissements	Nombre de séjours en ambulatoire			Taux de chirurgie ambulatoire			Variation du taux	
		1er semestre 2006	1er semestre 2007	1er semestre 2008	1er semestre 2006	1er semestre 2007	1er semestre 2008	1er semestre 2007	1er semestre 2008
Privé	620	403 111	508 008	531 671	54,4%	55,4%	57,9%	1,01	2,52
Public	616	208 356	219 403	243 429	41,3%	43,2%	47,1%	1,92	3,89
Total	1 236	611 467	727 411	775 100	49,1%	51,1%	54,0%	1,97	2,97

Source : PMSI MCO 2006-2007-2008

L'Assurance Maladie a analysé l'évolution de la chirurgie ambulatoire sur 6 des interventions les plus fréquentes : cataracte, arthroscopie du genou, extraction dentaire, chirurgie des varices, opérations des végétations et des amygdales.

Sur ces interventions, la chirurgie ambulatoire a enregistré un progrès plus net encore : +7,7 pts sur la période 1^{er} sem 2006-1^{er} sem 2008. Le taux d'ambulatoire atteint ainsi au 1^{er} semestre 2008 un niveau de 64,7%, soit près de 2 interventions sur 3.

Les établissements publics affichent, à nouveau, l'augmentation la plus importante : +11,8 pts contre +5,7 pts pour les cliniques privées. Deux actes se distinguent notamment : la cataracte (+17,8 pts depuis 2006, soit un taux d'ambulatoire de 63,3%) et la chirurgie des varices (+14,4 pts, avec un taux d'ambulatoire de 28,5%) (voir Annexe1).

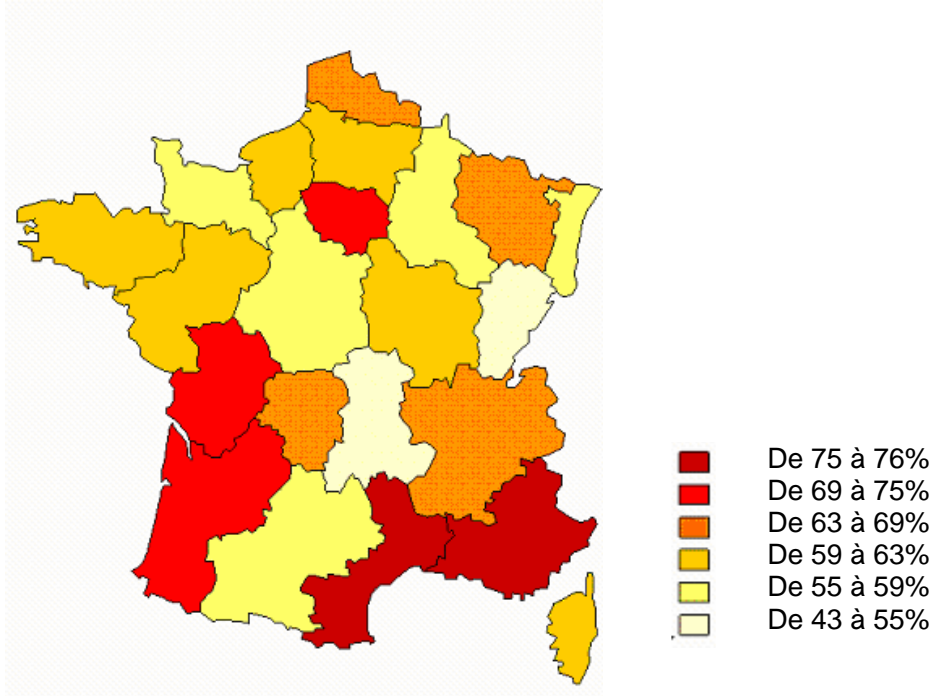
⁴ Voir note 1.

⁵ Après exclusion des interventions faisant l'objet de Forfaits Sécurité Environnements ou de Forfaits Petits matériels.

- **Des disparités géographiques encore importantes, une pratique qui demeure moins développée en France**

Il existe une hétérogénéité certaine entre les différentes régions françaises, mais aussi entre établissements en matière de chirurgie ambulatoire : ainsi, le sud-est de la France et l'Île de France enregistrent les taux de chirurgie ambulatoire les plus élevés, certaines régions comme la Franche-Comté ou l'Auvergne se caractérisent par des taux d'ambulatoire peu élevés.

Taux de chirurgie ambulatoire par région
Au 1^{er} semestre 2008 - six interventions ciblées



En outre, si l'on compare la France aux pays européens ou de l'OCDE, un écart subsiste bien qu'il se soit réduit. Pour mémoire, en 2003, l'Allemagne ou encore le Danemark affichaient des taux de chirurgie ambulatoire notablement supérieurs : respectivement 61% et 78%. Aux Etats-Unis où le taux de chirurgie ambulatoire atteignait 94%, ce mode de prise en charge s'était développé très tôt grâce à des incitations tarifaires fortes.

Les actions mises en œuvre pour développer la chirurgie ambulatoire

L'Assurance Maladie déploie depuis plusieurs années un programme d'actions pour développer la chirurgie ambulatoire, afin d'homogénéiser les pratiques au niveau national et positionner la France au niveau de ses voisins européens.

En 2008, pour aller plus loin encore dans cette démarche, l'Assurance Maladie et les ARH ont testé puis étendu un nouveau dispositif de mise sous accord préalable, autorisé par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008. Un objectif : accélérer la pratique de la chirurgie ambulatoire en France.

▪ **Le dispositif de mise sous accord préalable : principe et déploiement**

Cette action concerne les établissements qui ont une pratique de la chirurgie ambulatoire inférieure à la moyenne. Le choix des établissements est réalisé par la Commission Exécutive de l'ARH sur proposition du Directeur de la caisse d'assurance maladie. Une procédure contradictoire est prévue avec l'établissement. Un ou plusieurs actes sont sélectionnés, en fonction des taux de chirurgie ambulatoire constatés, notamment par rapport aux moyennes régionales. La mise sous accord préalable est fixée pour une période maximale de 6 mois

Concrètement, lorsqu'une hospitalisation complète est souhaitée sur l'un des actes sélectionnés et pour un patient donné, l'accord du service médical de l'Assurance Maladie est préalablement requis. L'avis est rendu dans les 24 heures à l'établissement par courriel. En cas de refus, l'établissement est prévenu de la même façon et le patient par courrier dans les jours qui suivent.

Ce dispositif a été tout d'abord testé dans 2 établissements (1 hôpital et 1 clinique) du Val d'Oise début 2008 avant d'être déployé progressivement à partir de juin 2008. **A fin juillet, 54 établissements étaient concernés par ce dispositif, 101 à fin octobre et 222 à fin décembre 2008.**

▪ **De premiers résultats probants**

Le dispositif a concerné en 2008 six interventions distinctes : cataracte, arthroscopie du genou, extraction dentaire, chirurgie des varices, ablation des végétations et canal carpien. La cataracte, 1^{er} acte chirurgical en France, est logiquement l'intervention la plus fréquemment mise sous accord préalable, suivie par l'arthroscopie du genou et l'extraction dentaire. En moyenne, on compte 2 gestes marqueurs ciblés par établissement.

A fin décembre 2008, les cliniques privées représentent 63% des établissements mis sous accord préalable (contre 37% d'hôpitaux publics). En effet, le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire est plus important dans les cliniques, le nombre d'interventions pratiquées dans le secteur privé sur les gestes marqueurs sélectionnés étant supérieur.

Sur les 222 établissements concernés, à fin décembre, les services médicaux de l'Assurance Maladie ont reçu un nombre restreint de demandes pour hospitalisation complète : plus de 4 600 au total, soit un peu plus de 20 par établissement.

Ces données montrent ainsi que le dispositif a fonctionné a priori, les hôpitaux et cliniques ayant modifié en amont leur pratique et leur organisation pour se recentrer sur la chirurgie ambulatoire. Sur les demandes reçues, les Caisses d'assurance maladie ont rendu à 98% des avis favorables, illustrant à nouveau le tournant pris par les établissements concernés : ceux-ci réservent désormais l'hospitalisation complète aux seuls cas nécessaires.

Parallèlement, l'Assurance Maladie a souhaité analyser plus finement l'évolution des taux de chirurgie ambulatoire dans les établissements concernés. L'étude menée porte ainsi sur une trentaine de cliniques privées mises sous accord préalable avant septembre 2008⁶ et 3 types d'interventions⁷.

Au total, le taux de chirurgie ambulatoire des cliniques privées concernées par le dispositif enregistre un bond de 29 points, passant de 48% à 77% en quelques mois seulement (cf tableau ci-dessous).

La hausse est plus prononcée encore sur certaines interventions :

- **+47 pts** pour la chirurgie des varices qui affiche **un taux de 62% contre 15% avant le dispositif**
- **+36 pts** pour l'arthroscopie du genou, soit **plus de 3 opérations sur 4 réalisées en ambulatoire (77%)**.

Taux de chirurgie ambulatoire pour les établissements privés mis sous accord préalable (MSAP) avant Octobre 2008

	Nombre d'établissements	Nombre de séjours en ambulatoire		Taux de chirurgie ambulatoire		Variation du taux
		Avant la date de MSAP	Après la date de MSAP	Avant la date de MSAP	Après la date de MSAP	
Arthroscopie du genou, diagnostique ou thérapeutique	11	1 150	347	40,6%	76,8%	36,16
Chirurgie de la cataracte	26	11 343	2 540	55,6%	79,2%	23,64
Chirurgie des varices	9	529	265	15,4%	62,5%	47,11
Total	33	13 523	3 187	48,0%	77,1%	29,12

Ce nouveau dispositif déployé par l'Assurance Maladie et les ARH bénéficie ainsi d'un bilan intermédiaire très positif et une dynamique forte s'est engagée dans les établissements privés l'ayant appliqué, comme en témoigne le bond du taux de chirurgie ambulatoire.

Fort de ces résultats, l'Assurance Maladie poursuivra en 2009 l'élargissement de cette action, qui semble jouer un rôle incitatif majeur :

- En 2009, **environ 200 nouveaux établissements, publics et privés, devraient être concernés par une mise sous accord préalable**. Les critères de sélection resteront identiques : les établissements qui affichent des potentiels de développement importants au sein de chaque région.
- **Le champ du dispositif sera étendu pour toucher une quinzaine de gestes marqueurs**, encore insuffisamment réalisés en ambulatoire. Il s'agit par exemple de la hernie inguinale, de la chirurgie des tendons ou des ligaments (main et poignet), de la chirurgie du strabisme...
- Enfin, l'évaluation de cette action sera poursuivie en intégrant notamment les résultats obtenus dans les hôpitaux publics.

⁶ Les données du PMSI (hôpitaux publics) pour le second semestre 2008 ne sont pas disponibles à ce jour.

⁷ Opération du canal carpien et ablation des végétations ne sont pas comptabilisés, compte tenu du faible nombre d'établissements concernés. Extraction dentaire : la codification des actes dentaires n'est pas aussi détaillée que pour les actes techniques.

▪ **Un programme d'actions en faveur de la chirurgie ambulatoire**

Depuis plusieurs années, un programme en faveur de la prise en charge ambulatoire a été développé au travers d'actions complémentaires :

- **l'information et la sensibilisation des acteurs-clés du monde hospitalier ont été privilégiées :**
Entre 2001 et 2004, l'Assurance Maladie a mené 5 enquêtes nationales sur la chirurgie ambulatoire et en a présenté les résultats à l'ensemble des établissements.
Depuis 2007, dans le cadre de la maîtrise médicalisée à l'hôpital, les directeurs de CPAM et médecins-conseils rencontrent les responsables d'établissements en leur présentant un profil détaillé de l'activité (part hospitalisation complète / ambulatoire, évolution, potentiel) et donner ainsi des outils pour optimiser les résultats.
Médecins traitants, pivots du parcours de soins, et assurés ont également été sensibilisés à ce mode de prise en charge.
Des objectifs de déploiement de la chirurgie ambulatoire figurent dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens passés par les ARH et les établissements.
- **une tarification attractive a en outre été mise en place dans le cadre de la tarification à l'activité :** concrètement, les tarifs des hospitalisations complètes ont été diminués et se rapprochent désormais de ceux de l'ambulatoire, incitant les établissements à y recourir. Par exemple, une opération du canal carpien est passée de 1584,16 euros à 1210,37 euros et, parallèlement, le tarif en ambulatoire est passé de 716,32 euros à 773,84 euros, réduisant ainsi l'écart de près de 50%.

Des bénéfices importants pour les établissements et les patients

▪ Plus de confort, des risques moindres pour les patients

L'avantage de ce type d'intervention, moins lourde et souvent moins invasive, c'est surtout qu'elle permet au patient de récupérer plus vite à la suite de l'opération, d'être moins fatigué et de vivre sa convalescence à son rythme, dans un environnement familial. Autre avantage : les risques d'infections nosocomiales et opératoires sont sensiblement réduits : ils sont 5 fois moindres en chirurgie ambulatoire que lors d'une hospitalisation complète⁸.

La prise en charge de la douleur post-opératoire s'est aussi beaucoup améliorée, créant les conditions optimales d'un retour à domicile. Le patient bénéficie d'un suivi post-opératoire offrant toutes les garanties de sécurité nécessaires. Un numéro de téléphone est mis à sa disposition pour lui permettre de rester en contact avec l'équipe médicale 24h sur 24.

Par ailleurs, les enquêtes montrent que, pour une large majorité, les assurés sont favorables à une prise en charge ambulatoire : **90% des patients se déclarent satisfaits, à l'issue d'une intervention sous cette forme**⁹.

L'enquête menée par l'Assurance Maladie en février 2007¹⁰ indique qu'**une très large majorité de Français (81%) serait prête à recourir personnellement à la chirurgie ambulatoire**.

La chirurgie ambulatoire offre l'avantage d'une **prise en charge « sur-mesure »** où tout est programmé à l'avance. Les examens pré-opératoires ont déjà été réalisés et l'heure d'entrée à l'hôpital a été planifiée au plus près de l'intervention. Le bloc opératoire est réservé, la surveillance post-opératoire programmée.

Autre avantage : c'est aussi **un forfait hospitalier d'économisé** pour le patient puisqu'il n'y a pas d'hébergement.

▪ Des coûts de production optimisés

Comme précisé précédemment, une prise en charge ambulatoire des patients implique souvent, pour les établissements de santé, de refondre en profondeur leur organisation et de concevoir de nouveaux circuits de prise en charge chirurgicale.

En parallèle, ces efforts se traduisent souvent par une diminution sensible des coûts de production de l'établissement. De manière générale, la chirurgie ambulatoire mobilise moins de personnel que l'hospitalisation complète. Des économies sont également réalisées sur certains postes : fonctionnement des locaux, entretien des chambres, frais de restauration, etc.

A titre d'exemple, dans le secteur public, le coût de production d'un séjour ambulatoire pour une opération de la cataracte est près de 36% moins cher qu'un séjour en hospitalisation complète (-18% pour les cliniques privées). Le constat est le même pour la chirurgie des varices : en moyenne, dans les cliniques privées, une prise en charge en ambulatoire a un coût inférieur de 33% que lors d'un séjour complet (-28% pour le secteur public)¹¹.

⁸ Rapport réseau INCISO 2006 – Programme de surveillance et de prévention des infections du site opératoire (novembre 2006).

⁹ Enquête PNIR - Conditions de développement de la chirurgie ambulatoire (octobre 2003) - www.ameli.fr.

¹⁰ Enquête omnibus Ipsos réalisée les 16 et 17 février 2007 par téléphone auprès d'un échantillon de 1 013 personnes représentatives de la population française, âgées de 15 ans et plus (méthode des quotas).

¹¹ Source : Echelle nationale de coûts 2006.

ANNEXE 1 – Evolution du taux de chirurgie ambulatoire sur 6 types d'interventions

Etablissements publics

	Nombre de séjours en ambulatoire			Taux de chirurgie ambulatoire			Variation du taux	
	1er semestre 2006	1er semestre 2007	1er semestre 2008	1er semestre 2006	1er semestre 2007	1er semestre 2008	1er semestre 2007	1er semestre 2008
Arthroscopie du genou, diagnostique ou thérapeutique	6 616	7 451	8 440	39,0%	43,4%	49,9%	4,42	6,50
Extraction dentaire	19 383	20 231	22 680	57,2%	60,1%	65,1%	2,85	5,06
Chirurgie de la cataracte	26 105	30 203	39 827	45,5%	51,0%	63,3%	5,54	12,32
Chirurgie des varices	2 339	3 070	4 432	14,1%	18,8%	28,5%	4,72	9,71
Adénoïdectomies et/ou Amygdalectomies	14 025	13 575	13 004	84,3%	84,0%	85,0%	-0,25	0,94
<i>dont</i>								
Adénoïdectomies	12 486	11 994	11 562	93,0%	93,3%	94,0%	0,28	0,65
<i>dont</i>								
Amygdalectomies	1 539	1 581	1 442	13,4%	13,7%	12,9%	0,31	-0,74
Total sur l'ensemble des gestes marqueurs	68 468	74 530	88 383	45,7%	49,4%	57,5%	3,71	8,10

Source : PMSI MCO 2006-2007-2008

Etablissements privés

	Nombre de séjours en ambulatoire			Taux de chirurgie ambulatoire			Variation du taux	
	1er semestre 2006	1er semestre 2007	1er semestre 2008	1er semestre 2006	1er semestre 2007	1er semestre 2008	1er semestre 2007	1er semestre 2008
Arthroscopie du genou, diagnostique ou thérapeutique	20 829	27 353	30 569	49,6%	53,0%	60,1%	3,41	7,11
Extraction dentaire	61 363	79 468	81 316	72,5%	74,5%	77,0%	2,02	2,55
Chirurgie de la cataracte	114 677	148 858	165 298	64,2%	66,4%	70,3%	2,11	3,96
Chirurgie des varices	13 048	17 234	18 320	29,2%	30,6%	35,4%	1,41	4,83
Adénoïdectomies et/ou Amygdalectomies	37 152	45 172	39 823	89,1%	89,9%	89,5%	0,79	-0,44
<i>dont</i>								
Adénoïdectomies	32 647	40 163	35 192	98,4%	98,6%	98,5%	0,19	-0,07
<i>dont</i>								
Amygdalectomies	4 505	5 009	4 631	22,0%	20,5%	20,9%	-1,55	0,38
Total sur l'ensemble des gestes marqueurs	247 069	318 085	335 326	61,2%	63,1%	66,9%	1,87	3,82

Source : PMSI MCO 2006-2007-2008