

Évolution du taux de chirurgie ambulatoire : Résultats 2019 : Le ralentissement de sa croissance se confirme

Introduction

La Chirurgie Ambulatoire (CA) a 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. C'est une croissance annuelle de 2,9 points qui était visée pour atteindre l'objectif de 70 % en 2022. Cet objectif est parfaitement atteignable comme le montre l'outil VISUCHIR qui évalue, établissement par établissement, le volume d'actes chirurgicaux potentiels réalisables en ambulatoire. Un volume total de 1 million 200 000 actes potentiels a ainsi été estimé.

Alors où en sommes-nous ? Nous avons déjà constaté en 2017, une croissance annuelle de seulement 1,6 % par rapport à 2016, et en 2018 une croissance annuelle de 1,7 % par rapport à 2017. Nous disposons à présent des résultats de la base de données 2019, et avons pu calculer le taux national de chirurgie ambulatoire pour cette année, mais aussi celui 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 2019 et comparaison avec 2018

	France 2016 Volume et taux de chirurgie ambulatoire	France 2017 Volume et taux de chirurgie ambulatoire	France 2018 Volume et taux de chirurgie ambulatoire	France 2019 Volume et taux de chirurgie ambulatoire	Evolution
Volume de séjours nouveau périmètre ambulatoire avec DS = 0 et ME = MS =8	3 430 698	3 583 362	3 730 818	3 846 578	+ 115 760
Taux de chirurgie ambulatoire nouveau périmètre	54,1 %	55,9 %	57,6 %	58,5 %	+ 0,9 %

Comparé aux progressions observées de 2014 à 2018 (+2,1%, +1,9%, +2,2%, +1,6 %, +1,7%) ce résultat de seulement 0,9 % confirme que le tassement de la croissance de la chirurgie ambulatoire se précise entre 2018 et 2017

2. 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	Taux ambu 2019	Evolution 2018-19
OPHTALMOLOGIE					
Cataracte	91,9 %	93,3 %	94,5%	95,2%	+ 0,7%
Chirurgie du strabisme	71,4 %	75,9 %	80,7%	82,6%	+ 1,9%
ORL					
Aérateurs trans tympaniques	96,9 %	96,9 %	96,8%	96,7%	+ 0,1 %
Amygdalectomie	27,9 %	30,3 %	33,2%	37,8%	+ 4,2%
Rhino septoplastie	41,8 %	47,2 %	52,3%	56,5%	+ 4,2%
STOMATOLOGIE					
Extractions dentaires	92,1%	92,6 %	93,1%	95,9%	+2,8%
GYNECOLOGIE					
Ligatures des trompes	87,8 %	81,9 %	84%	86,8%	+ 2,8%
IVG	90,9 %	91,1% %	91,2%	91,2%	0
Curetage utérin en dehors de la grossesse	82,0 %	82,6 %	83,7%	84,4%	+ 0,7%
Hystérectomie	2 %	3 %	4 %	4,8%	+ 0,8%
Prolapsus utérin	13,2 %	14,9 %	16,6 %	18,5%	+ 1,9%
Tumorectomie du sein	51,3 %	55 %	58,3 %	60,3%	+ 2%
Mastectomie partielle (QEFA017)	56,9 %	62 %	66 %	67 %	+ 1 %
Mastectomie totale (QEFA019)	3 %	4 %	5,6 %	6 %	+ 0,4 %
GYNECOLOGIE					
Ligatures des trompes	87,8 %	81,9 %	84%	86,8%	+ 2,8%
IVG	90,9 %	91,1% %	91,2%	91,2%	0
Curetage utérin en dehors de la grossesse	82,0 %	82,6 %	83,7%	84,4%	+ 0,7%
Hystérectomie	2 %	3 %	4 %	4,8%	+ 0,8%
Prolapsus utérin	13,2 %	14,9 %	16,6 %	18,5%	+ 1,9%
Tumorectomie du sein	51,3 %	55 %	58,3 %	60,3%	+ 2%
Mastectomie partielle (QEFA017)	56,9 %	62 %	66 %	67 %	+ 1 %
Mastectomie totale (QEFA019)	3 %	4 %	5,6 %	6 %	+ 0,4 %

GENERALE ET DIGESTIVE					
Cholécystectomie	32,0 %	37,1 %	40,6 %	42,4%	+ 1,8%
Cure de Reflux gastro œsophagien	3,8 %	4,7 %	4,9 %	4,6%	- 0,3%
Hémorroïdectomie	32,2 %	38,3 %	45 %	50,5%	+ 5,5%
Hernie de l'aïne	61,3 %	64,1 %	66,1 %	67,6%	+ 1,5%
Sinus pilonidal	52,8 %	58 %	62,3 %	65,3%	+ 3%
UROLOGIE					
Circoncision	94,5 %	94,7 %	94,9 %	95%	+ 0,1%
Orchidopexie	63,6 %	65,2 %	66,7 %	67,6%	+ 0,9%
Vasectomie	96,3 %	96,7 %	98,1 %	98,4%	+ 0,3 %
TURP	3,5 %	2,9 %	2,9 %	3,1%	+ 0,2%
VASCULAIRE					
Chirurgie des varices	87,4 %	89,3 %	90,7 %	92%	+ 1,3%
ESTHETIQUE					
Mastoplastie de réduction	6,7 %	8,3 %	10,8 %	13%	+ 2,2%
Dermolipectomie abdominale	11,1 %	9,8 %	9,9 %	12,7%	+2,8%

Commentaires

Rappelons que nous avons à disposition depuis plus d'un an, un outil informatique, qui permet d'avoir une estimation de du potentiel ambulatoire (nombre d'actes potentiels) de nos établissements de soins (VISUCHIR). L'estimation est détaillée par spécialité, et acte par acte.

L'évolution de l'activité de chirurgie ambulatoire a été de nouveau très variable selon les spécialités et les actes. Dans l'ensemble il persiste une progression, mais très modérée : L'évolution des taux d'ambulatoire des actes marqueurs « internationaux » est globalement très modeste.

Pourtant, on constate, à côté de cela, une persistance de la croissance des innovations en ambulatoire ces dernières années pour des gestes lourds : Sleeve Gastrectomy, Bypass, arthroplastie de la hanche et du genou, colectomie, thyroïdectomie totale avec curage, néphrectomie, mastectomie totale, appendicectomie réalisés en ambulatoire, souvent par des équipes pionnières mais qui traduit leur engouement, et la satisfaction croissante des patients pour ce mode de prise en charge.

Pour pouvoir progresser plus efficacement, des changements radicaux sont toujours nécessaires

1. Optimiser la formation de l'équipe de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA) actrice de la chirurgie ambulatoire (chirurgien, anesthésiste, IDE, IBODE, IADE, ..)
 1. A la Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC),
 2. A une vraie gestion des risques postopératoires des patients, notamment après leur retour à domicile, (sans refaire l'hôpital à la maison)
2. Confier à des professionnels spécialisés la gestion des flux des patients dont le « circuit » pendant leur séjour hospitalier doit éviter des pertes de temps, les attentes.

L'expérience COVID 19 a montré tout l'intérêt de structurer la chirurgie sur l'ambulatoire, il faut sans doute à la lumière de cette expérience repenser nos circuits dans de nombreuses UCAs

3. Optimiser, professionnaliser l'information des patients et leur éducation car ils sont les nouveaux incontournables acteurs de leur surveillance postopératoire en se concentrant sur leur expérience-patient. Il faut mieux préparer les patients aux conséquences de la chirurgie, tant d'un point de vue physique que psychologique, en prenant en compte leur ressenti.
4. Optimiser la continuité des soins en lien avec la ville (médecins et IDEL) afin d'assurer une prise en charge personnalisée du patient en 1- formant tous les acteurs de santé de ville (le développement de la chirurgie ambulatoire est un changement de culture dans le monde de la santé); 2- sensibilisant les différents intervenants; 3- partageant l'information (recueil en amont et diffusion en aval du séjour) entre l'UCA et les différents professionnels (médecins traitants, infirmiers libéraux, kinésithérapeutes, etc.). Il faut s'appuyer sur les nouvelles technologies et envisager des plates-formes de suivi
5. Il faut se décider à investir dans ce mode de prise en charge, que cela soit en achetant du matériel chirurgical indispensable pour certaines spécialités pour passer à l'ambulatoire, et pour améliorer l'agencement architectural des Unités de Chirurgie Ambulatoire de France qui sont presque toutes d'anciennes salles d'hospitalisation conventionnelle, sans marche en avant, partageant un bloc commun avec la chirurgie traditionnelle, sans vestiaire et sans salle de repos. Une séparation des flux entre les patients de chirurgie ambulatoire et conventionnelle doit être adoptée pour optimiser la performance et la qualité.

La chirurgie ambulatoire est une chirurgie d'excellence qui est l'avenir de la grande majorité des prises en charge chirurgicales (et de tout acte invasif), elle a besoin d'investissements financiers pour être réalisée à grande échelle, afin que la qualité des soins et la sécurité des patients améliorent la performance des prises en charge.

Professeure 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>

Chir'Ambu - Août 2020 >

Évolution du taux de chirurgie ambulatoire : Résultats 2019 : Le ralentissement de sa croissance se confirme

Introduction

La Chirurgie Ambulatoire (CA) a 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. C'est une croissance annuelle de 2,9 points qui était visée pour atteindre l'objectif de 70 % en 2022. Cet objectif est parfaitement atteignable comme le montre l'outil VISUCHIR qui évalue, établissement par établissement, le volume d'actes chirurgicaux potentiels réalisables en ambulatoire. Un volume total de 1 million 200 000 actes potentiels a ainsi été estimé.

Alors où en sommes-nous ? Nous avons déjà constaté en 2017, une croissance annuelle de seulement 1,6 % par rapport à 2016, et en 2018 une croissance annuelle de 1,7 % par rapport à

2017. Nous disposons à présent des résultats de la base de données 2019, et avons pu calculer le taux national de chirurgie ambulatoire pour cette année, mais aussi celui 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 2019 et comparaison avec 2018

	France 2016 Volume et taux de chirurgie ambulatoire	France 2017 Volume et taux de chirurgie ambulatoire	France 2018 Volume et taux de chirurgie ambulatoire	France 2019 Volume et taux de chirurgie ambulatoire	Evolution
Volume de séjours nouveau périmètre ambulatoire avec DS = 0 et ME = MS =8	3 430 698	3 583 362	3 730 818	3 846 578	+ 115 760
Taux de chirurgie ambulatoire nouveau périmètre	54,1 %	55,9 %	57,6 %	58,5 %	+ 0,9 %

Comparé aux progressions observées de 2014 à 2018 (+2,1%, +1,9%, +2,2%, +1,6 %, +1,7%) ce résultat de seulement 0,9 % confirme que le tassement de la croissance de la chirurgie ambulatoire se précise entre 2018 et 2017

2. 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	Taux ambu 2019	Evolution 2018-19
OPHTALMOLOGIE					
Cataracte	91,9 %	93,3 %	94,5%	95,2%	+ 0,7%
Chirurgie du strabisme	71,4 %	75,9 %	80,7%	82,6%	+ 1,9%
ORL					
Aérateurs trans tympaniques	96,9 %	96,9 %	96,8%	96,7%	+ 0,1 %
Amygdalectomie	27,9 %	30,3 %	33,2%	37,8%	+ 4,2%
Rhino septoplastie	41,8 %	47,2 %	52,3%	56,5%	+ 4,2%
STOMATOLOGIE					
Extractions dentaires	92,1%	92,6 %	93,1%	95,9%	+2,8%

GYNECOLOGIE					
Ligatures des trompes	87,8 %	81,9 %	84%	86,8%	+ 2,8%
IVG	90,9 %	91,1% %	91,2%	91,2%	0
Curetage utérin en dehors de la grossesse	82,0 %	82,6 %	83,7%	84,4%	+ 0,7%
Hystérectomie	2 %	3 %	4 %	4,8%	+ 0,8%
Prolapsus utérin	13,2 %	14,9 %	16,6 %	18,5%	+ 1,9%
Tumorectomie du sein	51,3 %	55 %	58,3 %	60,3%	+ 2%
Mastectomie partielle (QEFA017)	56,9 %	62 %	66 %	67 %	+ 1 %
Mastectomie totale (QEFA019)	3 %	4 %	5,6 %	6 %	+ 0,4 %
GYNECOLOGIE					
Ligatures des trompes	87,8 %	81,9 %	84%	86,8%	+ 2,8%
IVG	90,9 %	91,1% %	91,2%	91,2%	0
Curetage utérin en dehors de la grossesse	82,0 %	82,6 %	83,7%	84,4%	+ 0,7%
Hystérectomie	2 %	3 %	4 %	4,8%	+ 0,8%
Prolapsus utérin	13,2 %	14,9 %	16,6 %	18,5%	+ 1,9%
Tumorectomie du sein	51,3 %	55 %	58,3 %	60,3%	+ 2%
Mastectomie partielle (QEFA017)	56,9 %	62 %	66 %	67 %	+ 1 %
Mastectomie totale (QEFA019)	3 %	4 %	5,6 %	6 %	+ 0,4 %

GENERALE ET DIGESTIVE					
Cholécystectomie	32,0 %	37,1 %	40,6 %	42,4%	+ 1,8%
Cure de Reflux gastro œsophagien	3,8 %	4,7 %	4,9 %	4,6%	- 0,3%
Hémorroïdectomie	32,2 %	38,3 %	45 %	50,5%	+ 5,5%
Hernie de l'aîne	61,3 %	64,1 %	66,1 %	67,6%	+ 1,5%
Sinus pilonidal	52,8 %	58 %	62,3 %	65,3%	+ 3%
UROLOGIE					
Circoncision	94,5 %	94,7 %	94,9 %	95%	+ 0,1%
Orchidopexie	63,6 %	65,2 %	66,7 %	67,6%	+ 0,9%
Vasectomie	96,3 %	96,7 %	98,1 %	98,4%	+ 0,3 %
TURP	3,5 %	2,9 %	2,9 %	3,1%	+ 0,2%
VASCULAIRE					
Chirurgie des varices	87,4 %	89,3 %	90,7 %	92%	+ 1,3%
ESTHETIQUE					
Mastoplastie de réduction	6,7 %	8,3 %	10,8 %	13%	+ 2,2%
Dermolipectomie abdominale	11,1 %	9,8 %	9,9 %	12,7%	+2,8%

Commentaires

Rappelons que nous avons à disposition depuis plus d'un an, un outil informatique, qui permet d'avoir une estimation de du potentiel ambulatoire (nombre d'actes potentiels) de nos établissements de soins (VISUCHIR). L'estimation est détaillée par spécialité, et acte par acte.

L'évolution de l'activité de chirurgie ambulatoire a été de nouveau très variable selon les spécialités et les actes. Dans l'ensemble il persiste une progression, mais très modérée : L'évolution des taux d'ambulatoire des actes marqueurs « internationaux » est globalement très modeste.

Pourtant, on constate, à côté de cela, une persistance de la croissance des innovations en ambulatoire ces dernières années pour des gestes lourds : Sleeve Gastrectomy, Bypass, arthroplastie de la hanche et du genou, colectomie, thyroïdectomie totale avec curage, néphrectomie, mastectomie totale, appendicectomie réalisés en ambulatoire, souvent par des équipes pionnières mais qui traduit leur engouement, et la satisfaction croissante des patients pour ce mode de prise en charge.

Pour pouvoir progresser plus efficacement, des changements radicaux sont toujours nécessaires

1. Optimiser la formation de l'équipe de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA) actrice de la chirurgie ambulatoire (chirurgien, anesthésiste, IDE, IBODE, IADE, ..)
 1. A la Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC),
 2. A une vraie gestion des risques postopératoires des patients, notamment après leur retour à domicile, (sans refaire l'hôpital à la maison)
2. Confier à des professionnels spécialisés la gestion des flux des patients dont le « circuit » pendant leur séjour hospitalier doit éviter des pertes de temps, les attentes.

L'expérience COVID 19 a montré tout l'intérêt de structurer la chirurgie sur l'ambulatoire, il faut sans doute à la lumière de cette expérience repenser nos circuits dans de nombreuses UCAs

3. Optimiser, professionnaliser l'information des patients et leur éducation car ils sont les nouveaux incontournables acteurs de leur surveillance postopératoire en se concentrant sur leur expérience-patient. Il faut mieux préparer les patients aux conséquences de la chirurgie, tant d'un point de vue physique que psychologique, en prenant en compte leur ressenti.
4. Optimiser la continuité des soins en lien avec la ville (médecins et IDEL) afin d'assurer une prise en charge personnalisée du patient en 1- formant tous les acteurs de santé de ville (le développement de la chirurgie ambulatoire est un changement de culture dans le monde de la santé); 2- sensibilisant les différents intervenants ; 3- partageant l'information (recueil en amont et diffusion en aval du séjour) entre l'UCA et les différents professionnels (médecins traitants, infirmiers libéraux, kinésithérapeutes, etc.) . Il faut s'appuyer sur les nouvelles technologies et envisager des plates-formes de suivi
5. Il faut se décider à investir dans ce mode de prise en charge, que cela soit en achetant du matériel chirurgical indispensable pour certaines spécialités pour passer à l'ambulatoire, et pour améliorer l'agencement architectural des Unités de Chirurgie Ambulatoire de France qui sont presque toutes d'anciennes salles d'hospitalisation conventionnelle, sans marche en avant, partageant un bloc commun avec la chirurgie traditionnelle, sans vestiaire et sans salle de repos. Une séparation des flux entre les patients de chirurgie ambulatoire et conventionnelle doit être adoptée pour optimiser la performance et la qualité.

La chirurgie ambulatoire est une chirurgie d'excellence qui est l'avenir de la grande majorité des prises en charge chirurgicales (et de tout acte invasif), elle a besoin d'investissements financiers pour être réalisée à grande échelle, afin que la qualité des soins et la sécurité des patients améliorent la performance des prises en charge.

Professeure 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>