

Chapitre VIII

La chirurgie ambulatoire

PRESENTATION

La chirurgie ambulatoire concerne « des actes chirurgicaux [...] réalisés dans des conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire [...] permettant sans risque majoré la sortie du patient le jour même de son intervention²⁷⁸ », tels que, pour les actes les plus courants, la chirurgie de la cataracte ou la libération du canal carpien, mais aussi des interventions plus complexes, de l'épaule par exemple. Son développement, s'il répond à des objectifs de santé publique²⁷⁹, d'amélioration de la qualité des prises en charge et d'efficacité du système de santé, est aussi un levier pour une meilleure maîtrise des dépenses de soins.

L'introduction de la chirurgie ambulatoire en France a été plus tardive que dans d'autres pays anglo-saxons ou européens. Vingt ans après sa reconnaissance légale en 1991, quatre interventions chirurgicales sur dix sont désormais pratiquées sous cette forme. Initialement mise en place pour des interventions comme le traitement de la cataracte, des hernies, des varices et des affections de la main, la chirurgie ambulatoire s'est par la suite étendue à des pathologies plus importantes.

Le ministère de la santé a pour objectif de rendre sa part majoritaire à l'horizon 2016, ce qui reste en deçà du potentiel de huit interventions sur dix réalisées en ambulatoire dans plusieurs pays occidentaux qui nous sont comparables.

Au regard de cette perspective, la politique volontariste de développement de la chirurgie ambulatoire menée par les pouvoirs publics paraît limitée dans ses ambitions (I), tandis que le potentiel d'économies très significatif qu'il recèle n'est encore que trop peu exploité (II).

I - Une politique volontariste aux ambitions limitées

Pratique chirurgicale de référence pour les principaux pays occidentaux, la chirurgie ambulatoire reste définie en France depuis la loi de 1991 comme une alternative à l'hospitalisation, assurée par les établissements de santé. Elle est substitutive, car « les alternatives à l'hospitalisation [...] ont pour objet d'éviter une hospitalisation à temps

278. Fondation de l'avenir pour la recherche médicale appliquée, conférence de consensus, *La chirurgie sans hospitalisation*, Paris, 22, 23 et 24 mars 1993.

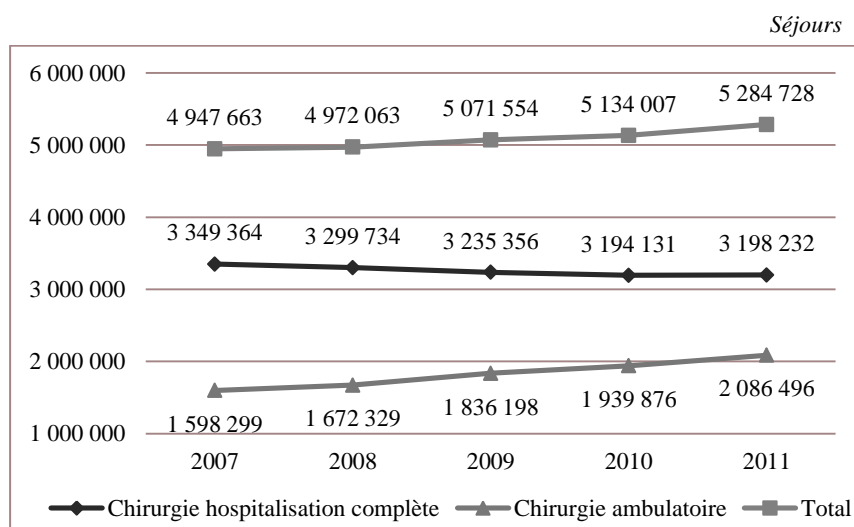
279. Réduction des risques d'infections nosocomiales, de la période de récupération et facilitation du retour à la vie sociale.

complet ou d'en diminuer la durée » et qualifiée, car « les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation complète²⁸⁰ ». Son développement est inégal selon les actes, les secteurs et les territoires. Malgré les incitations constantes des pouvoirs publics, la pratique ambulatoire en France reste significativement en deçà du potentiel de substitution mis en lumière par les expériences étrangères.

A – Un développement récent et inégal

En 2011, 2,086 millions de séjours ont été pratiqués en ambulatoire sur un total de 5,284 millions de séjours chirurgicaux (39,5 %). L'accélération du développement ambulatoire (488 197 séjours) s'est traduite par une progression de sa part de 7,2 points en cinq ans entre 2007 et 2011. Sur la période, les séjours en hospitalisation complète régressent.

Graphique n° 10 : évolution des séjours chirurgicaux par mode d'intervention



Source : données PMSI ATIH, tous secteurs confondus

Si globalement, quatre interventions chirurgicales sur dix sont désormais réalisées en ambulatoire, ce taux peut atteindre huit

280. Article D. 6124-301-1 du code de la santé publique.

interventions sur dix pour certains gestes, voire plus de neuf sur dix pour quelques interventions²⁸¹.

L'activité chirurgicale en hospitalisation complète reste cependant majoritaire: 3 198 232 séjours en 2011 contre 2 086 496 séjours ambulatoires.

1 – Une activité concentrée sur un nombre limité d'actes

La moitié des interventions effectuées en chirurgie ambulatoire concernent cinq domaines : la cataracte, la chirurgie de la main, les circoncisions, les varices et les ménisectomies. La cataracte représente à elle seule 577 122 séjours en 2011.

Au total, les douze interventions les plus pratiquées concentrent plus de 70 % des séjours ambulatoires.

Tableau n° 64 : les 12 gestes²⁸² les plus pratiqués en chirurgie ambulatoire

Gestes	Séjours et %		
	Nombre de séjours 2011	Part	Cumul
Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	577 122	27,7 %	27,7 %
Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels	140 476	6,7 %	34,4 %
Autres interventions sur la main	93 444	4,5 %	38,9 %
Circoncision	91 279	4,4 %	43,2 %
Ligatures de veines et éveinages	89 383	4,3 %	47,5 %
Ménisectomie sous arthroscopie	89 129	4,3 %	51,8 %
Autres interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les seins	72 721	3,5 %	55,3 %
Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur	71 881	3,4 %	58,7 %
Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans	71 616	3,4 %	62,2 %
Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites	66 895	3,2 %	65,4 %

281. Drains tympaniques, moins de 18 ans (98,6 %), circoncision (95,5 %), drains tympaniques, plus de 18 ans (92,6 %), libérations du canal carpien (90,1 %), ménisectomie (86 %). Données PMSI 2011, ATIH.

282. Dans ce tableau, le terme « gestes » est pris comme synonyme de groupes homogènes de malades (GHM).

Gestes	Nombre de séjours 2011	Part	Cumul
Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes	62 072	3,0 %	68,3 %
Prélèvements d'ovocytes	58 372	2,8 %	71,1 %
Total de ces 12 gestes	1 484 390	71,1 %	
Total général	2 086 496	100,0 %	

Source : données PMSI ATIH, tous secteurs confondus

Sur les cinq dernières années, la croissance ambulatoire est concentrée sur trois interventions : la cataracte (45,1 %), les varices (10,8 %) et les hernies (9,2 %), qui expliquent les deux tiers de la hausse de l'activité ambulatoire totale.

Pour autant, la pratique ambulatoire s'étend progressivement à de nouvelles prises en charge et à des interventions plus lourdes telles que la chirurgie de l'épaule, de la thyroïde, de la vésicule biliaire ou de l'obésité.

Enfin, les pratiques émergentes, mises en œuvre par un nombre réduit d'équipes et représentant moins de 100 à 200 séjours, sont dynamiques²⁸³. Elles concentrent 1,7 % des séjours sans hospitalisation réalisées en 2011. Elles sont davantage présentes dans le secteur public - notamment à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP, 3,1 % des séjours), dans les centres hospitaliers universitaires (2,9 % des séjours) et dans les centres hospitaliers (2,3 %) - que dans le secteur privé lucratif (1,4 %).

2 – La prépondérance du secteur privé

Le secteur privé ²⁸⁴ réalise sept interventions sur dix en ambulatoire, avec 1 465 345 séjours en 2011, pour 621 151 interventions dans le secteur public²⁸⁵. La pratique ambulatoire s'est progressivement renforcée dans les cliniques : un tiers des interventions réalisées par le secteur privé était traité en ambulatoire en 1997 (32 %), contre près de la moitié en 2011 (48 %). Cette proportion s'élève à 81 % pour 18 gestes

283. Telles que l'ablation du colon, la pose d'une prothèse totale de hanche ou la pose d'une prothèse de genou. Source PMSI ATIH.

284 . Sous la dénomination de « secteur privé » sont également inclus les établissements à but non lucratif relevant de la même grille tarifaire que le secteur privé à but lucratif.

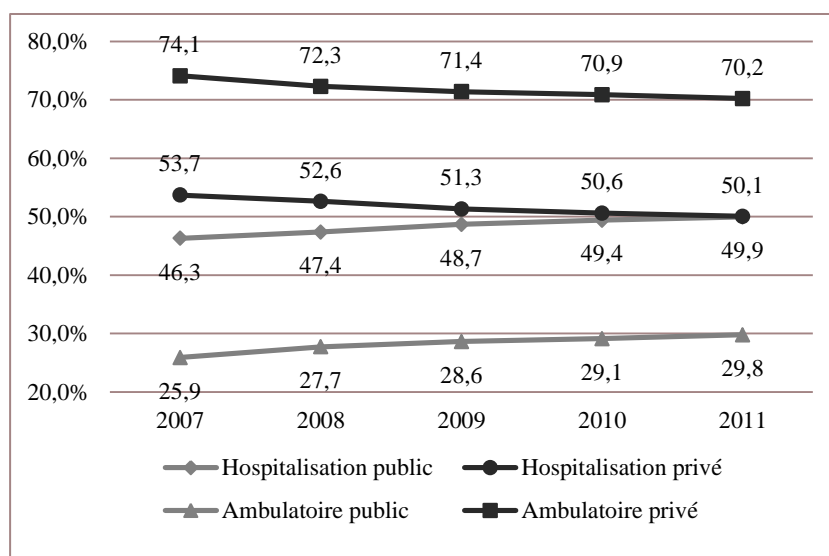
285 . Sous la dénomination de « secteur public » sont également inclus les établissements à but non lucratif relevant de la même grille tarifaire que le secteur public.

plus particulièrement suivis par l'ATIH, dont le tarif est le même qu'ils soient pratiqués en ambulatoire ou en hospitalisation conventionnelle.

La pratique ambulatoire du secteur privé reste de fait fortement en avance sur celle des établissements publics, qui s'établissait de 22 % pour les CHU à 31 % pour les centres hospitaliers en 2011. Ces derniers, s'ils représentent globalement les deux tiers de l'activité ambulatoire publique, atteignent aujourd'hui le niveau de pratique réalisé par les cliniques à la fin des années 1990. Néanmoins, une accélération récente du secteur public est constatée sur les cinq dernières années. La croissance des séjours ambulatoires du secteur public est ainsi deux fois plus rapide que celle du secteur privé.

Graphique n° 11 : évolution des parts de marché en chirurgie

En %



Source : données ATIH

Le développement de la chirurgie ambulatoire s'est longtemps heurté aux réticences des communautés hospitalières publiques, installées dans une organisation centrée sur les spécialités, le service et les lits. La pratique ambulatoire implique la réorganisation des activités autour du patient, une articulation encore plus étroite des équipes chirurgicales et des anesthésistes-réanimateurs, la mise en place de procédures transversales rigoureuses nécessaires à la maîtrise des flux, et souvent des restructurations immobilières dès lors qu'il s'agit de créer des unités spécifiques. Ces changements sont d'autant plus vécus comme des

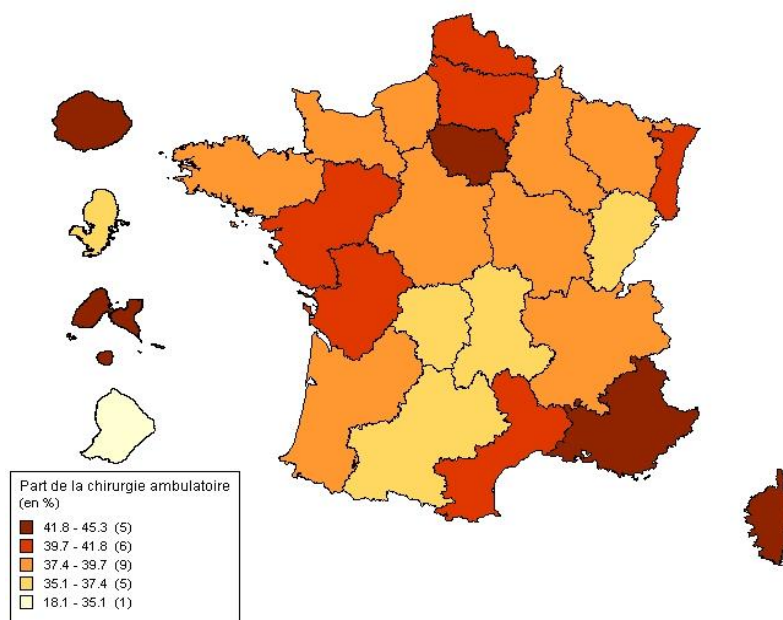
contraintes qu'ils sont censés s'accompagner d'une diminution des capacités d'hospitalisation conventionnelle.

Le desserrement des contraintes réglementaires ou financières à partir de 2003, ont participé à la mobilisation plus active des acteurs du secteur public. Cette dernière traduit également un changement de vision de la chirurgie ambulatoire, longtemps perçue comme uniquement axée sur la productivité, avec un enchaînement d'actes rémunérateurs dans un bloc opératoire, relevant davantage d'une logique lucrative que du service public. Pour autant, des freins subsistent, qu'il s'agisse de la formation des praticiens, du mode d'articulation avec la médecine de ville pour le retour à domicile, ou de l'éligibilité et de l'information des patients, sans préjudice de la lisibilité de la politique tarifaire.

3 – Une pratique inégale selon les territoires

Le taux de pratique ambulatoire varie sensiblement selon les régions, s'écartant de dix points entre La Réunion (45,3 %) et la Franche-Comté (35,1 %), pour une moyenne de 39,5 %.

Carte n° 1 : taux global de chirurgie ambulatoire par région en 2011



Source : PMSI ATIH

Sur les cinq dernières années, les dynamiques régionales varient de 4 % (Languedoc-Roussillon) à 12 % (Franche-Comté), ramenant l'écart entre les régions de seize à dix points²⁸⁶.

Les taux de croissance les plus élevés (de 10 à 12%) sont constatés dans trois régions, où la pratique ambulatoire reste en-deçà de la moyenne nationale : Franche-Comté, Basse-Normandie et Champagne-Ardenne. La progression de ces trois régions a été tirée fortement par les gestes soumis à entente préalable de l'assurance-maladie²⁸⁷ (cf. *infra*) dont la part en ambulatoire est passée respectivement de 46, 54,6 et 53,6 % en 2007 à 73,8, 76,1 et 77 % en 2011.

Trois régions précédemment en-deçà de la moyenne nationale sont aujourd'hui au-dessus de celle-ci : Picardie, Alsace et Pays de la Loire. En Picardie, l'effort a avant tout porté sur le secteur public, notamment les gros établissements et ceux dont la pratique ambulatoire se trouvait encore un peu en retrait dès lors que les établissements privés avaient déjà atteint un taux élevé.

Les plus faibles progressions des régions Languedoc-Roussillon (4,28 %) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (4,79 %) sont à mettre en perspective avec des taux de pratique ambulatoire déjà relativement élevés. Ils peuvent, par exemple, traduire des effets de seuil sur les gestes soumis à entente préalable (taux supérieur à 80 %). La poursuite de la dynamique implique de nouvelles actions, comme l'accélération de la chirurgie ambulatoire dans les CHU.

Les zones urbaines ayant davantage recours à la chirurgie ambulatoire que les zones rurales, la caisse centrale de la mutualité sociale agricole a cherché à participer à la réduction des inégalités territoriales.

L'expérimentation de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole

Au niveau national, l'accès à la chirurgie ambulatoire des affiliés à la mutualité sociale agricole présente un taux global de chirurgie ambulatoire inférieur de 4,2 points à celui constaté pour l'ensemble des régimes²⁸⁸. En conséquence, la MSA met en œuvre une action expérimentale d'accompagnement des patients, sur des territoires sélectionnés pour leur retard dans la pratique de l'ambulatoire. Elle entend agir auprès des trois acteurs, les assurés, afin de les informer sur ce mode

286. Écart hors Guyane (18,2 %). La région ayant le taux de pratique ambulatoire immédiatement supérieur est la Franche-Comté (35,1 %).

287. Appelés aussi « gestes marqueurs ».

288. Pour les gestes marqueurs, données 2010, source CCMSA.

de prise en charge et lever leur appréhension, les médecins traitants, les infirmiers libéraux et les équipes hospitalières intervenant en amont et en aval de l'intervention.

Cette expérimentation prend effet dès le second semestre de l'année 2013. Les ARS et les autres régimes d'assurance maladie y sont associés.

Les différences de poids du secteur privé dans l'offre de soins régionale, l'inégale mobilisation des établissements publics, notamment des CHU, et l'accès plus ou moins aisé selon les territoires et la distance des patients aux établissements développant ce type de prise en charge contribuent à expliquer la diversité des situations régionales.

B – Des incitations diversifiées

Le développement de la chirurgie ambulatoire relève du praticien qui choisit son mode d'intervention, ambulatoire ou conventionnel. À l'instar des principaux pays occidentaux, les actes relevant de la chirurgie ambulatoire en France, ne sont pas inscrits en effet sur une liste positive : « ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire, mais bien le patient²⁸⁹ », 85 % des patients remplissant au demeurant les critères d'éligibilité à la pratique ambulatoire.

De ce fait, c'est sur les établissements de santé que les pouvoirs publics agissent pour pousser les communautés hospitalières à s'engager dans la conversion ambulatoire. Les dispositifs contraignants associés à l'origine au développement de la chirurgie ambulatoire ont ainsi progressivement laissé place à la contractualisation ou l'incitation tarifaire.

1 – L'assouplissement progressif du cadre d'autorisation et d'exercice

À un dispositif d'encadrement s'est progressivement substitué un régime désormais très souple.

Jusqu'en 2003, la chirurgie ambulatoire était soumise à un strict régime d'autorisation du fait d'un « taux de change », subordonnant la création d'une place ambulatoire à la suppression de plusieurs lits de chirurgie en hospitalisation complète : de 2 à 2,25 lits au départ, puis de 3 ou 3,25 lits en 1999, ramené à 1 et 2 lits, sous condition d'activité. Ce dispositif a été supprimé par l'ordonnance du 4 septembre 2003. Sauf

289. CNAMTS, *Abécédaire de la chirurgie ambulatoire*, 2009.

exceptions, les autorisations d'activité sont désormais systématiquement accordées par les ARS dans une perspective de développement de la chirurgie ambulatoire.

Les conditions techniques de fonctionnement applicable en chirurgie ambulatoire ont été fortement allégées par un décret du 20 août 2012. Les normes de personnel sont notamment supprimées au bénéfice d'un dimensionnement des équipes laissé à l'appréciation des établissements. Destinataire d'une charte de fonctionnement de chaque unité, l'agence régionale de santé (ARS) veille au respect des conditions techniques et arrête la conformité des unités.

La contractualisation pluriannuelle avec les établissements de santé constitue le principal outil à la main des agences régionales de santé. Des objectifs de développement de la pratique ambulatoire sont intégrés aux contrats signés, de manière à décliner ainsi les cibles régionales contractualisés entre l'État et les agences.

2 – Une politique tarifaire favorable

À partir de 2003, le mode de financement devient incitatif. La généralisation de la tarification à l'activité (T2A) accroît alors l'intérêt des établissements pour la chirurgie ambulatoire. Celle-ci est alors perçue par ces derniers comme un vecteur de recettes supplémentaires puisqu'elle permet de prendre en charge davantage de patients qu'un lit conventionnel.

À cette perspective d'accroissement des recettes par les volumes, s'ajoute dès 2004 une incitation par les tarifs. Sont désormais rémunérés selon un tarif identique, des gestes sans hospitalisation et des gestes avec une nuitée, de façon à favoriser un transfert vers les pratiques ambulatoires. Ce mécanisme a été par la suite progressivement étendu à de nouveaux groupes homogènes de malade (GHM)²⁹⁰.

Ce tarif unique est fixé selon des règles qui ont varié dans le temps et qui diffèrent selon les actes. Ainsi, pour les pratiques dites « substituables », il s'agit de la moyenne des tarifs en hospitalisation complète et en ambulatoire, le cas échéant pondéré selon les volumes afin de permettre une convergence progressive des coûts. L'alignement du tarif en ambulatoire sur le tarif de l'hospitalisation complète est par ailleurs utilisé pour favoriser certaines pratiques dites « innovantes »²⁹¹. Les incitations tarifaires ont été renforcées à partir de 2010, notamment

290. En 2013, 47 couples de GHM sont ainsi concernés.

291. Pour les 12 GHM créés en ambulatoire en 2012.

par une revalorisation des tarifs, tandis que des améliorations de la classification ont été régulièrement apportées.

3 – Une contrainte réglementaire par la mise sous entente préalable

Depuis la fin des années 2000, l'assurance maladie et le ministère ont franchi une nouvelle étape en remettant en cause le caractère alternatif de la chirurgie ambulatoire, pourtant inscrit dans les textes fondateurs, pour la positionner désormais en pratique de référence.

Depuis 2008, la procédure de mise sous entente préalable par l'assurance maladie²⁹² impose un accord du service du contrôle médical à une prise en charge en hospitalisation complète pour des gestes ciblés. Cette procédure a été un stimulant fort pour développer la pratique ambulatoire, comme l'atteste la progression de 30,6 % de la pratique opératoire pour les gestes concernés²⁹³ (81 % en 2011). Les médecins ont en effet préféré éviter cette contrainte.

Cette action a été élargie par une instruction du 27 décembre 2010 aux ARS qui pose un « changement de paradigme ». Le mode de prise en charge ambulatoire est étendu « à l'ensemble des patients éligibles à la chirurgie ambulatoire et à l'ensemble de l'activité de chirurgie ». Ce texte fait désormais de la chirurgie ambulatoire la pratique de référence.

C – Un objectif de développement qui reste modeste

En dépit de cette politique de plus en plus incitative, les objectifs de développement retenus à partir de 2010-2011 sont demeurés limités au regard des potentialités existantes.

1 – Un retard persistant par rapport aux autres pays

La pratique ambulatoire en France reste en décalage avec un important potentiel de développement mis en évidence par la pratique des principaux pays occidentaux.

292. Instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

293. Cinq gestes en 2008, à 17 en 2009, puis 38 gestes en 2012. La plupart des gestes mis sous accord préalable (MSAP) font également l'objet d'une incitation tarifaire. Pour autant, les listes d'actes concernés par la MSAP et les « couples » de GHM ne se superposent pas exactement.

Les exemples étrangers

Décrite pour la première fois en Écosse en 1909, la chirurgie ambulatoire a connu un essor rapide aux États-Unis dans les années 1960. Ce pays, qui présentait déjà en 2004 des taux de chirurgie ambulatoire supérieur à 80 %, est souvent cité en exemple. En Europe, la Grande-Bretagne fait figure de pionnier mais d'autres pays ont connu, à partir des années 80, un développement important comme l'Autriche, le Danemark, les pays nordiques ou la Suisse.

Dès la première étude internationale réalisée sur le développement de la chirurgie ambulatoire en 1995²⁹⁴, la France figure parmi les trois pays ayant la pratique ambulatoire la plus faible au sein des pays de l'OCDE (30 %), les trois premiers étant les États-Unis (94 %), le Canada (85 %) et le Danemark (78 %).

Les objectifs assignés à la chirurgie ambulatoire diffèrent selon les pays. L'amélioration des prises en charge, une meilleure efficacité, la restructuration du secteur hospitalier reviennent souvent mais la réduction des délais d'accès aux soins jugés trop importants (Danemark, Royaume-Uni, Suisse ou Australie) est un élément majeur du développement de ce nouveau mode de prise en charge.

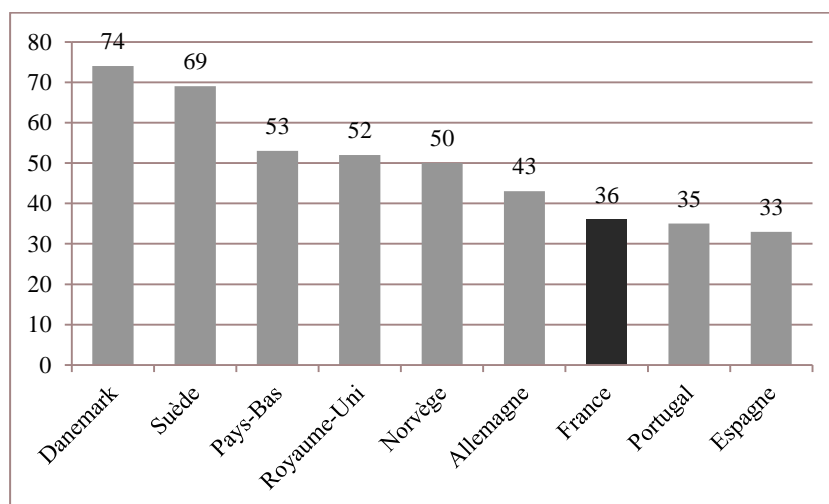
Certains pays (États-Unis, Royaume-Uni et Allemagne) ont privilégié la création de centres indépendants pour favoriser l'activité et introduire plus de concurrence avec les hôpitaux. Si l'impact sur l'activité et la mise sous tension de ces derniers sont certains, les études réalisées dans les différents pays ne permettent toutefois pas de démontrer une efficacité accrue de ces centres par rapport aux hôpitaux.

Les incitations tarifaires ont également été un vecteur puissant d'augmentation de l'activité. Dans un premier temps, la rémunération de la chirurgie ambulatoire était moindre que celle de la chirurgie conventionnelle dans la grande majorité des pays mais la tendance s'est progressivement inversée. Pour favoriser son développement, les tarifs entre les deux activités sont devenus comparables, les pays continuant à appliquer une décote sur certains actes devenant minoritaires (Allemagne, Suède, Irlande, Pologne).

Malgré les efforts des pouvoirs publics, la dernière étude comparative publiée en 2009²⁹⁵ confirme ce retard. La pratique ambulatoire en France reste deux fois plus faible qu'au Danemark ou en Suède. Elle se démarque également de pays tels que le Royaume-Uni, les Pays-Bas ou la Norvège. Trois pays se situent légèrement en deçà de la pratique française : l'Italie, l'Espagne et le Portugal.

294. Ces études sont fondées sur une définition commune de la chirurgie ambulatoire. Il peut toutefois exister des différences de méthodologie dans la collecte des données.

295. International association for ambulatory surgery (IAAS). *Day surgery activities 2009*, 2011

Graphique n° 12 : pratique comparée de la chirurgie ambulatoire*En %*

Source : HAS - Enquête IAAS 2009 - % de chirurgie ambulatoire/chirurgie totale

2 – Un objectif national en deçà du potentiel estimé

En novembre 2011, les pouvoirs publics ont pour la première fois fixé un objectif chiffré de développement, soit une chirurgie ambulatoire dépassant 50 % du total de l'activité chirurgicale à horizon 2016, c'est-à-dire au terme des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) issus des projets régionaux de santé (PRS). Ce taux cible, qui prolonge la tendance observée de 2007 à 2011, suppose une progression annuelle de deux points du taux global de chirurgie ambulatoire, soit de l'ordre de 5 à 600 000 séjours supplémentaires.

Cet objectif, issu d'une concertation nationale et considéré alors comme « possible et raisonnable » reste cependant très en deçà de la cible de développement acté par l'État et l'assurance maladie en octobre 2010, selon lesquels « demain, 80 % des interventions chirurgicales seront

réalisées en chirurgie ambulatoire, soit un potentiel de substitution de deux millions d'interventions »²⁹⁶.

Le développement de la chirurgie ambulatoire est assuré, selon une contractualisation en cascade, par les agences régionales de santé au titre des priorités du programme de gestion des risques (PGDR) lancé en 2010²⁹⁷. Les contrats d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus entre les ARS et l'État précisent la cible régionale de développement de la chirurgie ambulatoire, définie à la fois sur les gestes marqueurs et sur l'ensemble des séjours. Les SROS-PRS 2011-2016 et les plans d'actions régionaux doivent décliner ce taux-cible, assorti d'un objectif de réduction des écarts interrégionaux de sept points. Au 31 décembre 2012, 17 SROS-PRS avaient intégré un objectif de développement de la chirurgie ambulatoire, chiffré pour 37 % d'entre eux.

Ces perspectives sont ensuite reprises dans les contrats conclus par les ARS avec les établissements de santé.

Alignées sur une cible nationale d'ambition limitée, ces actions restent cependant très en retrait des potentiels de substitution tels qu'estimés à partir des établissements les plus performants par l'ARS Languedoc-Roussillon.

La modélisation du potentiel ambulatoire par l'ARS Languedoc-Roussillon

L'ARS a élaboré un outil mesurant le potentiel ambulatoire par région et établissement. Pour chaque geste²⁹⁸ est calculé un taux cible de séjours réalisés en ambulatoire, basé sur la médiane des dix meilleurs établissements régionaux. Une fiche analyse, entre autres, les séjours réalisés en ambulatoire et le potentiel de séjours transférables de la pratique conventionnelle vers l'ambulatoire. L'ARS met cet outil à disposition de ses homologues et identifie par région les établissements à fort potentiel.

296. Communiqué de presse publié à l'issue du séminaire restreint du 15 octobre 2010 organisé par l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé, la Haute Autorité de santé et l'agence française de chirurgie ambulatoire, et réunissant les trois principaux régime d'assurance maladie obligatoire, l'État (directions d'administration centrale concernées et cabinets du Président de la République, du premier ministre et du ministre de la santé et des sports) ainsi que la société française d'anesthésie réanimation.

297. Circulaire de la direction de la sécurité sociale du 19 juillet 2010, complétée par l'instruction de la direction générale de l'organisation des soins du 27 décembre 2010.

298. Le terme « gestes » est ici pris comme synonyme de groupes homogènes de malades (GHM).

À l'échelle nationale, ces travaux, réalisés sur une liste de gestes cumulant 94 % des séjours ambulatoires réalisés en 2011, font estimer que le nombre de séjours ambulatoires pourrait être augmenté de 66 % par transfert de la chirurgie conventionnelle.

Au total, l'objectif de 50 % de pratique ambulatoire à horizon 2016 ne peut que constituer une échéance intermédiaire, le taux constaté en 2011 (39,5 %) s'établissant à seulement la moitié du possible (80 %). L'amplification de la conversion ambulatoire doit ainsi constituer une priorité plus ambitieuse, assortie d'une action volontariste de mobilisation d'un potentiel d'économies très important encore trop peu dégagé au bénéfice de l'assurance maladie.

II - Un potentiel d'économies très significatif et encore trop peu exploité

Au développement de la chirurgie ambulatoire sont associées des perspectives d'économies très significatives qui n'ont jusqu'à présent été que peu dégagées effectivement du fait d'actions de restructuration des capacités insuffisantes et de l'absence d'objectifs financiers précis.

A – Des marges d'économies considérables

1 – Un potentiel d'économies estimé jusqu'à 5 Md€ par an

L'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)²⁹⁹ a estimé globalement les gains économiques associés au développement de la chirurgie ambulatoire autour de 5 Md€ par an.

La méthode de l'ANAP

Le calcul a été fait à partir des hypothèses suivantes : 90 % des patients éligibles à la chirurgie ambulatoire ; 80 % des actes chirurgicaux réalisés en ambulatoire ; un acte par place et par jour réalisé avec une ouverture de 220 jours annuels ; une surface moyenne de 80 à 120 m² par lit et un coût unitaire de fonctionnement de 1 000 € par m².

299. ANAP, Gilles Bontemps, *Chirurgie ambulatoire : état des lieux et perspectives*, 2011.

Dans un premier temps, l'ANAP dégage un potentiel ambulatoire substituable total de 1 947 000 actes, dont 1 082 000 dans le secteur public et 865 000 actes dans le secteur privé.

Dans un deuxième temps, elle estime l'excédent de lits à 48 000 lits de chirurgie conventionnelle, dont 26 400 dans le secteur public et 21 600 dans le secteur privé.

En conclusion, elle estime les économies de fonctionnement engendrées par la suppression de ces lits entre 4,4 et 5,3 Md€, dont 2,6 à 3,2 Md€ dans le secteur public et 1,7 à 2,2 Md€ dans le secteur privé.

Sur la base des données 2011, ce potentiel est estimé entre 4,85 et 5,9 Md€, soit de l'ordre de 7 % de l'ONDAM hospitalier pour cette même année de référence.

Malgré plusieurs limites méthodologiques, qui limitent l'exactitude d'un tel chiffrage, cette estimation confirme que la chirurgie ambulatoire représente un enjeu majeur pour la maîtrise des dépenses hospitalières. Son intérêt réside au surplus dans le sens de la démonstration : elle met les économies liées au développement de la chirurgie ambulatoire sous condition de fermeture des lits libérés en chirurgie à temps complet.

2 – Un parc chirurgical sous utilisé

Jusqu'à présent, le développement de l'activité ambulatoire, mal maîtrisé, n'a pas permis un juste redimensionnement des capacités chirurgicales.

En 20 ans, du début des années 1990 à 2011, les capacités d'hospitalisation à temps complet ont diminué de 32 272 lits. Le rythme de cette réduction a évolué en fonction de la réglementation. Les capacités chirurgicales ont baissé de 12 % de 1992 à 2003 sous l'effet du taux de change subordonnant la création de places ambulatoire à la suppression de lits d'hospitalisation. Le rythme ralentit à moins de 1 % par an de 2004 à 2011, après la suppression de ce dispositif, pour aboutir au parc actuel de 81 679 lits.

Parallèlement, le nombre de places en chirurgie ambulatoire a plus que doublé entre 1996 et 2011 pour atteindre à cette date 14 098 places.

Ces évolutions se traduisent par de fortes surcapacités en chirurgie. Les lits d'hospitalisation à temps complet sont occupés à seulement 67 % (74 % dans le secteur public et 59 % dans le secteur privé), soit une surcapacité de 18 000 lits, en prenant pour hypothèse un taux d'occupation normal de 85 %.

Le parc ambulatoire peut également être considéré comme sous utilisé : le nombre d'interventions réalisées varie de 0,6 à 2 patients en moyenne par jour et par place³⁰⁰. Sur une base minimale d'un acte par jour et place et une ouverture de 260 jours annuels, le parc de places de chirurgie ambulatoire actuellement installé pourrait assurer, *a minima*, une progression de plus d'un million de séjours ambulatoires supplémentaires³⁰¹. L'alignement sur la pratique anglaise de 2,5 actes par jour et place permettrait de prendre en charge intégralement le potentiel de substitution estimé à deux millions de séjours, tout en réduisant les capacités actuelles. Ces chiffres sont sans doute pour une part théorique. Ils confortent néanmoins la nécessité d'une forte restructuration des plateaux chirurgicaux, comme l'avait recommandé la Cour dès 2008³⁰², de manière à supprimer des surcapacités considérables.

B – Des restructurations hospitalières à amplifier

La restructuration des capacités hospitalières conventionnelles en chirurgie nécessite la mobilisation de nouveaux leviers d'efficience, venant compléter les dispositifs existants.

1 – Les leviers d'efficience à mobiliser

Deux tiers des établissements réalisent moins de 1 000 séjours par an, soit moins de 4 à 5 séjours par jour, réalisées avec quelques places ambulatoires. Le développement de la chirurgie ambulatoire dans ces conditions peut être un élément de sous productivité pour des établissements qui transforment quelques lits de chirurgie conventionnelle en places ambulatoires, sans espace dédié. La fermeture de ces places la nuit et en fin de semaine est sans impact sur les effectifs hospitaliers de l'unité de chirurgie complète, tandis qu'une équipe spécifique doit assurer le fonctionnement de la nouvelle unité, qui ne présente pas une activité suffisante pour équilibrer ses charges.

300. « Accompagnement pour le développement de la chirurgie ambulatoire dans vingt établissements de santé et élaboration d'un guide méthodologique », journées ANAP, partage des diagnostics, 21 et 24 septembre 2012.

301. Le taux de rotation d'un établissement résulte également de la gamme d'interventions réalisées, par exemple un acte par jour et place en chirurgie digestive et plusieurs en chirurgie ophtalmologique.

302. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2008*, chapitre VII : les restructurations hospitalières, La Documentation française, septembre 2008, p. 263-304, disponible sur www.ccomptes.fr.

Ces établissements à faible activité et de petite capacité relèvent pour trois quart du secteur public, tandis que 60 % des structures ont une activité supérieure à 2 000 séjours dans le secteur privé. Inversement, plus de 100 établissements ont une activité supérieure à 4 000 séjours ambulatoires dans le secteur privé pour 28 dans le secteur public.

Cette dispersion d'activité est nuisible à l'efficacité des structures hospitalières et ne permet pas de dégager les économies qui devraient être associées au développement de la pratique ambulatoire.

Elle résulte également des choix organisationnels non efficaces par les établissements de santé. Alors que la Haute Autorité de santé (HAS) et l'ANAP considèrent que la performance de l'organisation des activités de chirurgie ambulatoire est favorisée par l'autonomisation complète des flux ambulatoires, voire de la structure en centre autonome, satellite ou indépendante, ces derniers ne représentent que 5 % des structures ambulatoires, 95 % d'entre elles étant organisées sous forme de structures intégrées dépendantes de l'hospitalisation complète.

L'optimisation des capacités chirurgicales, à temps complet et ambulatoires, impose un regroupement de l'activité dans des unités disposant d'une activité minimale qu'il incombe aux pouvoirs publics de fixer réglementairement. La double exigence d'accessibilité et de qualité des soins, ne saurait justifier le maintien de l'ensemble des capacités actuelles. Ce regroupement doit s'accompagner de la mise en place d'unités dédiées, spécialement organisées pour la prise en charge ambulatoire.

Cette réorganisation est d'autant plus pressante que ces choix organisationnels influencent directement l'architecture des établissements et leurs investissements de modernisation.

2 – Une approche globale à adopter

La progression de la chirurgie ambulatoire doit s'inscrire dans une approche globale supposant notamment la mise en œuvre d'une organisation rigoureuse, l'élaboration de parcours cliniques évalués et une articulation avec la médecine de ville pour la prise en charge des soins post-chirurgicaux.

Au-delà de l'organisation de la seule chirurgie ambulatoire, l'équilibre économique propre à chaque situation localement peut résulter d'une approche conjointe de la chirurgie conventionnelle et ambulatoire, telle qu'illustrée par la modélisation effectuée sur l'AP-HP.

Modélisation du transfert de séjours d'hospitalisation conventionnelle en ambulatoire : l'exemple de la chirurgie digestive à l'AP-HP³⁰³

Pour les interventions éligibles à une prise en charge ambulatoire en chirurgie digestive, le passage de l'hospitalisation complète au séjour ambulatoire engendre une perte de recettes évaluée à 2 % à l'AP-HP.

Selon l'étude de l'AP-HP, pour une unité de chirurgie de 30 lits, ces transferts d'activité équivalent à deux places de chirurgie ambulatoire. La capacité en hospitalisation complète est redimensionnée, de 30 à 24 lits, avec un taux d'occupation à 90 %.

Le point d'équilibre économique est en large partie lié à la qualité de l'organisation de la prise en charge qui, selon l'AP-HP, nécessite la création d'unités dédiées à l'activité ambulatoire. Dans cet établissement, la plupart des unités ont une capacité comprise entre 12 et 15 places, ce qui pourrait correspondre à une taille critique minimale.

Cet équilibre économique fait intervenir la réduction des lits d'hospitalisation complète, le rassemblement des activités ambulatoires dans des unités regroupées et dédiées et une activité de taille suffisante. Il est également fonction de la gamme des interventions réalisées. Selon les sites, l'implantation d'une unité dédiée spécialement organisée peut justifier des investissements préalables.

Jusqu'à présent, l'absence de modélisation nationale de cette équation complexe prive les établissements et les ARS des repères nécessaires à l'optimisation des organisations hospitalières, un coût unitaire du séjour ambulatoire inférieur à celui effectué en hospitalisation complète, faisant préjuger d'un gain économique pour tout transfert vers une pratique ambulatoire. L'ARS Alsace fait cependant obligation à tout établissement de santé ayant un projet de construction ou de restructuration majeure de prendre spécifiquement en compte l'incidence du développement de la chirurgie ambulatoire sur l'hospitalisation complète, notamment en termes de capacité et d'organisation des plateaux techniques et d'organisation des flux.

Sur la base de travaux engagés en 2012, la HAS et l'ANAP sont toutefois en cours d'élaboration de recommandations économiques, qui devraient notamment aboutir courant 2013 à une modélisation associée à un simulateur informatique mis à disposition des établissements. Malgré leur caractère tardif, elles devraient permettre d'éclairer les établissements dans leurs choix. Cet outil constitue une opportunité pour

303. L'étude de l'AP-HP porte sur les cinq groupes d'activités de chirurgie digestive les plus importants réalisés au sein des services de chirurgie viscérale adulte de l'AP-HP (68 % de l'activité réalisée par ces services).

que les ARS procèdent à une évaluation systématique des implantations de chirurgie ambulatoire existantes, afin, le cas échéant, d'optimiser leur fonctionnement ou de les restructurer.

C – Des objectifs financiers à fixer plus clairement

1 – Une politique tarifaire à réviser

La politique tarifaire menée privilégie la dynamique d'activité sur les gains économiques, dès lors qu'elle tend à financer les séjours ambulatoires au tarif fixé pour l'hospitalisation complète pour inciter les établissements à la substitution. Cette mécanique neutralise pour tout ou partie le différentiel de coût entre la chirurgie ambulatoire et conventionnelle, en finançant les séjours ambulatoires au-delà de leur coût, voire pour certains en les finançant sur la base du coût du séjour substituable à temps complet³⁰⁴. Parmi les douze gestes concentrant 80 % des séjours du secteur public, neuf bénéficient d'un tarif unique. Ils concentrent 72 % des séjours réalisés³⁰⁵. Ces incitations constituent un effet d'aubaine pour les gestes ayant atteint leur cible de développement, même si la démarche dite « processus de soins » lancée en 2013 par l'assurance maladie vise pour partie à maîtriser le risque d'augmentation inflationniste des actes qui peut en résulter³⁰⁶.

Selon les évaluations disponibles, ces incitations, coûteuses pour l'assurance maladie, semblent au demeurant d'impact limité. Sur la période 2004-2009, la DREES³⁰⁷ conclut à un « impact flou ». L'instabilité du modèle de tarification, la complexité du message incitatif, la multiplicité et la volatilité des tarifs ainsi que le développement inégal de la comptabilité analytique des établissements expliquent une « perception limitée des incitations tarifaires » par les acteurs. De 2010 à 2013, l'intelligibilité de la politique tarifaire menée ne s'est pas améliorée.

Dès lors que selon les pouvoirs publics, il s'agit désormais de « changer de paradigme » et d'affirmer la pratique ambulatoire comme pratique de référence, toutes les conséquences devraient en être tirées en

304. Cas des 12 GHM ambulatoires créés en 2012, dont les tarifs ont été alignés sur ceux d'hospitalisation complète de niveau 1.

305. Liste figurant au palmarès des douze GHM les plus pratiqués en chirurgie ambulatoire, au I, B, 2.

306. Elle porte sur cinq gestes dont deux pratiqués en chirurgie ambulatoire (hernies et varices).

307. DREES, Études et recherches n° 106, *Étude sur la réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires*, 2011.

matière tarifaire. Il conviendrait en ce sens de mettre fin à un dispositif désormais trop généreusement calé, qui risque de réduire la chirurgie ambulatoire à une mécanique génératrice de recettes supplémentaires pour les établissements, et de le remplacer par une incitation très forte à la fermeture des lits de chirurgie conventionnelle.

La logique tarifaire devrait être ainsi inversée. Le tarif unique ne doit plus être calculé par référence à l'activité d'hospitalisation complète mais désormais construit sur la base des coûts ambulatoires. Cette mesure concernerait, non pas uniquement les pratiques ayant atteint leurs perspectives de développement en ambulatoire comme l'envisage le ministère mais tous les actes pouvant être substitués, compte tenu notamment des critères d'éligibilité des patients. La prise en compte des coûts des établissements les plus performants constituerait au surplus une incitation puissante à l'efficacité des organisations hospitalières.

2 – Des objectifs précis d'économies à programmer dans l'ONDAM

L'instruction aux ARS du 19 juillet 2010 mentionne des objectifs d'économies pour l'assurance maladie de 30 M€ en 2010 et 50 M€ en 2011 au titre de la chirurgie ambulatoire.

Limités, ces objectifs n'ont pas fait l'objet d'un suivi, contrairement aux cibles de développement d'activité fixées aux ARS. Le ministère de la santé estime que leur traduction en termes d'économies effectives est difficile à établir car elle supposerait d'établir un lien entre le développement de la chirurgie ambulatoire et la fermeture de lits au sein de chaque établissement de santé. En conséquence, l'instruction aux ARS du 13 avril 2011 n'a pas fixé de nouvel objectif d'économie associé au programme de gestion du risque « chirurgie ambulatoire ».

Ainsi, toute mention d'économies au titre de la chirurgie ambulatoire a été désormais abandonnée, réduisant le programme national de chirurgie ambulatoire à un seul objectif de développement d'activité.

L'ONDAM hospitalier est de fait construit sans que les économies attendues au titre de la chirurgie ambulatoire soient identifiées en tant que telles. Elles sont intégrées à une ligne d'économies plus large relative à l'adéquation et à l'efficacité des prises en charge hospitalières. Les économies prises en compte sur cette ligne globale s'élevaient à 166 M€ en 2009, 174 M€ en 2011 et 123 M€ en 2013. À défaut de dispositif de pilotage spécifique, leur réalisation effective est suivie de manière macro-économique à travers deux indicateurs : le respect de l'ONDAM hospitalier et le niveau de déficit des établissements de santé.

Face à un potentiel d'économies considérable, le seul souci du développement de la pratique ambulatoire, sans afficher un objectif de retours importants et croissants pour l'assurance maladie, est anormal.

Il importe ainsi désormais de déterminer selon une trajectoire pluriannuelle des cibles d'économies substantielles et de mobiliser les agences régionales de santé sur leur atteinte effective.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La chirurgie ambulatoire a connu un sensible développement depuis vingt ans, d'abord dans le secteur privé à but lucratif et plus récemment dans le secteur public hospitalier. Ce mouvement qui s'est accéléré ces dernières années a néanmoins maintenu un retard très important de la France par rapport aux pays étrangers qui ont le plus recours à cette pratique et pour lesquels la chirurgie conventionnelle ne représente plus qu'une activité limitée. Malgré les gains avérés en matière de qualité de soin pour les patients, le taux de chirurgie ambulatoire de près 40 %, dans notre pays est deux fois moins élevé que celui atteint dans plusieurs pays occidentaux qui nous sont comparables.

Cet essor, incité par les pouvoirs publics, notamment par une politique tarifaire généreuse, est marqué au surplus par l'absence de volonté affichée de réaliser des économies au bénéfice de l'assurance maladie, alors même que leur potentiel à terme a pu être estimé à environ 5 Md€.

Si cette démarche a pu contribuer à l'évolution nécessaire des mentalités et à la mobilisation du secteur public, la progression de la pratique ambulatoire a été accompagnée d'une diminution très insuffisante des capacités de chirurgie conventionnelle, sans pour autant s'inscrire dans un cadre organisationnel clair ni au niveau national ni au niveau régional ni à celui des établissements, au risque désormais d'une sous-utilisation également des places de chirurgie ambulatoire installées.

Le développement de la chirurgie ambulatoire ne se situe plus aujourd'hui dans une logique d'alternative à l'hospitalisation mais dans celle d'une pratique de référence. Les conséquences devraient en être pleinement tirées.

La logique tarifaire devrait notamment être inversée et inciter par leur alignement tarifaire sur les coûts ambulatoires à la fermeture des lits conventionnels. Les unités de chirurgie ambulatoire devraient être regroupées pour dégager tous les gains d'efficacité possibles. Des objectifs précis et croissants d'économies devraient être déterminés selon une programmation pluriannuelle.

Rejoignant l'intérêt du patient, cette nouvelle stratégie serait de nature à apporter une contribution déterminante au rétablissement de l'équilibre des comptes de l'assurance maladie.

La Cour formule les recommandations suivantes :

32. aligner la tarification de la chirurgie en hospitalisation complète sur les coûts ambulatoires des établissements les plus efficaces, pour l'activité qui peut être réalisée en ambulatoire ;

33. définir réglementairement des seuils d'activité minimale en chirurgie à temps complet et en ambulatoire ;

34. fixer des objectifs d'économies associés au développement de la chirurgie ambulatoire selon une programmation pluriannuelle ;

35. supprimer parallèlement les surcapacités en chirurgie conventionnelle pour amplifier la conversion à la pratique ambulatoire.
