

VISUCHIR



VISUCHIR
Établissement



VISUCHIR
SPÉCIALITÉS



VISUCHIR
RÉGIONS

RESUME

Les 3 outils VISUCHIR ont été mis à jour en juillet 2025 à partir des bases PMSI et CCAM de l'année 2024¹.

Le volume chirurgical a trop faiblement augmenté en 2024 (+1,9%) pour combler totalement le retard dû aux déprogrammations chirurgicales liées à la crise COVID. Le déficit d'interventions chirurgicales reste donc de 1,48 millions de séjours fin 2024.

Cette faible augmentation d'activité chirurgicale se caractérise par une très faible progression de l'ambulatoire à 64,5 % (+0,7 point en 2024 par rapport à 2023, soit 2,6 fois moins qu'avant le COVID) et une stabilité de la chirurgie conventionnelle (alors que son volume annuel diminuait régulièrement avant le COVID). La physiologie du développement ambulatoire a ainsi changé depuis la crise COVID : son développement n'est plus porté que par les nouveaux patients. Il n'y a plus de substitution du conventionnel vers l'ambulatoire, alors que son concept a toujours été basé sur les caractères « qualifié et substitutif ».

1,28 millions d'interventions restent potentiellement transférables en ambulatoire pour atteindre le taux cible potentiel de 83,2% calculé par VISUCHIR à partir des meilleures pratiques ambulatoires françaises. Au rythme actuel de progression ambulatoire observée depuis 2 ans, il faudra attendre 2046 pour rejoindre ce taux et 2043 pour rejoindre le taux cible de 80% préconisé par le Haut Conseil de la Santé Publique, la Cour des Comptes et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

En hospitalisation conventionnelle, les durées moyennes de séjour continuent de baisser, mais les comorbidités patients augmentent légèrement en 2024 par rapport à la baisse régulière observée les années antérieures.

En chirurgie ambulatoire, l'innovation vers des prises en charge « plus complexes » est surtout portée par les établissements de référence.

Les taux de ré-hospitalisation à 30 jours sont toujours moindres en chirurgie ambulatoire. Sur les 8,9 millions d'actes chirurgicaux réalisés en 2024, 8,8 % sont suivis d'une ré-hospitalisation dans les 30 jours. La chirurgie ambulatoire a 2,7 fois moins de ré-hospitalisation que la chirurgie conventionnelle. 16,1% de ces ré-hospitalisations dans les 30 jours entre par les urgences, 32,6% passe par le bloc opératoire et 1,38% décède.

Les régions françaises ont des augmentations annuelles de leurs volumes chirurgicaux comprises entre 0,9% et 2,7%, hors Corse et Outre-Mer. Pays de Loire reste la première région ambulatoire avec un taux ambulatoire de 68,1% en 2024. La région Hauts-de-France est celle qui ré-hospitalise le plus dans les 30 jours (9,9%), alors que Centre Val-de-Loire ré-hospitalise le moins (7,8%), soit 2,1 points de différence. Ce différentiel est plus marqué en chirurgie conventionnelle (4 points) qu'en ambulatoire (1 point).

En 2024, le secteur de statut privé (cliniques privées, CLCC et ESPIC) détient 65,3% des parts de marché chirurgicales globales et 74% des parts de marché chirurgicales ambulatoires. Les cliniques privées restent les premiers offreurs de soins chirurgicaux en France avec respectivement 58,1% des parts de marché chirurgicales totales et 66,8% des parts ambulatoires, loin devant les Centres Hospitaliers (respectivement 19,8% et 16,3%) et les Centres Hospitaliers Universitaires (14,8% et 9,6%). Les cliniques privées s'approchent des trois quarts de pratiques ambulatoires et conservent le plus gros potentiel ambulatoire.

La clinique Santé Atlantique (Nantes) est le 1^{er} établissement chirurgical français en volume global (58 000 séjours en 2024) et volume ambulatoire (50 000 séjours), le 2^{ème} en performance ambulatoire (Indicateur de Performance Chirurgie Ambulatoire : 80,2) avec un taux très élevé de chirurgie ambulatoire (85,6% avec un case-mix large), des durées de séjour en conventionnel très courtes (DMS à 3,1 jours) et des ré-hospitalisations moindres que la moyenne nationale (Indice Global de Ré-hospitalisation 30 jours à 0,91).

Mais, alors que le secteur privé augmentait ses parts de marché de 2 points entre 2019 et 2023, il perd 0,5 point en 2024, tant sur la chirurgie totale qu'ambulatoire. Les CHU observent en 2024 la plus forte progression ambulatoire.

Les cliniques privées ré-hospitalisent moins dans les 30 jours que les autres catégories d'établissements, à case-mix et volume standardisés.

La prédominance globale du secteur privé (lucratif et non lucratif) se retrouve aussi au niveau de chacune des principales spécialités chirurgicales : en 2024, les parts de marché du secteur privé sont comprises entre 56% et 76% pour les six principales spécialités.

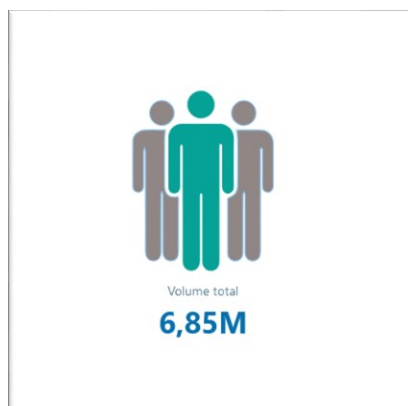
La répartition des spécialités chirurgicales selon leur pratique ambulatoire reste inchangée en 2024 : chirurgie de la tête et du cou (assimilable à de l'ambulatoire quasi-exclusif), orthopédie/traumatologie et gynéco/obstétrique (très majoritairement ambulatoire), chirurgie viscérale/digestive et urologie (proches du seuil des 50% ambulatoires). Les deux plus fortes progressions ambulatoires en 2024 restent les mêmes qu'en 2023 : ORL/cervico-facial et chirurgie viscérale/digestive.

En chirurgie conventionnelle, les durées moyennes de séjour continuent de baisser dans toutes les spécialités. Les comorbidités/niveaux de sévérité sont globalement en hausse.

Selon les spécialités, les taux de ré-hospitalisation à 30 jours varient entre 5,5% et 17,3% avec une augmentation entre 0,1 et 0,7 point depuis 2023. Dans toutes les spécialités, l'ambulatoire ré-hospitalise toujours moins que le conventionnel dans des proportions importantes.

¹ Pour plus d'information, consultez la page <https://aidevisuchir.suadeo.fr/> qui met à disposition guide d'utilisation, mode d'emploi, éléments méthodologiques...

Le volume chirurgical a faiblement augmenté en 2024. Le retard dû aux déprogrammations chirurgicales liées au COVID persiste avec un déficit d'interventions chirurgicales fin 2024 de 1,48 millions de séjours.



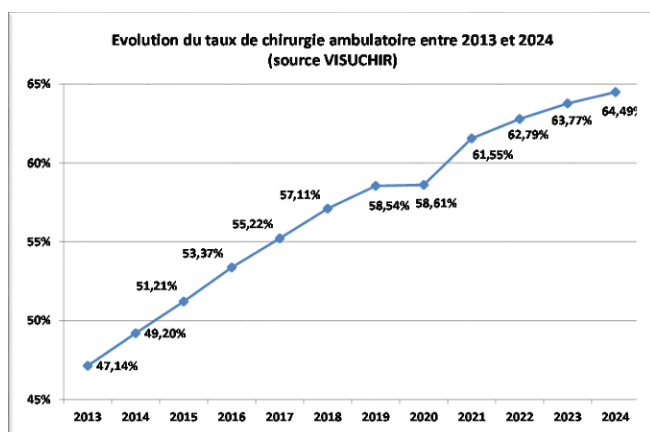
L'augmentation d'activité chirurgicale entre 2023 et 2024 n'a été que de 1,9%, soit le tiers de celle observée entre 2022 et 2023.

Le volume chirurgical total en 2024 est de 6,85 millions de séjours. Il n'a pas encore comblé son retard lié à la crise COVID, puisque le total cumulé des cinq dernières années (2020 à 2024) est de 31,47 millions d'interventions chirurgicales contre un attendu de 32,95 millions d'interventions chirurgicales, en prenant en compte un tendanciel de 72 000 nouvelles interventions chirurgicales annuelles (basées sur la moyenne d'augmentation annuelle d'activité constatée entre 2013 et 2019).

Le déficit cumulé sur 5 ans est encore d'1,48 millions de séjours chirurgicaux fin 2024.

Cette faible augmentation d'activité chirurgicale se caractérise par une très faible progression de l'ambulatoire à 64,5 % (+ 0,7 point en 2024, soit une augmentation annuelle divisée par 2,6 par rapport à la période pré-COVID) et une stabilité de la chirurgie conventionnelle.

La physionomie du développement ambulatoire a changé depuis la crise COVID : son développement n'est plus porté que par les nouveaux patients, il n'y a plus de substitution de la chirurgie conventionnelle.



En 2023, la chirurgie ambulatoire s'était caractérisée par sa plus faible progression annuelle depuis 15 ans, hors COVID 2020.

2024 voit s'accélérer le ralentissement de sa progression ambulatoire avec un taux ambulatoire national de 64,49%.

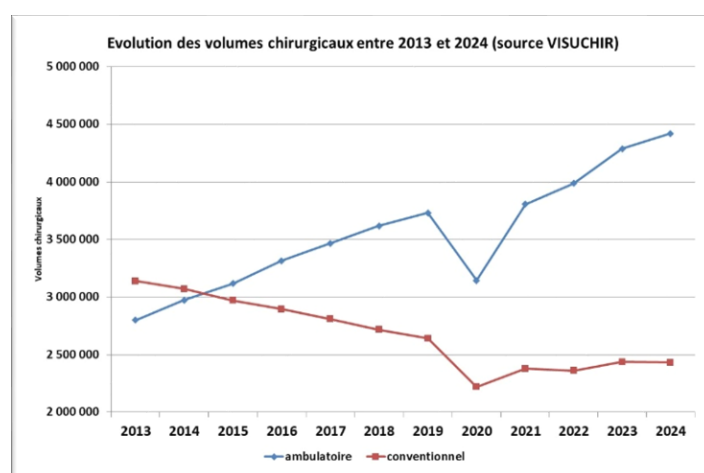
L'augmentation n'est donc plus que de 0,73 point entre 2023 et 2024, soit 2,6 fois moins que celle observée annuellement avant le COVID (progression annuelle moyenne de 1,9 point entre 2013 et 2019).

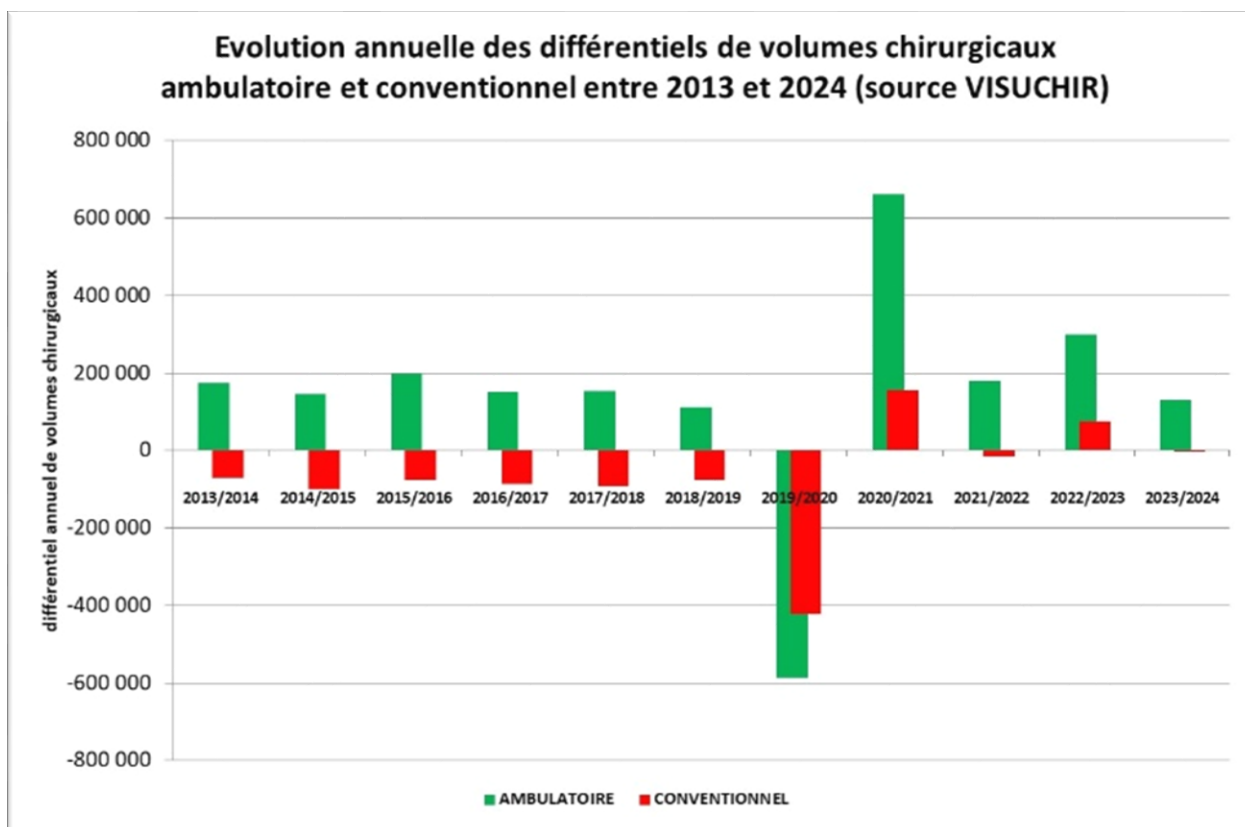
4,4 millions de séjours ambulatoires ont été réalisés en 2024. Le volume de chirurgie conventionnelle est stable à 2,43 millions de séjours.

La physionomie du développement ambulatoire change. Depuis la crise COVID, le développement de la chirurgie ambulatoire n'est plus porté par la substitution d'hospitalisation conventionnelle vers l'ambulatoire.

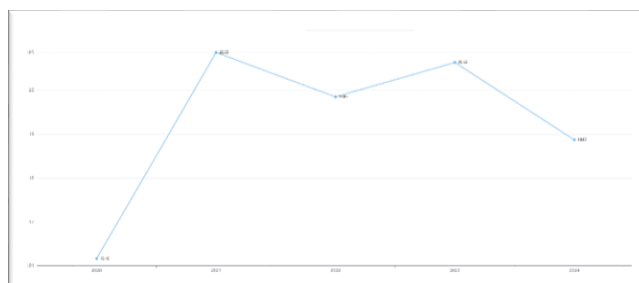
Avant la crise COVID, l'augmentation des volumes ambulatoires résultait à la fois de la substitution d'une partie de la chirurgie conventionnelle (qui, en conséquence, diminuait annuellement en volume) et de nouveaux patients.

Après la crise COVID, l'augmentation des volumes ambulatoires n'est plus portée que par les nouveaux patients, le volume de chirurgie conventionnelle est soit stable (2022 et 2024), soit en augmentation (2021 et 2023).





Ce ralentissement ambulatoire depuis 3 ans s'accompagne d'une baisse de la valeur médiane de l'IPCA² de 20,85 en 2021 à 19,02 en 2024, traduisant globalement une décélération de la performance ambulatoire.



² Indicateur de Performance de Chirurgie Ambulatoire

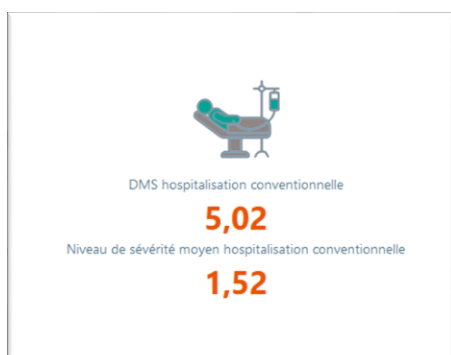
Après avoir fortement augmenté entre 2022 et 2023, le potentiel ambulatoire augmente encore à 1,28 millions d'interventions transférables pour atteindre 83,2%. Au rythme actuel de progression ambulatoire, il faudra attendre 2043 pour rejoindre le taux cible de 80% et 2046 pour celui de VISUCHIR.

VISUCHIR estime en 2024 un taux potentiel ambulatoire à 83,2%, soit 1,28 millions de séjours conventionnels transférables (+ 17 000 entre 2023 et 2024), potentiel calculé à partir des 20% meilleures pratiques ambulatoires françaises constatées en 2024. Au rythme annuel moyen de progression ambulatoire observé depuis 2 ans, il faudra attendre 2046 pour atteindre ce taux de 83,2% d'ambulatoire.

Cette estimation s'aligne sur les préconisations du taux cible de 80% de chirurgie ambulatoire du Haut Conseil de la Santé Publique³, du guide ANAP/AFCA/SFAR⁴, de la Cour des Comptes⁵ et de l'Assurance Maladie⁶. Au rythme annuel moyen de progression ambulatoire observé depuis 2 ans, il faudra attendre 2043 pour atteindre le taux cible de 80% d'ambulatoire.



En hospitalisation conventionnelle, les durées moyennes de séjour continuent de baisser, mais les comorbidités patients augmentent légèrement.

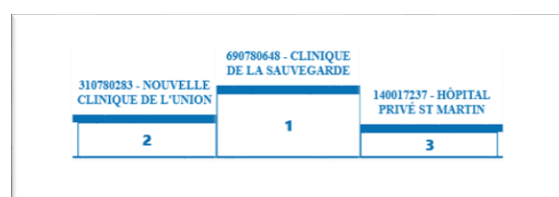


Au niveau de la chirurgie conventionnelle, les durées moyennes de séjour continuent à baisser de 5,32 jours en 2020 à 5,02 jours en 2024. Cette baisse de la DMS peut s'expliquer par des facteurs multiples : progrès techniques et organisationnels, développement de la Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC)....

On note une légère augmentation des comorbidités patients en 2024 : le niveau de sévérité moyen augmente légèrement de 1,503 en 2023 à 1,516 en 2024 (échelle de 1 à 4), après avoir baissé de 2020 à 2023.

En chirurgie ambulatoire, l'innovation vers des prises en charge « plus complexes » est surtout portée par les établissements de référence (plus de 30 innovations ambulatoires/mois en moyenne).

L'innovation ambulatoire est calculée à partir des actes chirurgicaux dont le taux ambulatoire national est inférieur à 20%. En 2024, les cinq établissements français qui font le plus d'innovation ambulatoire sont par ordre décroissant : Clinique de la Sauvegarde (Rhône), Nouvelle Clinique de l'Union (Haute Garonne), Hôpital privé Saint Martin (Calvados), Pitié Salpêtrière (Paris) et CHU Pellegrin Bordeaux (Gironde). Ils pratiquent entre 1000 et 1300 séjours ambulatoires innovants.



La distribution des établissements selon leur innovation ambulatoire apparaît très hétérogène, puisque la moitié des établissements français réalise en moyenne moins de 4 innovations ambulatoires/mois, alors que les 25% les plus innovants en font en moyenne plus de 10/mois et les 38 premiers établissements dits « de référence » plus de 30/mois. Cette distribution asymétrique augmente dans le temps, puisqu'entre 2021 et 2024, la médiane nationale (qui sépare les établissements en deux moitiés égales) est totalement stable à 48 innovations/an, alors que la moyenne (qui est sensible aux extrêmes) est passée de 85 innovations/an à 96 innovations/an. Les établissements « de référence » qui tirent l'innovation ambulatoire française ont augmenté leur volume ambulatoire innovant de 26% en moyenne entre 2021 et 2024.

³ Préconisation n°5 « atteindre 80% de chirurgie ambulatoire », Rapport HCSP sur le virage ambulatoire de juin 2021

⁴ « Objectif 80% de chirurgie ambulatoire », Guide ANAP/AFCA/SFAR, septembre 2024, anap.fr

⁵ Proposition n°8 « augmenter les taux d'activité ambulatoire de 60% à 80% pour la chirurgie », Note de synthèse ONDAM, Cour des Comptes, avril 2025

⁶ Proposition n°18 « Définir un plan opérationnel pour atteindre l'objectif de 80 % de taux de chirurgie ambulatoire », Rapport au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2026 (loi du 13 août 2004), juillet 2025

Les indicateurs de qualité de VISUCHIR (taux de ré-hospitalisation) sont toujours en faveur de la chirurgie ambulatoire. Sur les 8,9 millions d’actes chirurgicaux réalisés en 2024, 8,8 % sont suivis d’une ré-hospitalisation dans les 30 jours. La chirurgie ambulatoire a 2,7 fois moins de ré-hospitalisation que la chirurgie conventionnelle.

En 2024, les taux globaux de ré-hospitalisation dans les 30 jours sont de 8,82% avec un taux de 5,33% pour la chirurgie ambulatoire et un taux de 14,49% pour la chirurgie conventionnelle, soit 2,7 fois moins en ambulatoire qu’en conventionnel.

Taux de rehospitalisation cumulée (%)			
	3 jours	7 jours	30 jours
ambulatoire	0,52 %	1,40 %	5,33 %
conventionnel	1,79 %	4,28 %	14,49 %
Total général	1,00 %	2,50 %	8,82 %

16,1% de ces ré-hospitalisations dans les 30 jours entre par les urgences, 32,6% passe par le bloc opératoire et 1,4% décède.



Les 8, 9 millions d’actes CCAM réalisés et chainés⁷ en 2024 ont fait l’objet d’une ré-hospitalisation pour environ 785 000, dont :

- 16,09% sont entrés par les urgences ou passés en réanimation,
- 32,59% sont passés au bloc opératoire
 - soit une reprise chirurgicale de l’acte initial,
 - soit un acte chirurgical indépendant,
- NB : le différentiel à 100% correspond à des ré-hospitalisations médicales
- 1,37% sont décédés.

Ces chiffres sont stables par rapport à 2023.

⁷ La différence entre les 9,09 millions d’actes produits en 2024 et les 8,91 millions d’actes produits et chainés en 2024 résulte de la construction méthodologique : tous les séjours ne peuvent être chainés autour d’un identifiant unique patient et la nécessité de prendre en compte les effets de « bord » liés aux 30 jours (base constituée de décembre 2023 à janvier 2025).

Entre 2023 et 2024, les régions françaises ont des augmentations de leurs volumes chirurgicaux variant entre 0,9% et 2,7%, hors Corse et Outre-Mer.

Cinq régions dépassent les 2% d'augmentation de leurs volumes chirurgicaux entre 2023 et 2024 : Corse (+5,5%), Centre-Val de Loire et Nouvelle Aquitaine (+2,7%), PACA (+2,2%) et Occitanie (+2,1%).

A l'autre bout du spectre, Bourgogne-Franche-Comté (+0,9%), Hauts-de-France (+1,1%) et Pays de la Loire (+1,2%) observent les plus faibles augmentations d'activité chirurgicale.

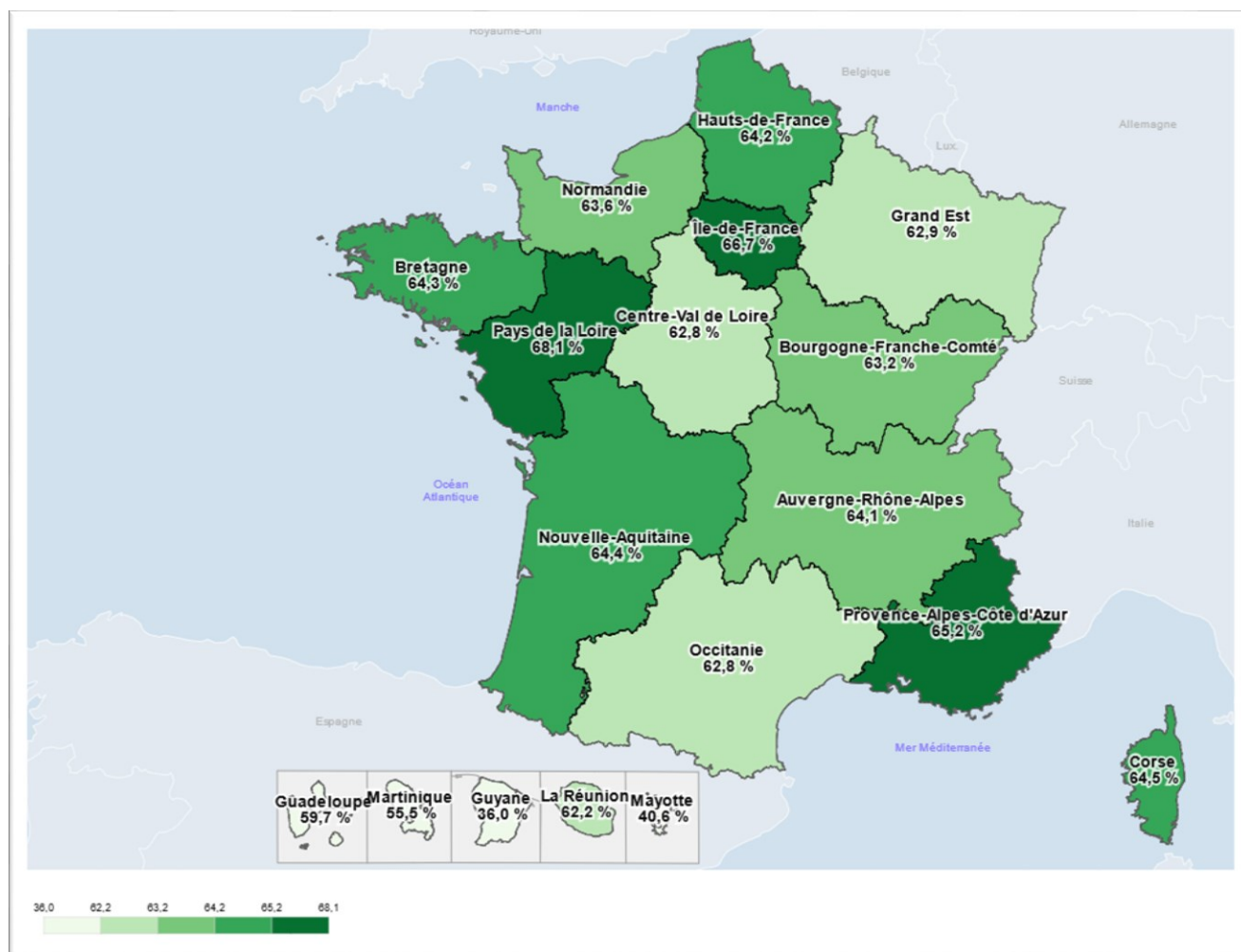
Les DROM COM ont des évolutions contrastées entre 2023 et 2024 : Martinique (+7,6%), Guadeloupe (+5,3%), Réunion (+2,9%), Guyanne (-2,3%), Mayotte (-2,6%) et Saint Pierre et Miquelon (-8,9%).

Pays de Loire reste la première région ambulatoire avec un taux ambulatoire de 68,1% en 2024.

En métropole, 5,3 points séparent toujours la région la plus en avance en ambulatoire (Pays de Loire avec un taux ambulatoire de 68,1%) des régions les plus en retard (Centre-Val de Loire et Occitanie avec 62,8%).

Les deux plus importantes hausses du taux ambulatoire entre 2023 et 2024 concernent les régions Corse (+1,6 point) et Normandie (+1,5 point) et les plus faibles augmentations, les régions Bourgogne Franche Comté et Occitanie (+0,5 point).

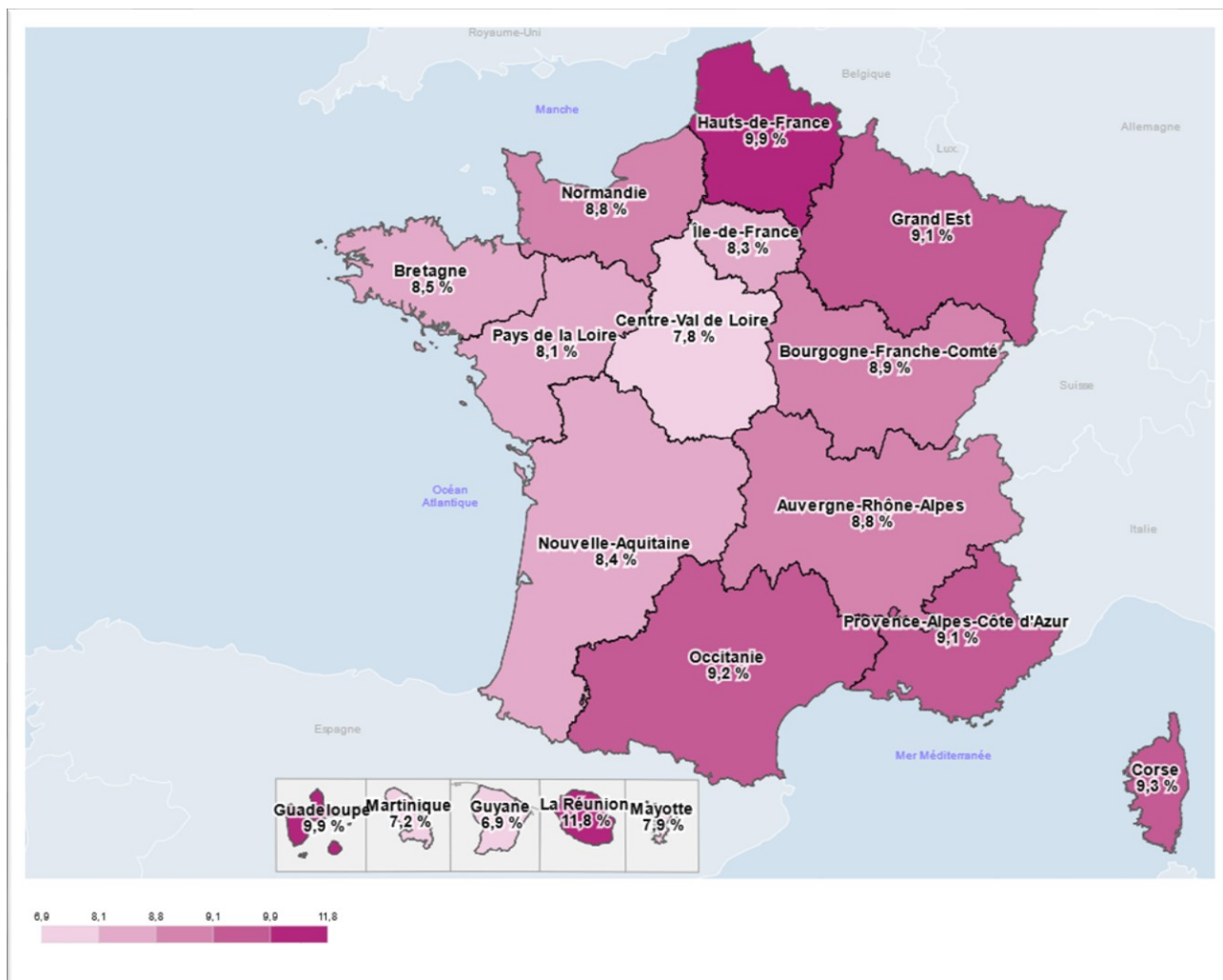
Taux ambulatoire selon les régions VISUCHIR 2024 / logiciel Géoclip



En métropole, 2,1 points séparent la région Hauts-de-France qui a le taux de ré-hospitalisation dans les 30 jours le plus élevé (9,9%) de la région Centre-Val-de-Loire avec le taux le plus bas (7,8%).

Le différentiel est plus marqué en chirurgie conventionnelle (4 points) qu'en ambulatoire (1 point).

Taux de ré-hospitalisation global dans les 30 jours VISUCHIR 2024/ Géoclip



La carte des ré-hospitalisation dans les 30 jours retrouve des taux plus bas dans l'Ouest et le Centre de la France que dans l'Est, le Sud-est et le Nord.

Le différentiel des taux de ré-hospitalisations entre les régions est beaucoup plus étroit pour l'ambulatoire que pour le conventionnel : 1 point pour l'ambulatoire versus 4 points pour le conventionnel sépare les deux régions extrêmes avec Hauts-de-France qui a le plus haut taux et Centre-Val-de-Loire le plus bas taux.

FOCUS CATEGORIES D'ETABLISSEMENTS

En 2024, le secteur de statut privé (cliniques privées, CLCC et ESPIC) a 65,3% des parts de marché chirurgicales globales et 74% des parts de marché chirurgicales ambulatoires.

Les cliniques privées restent les premiers offreurs de soins chirurgicaux en France avec respectivement 58,1% des parts de marché chirurgicales totales et 66,8% des parts ambulatoires, loin devant les Centres Hospitaliers (respectivement 19,8% et 16,3%) et les Centres Hospitaliers Universitaires (14,8% et 9,6%).

Mais, alors que le secteur privé augmentait ses parts de marché de 2 points entre 2019 et 2023, il perd 0,5 point en 2024, tant sur la chirurgie totale qu'ambulatoire.



Les établissements publics (Centres Hospitaliers et Centres Hospitaliers Régionaux/Universitaires) ont en 2024 pris en charge 2,37 millions de séjours chirurgicaux, un taux global de chirurgie ambulatoire de 48,3%, avec un potentiel de transfert ambulatoire estimé à 597 000 séjours. La médiane de l'Indicateur de Performance de Chirurgie Ambulatoire (IPCA) est de 14,46. Ils ont une DMS globale de 6,38 jours et un niveau moyen de sévérité de 1,68.

Les établissements privés (Cliniques privées, ESPIC et Centre de Lutte Contre le Cancer) ont en 2024 pris en charge 4,48 millions de séjours chirurgicaux, un taux global de chirurgie ambulatoire de 73,1%, avec un potentiel de transfert ambulatoire estimé à 686 000 séjours. La médiane de l'IPCA est de 24,77. Ils ont une DMS globale de 3,64 jours et un niveau moyen de sévérité de 1,35.



Les parts de marché chirurgicales totales en 2024 sont donc de 65,3% pour le privé et de 34,7% pour le public. Pour la chirurgie ambulatoire, elles sont de 74% pour le privé et de 26% pour le public. Le potentiel ambulatoire français en 2024 est réparti entre le privé (53,5%) et le public (46,5%).

Les cliniques privées s'approchent des trois quarts de pratiques chirurgicales ambulatoires et conservent le plus gros potentiel ambulatoire. Mais les CHU observent en 2024 la plus forte progression ambulatoire.

Les rangs des taux ambulatoires ne changent pas avec les cliniques privées au 1^{er} rang et les CHR/U au dernier rang.

Les CHU observent la plus forte progression du taux ambulatoire entre 2023 et 2024 avec + 1 point, suivis des cliniques privées (+0,9 point), des CH (+0,7 point), des CLCC (+0,6 point) et des ESPIC (+0,2 point).

Les plus importants volumes potentiels ambulatoires restent au niveau des cliniques privées avec 592 000 séjours potentiellement transférables (taux potentiel : 89,1%), suivies des CH avec 340 000 séjours potentiels transférables (taux potentiel : 78,2%), puis des CHR/U avec 256 000 (taux potentiel : 67,1%).

Catégorie juridique	Taux ambulatoire 2024	Taux potentiel ambulatoire
CHU 2024	41,9 %	67,1 %
CH 2024	53,1 %	78,2 %
CLCC 2024	57,2 %	78,2 %
ESPIC 2024	65,1 %	83,4 %
CLINIQUES 2024	74,2 %	89,1 %

Les cliniques privées prédominent dans le paysage chirurgical français tant en chirurgie totale qu'en ambulatoire. Les établissements référents à gros volume concentrent les pratiques ambulatoires.

La clinique Santé Atlantique (Nantes) est le 1^{er} établissement chirurgical français, cumulant la 1^{ère} place à la fois en volume chirurgical total (58 000 séjours en 2024) et en volume ambulatoire (50 000 séjours), un taux très élevé de chirurgie ambulatoire avec un case-mix large (taux de 85,6%), la 2^{ème} performance française ambulatoire (Indicateur de Performance Chirurgie Ambulatoire de 80,2) des durées de séjour en conventionnel très courtes (Durées Moyennes de Séjours à 3,1 jours, dans les 25% d'établissements français les plus bas) et des ré-hospitalisations moindres que la moyenne nationale (Indice Global de Ré-hospitalisation 7 jours à 0,92 et 30 jours à 0,91).

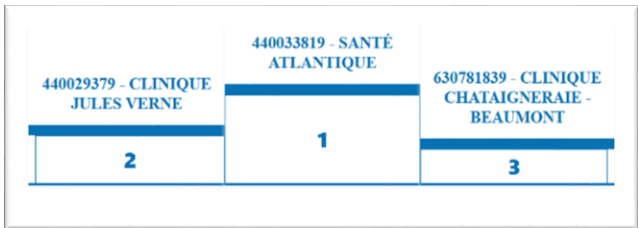
Les 10 premiers établissements français en volume chirurgical sont des cliniques privées, sauf un CHU. Les 10 premiers établissements français en volume chirurgical ambulatoire sont des cliniques privées, sauf un ESPIC. Ce sont les mêmes établissements pour sept d'entre eux.

Les 40 premiers établissements français en volume chirurgical sont des cliniques privées à 62,5% et des CHU à 30%, plus un CH et deux ESPIC. Les 40 premiers établissements français en volume chirurgical ambulatoire sont tous des cliniques privées, sauf deux CHU, un CH et un ESPIC.

Les 100 premiers établissements français en volume chirurgical sont des cliniques privées à 67% et des CHU à 23%. Les 100 premiers établissements français en volume chirurgical ambulatoire sont des cliniques privées à 88%.

Les 5% d'établissements les plus gros producteurs d'ambulatoire (soit 48 sites chirurgicaux) concentrent toujours 20% de la chirurgie ambulatoire française et les 20% des plus gros producteurs en concentrent 50%.

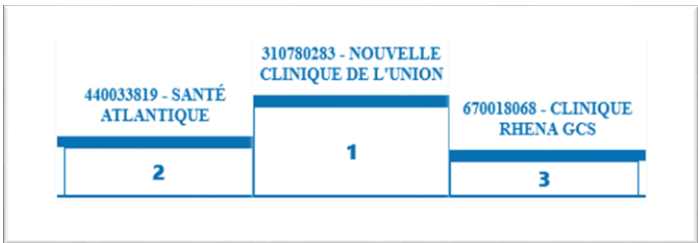
Palmarès volume ambulatoire



Le podium en volume ambulatoire est inchangé en 2024 avec les deux cliniques nantaises (Santé Atlantique et Jules Verne) aux 1^{ère} et 2^{ème} places suivies de la clinique Chataigneraie-Beaumont (Clermont Ferrand) à la 3^{ème} place.

Le podium de la performance ambulatoire (IPCA) est lui aussi inchangé avec Nouvelle Clinique de l'Union (Toulouse), Santé Atlantique (Nantes) et Rhéna (Strasbourg).

Palmarès performance ambulatoire



Les durées de séjour en chirurgie conventionnelle ne semblent pas corrélées aux niveaux de sévérité.

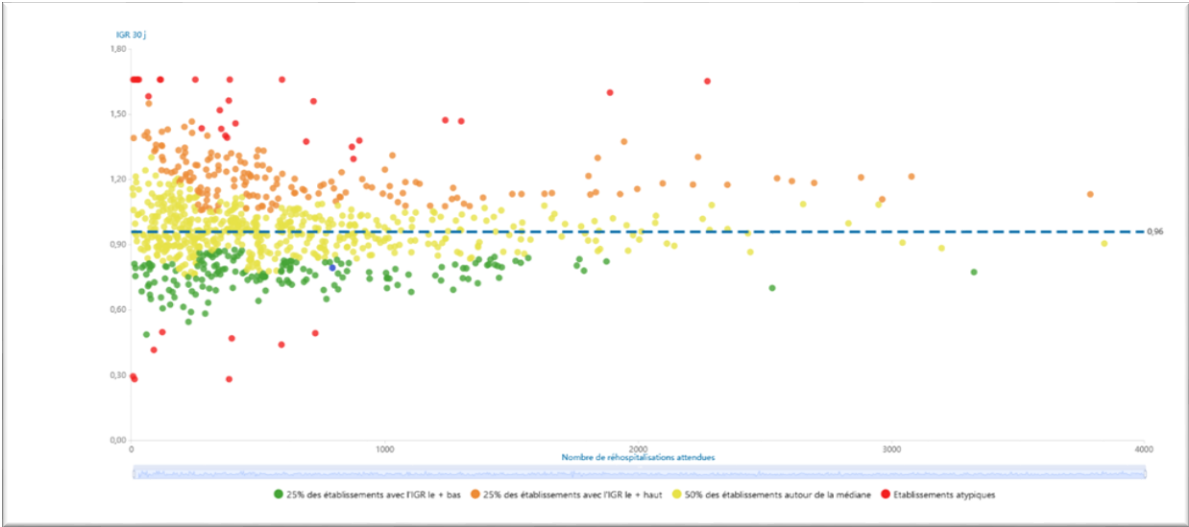
Hospitalisation conventionnelle		
Catégories juridiques	Durée moyenne de Séjour	Niveau de sévérité moyen
CHR/U	7,08	1,73
CH	5,73	1,63
CLCC	5,03	1,53
ESPIC	4,74	1,56
Cliniques privées	3,44	1,32

Pour la chirurgie conventionnelle, la moyenne des durées de séjour est de 6,38 pour le public et de 3,64 pour le privé, le niveau moyen de sévérité est de 1,68 pour le public et de 1,35 pour le privé (cf. détail tableau gauche). Logiquement les durées de séjour devraient être fortement corrélées aux niveaux de sévérité, ce qui ne semble pas le cas puisque le différentiel public/privé des durées de séjour est trois fois supérieur au différentiel des niveaux de sévérité⁸.

⁸ Dans le modèle de Robert Fetter basés sur les « Diagnostics Related Groups (DRG) » à l'origine du PMSI français, la principale variable explicative des coûts des séjours hospitaliers est la durée de séjour.

Les cliniques privées ré-hospitalisent moins dans les 30 jours que les autres catégories d'établissements à case-mix et volumes standardisés.

Funnel plot des Indices Globaux de Réhospitalisation à 30 jours en 2024



Au niveau du funnel plot, les établissements qui ré-hospitalisent le plus, à case-mix et volume comparables, sont de couleur orangé (25% d'établissements ayant les IGR-Indices Global de Réhospitalisation- les plus hauts) ou rouge (atypique/outlier hauts). Ils correspondent à ceux qui potentiellement ont le plus de complications post-opératoires. A l'opposé, les établissements de couleur verte sont les 25% d'établissements qui ré-hospitalisent le moins.

On observe une césure entre les cliniques privées et les autres établissements en terme de ré-hospitalisations. Pour les CHU, il y a 4 fois plus de sites qui sont en point rouge/orangé (25% d'établissements qui ré-hospitalisent le plus) qu'en points verts (25% qui ré-hospitalisent le moins). Pour les CLCC, il y a proportionnellement 7 fois plus de rouge/orangé; pour les ESPIC, 3,7 fois plus de rouge/orangé ; pour les Centres Hospitaliers, 1,6 fois plus de rouge/orangé. Alors qu'inversement pour les cliniques privées, il y a 2,5 fois moins de sites en points rouges/orangés qu'en points verts. Dans les établissements rouge/orangé, on retrouve 44% des sites des CHU, 42% des sites des CLCC, 25% des sites des ESPIC, 23% des sites des CH et 13% des sites des cliniques privées.

Mais cette césure est globale, car dans toutes les catégories juridiques, il existe des établissements plus « vertueux » que d'autres en terme de moindre ré-hospitalisation, comme le montre la liste des 17 établissements cumulant à la fois les plus gros volumes chirurgicaux français et les plus faibles ré-hospitalisations à case-mix comparables.

Les 17 établissements français ayant les plus gros volumes chirurgicaux français et réhospitalisant le moins à 30 jours

finess géographique	libellé géographique	catégorie juridique	finess géographique	libellé géographique	catégorie juridique
900003039	HÔPITAL NORD FRANCHE COMTE SITE TREVENANS	CH	140016759	POLYCLINIQUE DU PARC	Cliniques privées
370004467	CHRU TROUSSEAU - CHAMBRAY	CHR/U	140017237	CH PRIVÉ ST MARTIN CAEN	Cliniques privées
450002613	CHRU ORLEANS - HÔPITAL DE LA SOURCE	CHR/U	170780662	CLINIQUE DE L'ATLANTIQUE	Cliniques privées
750100208	CHU NECKER ENFANTS MALADES APHP	CHR/U	210012670	HÔPITAL PRIVÉ DIJON BOURGOGNE	Cliniques privées
800006124	CHU AMIENS SUD	CHR/U	350000121	CH PRIVÉ ST-GREGOIRE	Cliniques privées
940100043	CHU PARIS SUD SITE KREMLIN BICETRE APHP	CHR/U	370000093	SAS NOUVELLE CLINIQUE DE TOURS +	Cliniques privées
			450010079	ORELIANCE - LONGUES ALLEES	Cliniques privées
			630781839	CLINIQUE CHATAIGNERAIE - BEAUMONT	Cliniques privées
			660790387	POLYCLINIQUE SAINT ROCH	Cliniques privées
			920029550	CH A PARE HARTMANN P CHEREST	Cliniques privées
			920300043	HÔPITAL PRIVÉ D ANTONY	Cliniques privées

Parmi les facteurs explicatifs de différence de ré-hospitalisation (patients plus âgés, plus de co-morbidités, saucissonnage des séjours pouvant expliquer des ré-hospitalisations plus fréquentes, ...), il apparait que le mode d'organisation ambulatoire synonyme d'une meilleure qualité des soins soit toujours prédominant.

La prédominance globale du secteur privé (lucratif et non lucratif) se retrouve aussi au niveau de chacune des six principales spécialités chirurgicales : en 2024, les parts de marché du secteur privé sont comprises entre 56% et 76% suivant les spécialités.

En chirurgie ophtalmologique, le secteur privé (lucratif et non lucratif) prend en charge 76% des interventions chirurgicales : 15% pour les Centres Hospitaliers, 9% pour les CHU, 70% pour les cliniques privées et 6% pour les ESPIC.

En chirurgie ortho/traumatologique, le secteur privé prend en charge 72% des interventions chirurgicales : 16% pour les Centres Hospitaliers, 12% pour les CHU, 67% pour les cliniques privées et 5% pour les ESPIC.

En chirurgie ORL/cervico-faciale, le secteur privé prend en charge 64% des interventions chirurgicales : 18% pour les Centres Hospitaliers, 18% pour les CHU, 2% pour les CLCC, 56% pour les cliniques privées et 6% pour les ESPIC.

En chirurgie urologique, le secteur privé prend en charge 64% des interventions chirurgicales : 20% pour les Centres Hospitaliers, 16% pour les CHU, 57% pour les cliniques privées et 7% pour les ESPIC.

En chirurgie gynéco/obstétrique, le secteur privé prend en charge 59% des interventions chirurgicales : 22% pour les Centres Hospitaliers, 18% pour les CHU, 8% pour les CLCC, 46% pour les cliniques privées et 6% pour les ESPIC.

En chirurgie viscérale et digestive, le secteur privé prend en charge 56% des interventions chirurgicales : 27% pour les Centres Hospitaliers, 17% pour les CHU, 3% pour les CLCC, 46% pour les cliniques privées et 7% pour les ESPIC.

La chirurgie de la cataracte est l'acte chirurgical le plus pratiqué en France.

En 2024, plus de 1,11 millions de cataractes (+3% par rapport à 2023) ont été opérées en France avec un taux d'ambulatoire de 97,6% et une prise en charge par le secteur privé (cliniques et ESPIC) dans 80% des cas. Les CHU, lieu de formation des internes, n'opèrent plus que 6% des cataractes françaises.

La répartition des spécialités chirurgicales selon leur pratique ambulatoire reste inchangée en 2024 : chirurgie de la tête et du cou (assimilable à de l'ambulatoire quasi-exclusif), orthopédie/traumatologie et gynéco/obstétrique (très majoritairement ambulatoire), chirurgie viscérale/digestive et urologie (proches du seuil des 50% ambulatoires). Les deux plus fortes progressions ambulatoires en 2024 restent les mêmes qu'en 2023 : ORL/cervico-facial et chirurgie viscérale/digestive.

Spécialité	Taux ambulatoire 2024	Variation du taux ambulatoire 2024/2023
UROLOGIE	46 %	+ 0,7 point
VISCERAL/DIGESTIF	48,7 %	+ 0,9 point
GYNECOLOGIE / OBSTETRIQUE	56 %	+ 0,7 point
ORTHOPEDIE/TRAUMATOLOGIE	58,2 %	+ 0,7 point
ORL/CERVICO-FACIAL	68,9 %	+ 1,5 point
OPHTALMOLOGIE	94,5 %	+ 0.3 point

L'ophtalmologie avec 94,5% et l'ORL/Cervico-facial avec 68,9% sont les deux spécialités avec les taux d'ambulatoires les plus élevés.

Les deux plus gros volumes ambulatoires sont l'orthopédie / traumatologie (1,73 millions) et l'ophtalmologie (1,42 millions).

Les deux plus grandes progressions ambulatoires entre 2023 et 2024 sont l'ORL/cervico-facial (+1,5 point par rapport à 2023) et la chirurgie viscérale/digestive (+0,9 point).

Le plus gros potentiel ambulatoire concerne l'orthopédie/traumatologie avec 625 000 actes potentiellement transférables en ambulatoires, puis la chirurgie viscérale/digestive avec 374 000 actes transférables.

Viennent ensuite l'urologie et la gynécologie avec environ 300 000 actes.

Les spécialités tête/cou ont un potentiel de transfert plus réduit, entre 76 000 et 133 000 actes.

Spécialité	Volume potentiel ambulatoire	Taux cible potentiel
UROLOGIE	306 K	76,2%
VISCERAL/DIGESTIF	374 K	73,2%
GYNECOLOGIE / OBSTETRIQUE	304 K	80,8%
ORTHOPEDIE/TRAUMATOLOGIE	625 K	79,2%
ORL/CERVICO-FACIAL	133 K	88,7%
OPHTALMOLOGIE	76 K	99,6%

En chirurgie conventionnelle, les durées moyennes de séjour continuent de baisser dans toutes les spécialités. Les comorbidités/niveaux de sévérité sont globalement en hausse.

Entre 2022 et 2024, les durées moyennes de séjour (DMS) par spécialité continuent de baisser, mais selon des proportions variables : plus importantes pour l'ORL (de 4,20 jours à 4,02 j) et l'orthopédie/traumatologie (de 5,86 j à 5,69 j), moins importantes pour l'urologie (de 4,68 j à 4,63 j), la gynéco/obstétrique (de 5,28 j à 5,20 j) et pour la chirurgie viscérale/digestive (de 7,56 j à 7,50 j), plus réduites pour l'ophtalmologie (de 2,11 j à 2,08 j).

Les niveaux de sévérité ont tous évolué à la hausse en 2024 sauf pour l'Ophtalmologie. Entre 2022 et 2024, les niveaux de sévérité ont davantage augmenté au niveau de la chirurgie viscérale/digestive (+0,015 point) et gynécologique/obstétrique (+0,013 point) qu'au niveau de la chirurgie urologique (+0,008 point) et orthopédique/traumatologique (+0,006 point). Les spécialités tête et cou sont quasi stables (de +0,001 à 0,004 point).

Selon les spécialités, les taux de ré-hospitalisation à 30 jours varient entre 5,5% et 17,3% avec une augmentation entre 0,1 et 0,7 point depuis 2023. L'ambulatoire ré-hospitalise toujours moins que le conventionnel dans des proportions importantes.

Spécialité chirurgicale	Taux global de ré-hospitalisation à 30 jours en 2024	Evolution du taux global de réhospitalisation à 30 jours entre 2023 et 2024	Différentiel du taux de ré-hospitalisation conventionnel / ambulatoire à 30 jours en 2024
Ophtalmologie	5,5 %	+0,12 point	2,5 x
Orthopédie traumatologie	5,7 %	+0,22 point	2,7 x
ORL cervico-facial	6,7 %	+0,10 point	2,9 x
Gynéco obstétrique	12,2 %	+0,72 point	1,5 x
Viscéral digestif	13,2 %	+0,59 point	1,9 x
Urologie	17,3 %	+0,72 point	2,3 x

Les taux de ré-hospitalisation à 30 jours tournent autour de 5 à 7% (ophtalmologie, ORL et Orthopédie), autour de 12 à 13% (Viscéral, Gynécologie) et 17% (Urologie). Selon les spécialités, le taux de ré-hospitalisation en chirurgie conventionnelle est de 1,5 à 2,9 fois supérieur à celui de l'ambulatoire, confirmant une nouvelle fois les résultats de la revue littérature scientifique⁹.

⁹ Mémento chirurgie ambulatoire, Caisse Nationale d'Assurance Maladie, mai 2024, <https://aidevisuchir.suadeo.fr/>