

Indicateur n°4-8 : Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire

Finalité : le développement de la chirurgie ambulatoire est une source d'amélioration des prises en charge des patients et d'optimisation des ressources humaines et financières. C'est pourquoi le développement d'une chirurgie ambulatoire substitutive à la chirurgie en hospitalisation complète doit être une priorité pour les établissements de santé, comme il l'est pour le ministère de la santé et pour l'union nationale des caisses d'assurance maladie.

Précisions sur la régulation de la chirurgie ambulatoire : des actions ont été menées entre 2006 et 2012 portant sur les domaines de la régulation, de la politique tarifaire, des organisations et sur la mise sous accord préalable des établissements de santé en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. Les résultats sont encourageants mais encore insuffisants et présentent des inégalités sectorielles et territoriales importantes. Par conséquent, le gouvernement poursuit une politique volontariste de développement de la chirurgie ambulatoire au travers de leviers pluriels.

La chirurgie ambulatoire a été définie comme un des 10 programmes prioritaires de la gestion du risque pour les années 2010 et suivantes (partagé Ministère de la santé et Assurance maladie) et comme un enjeu majeur de l'évolution de l'offre de soins par le schéma d'organisation des soins (SROS-PRS) pour les années 2012 à 2016. Les incitations tarifaires ont été amplifiées. Un programme d'actions pluriannuel commun entre la Haute Autorité de Santé et l'Agence Nationale d'Appui à la Performance a été lancé comportant la publication d'un « socle de connaissances » (avril 2012), la production d'outils organisationnels et médico-économiques à destination des acteurs ou encore l'accompagnement personnalisé d'établissements de santé et d'ARS. Les conditions techniques de fonctionnement des unités de chirurgie ambulatoire ont été assouplies tout en renforçant l'organisation spécifique et son évaluation par un décret du 20 août 2012. Des travaux sont menés par le ministère sur des indicateurs de qualité et de sécurité des soins spécifiques. Au niveau régional, à la suite d'un diagnostic spécifique mené en 2011, des plans d'actions sont en cours d'élaboration.

L'analyse de l'évolution de la pratique de la chirurgie ambulatoire est effectuée au travers de deux indicateurs retenus dans le cadre du suivi de la chirurgie ambulatoire :

une analyse de l'activité de chirurgie ambulatoire réalisée à partir de l'étude d'une sélection de gestes marqueurs retenus pour les actions de mise sous accord préalable : 17 gestes étendus à 38 en 2012.

une analyse de l'activité de chirurgie ambulatoire réalisée en prenant en compte l'ensemble de l'activité de chirurgie.

Résultats : les taux de la pratique de la chirurgie ambulatoire, par secteur d'hospitalisation sont les suivants (en %) :

	2008				2009				2010				2011				Objectif
	public	privé à but non lucratif	privé à but lucratif	Ensemble	public	privé à but non lucratif	privé à but lucratif	Ensemble	public	privé à but non lucratif	privé à but lucratif	Ensemble	public	privé à but non lucratif	privé à but lucratif	Ensemble	
Ensemble des 17 gestes	63	67	68	65	69	74	77	75	73	79	81	78	75	82	83	81	85% en 2013
Ensemble des 38 gestes	-	-	-	-	-	-	-	-	63	69	74	70	65	72	76	73	-
Taux global de chirurgie ambulatoire	22	26	41	34	24	31	44	36	25	33	46	38	27	35	48	40	50% en 2016

Source: CNAMTS, ATIH, PMSI-MCO, 2008-2012. Champ : France métropolitaine.

La réalisation en chirurgie ambulatoire sur les actes relevant de la mise sous accord préalable connaît une forte progression entre 2008 et 2011 sur l'ensemble des 17 gestes, mais également sur la quasi-totalité des gestes marqueurs présentés. L'objectif est que toutes les catégories d'établissements atteignent en 2013 un taux de pratique de la chirurgie ambulatoire de 85% s'agissant des 17 gestes marqueurs.

La pratique de la chirurgie ambulatoire progresse également parmi les pratiques chirurgicales dans leur ensemble mais dans une moindre proportion montrant des marges de progression dans les années à venir. Le taux cible de chirurgie ambulatoire pour 2016 sur l'ensemble de l'activité de chirurgie a été concerté avec l'ensemble des acteurs au niveau national en novembre 2011 : la perspective d'une chirurgie ambulatoire majoritaire à l'horizon de 2016 a été jugée à la fois possible et raisonnable.

Ces objectifs font l'objet d'une contractualisation entre l'Etat et les agences régionales de santé et entre ces dernières et les établissements de santé.

Construction des indicateurs : l'analyse de l'évolution de la pratique de la chirurgie ambulatoire est effectuée au travers de deux indicateurs retenus dans le cadre du suivi de la chirurgie ambulatoire :

- une analyse de l'activité de chirurgie ambulatoire réalisée à partir de l'étude de gestes marqueurs pour des actes réalisables chez un patient standard (indicateur 1). Une liste de 17 puis de 38 gestes a été élaborée, validée avec les sociétés savantes dans le cadre du déploiement de la mise sous accord préalable des prestations portant sur la chirurgie ambulatoire des établissements de santé. Cette liste est actualisée en lien avec l'évolution des techniques et les travaux avec les sociétés savantes.
- une analyse de l'activité de chirurgie ambulatoire réalisée en prenant en compte l'ensemble de l'activité de chirurgie pour tous les patients (indicateur 2). Cette analyse prend en compte l'activité chirurgicale ambulatoire dans toutes les spécialités incluant les prises en charge innovantes.

Précisions méthodologiques :

Le taux de chirurgie ambulatoire de l'indicateur 1 est déterminé à partir de l'analyse des bases PMSI :

- en sélectionnant les séjours chirurgicaux au cours desquels ont été pratiqués un des actes CCAM correspondant à l'un des 17/38 gestes
- en rapportant le nombre de séjours réalisés en ambulatoire à l'ensemble des séjours.

Cette méthodologie permet de ne cibler que les actes réalisables en ambulatoire selon les sociétés savantes.

Le taux de chirurgie ambulatoire de l'indicateur 2 est déterminé à partir de l'analyse des bases PMSI au travers du ratio : nombre de GHM en C sans nuitée rapporté à l'ensemble des GHM en C (GHM V11 B - hors CMD 14 et 15 recouvrant les activités d'obstétrique et de néonatalogie).