

VISUCHIR



VISUCHIR
Établissement



VISUCHIR
SPÉCIALITÉS



VISUCHIR
RÉGIONS

Les 3 outils VISUCHIR ont été mis à jour le 16 juin 2023 à partir des bases PMSI et CCAM 2022. Cette lettre VISUCHIR fait le point sur les faits marquants 2022 chirurgicaux au niveau national, régional, catégories d'établissements et spécialités chirurgicales.

Le volume chirurgical en 2022 n'a pas encore retrouvé son activité d'avant la crise COVID.

Le volume chirurgical total en 2022 avec 6.347 millions de séjours n'a pas encore retrouvé les chiffres 2019 d'avant la crise COVID, avec un déficit brut de près de 26 000 séjours contre 54 700 en 2021. Ce déficit est brut, donc sans correction liée à l'augmentation annuelle moyenne d'activité d'environ 75 000 nouvelles interventions chirurgicales constatées entre 2013 et 2019.

La chirurgie ambulatoire approche les 4 millions de séjours mais, après avoir progressé fortement en 2021, ralentit en 2022 avec un taux national de 62,8% et une performance ambulatoire globale qui diminue.

Le volume ambulatoire a continué sa progression en approchant en 2022 les 4 millions de séjours avec 3.986 millions de séjours ambulatoires.

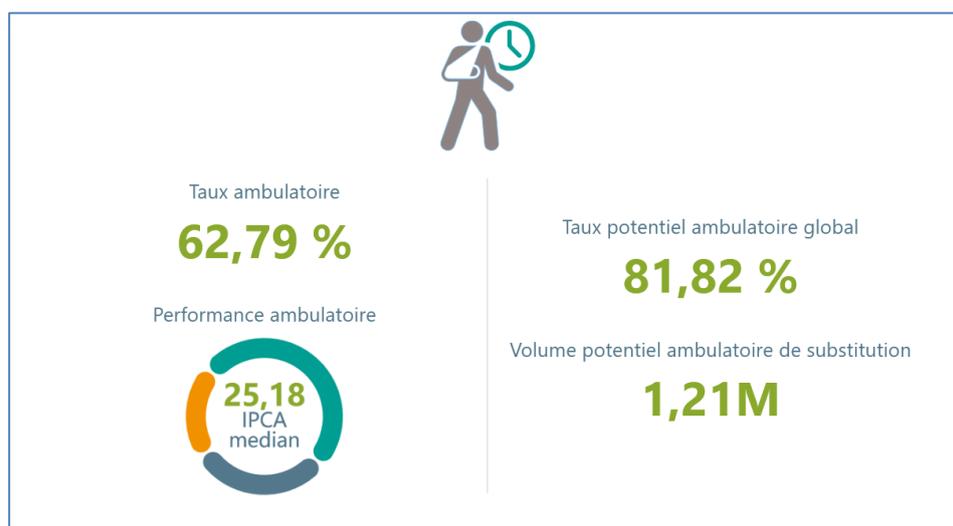
Le taux national de chirurgie ambulatoire est de 62.8% en 2022, loin de l'objectif de 70% en 2022 du ministère et de la préconisation de 80% du Haut Comité de Santé Publique (HCSP)¹.

Avec une augmentation faible de 1.24 point entre 2021 et 2022, ce taux affiche la progression la plus faible depuis 15 ans (hors COVID 2020), ne continuant pas sur les rythmes d'avant la crise COVID (plus de 2 points annuels entre 2013 et 2016, entre 1.8 et 1.9 points annuels entre 2016 et 2018, 1.4 point entre 2018 et 2019).

La forte progression de l'ambulatoire de près de 3 points entre 2020 et 2021 n'était donc qu'un rattrapage post-crise COVID de la stagnation du taux de chirurgie ambulatoire entre 2019 et 2020.

La performance ambulatoire a globalement diminué en 2022 avec la médiane de l'Indicateur de Performance de Chirurgie Ambulatoire (IPCA)² en régression de 26.01 à 25.18 entre 2021 et 2022. Cette baisse s'explique par celle régulière de l'Indice d'Organisation (IO) depuis 2019 (qui mesure la pratique ambulatoire par rapport à la moyenne nationale à case-mix identique), l'augmentation des deux autres composantes de l'IPCA (volume ambulatoire et innovation) ne compensant pas cette baisse.

Cette baisse de l'IPCA signifie que les organisations françaises ambulatoires sont globalement moins performantes qu'auparavant et que la recommandation organisationnelle ANAP/HAS de mai 2013 « *développer les organisations qui consolident l'indépendance des flux*³ » sous forme de centres autonomes, satellites et indépendants ambulatoires n'est toujours pas mise en œuvre au niveau des établissements.



¹ Préconisation n°5 : « Atteindre 80% de chirurgie ambulatoire en s'aidant notamment de l'outil VISUCHIR et des travaux des sociétés savantes » (rapport sur le virage ambulatoire de juin 2021).

² IPCA : indicateur composite prenant en compte le volume ambulatoire, l'Indice d'Organisation (IO) et le volume ambulatoire innovant (cf. VISUCHIR ETABLISSEMENT guide utilisateur). L'IPCA permet de comparer la performance ambulatoire des établissements de santé en prenant en compte notamment leur case-mix. Sa valeur varie de 0 à 100.

³ *Recommandations P : développer les organisations qui consolident l'indépendance des flux*. Dans la perspective d'un développement important de la chirurgie ambulatoire, la productivité et la qualité de l'organisation ambulatoire sont directement liées au degré d'indépendance de ses flux.

Le potentiel ambulatoire reste important avec 1.21 millions d'interventions transférables.

Le potentiel ambulatoire d'après VISUCHIR reste important avec 1.21 millions d'interventions chirurgicales potentiellement transférables en ambulatoire, ce qui correspond à une progression potentielle du taux de chirurgie ambulatoire de 19 points pour atteindre le taux de 81.82%, et donc, de répondre à la préconisation de 80% faite par le HCSP.

Pas de phénomène de déport de l'ambulatoire vers la chirurgie conventionnelle (avec nuitées), qui reste stable.

La chirurgie conventionnelle ou traditionnelle (avec nuitées) est stable en 2022 avec 16 000 séjours chirurgicaux en moins, une très faible augmentation globale de la Durée Moyenne de Séjours (DMS) en hospitalisation traditionnelle, qui passe de 5.12 jours à 5.14 jours entre 2021 et 2022 et une très faible diminution du niveau de sévérité moyenne des séjours⁴ en hospitalisation traditionnelle, qui passe de 1.51 à 1.50 entre 2021 et 2022.



Il est à noter que sur les 4 dernières années, le taux de chirurgie ambulatoire a augmenté de plus de 4 points (58.54% en 2019 à 62.79% en 2022), la DMS globale en hospitalisation traditionnelle a diminué de 5.27 jours en 2019 à 5.14 jours en 2022, le niveau de sévérité moyen en hospitalisation traditionnelle est stable à 1.50.

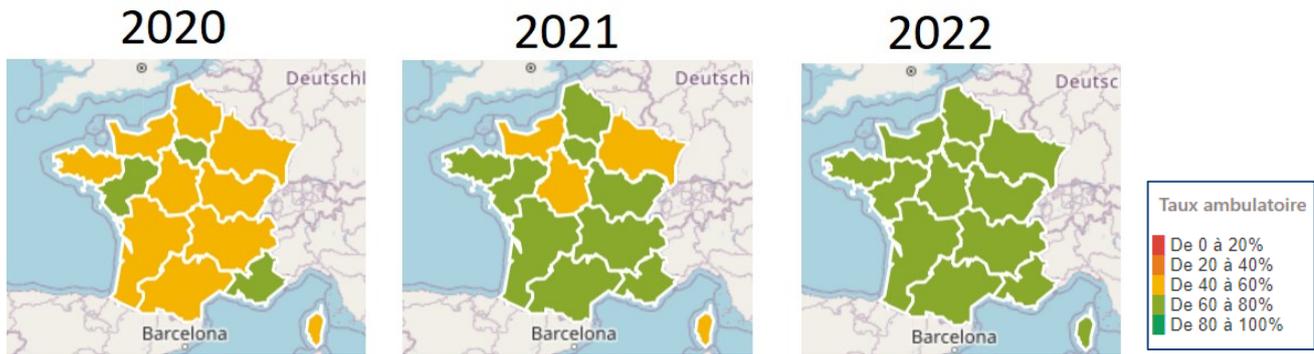
Le développement de la chirurgie ambulatoire ces 4 dernières années n'a donc pas entraîné globalement de phénomène de déport sur la chirurgie traditionnelle qui aurait consisté en une concentration en hospitalisation traditionnelle de patients plus « lourds » avec des durées de séjour plus longues (et mobilisant de ce fait même des besoins capacitaires et soignants plus importants). La conjonction simultanée du progrès technique (produits anesthésiques d'élimination plus rapide, techniques mini-invasives...), de l'amélioration des pratiques organisationnelles (chirurgie ambulatoire : flux courts, marche en avant...) et de l'amélioration des pratiques professionnelles (Récupération Améliorée Après Chirurgie : raccourcissement du jeûne préopératoire, changement de voie d'abord chirurgical, réduction de l'usage des drains et sondes...) conduit à optimiser les parcours patient, tant en ambulatoire qu'en conventionnel.

⁴ Les niveaux de sévérité des séjours en hospitalisation traditionnelle témoignent de la lourdeur des séjours, vont croissant de 1 à 4 et peuvent être assimilés à des comorbidités croissantes des patients.

Par équivalence, on peut assimiler les niveaux de sévérité avec les critères retenus par l'American Society of Anesthesiologists : niveau de sévérité 1 avec le critère ASA I (patient normal et en bonne santé), niveau de sévérité 2 avec ASA II (patient avec une maladie générale modérée), niveau de sévérité 3 avec ASA III stable (patient avec une maladie générale sévère, non invalidante et stabilisée) ; niveau de sévérité 4 avec ASA III instable (patient avec une maladie générale sévère, non invalidante mais instable) et ASA IV (patient avec une maladie générale invalidante mettant en jeu le pronostic vital du patient).

FOCUS REGIONAL

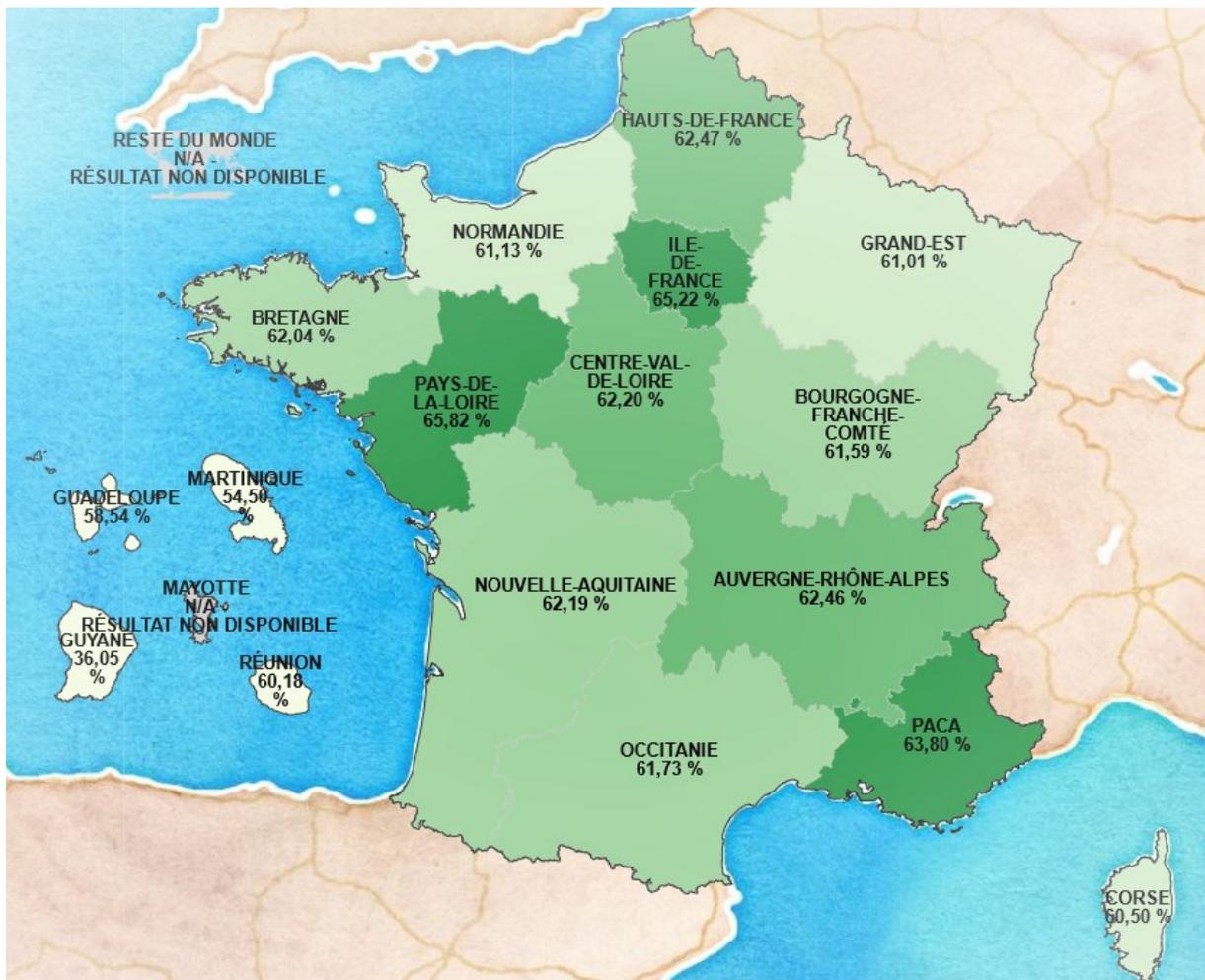
Toutes les régions de la France métropolitaine dépassent maintenant les 60% d'ambulatoire en 2022.



Les 4 dernières régions métropolitaines (Normandie, Centre Val de Loire, Grand est et Corse) qui n'atteignaient pas encore le taux ambulatoire de 60% en 2021 l'ont dépassé en 2022. Tout le territoire métropolitain est donc à plus de 60% d'ambulatoire.

Les deux premières régions ambulatoires proches des deux tiers d'activité ambulatoire sont Pays de Loire (65.82%) et Ile de France (65.22%), les deux dernières sont désormais Grand Est (61.01%) et Corse (60.5%).

Les Départements d'Outre-Mer ont des taux entre 36.05% pour la Guyane et 60.18% pour la Réunion.



Taux ambulatoire régional 2022/ Logiciel Géoclip

FOCUS CATEGORIES D'ETABLISSEMENTS

Les deux tiers de la chirurgie et les trois quarts de la chirurgie ambulatoire sont pris en charge dans le secteur privé, mais il existe un potentiel de développement ambulatoire dans les deux secteurs public et privé

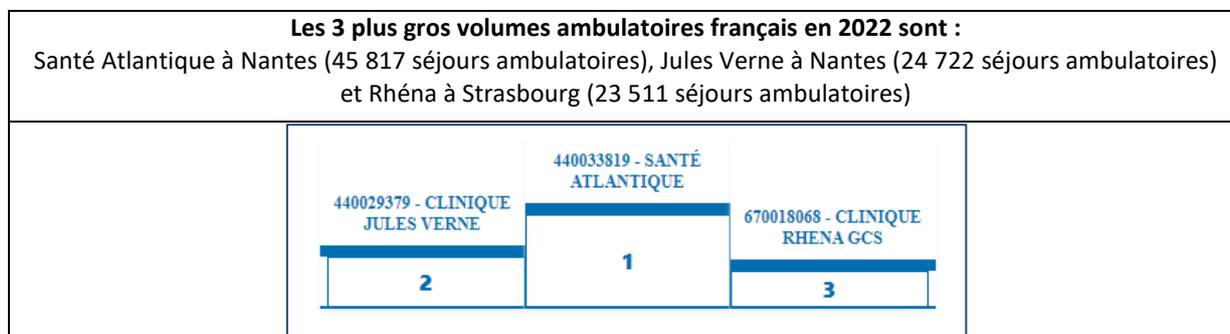
Les établissements publics (Centres Hospitaliers et Centres Hospitaliers Régionaux/Universitaires) ont pris en charge 2.2 millions de séjours chirurgicaux, un taux global de chirurgie ambulatoire de 46.65%, avec un potentiel de transfert ambulatoire estimé à 549 000 séjours. Ils ont une DMS globale de 6.49 jours et un niveau de sévérité moyenne de 1.65.

Les établissements privés (Cliniques privées, Espic et Centre de Lutte Contre le Cancer) ont pris en charge 4.15 millions de séjours chirurgicaux, un taux global de chirurgie ambulatoire de 71.33%, avec un potentiel de transfert ambulatoire estimé à 658 000 séjours. Ils ont une DMS globale de 3.81 jours et un niveau de sévérité moyenne de 1.36.

La répartition public/privé en 2022 est donc de 34.6% public/65.4% privé pour la chirurgie totale, 25.7% public / 74.3% privé pour l'ambulatoire et 45.5% public / 54.5% privé pour le potentiel ambulatoire total.

Effet concentration des plus gros producteurs ambulatoires, qui sont privés

Les 20% d'établissements les plus gros producteurs d'ambulatoire concentrent la moitié de la chirurgie ambulatoire française. Parmi ces 20%, les 100 plus gros producteurs ambulatoires sont des cliniques privées à but lucratif, sauf 8 établissements publics et 4 établissements privés non lucratifs.



Une maturité et un potentiel ambulatoires variables selon les catégories d'établissements

Catégorie	Taux ambulatoire 2022	Taux potentiel ambulatoire
CHU 2022	39,99 %	65 %
CH 2022	51,58 %	76,67 %
CLCC 2022	55,49 %	77,38 %
ESPIC 2022	63,59 %	82,02 %
CLINIQUES 2022	72,45 %	87,93 %

Les CHR/U ont pris en charge 944 K de séjours chirurgicaux avec un taux d'ambulatoire de 39.99% et un potentiel ambulatoire évalué à 65%. Leur performance ambulatoire médiane est de 22.05, alors qu'en conventionnel, leur durée de séjour moyenne est de 7.16 jours et leur sévérité moyenne de 1.7.

Les CH ont pris en charge 1.25 millions de séjours chirurgicaux avec un taux d'ambulatoire de 51.68% et un potentiel ambulatoire évalué à 76.67%. Leur performance ambulatoire médiane est de 19.5, alors qu'en conventionnel, leur durée de séjour moyenne est de 5.85 jours et leur sévérité moyenne de 1.61.

Les CLCC ont pris en charge 74.3 K de séjours chirurgicaux avec un taux d'ambulatoire de 55.49% et un potentiel ambulatoire évalué à 77.38%. Leur performance ambulatoire médiane est de 19.5, alors qu'en conventionnel, leur durée de séjour moyenne est de 5.1 jours et leur sévérité moyenne de 1.53.

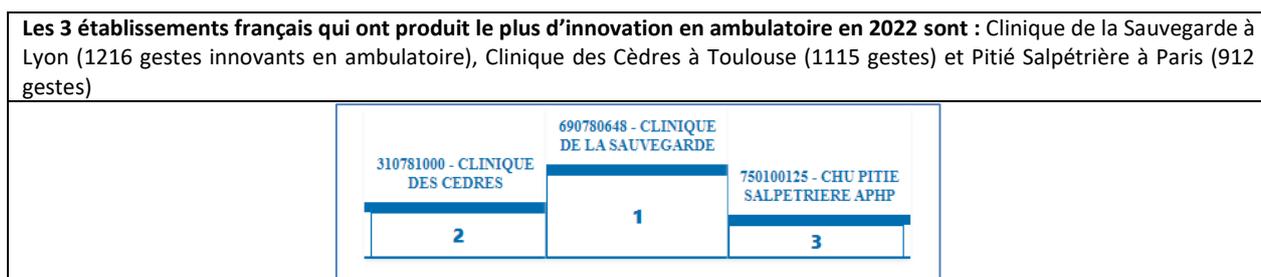
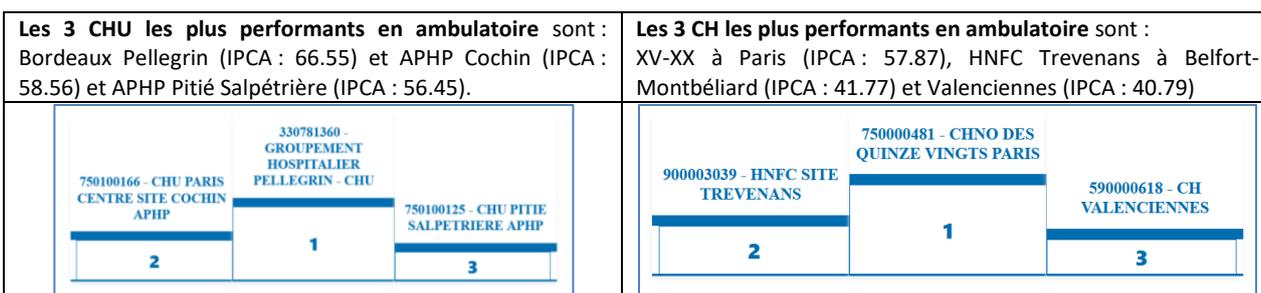
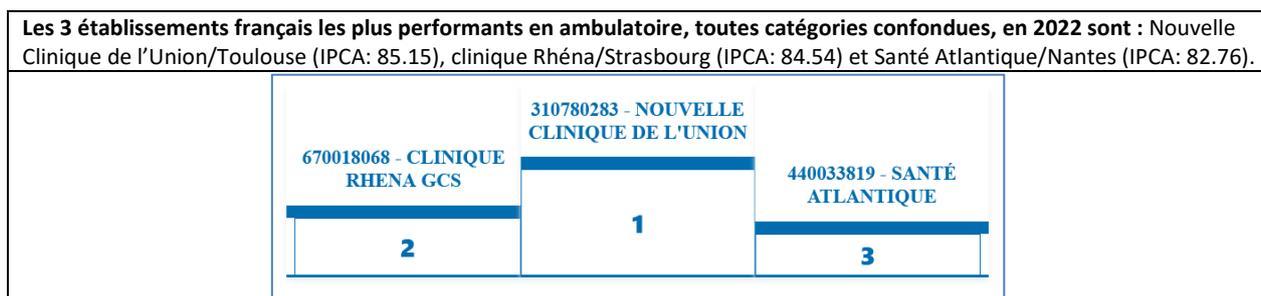
Les ESPIC ont pris en charge 382 K de séjours chirurgicaux avec un taux d'ambulatoire de 63.59% et un potentiel ambulatoire évalué à 70.5%. Leur performance ambulatoire médiane est de 26.14, alors qu'en conventionnel, leur durée de séjour moyenne est de 4.95 jours et leur sévérité moyenne de 1.54.

Les cliniques privées ont pris en charge 3.69 millions de séjours chirurgicaux avec un taux d'ambulatoire de 72.45% et un potentiel ambulatoire évalué à 87.93%. Leur performance ambulatoire médiane est de 31.98, alors qu'en conventionnel, leur durée de séjour moyenne est de 3.61 jours et leur sévérité moyenne de 1.33.

Les CHU sont les établissements qui ont le plus augmenté leur taux d'ambulatoire entre 2021 et 2022 avec +1.46 point, suivi des cliniques privées (+1.25 point), des ESPIC (+1.16), des CLCC (+1.04) et des CH (+0.94).

Les établissements français les plus performants en ambulatoire (selon l'Indicateur de Performance Ambulatoire - IPCA)

A l'exception des établissements très spécialisés comme les CLCC et les centres nationaux ophtalmologiques, qui sont mono- ou bi-disciplinaires, les établissements les plus performants en ambulatoire ont des case-mix ambulatoires larges⁵ ou très larges⁶, couvrant de nombreuses spécialités, à l'opposé de la perception souvent rapportée d'établissements qui seraient performants en ambulatoire du seul fait de leur mono- ou bi-disciplinarités.



⁵ Case-mix larges (5 spécialités couvrant au moins 80% de l'activité ambulatoire) : Nouvelle Clinique de l'Union, Rhéna, Santé Atlantique, GH Saint Joseph

⁶ Case-mix très larges (6 à 8 spécialités couvrant au moins 80% de l'activité ambulatoire) : CHU Pellegrin, Pitié Salpêtrière, HFNC Trevenans, Valenciennes, H. Européen Desbief Ambroise Paré

FOCUS SPECIALITES CHIRURGICALES

8.35 millions d'actes chirurgicaux CCAM ont été produits en 2022, dont 5 millions en ambulatoire (soit un taux d'ambulatoire pour les actes CCAM de 60%) et dont 1.6 million est potentiellement transférable en ambulatoire (soit un taux potentiel ambulatoire pour les actes CCAM de 79,2%).

La chirurgie de la tête et du cou ainsi que l'orthopédie/traumatologie sont majoritairement ambulatoires en 2022 et les plus fortes progressions ambulatoires sont l'ORL/cervico-facial et la chirurgie viscérale/digestive.

Les spécialités tête/cou sont ambulatoires (2/3 pour l'ORL/cervico-facial et 94% pour l'ophtalmologie) ; l'orthopédie et traumatologie est majoritairement ambulatoire (taux de 57%), suivi de la chirurgie viscérale et digestive (46.6%) et urologique (44,2%).

Les 2 plus gros volumes ambulatoires sont l'orthopédie/traumatologie (1.52 millions) et l'ophtalmologie (1.28 millions).

Les 2 plus grandes progressions ambulatoires entre 2021 et 2022 sont l'ORL/cervico-facial (+2.76 point par rapport à 2021) et la chirurgie viscérale et digestive (+1.6 point).

Trois superfamilles d'actes ont franchi des seuils d'activité ambulatoire dans 2 spécialités (ORL/cervico-facial et viscéral/digestif): pédiatrie majoritaire en ORL/cervico-facial (avec seuil franchi de 80% d'ambulatoire), la chirurgie de la paroi (avec seuil franchi de 60%) et la chirurgie des voies biliaires, vésicule biliaire et foie (avec seuil franchi de 40%) dans la chirurgie viscérale et digestive.

Spécialité	Taux ambulatoire 2022	Taux potentiel ambulatoire
UROLOGIE	44,19 %	73,01 %
VISCERAL/DIGESTIF	46,6 %	70,73 %
ORTHOPEDIE/TRAUMATOLOGIE	56,8 %	78,56 %
ORL/CERVICO-FACIAL	65,9 %	85,43 %
OPHTHALMOLOGIE	93,9 %	99,45 %

Pour la chirurgie conventionnelle, des évolutions variables selon les spécialités.

Les durées moyennes de séjour (DMS) par spécialité ont depuis 4 ans diminué fortement pour l'urologie (de 5.13 j à 4.68 j) et la chirurgie viscérale/digestive (de 7.86 j à 7.56 j), légèrement pour l'orthopédie/traumatologie (de 5.89 j à 5.86 j). Les DMS ont légèrement augmenté pour l'ORL (de 4.16 j à 4.2 j) et un peu plus pour l'ophtalmologie (de 1.97 j à 2.11 j).

Leurs niveaux de sévérité ont depuis 4 ans diminué pour l'urologie (de 1,534 à 1,499) et pour la chirurgie viscérale/digestive (de 1,753 à 1.749) et augmenté pour l'ophtalmologie (de 1,08 à 1,098), l'orthopédie/traumatologie (de 1,517 à 1,534) et l'ORL/cervico-facial (de 1,302 à 1,319).

Baisses des durées de séjour et des niveaux de sévérité vont de pair pour les chirurgies urologique et viscérale/digestive, alors que l'évolution est inverse pour la chirurgie de la tête et du cou.