

## Taux de chirurgie ambulatoire de **2018** : Le ralentissement persistant de sa croissance interroge toujours sur l'objectif de 70% en 2022

### Introduction

Le développement de la Chirurgie Ambulatoire (CA) a démarré tardivement en France (autorisation en 1992). Incitée par des mesures coercitives (MSAP) et incitatives tarifaires, la CA avait bien progressé ces dernières années : d'abord de 1,5 point par an entre 2008 et 2014 puis de 2,2 points par an jusqu'en 2016. Mais pour atteindre l'objectif fixé par notre ministre Agnès Buzyn d'un taux de CA de 70 % en 2022, c'est une croissance annuelle de 2,9 points qui est dorénavant nécessaire. Cet objectif est parfaitement atteignable, et notamment à l'aide de l'outil VISUCHIR les actes potentiels réalisables en ambulatoire ont été chiffrés établissement par établissement et correspondent à un volume total de 1 million 200 000 actes potentiels.

Alors où en sommes-nous ? Nous avons déjà constaté avec les chiffres 2017, une **croissance annuelle de seulement 1,6 %** par rapport à 2016

Nous disposons à présent des résultats de la base de données **2018**, et avons pu calculer le taux national de chirurgie ambulatoire pour cette année, mais aussi celui de chaque spécialité chirurgicale et de certains actes chirurgicaux que nous suivons (les « actes marqueurs » de l'International Association for Ambulatory Surgery IAAS : actes du Basket).

### 1- Volumes et taux de chirurgie ambulatoire en 2018 et comparaison avec 2017

	France 2016 Volume et taux de chirurgie ambulatoire	France 2017 Volume et taux de chirurgie ambulatoire	France 2018 Volume et taux de chirurgie ambulatoire	Evolution
<b>Volume de séjours nouveau périmètre ambulatoire avec DS = 0 et ME = MS =8</b>	3 430 698	3 583 362	3 730 818	+147 456
<b>Taux de chirurgie ambulatoire nouveau périmètre</b>	54,1 %	55,9 %	57,6 %	+ 1,7 %

Le taux de chirurgie ambulatoire national en 2018 a été de 57,6 % en progression de seulement **1,7 point par rapport à 2017**.

Comparé aux progressions observées de 2014 à 2017 (+2,1%, +1,9%, +2,2%, +1,8 %) ce résultat confirme le tassement de la croissance de la chirurgie ambulatoire entre 2017 et 2018.

Pourtant, l'objectif fixé par la ministre d'atteindre 70% de chirurgie ambulatoire en 2020, impose une croissance annuelle légèrement supérieure à 2,9% et il aurait fallu atteindre un taux de 60,5 % en 2018.

## 2- Evolution de l'activité ambulatoire par spécialité entre 2016 et 2017

Spécialités	TAUX AMBU 2016	TAUX AMBU 2017	TAUX AMBU 2018
ORL	58,0%	59,9%	59,1 %
GYNECOLOGIE	56,8%	58,6%	Gynéco : 32,2 % Seins 62,9 %
ORTHOPEDIE	43,3%	45%	42,6 %
GENERALE ET DIGESTIVE	31,2%	33,2%	34,9 %
UROLOGIE	40,9%	41,8%	29,2 % ?

## 3- Evolution de l'activité ambulatoire entre 2016 et 2017 pour les 34 actes marqueurs internationaux (IAAS) :

Spécialités et actes	Taux ambu 2016	Taux ambu 2017	Taux ambu 2018	Evolution 2017-18
<b>OPHTALMOLOGIE</b>				
Cataracte	91,9 %	93,3 %	94,5%	+ 1,2 %
Chirurgie du strabisme	71,4 %	75,9 %	80,7%	+ 4,8 %
<b>ORL</b>				
Aérateurs trans tympaniques	96,9 %	96,9 %	96,8%	- 0,1 %
Amygdalectomie	27,9 %	30,3 %	33,2%	2,09 %
Rhino septoplastie	41,8 %	47,2 %	52,3%	5,1 %
<b>STOMATOLOGIE</b>				
Extractions dentaires	93,7 %	93,8 %	94,5%	+ 0,7 %
<b>GYNECOLOGIE</b>				
Ligatures des trompes	87,8 %	81,9 %	84%	+ 2,1 %
IVG	90,9 %	90,6 %	91,2%	+ 0,6 %
Curetage utérin en dehors de la grossesse	82,0 %	82,6 %	83,7%	+ 1,1 %
Hystérectomie	2 %	3 %	4 %	+ 1 %
Prolapsus utérin	13,2 %	14,9 %	16,6 %	+ 1,6 %
Tumorectomie du sein	51,3 %	55 %	58,3 %	+ 3,3 %

Mastectomie partielle	28,46 %	32,91 %	37,04 %	+ 6, 13 %
<b>ORTHOPEDIE</b>				
Arthroscopie du genou	68,1 %	66,1 %	69,3%	+3,2%
Chirurgie du ménisque	88,4 %	89,3 %	90,4%	+ 0,7 %
Ablation de matériel d'ostéosynthèse	69,6 %	71,8 %	73,5%	+ 1,7 %
Chirurgie de l'Hallus Valgus	50,3 %	57,8 %	65 %	+7,2 %
Canal carpien	94,3 %	94,6 %	95,4 %	+0,8 %
Hygroma	62,0 %	63,5 %	63,1 %	-0,7 %
Chirurgie de la maladie de Dupuytren	86,7 %	88,6 %	90,8 %	+6,8 %
Ligamentoplastie du genou	34,7 %	43,4 %	50,2 %	+ 6,8 %
Chirurgie de la hernie discale	3,2 %	4,6 %	5,3 %	+ 0,7 %
<b>GENERALE ET DIGESTIVE</b>				
Cholécystectomie	32,0 %	37,1 %	40,6 %	+ 3,5 %
Cure de Reflux gastro œsophagien	3,8 %	4,7 %	4,9 %	+ 0,2 %
Hémorroïdectomie	32,2 %	38,3 %	45 %	+ 6,7 %
Hernie de l'aïne	61,3 %	63,9 %	66,1 %	+ 2,2 %
Sinus pilonidal	52,8 %	57,8 %	62,3 %	+ 4,5 %
<b>UROLOGIE</b>				
Circoncision	94,5 %	94,5 %	94,9 %	+ 0,4 %
Orchidopexie	63,6 %	62,6 %	66,7 %	+ 4,1 %
Vasectomie	96,3 %	96,2 %	98,1 %	+ 1,9 %
TURP	4,4 %	1,1 %	2,9 %	+ 1,8 %
<b>VASCULAIRE</b>				
Chirurgie des varices	86,5 %	86,8 %	90,7 %	+ 3,9 %
<b>ESTHETIQUE</b>				
Mastoplastie de réduction	6,7 %	8,3 %	10,8 %	+ 2,5 %
Dermolipectomie abdominale	11,1 %	9,8 %	9,9 %	+ 0,1 %

## Commentaires :

Les évolutions de l'activité de chirurgie ambulatoire ont été de nouveau très variables selon les spécialités et les actes, mais si dans l'ensemble il existe une progression, elle est très modérée et très variable selon les actes réalisés :

Pour la chirurgie du sein, les taux de tumorectomie et de mastectomie partielle ont bien augmenté de respectivement 3,3 % et 6,13 %, mais le taux d'hystérectomie de seulement 1 %.

Pour l'orthopédie, on note une importante avancée pour 3 interventions : la chirurgie de l'Hallus Valgus (+7,2%), la ligamentoplastie du genou (+ 6,8 %), la chirurgie de la maladie de Dupuytren (+6,8 %). D'autres progressent moins vite comme l'arthroscopie en dehors des gestes de meniscectomies (l'utilisation d'un redon, encore par certaines équipes serait la cause).

En chirurgie digestive, l'augmentation pour les hémorroïdectomies est la plus importante (+ 6,7 %), la croissance continue pour la cholécystectomie par laparoscopie et reste à un niveau encore faible (40,5 %) (notons que la SFCD ACHBT ont recommandé cette prise en charge avec un grade A en 2009).

Pour l'urologie, l'orchidopexie augmente de 4,1 % et la résection de prostate en ambulatoire progresse de seulement 1,8 %. Le coût des consommables (fibres, laser), qui permettent la réalisation en ambulatoire de la résection trans urétérale de la prostate, est un facteur déterminant.

L'évolution globale des taux d'ambulatoire des actes marqueurs (IAAS) montre une augmentation modérée, mais rappelons-nous tout de même que des innovations importantes ont été réalisées en France en ambulatoire ces dernières années : Sleeve Gastrectomy, Bypass, arthroplastie de la hanche et du genou, colectomie, thyroïdectomie totale avec curage, néphrectomie, mastectomie totale, appendicectomie en ambulatoire, par des équipes pionnières mais qui traduit leur engouement et surtout une dédramatisation progressive de ce mode de prise en charge.

Pour pouvoir progresser plus efficacement et atteindre les objectifs du ministère, de vrais investissements sont nécessaires :

- 1- Formation des acteurs de la Chirurgie Ambulatoire, acteurs de la chirurgie ambulatoire (chirurgien, anesthésiste, IDE, IBODE, IADE, secrétaire), ambassadeurs de ce mode de prise en charge auprès des patients et des médecins et infirmières de ville :
  - a. à la Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC),
  - b. à la gestion des risques postopératoires des patients après leur retour à domicile, (sans refaire l'hôpital à la maison)
  - c. à la gestion des flux des patients dont le cheminement pendant leur court séjour hospitalier doit éviter les pertes de temps inutiles et les attentes
- 2- Formation et éducation des patients de façon professionnelle car ils sont les nouveaux incontournables acteurs de leur surveillance.
- 3- Organisation de la coordination et de la continuité des soins en ville afin d'assurer une prise en charge continue et personnalisée du patient
- 4- Mais surtout, investissements dans du matériel chirurgical indispensable pour certaines spécialités pour passer à l'ambulatoire, mais aussi pour réaménager l'agencement architectural des Unités de Chirurgie Ambulatoire de France qui sont presque toutes intégrées, sans marche en avant, partageant un bloc commun avec la chirurgie conventionnelles, sans vestiaire et sans salle de repos. La séparation des flux entre les patients de chirurgie ambulatoire et conventionnelle, et notamment des urgences, doit être priorisée pour optimiser la performance et la qualité.

La chirurgie ambulatoire est une chirurgie d'excellence qui n'a pas fini de se développer, elle va diminuer les coûts, mais elle a besoin maintenant d'investissements pour être réalisée à grande échelle dans des conditions certes de performance, mais aussi de qualité des soins et de sécurité des patients.

Professeur Corinne VONS, présidente  
et le Conseil d'Administration de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA)  
Académie de Chirurgie « Les Cordeliers »,  
15 Rue de l'école de Médecine, Paris 75006  
site internet : <https://www.chirurgie-ambulatoire.org>