



LES DOSSIERS DE LA DREES

N° 41 • août 2019

État des lieux des pratiques de chirurgie ambulatoire en 2016

Ingrid Lefebvre-Hoang – Engin Yilmaz

État des lieux des pratiques de chirurgie ambulatoire en 2016

Ingrid Lefebvre-Hoang – Engin Yilmaz

Retrouvez toutes nos publications sur : drees.solidarités-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur : data.drees.sante.gouv.fr

Sommaire

SYNTHÈSE	5
■ INTRODUCTION	6
■ ÉTAT DES LIEUX ET TYPOLOGIE DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES AMBULATOIRES, SUIVANT LES DISPARITÉS TERRITORIALES DE PRATIQUES	8
■ QUELS DÉTERMINANTS DES PRATIQUES DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE ?	16
■ CONCLUSION	22
■ BIBLIOGRAPHIE	23
■ ANNEXE 1 - LE CHAMP DE L'ÉTUDE : PERTINENCE POUR L'ANALYSE ET TYPES DE SÉJOURS ET D'ACTIVITÉS DE CHIRURGIE EXCLUES	24
■ ANNEXE 2 - LISTE DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES APPARTENANT À CHACUN DES GROUPES DE LA TYPOLOGIE ET TAUX D'AMBULATOIRE EN 2016	26
■ ANNEXE 3 - DESCRIPTION DES RÉSULTATS DE LA MODÉLISATION DE LA PROBABILITÉ DE RÉALISER UN SÉJOUR DE CHIRURGIE EN AMBULATOIRE	28

SYNTHÈSE

La chirurgie ambulatoire permet la sortie du patient le jour même de son intervention, sans nuit passée à l'hôpital. Cette pratique répond à plusieurs objectifs. Du point de vue du patient, la chirurgie ambulatoire permet de réduire l'exposition aux infections nosocomiales et conduit à une plus grande satisfaction. Du point de vue des régulateurs, les coûts moins élevés de cette forme de prise en charge, par rapport à l'hospitalisation conventionnelle, sont un atout permettant de mieux maîtriser les dépenses de soins. Le développement de la chirurgie ambulatoire est donc fortement encouragé par les pouvoirs publics.

Lorsqu'elles ne sont pas justifiées par l'état de santé des patients, les variations de pratiques de chirurgie ambulatoire sur le territoire permettent d'identifier les organisations de l'offre de soins les plus propices à cette pratique et les potentiels de progression. Depuis 2008, les disparités départementales de chirurgie ambulatoire se sont réduites. Tous les départements ont vu leur taux d'ambulatoire progresser sur cette période, et les écarts observés par rapport à la moyenne nationale se sont réduits de 40 %. Toutefois des disparités subsistent, quoique de manière très différente d'un type d'intervention chirurgicale à l'autre.

Le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire paraît faible pour deux catégories d'interventions : celles dont le taux d'ambulatoire est déjà très élevé (14 groupes d'interventions chirurgicales dont la cataracte et les chirurgies de la main ou du poignet) et celles pour lesquelles la pratique ambulatoire est peu adaptée, du fait de la complexité des cas et du petit nombre de séjours concernés (16 groupes d'interventions dont les chirurgies du rachis ou celles de la thyroïde). Entre ces deux cas polaires, il existe un ensemble de 30 groupes d'interventions, concernant 28,5 % des séjours de chirurgie, dont les taux d'ambulatoire sont très inégaux selon les départements et pour lesquelles le potentiel d'ambulatoire pourrait être développé, par exemple les chirurgies transurétales ou celles de la cheville ou du pied.

L'analyse des facteurs associés à la décision de recourir à ce type de prise en charge met en évidence l'importance des caractéristiques individuelles des patients (âge et comorbidités) : ainsi, la chirurgie ambulatoire est moins fréquente pour les patients plus âgés ou poly-pathologiques. Le degré de complexité des interventions influence aussi ce mode de prise en charge. La proximité du lieu d'hospitalisation est aussi un facteur en faveur d'une plus grande prise en charge en ambulatoire. Des caractéristiques liées directement aux établissements, comme la taille de l'établissement, jouent aussi un rôle : les petites structures prennent en charge davantage en ambulatoire toutes choses égales par ailleurs.

En revanche, nos estimations peinent à mettre en évidence un effet systématique de l'offre de soins de ville sur la chirurgie ambulatoire, sauf pour quelques interventions spécifiques alors que le développement de la chirurgie ambulatoire pourrait être limité par une offre de ville insuffisante.

■ INTRODUCTION

La loi hospitalière du 31 juillet 1991 et les décrets du 2 octobre 1992 ont fait de la chirurgie ambulatoire une véritable alternative à l'hospitalisation classique et l'ont intégrée à la carte sanitaire de chirurgie. Cette forme d'hospitalisation permet la sortie du patient le jour même de son intervention, sans nuit passée à l'hôpital.

Comme le souligne la Cour des comptes, dans son rapport sur les lois de financement de la Sécurité sociale de septembre 2013, ce développement de la chirurgie ambulatoire répond à plusieurs objectifs. Du point de vue de la patientèle, la chirurgie ambulatoire permet de réduire l'exposition aux infections nosocomiales et conduit à une plus grande satisfaction des patients, mise en évidence par les travaux de la Cnam en 2003, puis par ceux de Canouï-Poitrine et *al*, en 2008.

Du point de vue des régulateurs de l'offre de soins, les coûts moins élevés de cette forme de prise en charge, par rapport à l'hospitalisation conventionnelle, sont un atout permettant de mieux maîtriser les dépenses de soins, en réalisant des économies sur les coûts de fonctionnement pour les établissements de santé comme pour l'Assurance maladie.

Du fait de ces avantages, son développement est devenu un axe important des politiques publiques de santé. Le ministère chargé de la santé ainsi que la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) ont ainsi mobilisé de nombreux leviers depuis le début des années 2000 pour développer la chirurgie ambulatoire : politique d'incitation tarifaire¹, mise sous accord préalable² des hospitalisations non ambulatoires pour certains actes, etc. Le développement de la chirurgie ambulatoire est un des pivots du « virage ambulatoire » : inscrit dans la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, il vise à promouvoir les alternatives à l'hospitalisation conventionnelle avec nuitée, chaque fois que cela est possible, en accord et dans l'intérêt du patient. Il consiste aussi à accorder une plus grande importance aux parcours de soins des patients englobant à la fois les soins en ville et à l'hôpital, pour participer au décloisonnement du système de santé. Cet axe a été repris dans la Stratégie nationale de santé 2018-2022, adoptée fin décembre 2017.

En France, l'Agence technique pour l'information sur l'hospitalisation (ATIH) réalise chaque année un état des lieux de l'activité de chirurgie ambulatoire, analyse factuelle par région et par pathologie qui met en évidence les disparités régionales du taux de chirurgie ambulatoire (ATIH, 2018)³. D'autres travaux ont également analysé ces variabilités territoriales de pratiques sur le champ spécifique d'une dizaine d'interventions chirurgicales (Le Bail et Or, 2016). Lorsqu'elles ne sont pas justifiées par les besoins des patients et leur état de santé, les variations de pratiques sur le territoire peuvent être une manière de repérer des défauts d'efficience de l'offre de soins. Elles constituent donc un point d'entrée pour explorer les ressorts d'un meilleur fonctionnement de l'offre de soins à un endroit plutôt qu'à un autre, et identifier des pistes d'améliorations à promouvoir.

Partant de cette démarche, ce dossier se donne un double objectif. Dans un premier temps, à partir des données du PMSI (*encadré 1*), il approfondit l'analyse descriptive de l'ensemble des séjours de chirurgie pouvant faire l'objet d'une prise en charge ambulatoire. La construction d'une typologie des interventions chirurgicales (voir définition, *encadré 1*) visera à les regrouper selon leur taux de prise en charge en ambulatoire en 2016, mais aussi selon leur degré de disparités de pratiques entre départements. Ceci permettra de faire un état des lieux de l'ensemble des pratiques chirurgicales sur le territoire et de lister les interventions chirurgicales moins prises en charge en ambulatoire et pour lesquelles un potentiel de progression semble exister.

Dans un second temps, l'ensemble des facteurs ayant une influence sur le taux de prise en charge en ambulatoire sera identifié. Ce travail s'appuiera sur les travaux de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), se limitant à quelques gestes de chirurgie (cataracte, canal carpien, sein, varices), qui ont mis en évidence l'existence de facteurs individuels (état de santé, isolement social, isolement géographique) influençant le taux de prise en charge en ambulatoire (Perronnin et Sourty, 2003). L'analyse sera élargie à l'ensemble de l'activité de chirurgie et aura pour objectif d'identifier les déterminants individuels de la

¹ <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/chirurgie-ambulatoire-10602/chirurgie-ambulatoire>.

² <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/accord-prealable/accord-prealable-chirurgie-ambulatoire>.

³ Voir la fiche mise à jour en janvier 2018 par l'ATIH, à cette adresse :

http://www.scansante.fr/sites/default/files/content/346/fiche_scansante_n4_chirurgie_ambulatoire.pdf.

pratique de la chirurgie ambulatoire, mais aussi ceux qui sont propres aux établissements de santé ou au territoire.

Encadré 1 • Sources, champ et définitions

Sources :

Cette étude s'appuie sur l'appariement de plusieurs sources de données différentes. Les données socio-économiques proviennent du recensement de la population, réalisé par l'Insee. Les données relatives à l'activité hospitalière et aux facteurs de production sont issues de deux sources : le Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique, *i.e.* le court séjour (PMSI-MCO) et la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

- Le PMSI-MCO recueille, pour chaque séjour hospitalier, des informations sur les caractéristiques des patients (sexe, âge, lieu de résidence), du séjour (établissement de santé, durée de séjour, mode d'entrée et de sortie, diagnostics, actes réalisés pendant le séjour). Produite à la sortie du patient, le compte-rendu de son hospitalisation détermine le classement de chaque séjour hospitalier dans un groupe homogène de malades (GHM) composé de 6 caractères, et qui résulte de l'application automatique d'un algorithme de classification prenant appui sur les informations de chaque séjour. Les cinq premiers caractères déterminent la racine du GHM et le dernier s'apparente à un niveau de sévérité, allant de 1 à 4 pour les séjours d'hospitalisation complète, c'est-à-dire d'au moins une nuitée. Les séjours d'ambulatoire sont repérés par la lettre « J » sur le dernier caractère. Il existe aussi le caractère « T » pour les séjours de très courte durée.
- La SAE est une enquête administrative exhaustive auprès des établissements de santé installés en France. Elle est la principale source de données sur les facteurs de production des établissements de santé : capacités d'accueil en lits et places, équipements et personnels rémunérés, salariés ou non.

Champ :

Le champ de cette étude est construit à partir de plusieurs restrictions successives. Tout d'abord, tous les séjours de type chirurgical pour l'année 2016, et comportant un acte classant de chirurgie identifié par la lettre « C » sur le 3^e caractère du GHM, sont sélectionnés. Sont ensuite supprimés les séjours des catégories majeures de diagnostics 14 (« Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum ») et 15 (« Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale »). Ensuite, pour analyser la pratique de l'ambulatoire sur un champ de séjours de chirurgie comparables, l'étude se restreint à l'ensemble des séjours de chirurgie ambulatoire ainsi qu'aux séjours d'hospitalisation complète de courte durée (moins de 3 nuits à l'hôpital) et de niveau de sévérité faible uniquement. Une analyse structurelle des séjours selon la durée de séjour a été réalisée pour justifier ce choix (*annexe 1*). Une troisième restriction est appliquée, de manière à écarter des établissements de santé qui ne sont pas autorisés pour une activité de chirurgie (ambulatoire ou non). Les séjours d'établissements dans lesquels se sont déroulés moins de 200 séjours classés dans un GHM de chirurgie en 2016 et pour lesquels la SAE ne renseigne aucune capacité de lits ou de places en chirurgie sont ainsi exclus de l'analyse (soit 2 860 séjours avec acte classant en chirurgie non pris en compte dans l'étude). Enfin, notre champ se limite aux séjours avec pour mode d'entrée et de sortie « domicile ». La base de données ainsi constituée comporte 3,9 millions de séjours en 2016, soit 69 % de l'ensemble des 5,7 millions de séjours de chirurgie enregistrés en France cette année-là.

Définitions :

Séjour ambulatoire : un séjour est considéré comme ayant été réalisé en ambulatoire s'il est sans nuitée (la durée de séjour du patient est limitée à 12h), avec pour mode d'entrée et de sortie « domicile ». Il y a 2,8 millions de séjours de chirurgie réalisés en ambulatoire en 2016.

Taux d'ambulatoire (définition « DREES » - dans le cadre de cette étude) : il s'agit de la part de séjours de chirurgie réalisés en ambulatoire, calculée en rapportant le nombre de séjours de chirurgie ambulatoire à la somme des séjours réalisés en ambulatoire et des séjours d'hospitalisation complète de « courte durée », considérés comme potentiellement réalisables en ambulatoire – c'est-à-dire des séjours dont le niveau de sévérité est faible (GHM avec terminaison en « 1 » ou « T ») et dont la durée est inférieure à 3 nuits passées à l'hôpital soit 3,9 millions de séjours. Ce taux est différent du taux d'ambulatoire « brut », utilisé habituellement par l'ATIH, dont le dénominateur concerne l'ensemble des séjours de chirurgie (5,7 millions) ainsi que 7 racines de GHM de techniques peu invasives, soit un total de 6,3 millions de séjours en 2016. Le champ de notre étude représente 62 % des séjours de ce champ étendu.

Interventions chirurgicales : dans ce dossier, la mention « interventions chirurgicales » fait référence à la classification des groupes d'activités proposée et mise à disposition annuellement par l'ATIH⁴. Ce niveau de regroupement est plus agrégé que celui des GHM. Il comporte 60 groupes d'interventions chirurgicales.

⁴ <https://www.atih.sante.fr/regroupements-des-ghm-en-v2016>.

■ ÉTAT DES LIEUX ET TYPOLOGIE DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES AMBULATOIRES, SUIVANT LES DISPARITÉS TERRITORIALES DE PRATIQUES

Dans cette étude, les séjours de chirurgie ambulatoire sont confrontés aux séjours d'hospitalisation complète considérés comme « comparables », c'est-à-dire des séjours d'hospitalisation complète de courte durée (moins de trois nuits à l'hôpital) et de niveau de sévérité faible uniquement (*encadré 1*), soit 3,9 millions de séjours en 2016. Le champ de l'étude comprend donc l'ensemble des séjours de chirurgie ambulatoire ainsi que les séjours « potentiellement réalisables en ambulatoire » d'après nos critères (plus la durée et le niveau de sévérité d'un séjour sont importants, plus il est difficile de réaliser ce séjour en ambulatoire). Ce choix de se limiter aux séjours d'hospitalisation complète de courte durée permet notamment de contrôler des différences de patientèle entre les établissements et les territoires.

Une des conséquences de ce choix est que le taux de chirurgie ambulatoire calculé ici est différent du taux d'ambulatoire mentionné dans les rapports institutionnels. Il est plus élevé puisqu'il rapporte l'ensemble des séjours d'ambulatoire à la somme des séjours d'ambulatoire et des séjours d'hospitalisation complète de moins de trois jours et de faible niveau de sévérité, alors que le taux « officiel » comprend au dénominateur l'ensemble des séjours de chirurgie. Le taux national de chirurgie ambulatoire sur notre champ atteint ainsi 71,3 % en 2016, alors que le taux officiel est de 54,1 % en 2016 sur le champ complet de la chirurgie (ATIH, 2018).

La progression de l'activité de chirurgie depuis 2008 reflète celle de l'ambulatoire

Le développement de la chirurgie ambulatoire, parfois appelé « virage ambulatoire », est bien illustré par l'évolution de la structure des capacités d'accueil en chirurgie des établissements de santé. Alors que le nombre de lits réservés aux hospitalisations complètes en chirurgie diminue de 19 000 entre 2008 et 2016 (-22 %)⁵, le nombre de places de chirurgie ambulatoire a augmenté de 6 000, soit +55 % sur la même période.

Parallèlement, l'activité de chirurgie dans son ensemble a connu une forte transformation du fait de l'essor de la pratique ambulatoire. Ainsi, d'après les chiffres de l'ATIH, l'activité de chirurgie dans son ensemble a progressé de 13 % entre 2008 et 2016 pour atteindre 6,3 millions de séjours. Sur cette période, l'activité de chirurgie ambulatoire a également fortement augmenté (+58 %) tandis que la chirurgie réalisée en hospitalisation complète a reculé de 16 %. Cela se traduit par une forte progression du taux d'ambulatoire, qui passe de 38 % en 2008 à 54,1 % en 2016.

Les disparités départementales de pratiques persistent, mais se réduisent entre 2008 et 2016

Encouragée par les pouvoirs publics et facilitée par les avancées technologiques, la pratique de la chirurgie ambulatoire progresse régulièrement au niveau national : le taux d'ambulatoire sur notre champ (voir définition, *encadré 1*) passe ainsi de 57,7 % en 2008 à 71,3 % en 2016. Ce résultat national est globalement vérifié au niveau départemental (*carte 1*), puisque la part des séjours chirurgicaux réalisés en ambulatoire augmente sur la même période pour 100 des 101 départements français. La Guyane enregistre la plus forte hausse (+151 %) mais reste, en 2016, le département où le taux d'ambulatoire est le plus faible (48 %). À l'opposé, seul le département du Lot enregistre une légère diminution de son taux d'ambulatoire, qui reste toutefois à un niveau élevé (65 %).

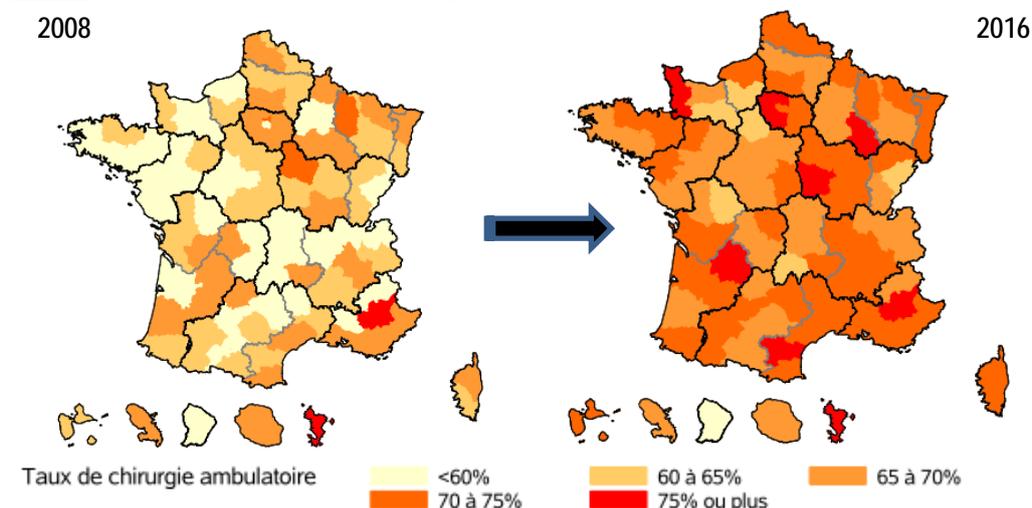
Outre le fait que le taux d'ambulatoire progresse dans presque tous les départements entre 2008 et 2016, les disparités de taux d'ambulatoire entre département se réduisent, comme l'indique la baisse du coefficient de variation⁶ des taux d'ambulatoire départementaux : il passe de 10,5 % en 2008 à 6,4 % en 2016 (*carte 1*). Des disparités persistent cependant : certains départements comme Mayotte, la Nièvre, les Alpes-de-Haute-

⁵ Voir la fiche 10 « Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : activité et capacités », dans l'ouvrage annuel de la Drees « Les établissements de santé, édition 2018 », coll. *Panorama de la Drees*, juin 2018.

⁶ Le coefficient de variation est un indicateur de dispersion relative. Il se définit comme le rapport de l'écart-type à la moyenne. Plus la valeur de ce coefficient est élevée, plus la dispersion autour de la moyenne est grande.

Provence, la Seine-Saint-Denis, le Val d'Oise, ont un taux d'ambulatoire qui dépasse ou avoisine 80 % en 2016 quand ce taux est de 60 % dans le département de l'Orne ou encore de 48 % en Guyane. Ces écarts ne reflètent pas forcément un retard de développement de l'ambulatoire dans les départements concernés, car ils peuvent aussi s'expliquer, pour tout ou partie, par des effets de composition, liés par exemple à la structure démographique de la patientèle locale.

Carte 1 • Disparités des taux de chirurgie ambulatoire départementaux en 2008 et 2016



Champ > France métropolitaine et DROM, y compris Mayotte, y compris SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2008 et 2016 ; calculs Drees.

Le taux d'ambulatoire est très différent d'un type d'intervention chirurgicale à l'autre

L'hétérogénéité des pratiques de la chirurgie ambulatoire est liée, en premier lieu, au type de pathologie prise en charge. Ainsi, la pratique de l'ambulatoire apparaît quasi généralisée pour la chirurgie de la cataracte, les circoncisions d'indication médicale, la chirurgie de la main ou du poignet ou encore les ligatures de veines des membres inférieurs : les taux de chirurgie ambulatoire pour ces pathologies sont tous supérieurs à 88 % en 2016. En revanche, ce type de prise en charge reste encore très limité pour la chirurgie de la jambe (hors prothèses), où le taux d'ambulatoire est de 28 %. À l'extrême, des chirurgies telles que les appendicectomies ou la pose de stimulateurs ou défibrillateurs cardiaques ne sont quasi jamais réalisées en ambulatoire (*tableau 1*).

Sur la période 2008-2016, la prise en charge en ambulatoire a progressé pour 52 des 60 interventions chirurgicales (99,6% des séjours de notre champ concernés). Les ligatures de veines (+48 points), les cholécystectomies (+47 points) ainsi que les chirurgies pour hernies (+43 points) sont les interventions qui ont connu la plus forte progression de leur taux d'ambulatoire.

En revanche, bien qu'à un niveau assez élevé, le taux d'ambulatoire pour amygdalectomies est resté stable à 72 %. Pour 7 autres types d'interventions qui avaient déjà en 2008 un taux d'ambulatoire inférieur à 25 %, celui-ci a diminué entre 2008 et 2016 pour passer sous la barre des 20 %. Le plus fort recul du taux d'ambulatoire est observé pour les chirurgies pelviennes majeures (-12 points). Toutefois, pour ces dernières interventions, la prise en charge en ambulatoire ou en hospitalisation complète de courte durée est peu fréquente. La baisse observée du taux d'ambulatoire s'explique principalement par le raccourcissement des séjours, avec un effet sur le dénominateur : pour ces interventions dont la prise en charge en ambulatoire reste faible, la part du nombre de séjours courts augmente.

Tableau 1 • Taux d'ambulatoire par type de chirurgie en 2008 et 2016

Groupe d'activité		Nombre de séjours		Taux d'ambulatoire (en %)		Évolution (point de %)
		2008	2016	2008	2016	
G073	Ligatures veines	117 423	107 741	40,3	88,2	+48,0
G009	Cholécystectomies	18 512	75 395	4,1	50,7	+46,6
G004	Hernies	97 051	175 707	25,2	68,3	+43,1
G131	Chirurgie des tumeurs (app gén masc)	1 497	2 549	11,2	43,8	+32,6
G107	Chirurgie pour tumeurs malignes sein	20 787	45 057	12,2	44,3	+32,2
G007	Chirurgies rectum/anus (hors résections)	69 651	114 330	24,6	52,7	+28,1
G001	Chirurgies digestives hautes	4 242	4 498	4,0	31,8	+27,8
G045	Pose stimulateur cérébral / médullaire	1 206	4 373	11,9	35,3	+23,5
G097	Cataractes	591 015	825 645	71,1	93,0	+21,8
G088	Autres chirurgies ORL (Oto-Rhino-Laryngologie)	72 526	98 248	28,4	49,3	+20,8
G032	Chirurgie de la cheville ou du pied	43 056	109 239	38,4	59,2	+20,8
G010	Autres chirurgies foie, pancréas, voies biliaires	505	2 254	6,9	27,6	+20,6
G086	Chirurgie de l'oreille	37 447	41 520	32,5	52,6	+20,1
G105	Chirurgies utérus / annexes	82 754	106 312	39,5	58,6	+19,1
G074	Autres chirurgies vasculaires	13 044	18 827	17,5	36,2	+18,7
G096	Chirurgies ophtalmologiques lourdes	55 940	75 022	37,2	55,9	+18,7
G027	Ablations matériel	90 134	107 068	65,7	82,5	+16,8
G062	Pontages coronaires	6	2	33,3	50,0	+16,7
G089	Chirurgies de la bouche	16 217	18 804	68,0	84,3	+16,3
G126	Chirurgies reins, uretères, vessie, glandes surrénales	5 690	8 205	20,8	36,6	+15,8
G099	Autres chirurgies ophtalmologiques	77 986	84 329	69,4	84,8	+15,5
G077	Autres chirurgies thoraciques	1 491	1 487	17,2	31,5	+14,3
G108	Chirurgie du sein hors tumeurs malignes	32 631	43 219	29,8	43,8	+14,0
G098	Allogreffes de cornées	2 873	6 402	37,9	51,4	+13,5
G033	Chirurgie du membre supérieur (hors prothèses)	53 136	75 548	14,0	27,1	+13,1
G128	Chirurgies appareil génital masculin	41 493	70 062	47,1	60,1	+13,0
G127	Chirurgies transurétrales, autres	60 349	138 720	28,7	40,8	+12,1
G025	Arthroscopies, biopsies ostéo-articulaires	159 977	228 515	58,6	70,6	+12,0
G204	Brûlures chirurgie	752	1 039	47,3	58,8	+11,5
G106	Autres chirurgies gynéco. autres que sein	96 703	129 345	66,9	78,1	+11,2
G002	Chirurgie digestive majeure	255	1 238	10,6	21,0	+10,4
G029	Chirurgies main, poignet	322 393	355 168	78,1	88,4	+10,3

Suite à la page suivante

G035	Interventions sur le tissu mou pour tumeurs malignes	647	831	47,4	57,4	+10,0
G034	Chirurgie des tissus mous	63 233	76 026	64,5	73,9	+9,4
G179	Chirurgie inter spécialités	108 620	128 066	59,5	68,8	+9,3
G024	Chirurgies majeures orthopédiques (dont hanche, fémur, genou)	1 241	11 619	11,7	20,4	+8,7
G103	Chirurgie pour tumeurs malignes (appareil génital féminin)	7 532	12 531	61,2	69,8	+8,7
G157	Chirurgie des parathyroïdes, du tractus thyroïdien, endocrinologie	3 925	12 095	6,8	15,3	+8,6
G041	Chirurgies rachis/moelle	5 792	20 651	3,1	10,6	+7,5
G163	Greffes peau / parages hors brûlures	130 524	177 466	78,0	85,3	+7,3
G031	Chirurgie de la jambe	13 965	32 207	21,2	28,4	+7,2
G141	Chirurgie au cours des tumeurs malignes (hématologie)	15 393	15 712	47,3	54,0	+6,7
G085	Chirurgies ORL majeures	3 403	8 967	26,3	32,7	+6,4
G076	Chirurgies thoraciques majeures	390	858	5,4	11,4	+6,0
G028	Amputations	761	1 155	28,5	34,4	+5,9
G030	Chirurgie pour Ostéomyélites aiguës (y.c. vertébrales) et arthrites septiques	2 963	4 126	51,3	55,3	+4,0
G003	Appendicectomies	15 402	27 731	0,4	4,3	+3,8
G129	Circoncisions	86 759	92 899	93,7	97,5	+3,7
G044	Chirurgies système nerveux central hors traumatologie (rachis et moelle exceptés)	1 651	648	1,3	4,2	+2,9
G158	Chirurgie de la thyroïde	9 778	20 599	0,8	3,4	+2,6
G064	Stimulateurs / défibrillateurs cardiaques	15 598	25 550	6,7	8,5	+1,8
G087	Amygdalectomies, végétations, drains transtympaniques..	192 590	163 467	72,2	72,4	+0,2
G008	Autres chirurgies digestives	2 474	11 714	15,8	14,6	-1,2
G104	Chirurgies pelviennes majeures	106	1 252	14,2	9,8	-4,3
G006	Chirurgie mineure grêle/colon	379	936	24,0	19,6	-4,5
G072	Chirurgies majeures revascularisation	139	318	12,2	5,0	-7,2
G063	Chirurgie cardiaque, autres	23	33	17,4	9,1	-8,3
G043	Chirurgies système nerveux central traumatologie	28	49	10,7	2,0	-8,7
G037	Polytraumatismes graves	12	19	16,7	5,3	-11,4
G130	Chirurgies pelviennes majeures (urologie)	167	890	17,4	5,1	-12,3

Champ > France métropolitaine et DROM, y compris Mayotte, y compris SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2008 et 2016 ; calculs Drees.

4 groupes d'interventions chirurgicales se distinguent

Pour donner une image complète de l'état des lieux de la chirurgie ambulatoire, il faut tenir compte de cette double hétérogénéité de prise en charge en ambulatoire : selon les interventions chirurgicales et au sein de chaque intervention, selon les départements. Pour cela, nous avons construit une typologie des interventions chirurgicales qui combine ces deux dimensions.

Notre typologie des interventions chirurgicales a été construite à partir d'une méthode statistique en deux étapes (analyse en composantes principales, puis classification ascendante hiérarchique, *encadré 2*). Les critères retenus pour rapprocher les interventions chirurgicales les unes des autres sont leur taux d'ambulatoire, le volume de séjours concernés, le degré d'hétérogénéité de la pratique ambulatoire entre départements et enfin le nombre de département dans lesquels l'intervention est pratiquée.

Cette méthode nous conduit à retenir quatre groupes d'interventions chirurgicales (*tableau 2*), avec deux caractéristiques : les groupes retenus sont le plus distincts possible les uns des autres au regard des quatre critères de construction, tout en ayant la meilleure homogénéité possible au sein de chaque groupe du point de vue de ces mêmes critères.

Encadré 2 • Méthode de construction de la typologie des interventions chirurgicales

La typologie des interventions chirurgicales est construite en deux étapes. Dans la première étape, une analyse en composantes principales (ACP) détermine les principaux axes synthétisant les variables de notre analyse. Ces principaux axes sont ensuite utilisés pour réaliser une classification ascendante hiérarchique (CAH) qui va calculer des « distances » entre les interventions chirurgicales. Cette analyse permet de rapprocher les interventions chirurgicales en fonction de caractéristiques choisies pour l'analyse. Elle conduit donc à construire des classes qui se distinguent nettement selon ces variables, chacune étant composée d'interventions chirurgicales ayant des caractéristiques proches.

L'analyse porte sur 60 interventions chirurgicales. Les variables, calculées par interventions chirurgicales et utilisées pour l'ACP, sont les suivantes :

- Nombre de séjours concernés ;
- Taux d'ambulatoire ;
- Offre de soins : nombre de département au sein duquel l'intervention chirurgicale est pratiquée ;
- Hétérogénéité départementale des taux d'ambulatoire, mesurée par le coefficient de variation des taux d'ambulatoire départementaux.

Nous retenons trois axes qui résument l'information. Par la suite, la typologie a donc été réalisée en utilisant la méthode de classification ascendante hiérarchique sur ces trois axes.

14 interventions concernant 68 % des séjours de chirurgie ont un taux d'ambulatoire élevé et assez homogène sur le territoire

Ce premier groupe d'activité de chirurgie (groupe 1) se distingue par une proportion de prises en charge en ambulatoire élevée (84 %), avec une faible disparité départementale des pratiques (*tableau 2*). Il rassemble près de 70 % de l'ensemble des séjours de chirurgie en 2016.

Dans ce groupe figure notamment l'opération de la cataracte, qui concentre à elle seule 21 % des séjours de chirurgie étudiés et 27 % des opérations réalisées en ambulatoire. En 2016, 93 % des chirurgies de la cataracte se font en ambulatoire, de manière prépondérante dans des cliniques privées (70 % des séjours), et la diffusion de ces pratiques en ambulatoire est très homogène sur l'ensemble du territoire : le taux d'ambulatoire le plus faible est celui de l'Orne, qui s'élève à 78 % en 2016. Sur les autres interventions de ce groupe, 80 % des opérations sont réalisées en ambulatoire avec également, pour chacune des activités de chirurgie répertoriées, de faibles écarts de pratique entre les départements.

Les établissements privés à but lucratif, « du fait d'une plus grande spécialisation dans des interventions chirurgicales peu complexes », (Toutlemonde, 2018) réalisent 64 % des séjours de ce groupe. Ainsi, après la cataracte qui représente 31 % des séjours de ce premier groupe, les autres séjours sont principalement des séjours de chirurgie orthopédique ou traumatologie (22 % d'entre eux) : arthroscopies, biopsies ostéoarticulaires et chirurgies de la main ou du poignet. Appartiennent également à ce groupe les opérations pour hernies, ligatures des veines, amygdalectomies et opération des végétations, circoncisions, ainsi que les chirurgies pour greffe de peau.

Tableau 2 • 4 profils de diffusion de l'ambulatoire des interventions chirurgicales en 2016

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4	Ensemble
	Chirurgie à fort taux d'ambulatoire et pratiquée dans tous les départements	Chirurgie à taux d'ambulatoire modéré et pratiquée dans presque tous les départements	Chirurgie à taux d'ambulatoire modéré et pratiquée dans la moitié des départements	Chirurgie quasiment impossible en ambulatoire	
Nombre de groupes d'interventions chirurgicales	14	17	13	16	60
Nombre de racines de GHM	61	74	33	49	217
Nombre de séjours total	2 670 246	1 080 154	39 855	134 028	3 924 283
Part dans l'ensemble des séjours de chirurgie, en %	68,0	27,5	1,0	3,4	100
Taux d'ambulatoire, en %	83,9	49,2	39,2	9,3	71,3
Part dans l'ensemble des séjours de chirurgie réalisés en ambulatoire, en %	80,0	19,0	0,6	0,4	100
Hétérogénéité du groupe (coefficient de variation des taux d'ambulatoire) ¹ , en %	11,7	32,6	58,2	143,3	57,1
Médiane des taux d'ambulatoire ¹ , en %	80,7	47,5	34,8	5,6	51,9
1 ^{er} décile des taux d'ambulatoire ¹ , en %	61,5	19,1	9,1	0,0	6,8
9 ^e décile des taux d'ambulatoire ¹ , en %	94,6	70,8	66,7	28,0	87,9
Couverture nationale moyenne par intervention ²	101	97	46	58	
% de séjours en CHU-CHR	9,8	15,9	27,6	20,5	12,1
% de séjours en CH	17,8	21,7	12,2	20,5	18,9
% de séjours en privé non lucratif	8,0	10,7	7,3	8,2	8,8
% de séjours en privé lucratif	64,3	51,7	52,9	50,8	60,3

1. Ces statistiques sont calculées sur le taux d'ambulatoire de chaque croisement département – intervention.

2. La couverture nationale moyenne donne la moyenne du nombre de département prenant en charge chaque intervention.

Champ > France métropolitaine et DROM, y compris Mayotte, y compris SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2016 ; calculs Drees.

Pour 30 interventions, concernant 28,5 % des séjours de chirurgie, les disparités de recours à l'ambulatoire sont encore importantes

Les deux groupes d'activité suivants (groupes 2 et 3) se différencient du premier par un taux de prise en charge en ambulatoire moins élevé et une hétérogénéité du recours à l'ambulatoire plus importante entre les départements. Ils regroupent 28,5 % de l'ensemble des séjours de chirurgie étudiés. Comparativement au premier groupe, la part de séjours réalisés par les cliniques privées à but lucratif est moins importante : elles réalisent un peu plus de la moitié de l'activité chirurgicale du groupe 2 et du groupe 3 (respectivement 52 % et 53 %), contre 64 % pour le groupe 1.

Les interventions chirurgicales rassemblées dans ces deux groupes se distinguent entre elles par leur plus ou moins bonne couverture territoriale en termes d'offre de soins : si les interventions chirurgicales du groupe 2

peuvent être réalisées dans quasiment tous les départements, l'offre de chirurgie des établissements de santé ne comprend celles du groupe 3 que dans un peu plus de 4 départements sur 10. Le volume moyen de séjours par interventions chirurgicales est également bien plus important dans le groupe 2 que dans le groupe 3.

Parmi les interventions chirurgicales du groupe 2 se trouvent certaines interventions de chirurgie digestive, comme la chirurgie du rectum, mais aussi des interventions de chirurgie orthopédique (du membre supérieur, de la jambe, de la cheville ou du pied), ou encore des opérations de chirurgie ORL. Pour ce dernier type d'intervention, les disparités de pratiques sont assez caractéristiques de celles du groupe : le taux d'ambulatoire moyen est de 49,3 %, et varie entre 10 % pour le département de la Meuse et 95 % pour la Lozère.

Les séjours du groupe 3 sont, pour 28 % d'entre eux, réalisés en centre hospitalier régional (CHR) ou universitaire (CHU), ce qui explique leur plus faible maillage territorial. Les allogreffes de cornée et les opérations de chirurgie ORL majeures sont celles qui regroupent le plus de séjours, avec un taux d'ambulatoire national qui atteint respectivement 48 % et 49 % en 2016. Comme pour le groupe 2, les disparités de pratiques de l'ambulatoire sont plus importantes dans le groupe 3 : pour les opérations de chirurgies ORL majeures par exemple, le taux d'ambulatoire moyen varie de 12 % pour le Loir-et-Cher à 85 % pour la Seine-et-Marne.

Le taux d'ambulatoire départemental est inférieur à 5 % pour 16 interventions chirurgicales peu fréquentes

Enfin, le dernier groupe (groupe 4) rassemble moins de 4 % des séjours de chirurgie étudiés et regroupe des activités de chirurgie dont la prise en charge en ambulatoire est très rare. Seuls 0,4 % des séjours réalisés en ambulatoire en 2016 concernent ces interventions, dont le taux d'ambulatoire départemental ne dépasse jamais 5 %.

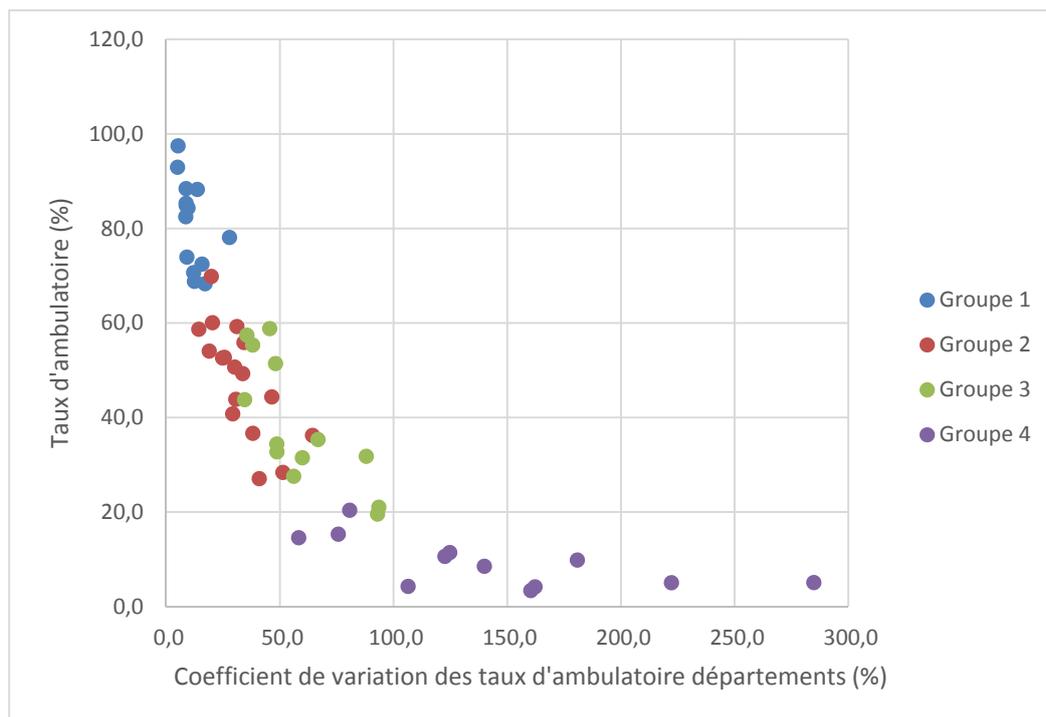
Les interventions chirurgicales distinguées dans le groupe 4 bénéficient d'une bonne couverture départementale (plus de 80 % des départements hébergent au moins un établissement de santé qui les pratique) et sont réalisées pour moitié dans les établissements privés à but lucratif. Ce sont essentiellement les appendicectomies, les poses de stimulateurs et défibrillateurs cardiaques, les chirurgies du rachis et les chirurgies de la thyroïde. Elles concernent un petit volume de séjours (3,3 % de l'ensemble des séjours de chirurgie en 2016), dont moins de 10 % sont pris en charge en ambulatoire.

Pour la moitié des interventions, couvrant 30 % des séjours, peu de progression du taux d'ambulatoire en perspective

Ce premier travail sur le degré de développement de l'ambulatoire pour 60 types d'interventions chirurgicales permet d'identifier de manière assez claire deux catégories d'opérations pour lesquelles le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire est plus faible (*graphique 1*). Dans le groupe 1, composé de l'opération de la cataracte et de 13 autres interventions, la pratique ambulatoire est déjà très répandue. Un calcul rudimentaire indique que si, pour chacune des 13 interventions (hors cataracte), le taux d'ambulatoire convergerait sur tout le territoire vers le taux départemental maximum observé en 2016 (de l'ordre de 88 %), cela représenterait 167 000 séjours supplémentaires en ambulatoire, soit 3 % de l'ensemble des séjours de chirurgie. De l'autre côté du spectre, dans le groupe 4 comprenant 16 interventions, les taux d'ambulatories observés sont inférieurs à 5 % et les perspectives de développement ambulatoire pour ces prises en charge semblent mineures, notamment du fait de la complexité des cas pris en charge et du faible nombre de séjours de chirurgie concernés. Pour ces 16 interventions, la reproduction du calcul rudimentaire proposé plus haut (alignement, pour chaque intervention, sur le taux départemental le plus élevé en 2016) conduit à un résultat qui représenterait 15 000 séjours supplémentaires en ambulatoire, soit 0,3 % de l'ensemble des séjours de chirurgie.

En revanche, pour un groupe de 30 interventions (groupes 2 et 3), les taux d'ambulatoire sont très inégaux selon les départements. Cela suggère de s'y intéresser plus particulièrement pour voir si ces variations de pratiques sur le territoire reflètent, au-delà des caractéristiques locales de la patientèle, un potentiel encore inexploité de développement de la chirurgie ambulatoire. Toutefois, les perspectives de développement ambulatoire sont plus importantes pour le groupe 2 compte-tenu du volume de séjours plus élevés. Ainsi, en répliquant le calcul ci-dessus, 222 000 séjours supplémentaires pourraient être pris en charge en ambulatoire, soit 4 % de l'ensemble des séjours de chirurgie. Pour le groupe 3, on en recenserait 8 000 séjours, soit 0,1 % de l'ensemble des séjours de chirurgie.

Graphique 1 • Typologie des groupes d'activité en 2016



Champ > France métropolitaine et DROM, y compris Mayotte, y compris SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2016 ; calculs Drees.

■ QUELS DÉTERMINANTS DES PRATIQUES DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE ?

Les variations de pratiques de la chirurgie ambulatoire nous permettent d'identifier certaines interventions pour lesquelles un potentiel de développement de l'ambulatoire pourrait exister. Mais pour établir ce diagnostic, il faut d'abord étudier quelle part de ces disparités de pratiques reflètent uniquement la diversité de patientèle de chaque territoire. Pour répondre à cette question, l'objectif de cette partie est d'analyser les déterminants d'une prise en charge en ambulatoire au niveau de l'ensemble des activités de chirurgie.

Si des études ont déjà été menées en ce sens, la bibliographie sur le sujet se limite systématiquement à l'analyse de quelques interventions chirurgicales précises, et non de l'ensemble des interventions comme proposé ici. Ainsi, l'étude de l'Irdes en 2003, à partir d'une enquête nationale sur la chirurgie ambulatoire dans le cadre du Programme national inter-régimes de gestion du risque (PNIR), analyse l'« influence des caractéristiques sociales et environnementales du patient sur la durée de séjour à l'hôpital » pour quatre types de chirurgie : la chirurgie de la cataracte, la chirurgie du canal carpien, la chirurgie du sein et celle des varices.

Notre objectif est d'élargir le champ d'étude des déterminants d'une prise en charge en ambulatoire à l'ensemble des 60 interventions chirurgicales décrites dans la section précédente. Pour ce faire, il est nécessaire de tenir compte à la fois des caractéristiques individuelles propres au séjour ou au patient lui-même, des caractéristiques de l'établissement d'hospitalisation et enfin de l'environnement économique, médical et social du lieu d'hospitalisation, mesuré au niveau communal ou départemental. Pour cela, nous avons construit un modèle logistique permettant d'estimer, pour un séjour donné, la probabilité d'être pris en charge en ambulatoire, par opposition à une prise en charge en hospitalisation complète d'une durée comprise entre 1 et 3 jours (*encadré 3*).

Encadré 3 • Modélisation de la probabilité de prise en charge en ambulatoire d'un séjour de chirurgie

L'analyse des facteurs influençant la prise en charge en ambulatoire repose ici sur la modélisation de la probabilité qu'un séjour de chirurgie soit réalisé en ambulatoire (par opposition à une hospitalisation complète courte, d'une durée de 1 à 3 jours), en tenant compte du maximum de caractéristiques observables possibles pour se rapprocher d'un raisonnement « toutes choses égales par ailleurs ». Notre variable « à expliquer » à l'aide du modèle est binaire : elle vaut 1 lorsque le séjour est réalisé en ambulatoire et 0 sinon (séjour d'hospitalisation complète courte). Nous modélisons sa probabilité à l'aide d'une régression logistique qui peut s'écrire comme suit :

$$P(Y_{ijk}) = \text{logit}(c + \alpha X_{ijk} + \beta Z_{jk} + \lambda_k)$$

où $P(Y_{ijk})$ représente la probabilité que le séjour i soit réalisé en ambulatoire, dans l'établissement de santé j situé dans le département k . X décrit les facteurs propres au séjour et aux patients, Z les facteurs établissements, λ l'effet départemental d'hospitalisation et c la constante du modèle. Ces éléments sont explicités par la suite.

Construction de la base : tous les indicateurs de description du territoire sont intégrés, dans la base des séjours, au niveau des territoires de résidence des patients. Quatre types de facteurs explicatifs sont pris en compte dans la modélisation :

- Les caractéristiques propres aux séjours : nombre d'actes, domaine d'activité, prise en charge en « urgence ». Le caractère « urgent » est repéré selon le mode d'entrée « urgences » du séjour ou selon l'admission directe au sein d'une unité médicale « soins intensifs », « réanimations » ou une « unité d'hospitalisation de courte durée ». Dans ce cas-là, la variable construite vaut 1 et 0 dans le cas contraire. Le groupe d'intervention chirurgicale pratiquée, issu de notre typologie, est notamment mobilisé ici comme facteur explicatif de la probabilité d'une prise en charge ambulatoire ;
- Les caractéristiques propres aux patients : classe d'âge, sexe, comorbidités à l'aide du score de Charlson, indice de défavorisation sociale, patient résidant ou non dans le département d'hospitalisation, temps de trajet entre le lieu de résidence et le lieu d'hospitalisation ;
- Les caractéristiques de l'établissement d'hospitalisation : catégorie juridique, capacité d'accueil en chirurgie (qui permet aussi de rendre compte du degré de spécialisation de l'établissement⁷ et son volume d'activité) ;
- L'offre de soins de ville du lieu de résidence du patient : densité de l'offre de soins de ville du lieu de résidence (commune) mesurée par plusieurs indices d'accessibilité potentielle localisée (APL en médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeute).

APL : Les données contextuelles relatives à l'offre de soins de ville proviennent de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) pour les soins de premiers recours, indicateur développé par la Drees et l'Irdes. Cet indicateur, calculé au niveau communal, tient compte à la fois de l'offre de soins et de la demande des communes environnantes. Cet indicateur mobilise les données de l'Assurance maladie (SNIIR-AM) ainsi que les données de population de l'Insee.

Afin de tenir compte des disparités propres aux caractéristiques de chaque département (structure démographique et socio-professionnelle de sa population, maillage de l'offre de soins, etc.), nous introduisons un effet fixe « département ». Le coefficient associé à chaque département mesure la probabilité d'être pris en charge en ambulatoire dans ce département, toutes choses égales par ailleurs, c'est-à-dire en tenant compte des spécificités départementales énoncées plus haut.

La modélisation a été réalisée sur l'échantillon des séjours de chirurgie de courte durée (moins de 3 nuitées). Les DROM ainsi que le département de Mayotte n'ont pas pu être intégrés en raison d'absence de données sur les distances, calculées à partir du logiciel Metric, et sur les indicateurs de défavorisation sociale. Les paramètres estimés dans le modèle et leur significativité sont consultables dans le tableau de l'annexe 3.

Les opérations « programmées » et peu complexes ont davantage de chances d'être réalisées en ambulatoire

En prenant en compte l'ensemble des caractéristiques propres au séjour, au patient, à l'établissement et au département d'hospitalisation, la probabilité pour un séjour de chirurgie d'être pris en charge en ambulatoire est d'autant plus élevée que le nombre d'actes réalisés est faible (tableau, *annexe 3*). Ainsi, les séjours nécessitant un seul acte opératoire classant sont ceux qui sont le plus souvent réalisés en ambulatoire, toutes choses égales par ailleurs.

De même, une hospitalisation de chirurgie qui n'est pas décidée dans le cadre d'un passage aux urgences, par exemple lorsqu'elle a été « programmée », aura une probabilité nettement plus importante d'être réalisée en ambulatoire qu'une hospitalisation suite à un passage par les urgences. Enfin, comme attendu, le groupe d'intervention chirurgicale (tel que défini par notre typologie) a une influence sur la probabilité de prise en charge en ambulatoire : un séjour pour une opération appartenant au groupe 1 de notre typologie a 4,9 fois plus de chance d'être réalisé en ambulatoire qu'un séjour du groupe 2.

⁷ Une analyse entre la taille des établissements et spécialisation indique une corrélation, c'est-à-dire que globalement, les petits établissements sont ceux qui sont les plus spécialisés.

L'âge des patients et leur éloignement du site d'hospitalisation pèsent sur la pratique de la chirurgie ambulatoire

La pratique de la chirurgie ambulatoire est aussi liée à certaines caractéristiques individuelles du patient. Ainsi, la probabilité d'être pris en charge en ambulatoire diminue avec l'âge des patients. Ce résultat pourrait s'expliquer par la corrélation existant entre l'âge et l'état général de santé du patient : plus le patient avance en âge, plus il a de chances de connaître un état de santé dégradé, ou du moins d'avoir besoin d'une surveillance post-opératoire rapprochée, que ne permet pas la prise en charge ambulatoire. Pour des raisons similaires, une prise en charge en ambulatoire est plus difficile lorsque le patient présente des comorbidités.

Lorsque le patient réside dans un autre département que celui où il est hospitalisé, la prise en charge a également moins de chances d'être réalisée en ambulatoire, toutes choses égales par ailleurs. Ce phénomène est de nature à « pénaliser » le développement de la chirurgie ambulatoire des établissements de santé se situant dans des départements attractifs pour les patients des autres départements. Le temps de trajet entre le domicile du patient et le lieu d'hospitalisation a également un impact : toutes choses égales par ailleurs, la probabilité d'être pris en charge en ambulatoire diminue avec la distance d'hospitalisation, ce qui est cohérent avec les résultats de l'étude de l'Irdes.

Enfin, nous retrouvons un autre des résultats de l'Irdes, qui constate un impact des facteurs sociaux sur le taux de chirurgie ambulatoire. À partir d'un indicateur géo-populationnel calculé au niveau de la commune du patient, nous mesurons un indice de défavorisation sociale de la commune de résidence du patient, qui est vu ici comme une approximation de la catégorie sociale du patient. La probabilité d'une prise en charge ambulatoire est d'autant plus faible que le patient vient d'une commune défavorisée. La chirurgie ambulatoire se développerait donc moins dans les départements concentrant beaucoup de communes défavorisées.

Les séjours de chirurgie ont plus de chances d'être réalisés en ambulatoire dans les petits établissements privés et très spécialisés

À côté de ces déterminants individuels, les caractéristiques des établissements de santé peuvent également avoir un impact sur la probabilité d'être pris en charge en ambulatoire. Ainsi, toutes choses égales par ailleurs, la pratique de la chirurgie ambulatoire est plus fréquente dans un établissement privé que dans un CHU.

La taille de l'établissement influence aussi le recours à l'ambulatoire : la probabilité d'être pris en charge en ambulatoire est corrélée négativement avec la taille des établissements. En d'autres termes, les patients hospitalisés dans des structures de petite taille ont une probabilité plus grande d'être pris en charge en ambulatoire comparativement aux patients hospitalisés dans de plus grandes structures, toutes choses égales par ailleurs. Plusieurs explications de ce phénomène sont possibles. Au plan organisationnel, les petits établissements pourraient être mieux à même d'organiser la sortie du patient le jour même de son entrée. Ce phénomène pourrait aussi refléter l'importance du degré de spécialisation des établissements : les petits établissements privés auraient une plus grande spécialisation que les CH et les CHU, qui couvrent un champ d'activités chirurgicales beaucoup plus large, pour lesquelles la spécialisation est moins grande.

L'offre de soins autour du lieu de résidence du patient n'influencerait pas ses chances d'être pris en charge en ambulatoire

Nous avons introduit dans notre modélisation plusieurs variables pour tenir compte de l'offre de soins disponible au voisinage direct du lieu de résidence du patient. Les établissements de santé pourraient en effet choisir de recourir ou non à l'ambulatoire en fonction de la possibilité pour le patient de bénéficier, près de chez lui, d'un suivi post-opératoire en ville. Si le patient habite dans une zone qui est bien dotée en offre de soins de premier recours (médecin généraliste, soins infirmiers ou kinésithérapeute par exemple), ces conditions sont vérifiées et peuvent favoriser le choix de pratiquer une intervention en ambulatoire plutôt qu'en hospitalisation conventionnelle.

En pratique, et contrairement à notre intuition de départ, l'offre de soins de ville ne semble pas avoir d'impact sur le fait de recourir à une prise en charge en ambulatoire. Toutes choses égales par ailleurs, une meilleure offre de soins de ville sur le lieu de résidence du patient, caractérisée par une APL plus élevée, n'est pas liée à une plus grande prise en charge en ambulatoire. Dans le même ordre d'idée, la densité de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou de recours à l'hospitalisation à domicile (HAD) dans le voisinage du lieu de résidence n'ont pas non plus d'influence sur la décision de recourir à la chirurgie ambulatoire.

Deux éléments peuvent expliquer ces résultats. L'absence de lien de la pratique ambulatoire avec le contexte de soins de ville du patient pourrait s'interpréter comme un manque de coordination entre la médecine de ville et l'hôpital. Ce résultat pourrait aussi refléter le fait que la réalisation en ambulatoire des actes chirurgicaux est plus aisée en l'absence d'une nécessité de soins post-opératoires denses. Dans ce dernier cas en effet, organiser l'aval de ces séjours est plus complexe et ne se réduit pas à une simple consultation post opératoire et la mise à disposition d'un contact téléphonique en cas de questionnement des patients sur leur évolution ou la survenue d'incidents.

Cette absence d'association statistique peut aussi être la conséquence de nos choix méthodologiques : notre modélisation s'appuie sur une typologie générale des interventions chirurgicales, pas assez fine pour rendre compte de toutes les spécificités des prises en charges. Si le contexte d'offre de soins de ville ne joue un rôle que pour certaines interventions précises, qui peuvent appartenir à différents groupes de notre typologie, alors cet effet ne pourra pas être identifié par notre approche.

Ceci semble partiellement vérifié par des variantes de notre modélisation sur un échantillon restreint aux séjours concernés par quelques interventions chirurgicales (cholécystectomies, arthroscopies, biopsies ostéo-articulaires, stimulateurs cardiaques, gynécologie, chirurgies transurétrales) pour lesquelles une bonne coordination ville-hôpital paraît particulièrement importante. Ces estimations mettent en évidence un effet positif et significatif de l'offre de soins de ville au voisinage du domicile du patient, notamment la présence d'infirmiers, sur les chances d'être pris en charge en ambulatoire. La présence de masseurs kinésithérapeute favorise une prise en charge en ambulatoire pour les interventions liées aux ablations de matériel médical, aux chirurgies des tissus mous ou encore aux chirurgies du rachis.

Après prise en compte des caractéristiques des patients, des séjours et des établissements, les disparités de pratique de la chirurgie ambulatoire subsistent

Le modèle que nous avons développé permet enfin de présenter le recours à la chirurgie ambulatoire qui serait observé dans chaque département si les caractéristiques des patients, de leurs séjours hospitaliers et des établissements de santé étaient identiques sur tout le territoire. Dans ce cas, comparativement au département de l'Ain, les séjours de chirurgie des départements de la Seine-Saint-Denis et du Val d'Oise auraient 1,6 fois plus de chance d'être pris en charge en ambulatoire, tandis que pour les séjours de chirurgie du département de l'Orne, la probabilité d'être pris en charge en ambulatoire serait la plus faible.

Une autre façon de mobiliser notre modèle consiste à simuler un taux d'ambulatoire « sous-jacent », soit celui qui serait observé dans chaque département si les caractéristiques des patients, de leurs séjours et des établissements étaient strictement identiques partout en France. Cette simulation est obtenue en mobilisant le coefficient λ de notre modèle⁸, qui représente l'effet fixe département (*encadré 3*).

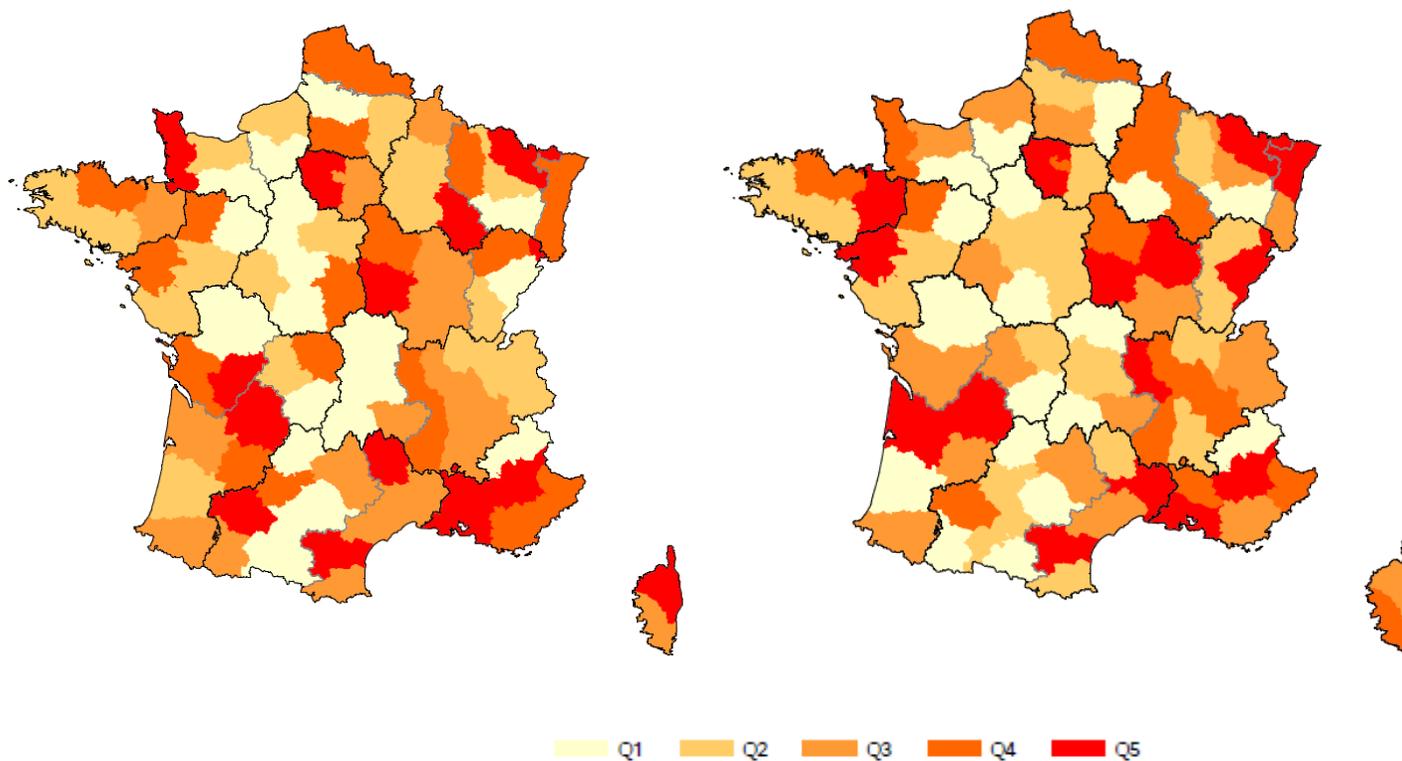
Le taux d'ambulatoire départemental ainsi simulé ne peut ni s'analyser « en niveau », ni être comparé au taux d'ambulatoire observé en 2016 puisqu'il dépend du choix de la situation de référence appliquée partout sur le territoire. Toutefois, il permet de mesurer les disparités départementales après avoir pris en compte les caractéristiques des patients, des séjours et des établissements. Mesurée par le coefficient de variation des taux d'ambulatoire départementaux sous-jacents, cette dispersion est de 8 %. Cela signifie que des disparités départementales subsistent et ne sont pas expliquées par les spécificités des patients, des pathologies et des établissements qui les prennent en charge. Ces disparités sous-jacentes pourraient signaler des défauts d'efficacité de l'offre de soins, avec un potentiel de chirurgie ambulatoire à développer. Toutefois, nous pouvons comparer les départements avant et après prise en compte des différentes caractéristiques. La carte 2 présente le classement des départements selon les quintiles du taux brut de chirurgie ambulatoire (carte de gauche) et selon les quintiles du taux sous-jacent de chirurgie ambulatoire (carte de droite). Certains départements changent bien de classe après prise en compte des différentes caractéristiques. Le Doubs, l'Ille-et-Vilaine et la Loire-Atlantique voient ainsi leur classement augmenter après standardisation, c'est-à-dire que leur faible taux relatif de chirurgie ambulatoire s'explique en partie par les caractéristiques des patients pris en charge et de l'offre de soins mise en place. À l'inverse, la Lozère, la Charente et le Bas-Rhin se retrouvent moins bien classés après standardisation.

⁸ Pour un séjour ayant les caractéristiques des modalités de référence, la probabilité prédite pour chaque département se calcule de la manière suivante $P(Y_k) = \frac{1}{1 + e^{-c - \lambda_k}}$

Carte 2 • Taux de chirurgie ambulatoire départemental « sous-jacent » en 2016

Taux brut de chirurgie ambulatoire

Taux sous-jacent de chirurgie ambulatoire



Guide de lecture : Les départements sont classés en 5 classes par quintile selon leur taux d'ambulatoire. Le 1^{er} quintile (Q1) regroupe 20% des départements ayant le taux d'ambulatoire le plus faible, alors que le 5^e quintile (Q5) y regroupe les départements avec le taux d'ambulatoire le plus élevé. Le taux d'ambulatoire « sous-jacent » fait référence au taux de chirurgie ambulatoire qui serait observé si les caractéristiques des patients, de leurs séjours et des établissements étaient strictement identiques partout en France. Sous ces conditions, le département du Var est classé dans le 4^e quintile sur le taux brut de chirurgie ambulatoire alors qu'il se classe dans le 3^e quintile sur le taux sous-jacent de chirurgie ambulatoire.

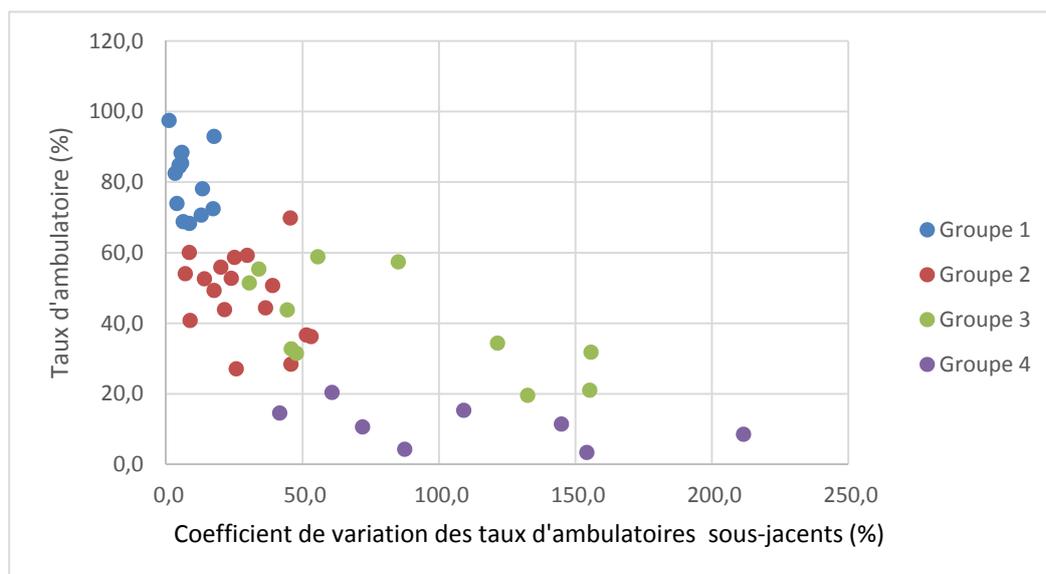
Champ > France métropolitaine, y compris SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2016 ; calculs Drees.

Les disparités sous-jacentes de pratiques suggèrent de cibler d'abord les 13 interventions du groupe 3

Pour tirer toutes les conclusions opérationnelles de notre modèle, nous en avons réalisé quatre déclinaisons, restreintes successivement à chacun des quatre groupes d'interventions chirurgicales de notre classification. Pour chacun des quatre groupes, nous calculons un taux de chirurgie ambulatoire sous-jacent pour chaque département. L'analyse de la dispersion départementale de ces taux sous-jacents permet d'identifier les groupes d'intervention où les disparités de pratiques sous-jacentes sont les plus importantes, signalant des interventions à cibler en priorité (*graphique 2*).

Graphique 2 • Dispersion des taux d'ambulatoires sous-jacents par groupe d'activité



Champ > France métropolitaine, y compris SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2016 ; calculs Drees.

Les disparités départementales sous-jacentes de pratique de la chirurgie ambulatoire ressortent comme proches et finalement assez faibles pour les groupes 1 et 2 : le coefficient de variation pour ces deux groupes est respectivement de 4 % et 7 %. En revanche, pour les interventions des groupes 3 et 4, les disparités sous-jacentes sont nettement plus fortes avec un coefficient de variation respectivement de 25 % et 64 %. Nous avons vu, lors de l'analyse des quatre groupes, que les groupes 2 et 3 étaient ceux pour lesquels les possibilités de développer la chirurgie ambulatoire semblaient les plus importantes. L'analyse des disparités sous-jacentes de pratiques conduit à affiner le diagnostic en ciblant d'abord les 13 interventions chirurgicales du groupe 3. Toutefois, ce groupe d'interventions concerne très peu de séjours, si bien qu'un tel ciblage aura de fait un impact limité sur le taux global de chirurgie ambulatoire.

Complétant ce diagnostic, la comparaison des autres coefficients du modèle entre les groupes pourrait aussi apporter des enseignements sur l'existence de caractéristiques des patients, des séjours ou des établissements qui joueraient un rôle plus important pour un groupe que pour l'autre (*annexe 3*). L'analyse comparée des coefficients conduit ainsi à souligner, pour les interventions du groupe 2, un effet un peu plus net de l'offre locale de soins infirmiers, dont l'influence n'est pas significative pour les autres groupes. Pour les 17 interventions du groupe 2, une densité élevée d'offre de soins infirmiers autour de la commune de résidence des patients augmenterait la probabilité d'être pris en charge en ambulatoire, toutes choses égales par ailleurs.

■ CONCLUSION

L'objet de cette étude était d'établir un état des lieux de la chirurgie ambulatoire sous l'angle des disparités départementales. Nos résultats indiquent que les disparités départementales de prise en charge ambulatoire se sont réduites depuis 2008, même si elles persistent encore en 2016.

L'analyse des taux de chirurgie ambulatoire intervention par intervention, en tenant compte des disparités départementales de pratiques, a conduit à identifier deux catégories d'opérations pour lesquelles le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire paraît plus faible, soit parce que leur taux d'ambulatoire est déjà très élevé (14 interventions), soit parce que la pratique ambulatoire est peu adaptée à la complexité des cas pris en charge et concerne un petit nombre de séjours (16 interventions). Entre ces deux cas polaires, il existe un groupe de 30 interventions, représentant 28,5 % des séjours de chirurgie étudiés, dont les taux d'ambulatoire sont très inégaux selon les départements et pour lesquelles le potentiel d'ambulatoire pourrait être développé.

La mobilisation d'un modèle permettant d'identifier les facteurs influant sur la décision de recourir à une prise en charge ambulatoire, comparativement à une prise en charge en hospitalisation complète de courte durée (1 à 3 jours), met en évidence l'importance des caractéristiques individuelles des patients (âge et comorbidités), mais aussi du degré de complexité des interventions et de leur caractère programmé ou non. En outre, certains facteurs pourraient être étudiés comme des leviers potentiels pour les pouvoirs publics pour accroître le développement de la chirurgie ambulatoire, comme la distance entre le lieu de résidence du patient et l'établissement d'hospitalisation, ou la taille de ce dernier. Le taux d'ambulatoire est en effet plus élevé, toutes choses égales par ailleurs, dans les établissements de petite taille, ce qui pourrait relancer l'idée, déjà avancée par la HAS⁹ et la Cnam¹⁰, de mettre en place des centres de taille moyenne spécialement dédiés à la chirurgie ambulatoire, comme dans d'autres pays (États-Unis, Canada, Allemagne, Belgique).

En revanche, nos estimations peinent à mettre en évidence un effet systématique de l'offre de médecine de ville sur la chirurgie ambulatoire. Un effet significatif apparaît toutefois pour quelques interventions bien ciblées, en uro-néphrologie, gynécologie ou cardio-vasculaire. C'est également le cas de la densité d'offre de soins infirmier pour les 17 interventions du groupe 2. Ces résultats semblent étayer le diagnostic d'un manque de coordination ville/hôpital. Le développement de la chirurgie ambulatoire passerait donc aussi par une meilleure articulation entre la médecine de ville et l'hôpital.

Il ressort enfin de ces travaux que les disparités départementales de pratiques de la chirurgie ambulatoire ne s'expliquent pas uniquement par les facteurs évoqués plus haut. L'estimation de taux d'ambulatoire sous-jacents pour chaque département et chaque groupe d'intervention permet d'illustrer l'existence de disparités territoriales sous-jacentes de pratiques, indépendantes de la diversité de patientèle de chaque territoire. Sur cette base, parmi les 30 interventions pour lesquelles un potentiel de développement de l'ambulatoire semblent exister, 13 interventions ont des disparités de pratiques sous-jacentes plus importantes (groupe 3), qui pourraient suggérer de s'y intéresser prioritairement. Toutefois, ces interventions concernant un faible nombre de séjours, elles offrent peu de perspectives pour une nette amélioration du taux global de chirurgie ambulatoire. Ainsi, sur la base des résultats que nous venons d'exposer, il semble que la progression de l'ambulatoire ne pourra pas passer uniquement par la réduction des disparités territoriales, mais nécessite également de favoriser de nouvelles innovations, technologiques ou organisationnelles, qui permettront d'aller plus loin pour développer les prises en charge en ambulatoire.

⁹ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/synthese_chirurgie_cataracte.pdf

¹⁰ http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Rapport_Charges_et_produits_cnamts_2012.pdf

■ BIBLIOGRAPHIE

ATIH, État des lieux 2015 sur l'activité de chirurgie ambulatoire, novembre 2016.

Canoui-Poitrine F, Logerot H, Frank-Soltysiak M, 2008, « Évaluation de la satisfaction des professionnels et des patients d'une unité multidisciplinaire de chirurgie ambulatoire », *Pratiques et Organisation des Soins* volume 39 n° 4 / octobre-décembre 2008.

Marc Perronnin, Marie-Jo Sourty Le Guellec, « Influence des caractéristiques sociales et environnementales du patient sur la durée de séjour à l'hôpital », *QES* n° 71 - Septembre 2003.

ENSP, 2002, « Le développement de la chirurgie ambulatoire et ses conséquences sur la qualité de la prise en charge ».

Dominique BAUBEAU, Frédéric BOUSQUET et Marc JOUBERT, Le traitement chirurgical de la cataracte en France, un développement encore limité de la chirurgie ambulatoire, *Études et résultats*, n°101, février 2001.

Gregoire Mercier, Vera Georgescu, and Jean Bousquet, Geographic Variation In Potentially Avoidable Hospitalizations In France, *HEALTH AFFAIRS* 34, NO. 5 (2015): 836–843.

Gaetan Lafortune, Gaelle Balestat and Anne Durand, OECD Health Division, Comparing activities and performance of the hospital sector in Europe: how many surgical procedures performed as inpatient and day cases? Rapport OCDE, décembre 2012.

Le Bail M., Or Z., « Atlas des variations des pratiques médicales – recours à dix interventions chirurgicales », Ministère de la santé, ATIH, IRDES, 2016.

Explaining variation in hospital admission rates between general practices: cross sectional study, Fiona D A Reid, Derek G Cook, Azeem Majeed, *BMJ* VOLUME 319 10 JULY 1999.

IGAS, IGF, Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France, 2014.

FHF, Estimation du potentiel de chirurgie ambulatoire à moyen terme selon différentes hypothèses et les pratiques observées.

Cour des comptes, rapport sur la chirurgie ambulatoire, chapitre 8, 2013.

HAS – ANAP, « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire », recommandations organisationnelles, mai 2013.

HAS – ANAP, « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire », Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger, État des lieux et perspectives, juin 2013.

CNAMTS, PNIR Enquête chirurgie ambulatoire/ Volet Synthèse et mise en perspective, septembre 2003.

Toutlemonde F. (dir) (2018, juin). Le panorama des établissements de santé - édition 2018. DREES, coll. *Panoramas de la DREES*.

■ ANNEXE 1 - LE CHAMP DE L'ÉTUDE : PERTINENCE POUR L'ANALYSE ET TYPES DE SÉJOURS ET D'ACTIVITÉS DE CHIRURGIE EXCLUES

Le champ de l'étude se restreint à l'ensemble des séjours de chirurgie ambulatoire ainsi qu'aux séjours que l'on considère comme potentiellement réalisables en ambulatoire, c'est-à-dire les séjours d'hospitalisation complète de courte durée (1 à 3 jours) et de niveau de sévérité faible uniquement, soit un peu plus de 3,6 millions de séjours. Pour s'assurer de la validité de cette restriction, le tableau suivant compare les caractéristiques des séjours de notre champ répartis en deux catégories ambulatoire et hospitalisation complète courte (HC « courte durée ») avec celles des séjours exclus de notre champ (HC « longue durée »). Du fait de notre restriction de champ, certains regroupements d'activité de chirurgie complexe, au sein desquels les séjours se font systématiquement en hospitalisation complète « longue » (au moins 3 nuits à l'hôpital), sont donc totalement exclus de l'analyse. C'est le cas, dans le domaine cardio-vasculaire, de la chirurgie valvulaire et des pontages coronaires et du domaine d'activité de transplantation d'organes.

Parmi les 3 catégories de séjours étudiées dans le tableau, il existe bien une proximité entre les catégories de séjours réalisés en ambulatoire (sans nuitée + arrivée et retour au domicile) et ceux d'hospitalisation complète (HC) dits de « courte durée » (1 à 2 nuitées + séjours de niveau de sévérité faible (1 ou T)). Les séjours d'hospitalisation complète dits de « longue durée » (au moins 3 nuits à l'hôpital) semblent, quant à eux, à part : Les durées moyennes de séjours des 2 premières catégories, sont, par construction, très proches : 0 nuitée pour les séjours réalisés en ambulatoire et 1,5 nuitée pour les séjours HC de « courte durée ». La durée moyenne de séjour en HC de « longue durée » est de 8,2 nuitées.

L'étude des comorbidités des patients pris en charge, à l'aide du score de Charlson, indique que moins de 10 % des patients hospitalisés en ambulatoire ou en HC de « courte durée » ont un score positif, alors qu'ils sont près de 30 % parmi les patients d'HC de « longue durée ».

La répartition des séjours par catégorie d'établissements est proche pour les séjours réalisés en ambulatoire de celle des séjours réalisés en HC de « courte durée », avec plus de 50 % de ces séjours réalisés dans des établissements privés à but lucratif. À l'opposé, 24,1 % des séjours en HC de « longue durée » sont réalisés dans les CHU et CHR.

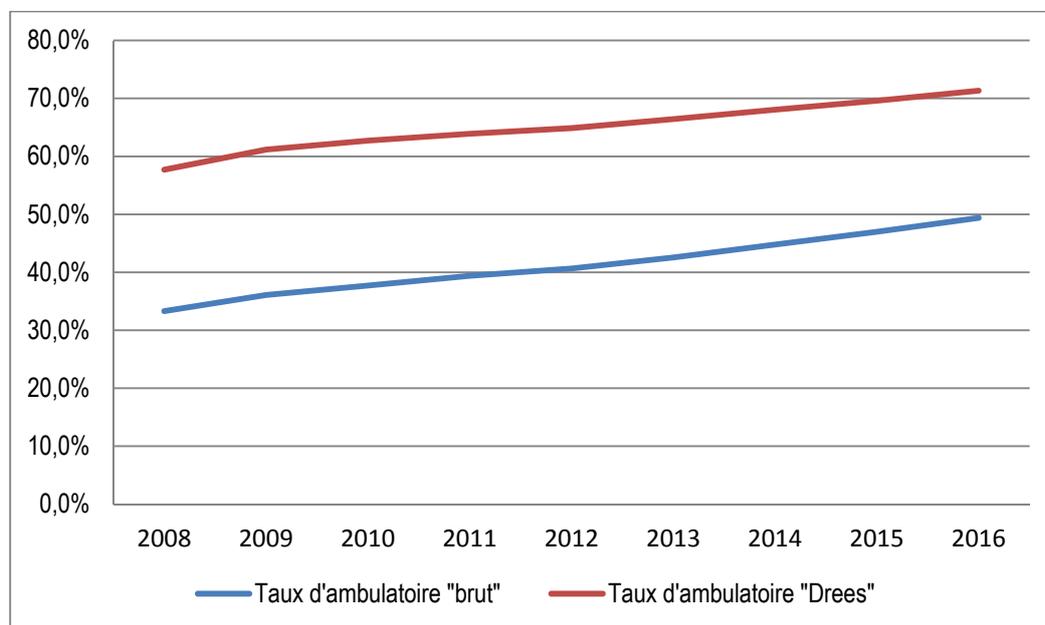
L'étude des évolutions dans le temps des deux définitions de taux d'ambulatoire (« brut », tel que publié par l'ATIH, et selon la définition « Drees » retenue pour l'étude) indique qu'elles sont parallèles (graphique 3), ce qui conforte le choix de se restreindre au champ des séjours de chirurgie réalisés en ambulatoire et en hospitalisation complète de « courte durée ».

Tableau 3 • Caractéristiques des séjours de chirurgie en 2016

	Répartition des séjours selon leur type		
	Ambulatoire	HC « courte durée »	HC « longue durée »
Nombre de séjours (<i>en milliers</i>)	2 467,7	1 158,1	1 882,1
Durée moyenne de séjour (DMS) (<i>en nb de nuitées</i>)	0,0	1,5	8,2
Score de Charlson : positif	3,9 %	9,5 %	29,2 %
Séjour non programmé	1,5 %	11,9 %	21,7 %
Catégorie d'établissement			
CHR / CHU	9,3 %	16,5 %	24,1 %
CH, dont anciens hôpitaux locaux et militaires	17,2 %	22,9 %	25,2 %
Étaps privés à but non lucratif, dont CLCC	8,6 %	8,2 %	8,8 %
Étab de soins pluridisciplinaires, privés à but lucratif	49,7 %	41,5 %	35,0 %
Étaps de soins chirurgicaux, privés à but lucratif	15,2 %	11,0 %	7,0 %
Nb moyen d'UM traversées	1,0	1,0	1,5

Champ > France métropolitaine et DROM, y compris Mayotte, y compris SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2016 ; calculs Drees.

Graphique 3 • Évolution des taux de chirurgie ambulatoire (2008 – 2016)



Champ > France métropolitaine et DROM, y compris Mayotte, y compris SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2016 ; calculs Drees.

■ ANNEXE 2 - LISTE DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES APPARTENANT À CHACUN DES GROUPES DE LA TYPOLOGIE ET TAUX D'AMBULATOIRE EN 2016

La typologie des interventions chirurgicales réalisée dans cette étude conduit à classer 60 interventions en 4 groupes différents. Cette ventilation est détaillée dans le tableau ci-dessous. Au sein de chaque groupe, les interventions sont classées par volume de séjours décroissant pour l'année 2016 sur le champ restreint de notre étude (annexe 1).

	Interventions chirurgicales	Groupe	Nombre de séjours de "courte durée"	Taux d'ambulatoire, en %	Coefficient de variation, en %
G097	Cataractes	1	825 645	93,0	5,1
G029	Chirurgies main, poignet	1	355 168	88,4	8,8
G025	Arthroscopies, Biopsies ostéo-articulaires	1	228 515	70,6	12,1
G163	Greffes peau / parages hors brûlures	1	177 466	85,3	8,8
G004	Hernies	1	175 707	68,3	17,2
G087	Amygdalectomies, VG, drains transT	1	163 467	72,4	15,8
G106	Autres chirurgies gynécologiques autres que le sein	1	129 345	78,1	27,9
G179	Chirurgie inter spécialités	1	128 066	68,8	12,5
G073	Ligatures veines	1	107 741	88,2	13,7
G027	Ablations matériel	1	107 068	82,5	8,6
G129	Circoncisions	1	92 899	97,5	5,3
G099	Autres chirurgies ophtalmo	1	84 329	84,8	8,9
G034	Chirurgie des tissus mous	1	76 026	73,9	9,1
G089	Chirurgies de la bouche	1	18 804	84,3	9,6
G127	Chirurgies transurétrales, autres	2	138 720	40,8	29,3
G007	Chirurgies rectum/anus (hors résections)	2	114 330	52,7	25,6
G032	Chirurgie de la cheville ou du pied	2	109 239	59,2	31,1
G105	Chirurgies utérus / annexes	2	106 312	58,6	14,4
G088	Autres chirurgies ORL	2	98 248	49,3	33,7
G033	Chirurgie du membre supérieur (hors prothèses)	2	75 548	27,1	41,0
G009	Cholécystectomies	2	75 395	50,7	30,1
G096	Chirurgies ophtalmo lourdes	2	75 022	55,9	34,3
G128	Chirurgies appareil génital masculin	2	70 062	60,1	20,4
G107	Chirurgie pour tumeurs malignes sein	2	45 057	44,3	46,5
G108	Chirurgie du sein hors TM	2	43 219	43,8	30,7
G086	Chirurgie de l'oreille	2	41 520	52,6	24,8
G031	Chirurgie de la jambe	2	32 207	28,4	51,4
G074	Autres chirurgies vasculaires	2	18 827	36,2	64,4

Suite à la page suivante

G141	Chirurgie au cours des tumeurs malignes (hématologie)	2	15 712	54,0	19,0
G103	Chirurgie pour tumeurs malignes	2	12 531	69,8	19,9
G126	Chirurgies reins, uretères, vessie, glandes surrénales	2	8 205	36,6	38,2
G085	Chirurgies ORL majeures	3	8 967	32,7	48,8
G098	Allogreffes de cornées	3	6 402	51,4	48,2
G001	Chirurgies digestives hautes	3	4 498	31,8	88,1
G045	Pose stimulateur cérébral / médullaire	3	4 373	35,3	66,8
G030	Chirurgie pour Ostéomyélites aiguës (y compris vertébrales) et arthrites septiques	3	4 126	55,3	38,1
G131	Chirurgie des tumeurs appareil génital masculin	3	2 549	43,8	34,5
G010	Autres chirurgies foie, pancréas, voies biliaires	3	2 254	27,6	56,1
G077	Autres chirurgies thoraciques	3	1 487	31,5	60,0
G002	Chirurgie digestive majeure	3	1 238	21,0	93,6
G028	Amputations	3	1 155	34,4	48,7
G204	Brûlures chirurgie	3	1 039	58,8	45,6
G006	Chirurgie mineure grêle/colon	3	936	19,6	93,0
G035	Interventions sur le tissu mou pour tumeurs malignes	3	831	57,4	35,5
G003	Appendicectomies	4	27 731	4,3	106,5
G064	Stimulateurs / défibrillateurs cardiaques	4	25 550	8,5	140,0
G041	Chirurgies rachis/moelle	4	20 651	10,6	122,7
G158	Chirurgie de la thyroïde	4	20 599	3,4	160,4
G157	Chirurgie des parathyroïdes, du tractus thyroïdien, endocrinologie	4	12 095	15,3	75,7
G008	Autres chirurgies digestives	4	11 714	14,6	58,3
G024	Chirurgies majeures orthopédiques (dont hanche et fémur genou)	4	11 619	20,4	80,8
G104	Chirurgies pelviennes majeures (app gen féminin)	4	1 252	9,8	180,9
G130	Chirurgies pelviennes majeures (urologie)	4	890	5,1	284,9
G076	Chirurgies thoraciques majeures	4	858	11,4	124,8
G044	Chirurgies SNC hors trauma (rachis et moelle exceptés)	4	648	4,2	162,3
G072	Chirurgies majeures revascularisation	4	318	5,0	222,3

Champ > France métropolitaine et DROM, y compris Mayotte, y compris SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2016 ; calculs Drees.

■ ANNEXE 3 - DESCRIPTION DES RÉSULTATS DE LA MODÉLISATION DE LA PROBABILITÉ DE RÉALISER UN SÉJOUR DE CHIRURGIE EN AMBULATOIRE

Ce tableau présente les résultats de la régression logistique décrite dans l'encadré 3. Les coefficients estimés pour chaque facteur indiquent l'impact de ces derniers sur la probabilité pour le patient d'être pris en charge en ambulatoire. Ces coefficients correspondent à des « odds-ratios » (OR). L'interprétation du sens de la corrélation ou de l'association se lit en comparant la valeur de chaque OR par rapport à 1. Associé à une modalité d'une variable, un OR supérieur à 1 signifie que la probabilité d'être pris en charge en ambulatoire est plus élevée que pour la modalité de référence. À l'inverse, un OR inférieur à 1 signifie que la probabilité d'être pris en charge en ambulatoire est plus faible que pour la modalité de référence. Par exemple, pour la variable « catégorie d'établissement », le coefficient associé à la modalité « établissements privés à but lucratif » vaut 1,345, ce qui signifie que la probabilité d'y être pris en charge en ambulatoire est supérieure 34,5 % à celle estimée pour les centres hospitaliers (CH), qui constituent la catégorie de référence.

		ENSEMBLE	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4
Constante		1.447***	4.377***	3.224***	1.209	0.216***
Catégorie d'établissement	Centres hospitaliers régionaux (CHR/CHU)	<i>Réf.</i>				
	Centres hospitaliers (CH), dont anciens hôpitaux locaux et militaires	1.103***	1.156***	1.148***	1.145***	0.889***
	Autres établissements privés à but non lucratif, dont CLCC	1.335***	1.564***	1.178***	1.234***	0.784***
	Établissements privés à but lucratif	1.345***	1.719***	1.068***	1.285***	0.897***
Classe de groupes d'activités	groupe 1	4.934***				
	groupe 2	<i>Réf.</i>				
	groupe 3	0.646***				
	groupe 4	0.118***				
Séjour d'un résident hors du dept d'hospit		0.973***	0.972***	0.976***	0.953	0.966
Homme vs Femme		1.018***	1.094***	0.915***	1.178***	1.224***
Capacité en lits et places de chirurgie	nb lits et places < 40	<i>Réf.</i>				
	40 <=nb lits et places < 70	0.708***	0.665***	0.773***	0.528***	0.742***
	70 <=nb lits et places < 100	0.634***	0.578***	0.731***	0.718***	0.604***
	nb lits et places >= 100	0.618***	0.569***	0.707***	0.665***	0.669***
Indice de défavorisation sociale	fdep09 < 0	<i>Réf.</i>				
	fdep09 <1	0.947***	0.934***	0.957***	1.014	0.947**
	fdep09 >=1	0.932***	0.926***	0.931***	1.01	0.912***
Nombre d'actes classants	1 acte	<i>Réf.</i>				
	2 actes	1.127***	1.232***	0.871***	0.761***	0.94**
	3 actes	0.648***	0.577***	0.681***	0.886*	1.771***
	4 actes ou plus	0.518***	0.421***	0.629***	0.401***	0.483

Suite à la page suivante

Âge du patient	0 à 15 ans	Réf.				
	16 à 39 ans	0.978***	1.048***	0.672***	0.995	1.175***
	40 à 64 ans	0.881***	1.017***	0.557***	1.125**	1.132**
	65 à 79 ans	0.965***	1.331***	0.444***	1.024	1.122**
	80 ans et plus	0.803***	1.004	0.369***	1.009	0.974
APL infirmiers	APL inf < 65	Réf.				
	APL inf < 100	1.019***	1.017***	1.023***	1.054	1.08**
	APL inf >= 100	1.011**	0.999	1.027***	1.066	1.064
APL masseurs kiné	APL mk < 65	Réf.				
	APL mk < 100	0.984***	0.988*	0.981**	1.035	0.901**
	APL mk >= 100	0.989**	1.002	0.98**	0.948	0.906**
Score de Charlson	charlson > 0	0.394***	0.347***	0.465***	0.395***	0.47***
Temps de trajet domicile - lieu d'hospitalisation	temps_moy <= 30	Réf.				
	30 < temps_moy <= 45	0.969***	0.974***	0.962***	0.934**	0.939**
	45 < temps_moy <= 60	0.877***	0.872***	0.895***	0.787***	0.799***
	temps_moy > 60 min	0.69***	0.659***	0.751***	0.657***	0.595***
Séjour non programmé		0.141***	0.184***	0.083***	0.389***	0.054***
Nombre d'observations		3 827 670	2 604 861	1 052 437	38 605	131 767
Proportion de paires concordantes		77.6	64.8	66.0	64.7	71.8
Dispersion des taux d'ambulatoire sous-jacents ¹		8%	4%	7%	25%	63%

1. La régression intègre des indicatrices pour chaque département. Nous ne les listons pas ici, mais proposons une image synthétique de leur dispersion, mesurée par le coefficient de variation départemental des taux d'ambulatoire sous-jacents.

Note > Les astérisques ***, ** et * indiquent respectivement une significativité des coefficients à 1 %, 5 % et 10 %.

Champ > France métropolitaine, y compris SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2016 ; calculs Drees.

Les dossiers de la DREES

N° 41 • août 2019

État des lieux des pratiques de chirurgie ambulatoire en 2016

Directeur de la publication
Jean-Marc AUBERT

Responsable d'édition
Souphaphone Douangdara

ISSN
2495-120X



Ministère des Solidarités et de la Santé

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

14 avenue Duquesne - 75 350 Paris 07 SP

Retrouvez toutes nos publications sur drees.solidarites-sante.gouv.fr et nos données sur www.data.drees.sante.fr