

La France a connu en 2014 une petite flambée de son taux de chirurgie ambulatoire

Publié le 22/01/15 - 17h32 HOSPIMEDIA

À la fin du 3e trimestre 2014, le taux global de chirurgie ambulatoire s'établirait à 44,7% en France : une hausse de 2,4 points sur un an qui donne un coup d'accélérateur à la croissance moyenne annuelle observée depuis 2011. Par conséquent, les 50% devraient bien être atteints en 2016, a indiqué la DGOS ce 22 janvier à la journée de l'Afca. Selon les premières estimations portant sur les neuf premiers mois de 2014 et divulguées ce 22 janvier à Paris par le DGOS Jean Debeaupuis lors de la 5^e journée nationale de l'Association française de chirurgie ambulatoire (Afca), la France afficherait au 30 septembre dernier un taux global de chirurgie ambulatoire à 44,7%. Un an plus tôt, il s'établissait à 42,3% et sur l'ensemble de l'exercice 2013, à 42,7%. Parler d'une petite flambée peut sembler présomptueux mais la progression sur les trois premiers trimestres de 2014, à savoir de 2,4 points, dépasse très nettement la croissance moyenne annuelle enregistrée sur 2011-2013, plus proche des 1,5 point. Elle se rapproche ainsi du meilleur cru actuel, celui de 2009, année durant laquelle le taux a augmenté de 2,6 points. "*Ces premières estimations sont tout à fait encourageantes*", s'est d'ailleurs réjoui le DGOS. D'autant que si la dynamique persiste sur le dernier trimestre 2014, c'est bien le seuil des 45% qui pourrait être atteint à fin décembre. Par conséquent, l'objectif ministériel d'une chirurgie ambulatoire majoritaire en 2016 "*est désormais à notre portée*", a soutenu Jean Debeaupuis, selon qui ce taux "*devrait atteindre*" – à rythme constant – cette barre symbolique des 50% en fin d'année prochaine. Les données 2014 confortent également le DGOS dans l'idée de doubler le rythme de progression annuelle du taux d'ici 2017, qu'il soit plus proche des 3% que des 1,6%. **Un nouveau plan d'actions ministériel à cinq ans** Certes, pour réussir ces cibles nationales ambulatoires qui demeurent "*atteignables*" mais aussi "*ambitieuses*", un plan d'actions ministériel pour les cinq ans à venir doit être prochainement acté, a précisé Jean Debeaupuis. Il comprendra six axes : pilotage national, pilotage régional, innovation, qualité-sécurité, liens avec la ville et communication. Il sera abordé lors du prochain comité de pilotage de la chirurgie ambulatoire, prévu le 29 janvier, au cours duquel sera également présentée la version finale du rapport des Inspections générales des affaires sociales (Igas) et des finances (IGF), un document d'ores et déjà ébruité l'été dernier (lire ci-contre), avec des préconisations en matière de politiques publiques et de méthodologie d'accompagnement. En outre, il devrait y être décidé de modifier la méthode de calcul de ce fameux taux global de chirurgie ambulatoire en élargissant "*significativement*" son périmètre pour englober sept nouvelles racines de groupes homogènes de malades (GHM) : en premier lieu les interruptions volontaires de grossesse (IVG) chirurgicales mais aussi avec un moindre impact quantitatif les extractions dentaires, les accès vasculaires, la chirurgie esthétique... **Le mode de calcul du taux global bientôt harmonisé**

Cette refonte de l'indicateur taux global de chirurgie ambulatoire est loin d'être anecdotique. Elle vise à uniformiser le taux global existant aujourd'hui en France, ce dernier n'étant absolument pas unifié : d'un côté, le ministère de la Santé fonde sa communication sur la classification en catégories d'activités de soins (CAS) ; de l'autre, l'outil Hospidiag, le Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (Copermo) ou la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) se basent sur la

nomenclature en activités de soins (ASO), sachant que cette dernière semble plus proche des standards internationaux. Or, selon l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), le taux fin 2013 diverge de 42,7% en CAS à 44,1% en ASO. Voire 48% en ajoutant à la classification en CAS les sept racines évoquées par le DGOS... Ce travail d'harmonisation vers une nomenclature unique doit également permettre de faciliter le plus possible les comparaisons internationales. En revanche, il promet de laborieux changements réglementaires, tant il imposera de modifier l'ensemble des outils, tels les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, la circulaire constitutive du Copermo, etc. Enfin, ce changement permettra certainement d'arriver plus vite au taux cible des 50% mais pour autant, il ne fera pas basculer la France du jour au lendemain dans la classe des bons élèves de l'ambulatoire. Le gain sera au mieux de cinq points là où le fossé à combler avec nombre d'autres pays restera encore de 20 à 30 points.

L'effet stimulant de la fin de la borne basse semble se confirmer La suppression le 1^{er} mars 2014 de la borne basse sur les séjours chirurgicaux de niveau 1 a-t-il eu un impact sur le taux de chirurgie ambulatoire ? S'il est beaucoup trop tôt pour en analyser précisément les effets, l'impact, selon l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), pourrait cependant s'avérer *"plus faible que ce qu'on pouvait imaginer"*. Toutefois, la FHP-MCO s'est essayée à un premier bilan chiffré et l'effet catalyseur semble loin d'être négligeable. Se focalisant sur 61 GHM chirurgicaux de niveau 1 autres que ceux en "J" (groupes ambulatoires) et "T" (groupes de très courtes durées, de 0 à 2 jours), elle voit le taux ambulatoire passer dans le public de 0,86% sur l'année 2013 à 1,28% sur les dix premiers mois de 2014, et pour le privé de 1,60% à 3,34%. S'agissant de la durée moyenne de séjour (DMS), les séjours de quatre jours chuteraient de 10% en public et privé, ceux de trois jours de 10% en public et 5% en privé. Les séjours de deux jours resteraient stables voire en léger repli dans le privé. Quant aux séjours de niveau 1 et classés "J", ils progresseraient de 10%. Fort de ces résultats, la FHP-MCO, par la voix de son délégué général Thierry Béchu, plaide ardemment pour que le ministère élargisse son action sur les bornes basses à l'interventionnel ainsi qu'aux séjours de niveau 2, 3 et 4. Thomas Quéguiner