

VISUCHIR



VISUCHIR
Établissement



VISUCHIR
SPÉCIALITÉS



VISUCHIR
RÉGIONS

RESUME

Les 3 outils VISUCHIR ont été mis à jour en novembre 2024 à partir des bases PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'information) et CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) de l'année 2023¹. Cette version intègre aussi de **nouveaux indicateurs de résultats/qualité des soins** (taux de ré-hospitalisations, indices globaux de ré-hospitalisation) complétant la série d'indicateurs déjà disponibles sur les pratiques chirurgicales, les patients et l'organisation hospitalière.

Les taux de ré-hospitalisation ont été co-construits avec les Conseils Nationaux Professionnels et Sociétés savantes des six spécialités chirurgicales partenaires de VISUCHIR (orthopédie/traumatologie, urologie, gynéco/obstétrique, ophtalmologie, viscéral/digestif et ORL/cervico-facial). Ils sont positionnés comme des **indicateurs de vigilance pour aller plus loin**, ces taux ne reflétant pas stricto sensu les complications, même si l'objectif a été de supprimer au maximum les ré-hospitalisations non en rapport avec les actes initiaux, en supprimant notamment à dire d'experts tous les séjours sans lien avéré avec l'acte princeps (actes bilatéraux ou itératifs). **Ces taux de ré-hospitalisation précisent les pratiques.**

En 2023, le volume chirurgical a fortement augmenté, dépassant l'activité pré-COVID et comblant partiellement le retard dû aux déprogrammations chirurgicales liées à la crise sanitaire. **Le déficit persiste avec 1,6 millions de séjours chirurgicaux fin 2023.**

Cette augmentation d'activité chirurgicale se caractérise par un **effet ciseaux : faible progression de l'ambulatoire à 63,8% (moins d'un point de progression par rapport à 2022)** et ré-augmentation du volume de la chirurgie conventionnelle caractérisée par des hospitalisations moins longues et des patients présentant moins de comorbidités. **L'effet ciseaux induit de fait une augmentation du potentiel ambulatoire à 1,26 millions d'interventions transférables.**

Sur 8,7 millions d'actes chirurgicaux réalisés en 2023, **8,5% 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.** Un quart des ré-hospitalisations dans les 30 jours passe par les urgences et un tiers par le bloc opératoire. Pour chacun des 4700 actes chirurgicaux, chaque équipe chirurgicale de chaque spécialité dans chaque établissement peut maintenant comparer ses taux de ré-hospitalisation par rapport à l'ensemble des établissements de santé. Chacun des 900 sites chirurgicaux français peut aussi comparer ses ré-hospitalisations à l'aide de deux Indices Globaux de Ré-hospitalisation (7 et 30 jours) par rapport aux établissements de santé de case-mix² et de volumes comparables.

Au niveau des régions françaises, les augmentations des volumes chirurgicaux sont très variables (entre 1% et 10%, hors Outre-mer). **Pays de Loire est toujours la première région ambulatoire avec un taux ambulatoire de 67,2% en 2023.** Les taux de ré-hospitalisation dans les 30 jours sont relativement proches entre les régions, avec deux extrêmes : **Hauts-De-France ré-hospitalisant le plus (9,44%) et Centre-Val-de-Loire ré-hospitalisant le moins (7,42%).** Le différentiel des taux régionaux de ré-hospitalisation en ambulatoire apparaît également beaucoup moins important qu'en hospitalisation conventionnelle.

Le secteur de statut privé (cliniques privées, CLCC et ESPIC) a encore augmenté ses parts de marché chirurgicales entre 2019 et 2023 (+ 2 points), porté par l'ambulatoire (+ 2,4 points). Les cliniques privées avec **58,5 % des parts de marché chirurgicales globales et 67,2% des parts de marché chirurgicales ambulatoires sont les premiers offreurs de soins chirurgicaux en France**, loin devant les Centres Hospitaliers (respectivement 19,5% et 16,1%) et les Centres Hospitaliers Universitaires (14,6% et 9,4%). Les progressions ambulatoires sont variables selon les catégories d'établissements avec les ESPIC qui observent la plus forte progression en 2023. On observe toujours un effet concentration des plus gros producteurs ambulatoires, qui sont privés.

Des différences de ré-hospitalisation s'observent également selon les catégories juridiques, en tenant compte d'une standardisation sur le case-mix et le volume chirurgical. Parmi les facteurs explicatifs d'une ré-hospitalisation globalement moins fréquente dans les cliniques privées que dans les CHU, il apparaît probable que le mode d'organisation ambulatoire, synonyme d'une meilleure qualité des soins et d'une moindre exposition aux infections nosocomiales, soit le facteur causal prédominant. Des études complémentaires permettraient de confirmer cette hypothèse.

Les spécialités chirurgicales en 2023 se répartissent en 3 groupes pour l'ambulatoire : chirurgie de la tête et du cou assimilable à de l'ambulatoire quasi-exclusif, orthopédie/traumatologie et gynéco/obstétrique majoritairement ambulatoire, chirurgie viscérale/digestive et urologie proches du seuil des 50% ambulatoires. Les deux plus fortes progressions ambulatoires en 2023 sont l'ORL/cervico-facial et la chirurgie viscérale/digestive.

Les taux de ré-hospitalisation à 30 jours sont variables selon les spécialités avec des valeurs comprises entre 5% et 16 %, mais quelle que soit la spécialité, l'ambulatoire entraîne toujours beaucoup moins de ré-hospitalisation que le conventionnel.

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

² Case-mix ou éventail des cas/spécialités traités

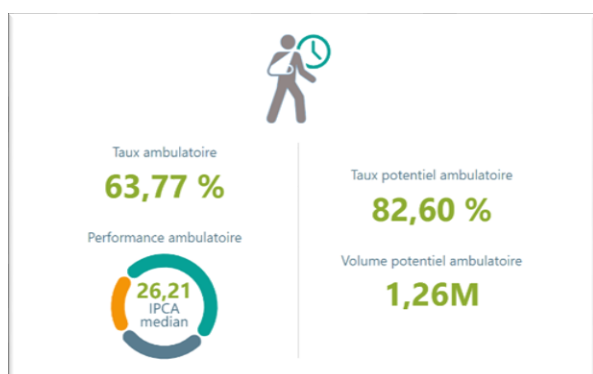
Le volume chirurgical a fortement augmenté en 2023 et a dépassé l'activité observée pré-COVID, comblant une partie du retard dû aux déprogrammations chirurgicales liées au COVID. Le déficit persiste avec 1,6 millions de séjours chirurgicaux fin 2023.



L'augmentation d'activité chirurgicale entre 2022 et 2023 a été la plus forte depuis 15 ans (+6%), hors rattrapage COVID entre 2020 et 2021. Elle est double de celle observée entre 2021 et 2022.

Ainsi, le volume chirurgical total en 2023 avec 6,723 millions de séjours a dépassé les chiffres 2019 (6,373 millions) d'avant la crise COVID, comblant une grande partie de son retard sans le rattraper encore totalement. En effet, en prenant en compte un tendancier de 75 000 nouvelles interventions chirurgicales annuelles (basées sur l'augmentation annuelle constatée entre 2013 et 2019), on aurait dû observer un total sur les 5 dernières années de 32,615 millions d'interventions contre 30,988 millions réalisées, soit un déficit cumulé sur 5 ans d'environ 1,6 millions de séjours chirurgicaux.

Cette augmentation d'activité chirurgicale se caractérise par un effet ciseaux : faible progression de l'ambulatoire à 63,8 % et ré-augmentation du volume de la chirurgie conventionnelle.

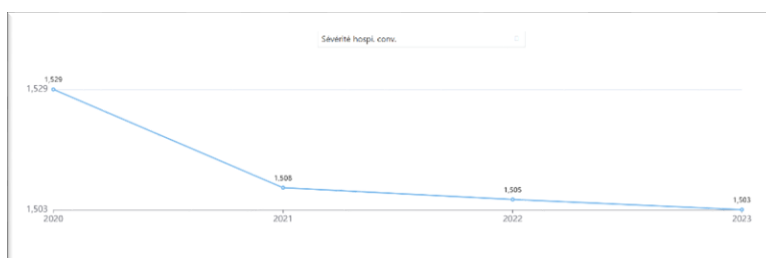


Hors COVID 2020, la chirurgie ambulatoire observe la plus faible progression annuelle depuis 15 ans avec un taux ambulatoire national de 63,77% en 2023. Même si la chirurgie ambulatoire a continué sa progression en dépassant en 2023 les 4 millions de séjours avec 4,286 millions de séjours ambulatoires, son taux a progressé de moins d'un point, le différant nettement de l'objectif des 80%, tel que préconisé en 2021 par le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP)³, ou le récent guide ANAP/AFCA/SFAR⁴.

VISUCHIR, quant à lui, estime en 2023 ce taux potentiel ambulatoire à 82,60%, soit 1,26 millions de séjours conventionnels transférables, potentiel calculé à partir des 20% meilleures pratiques ambulatoires françaises.

A l'inverse, le volume de chirurgie conventionnelle a augmenté pour la première fois depuis 15 ans à 2,43 millions, alors qu'il diminuait régulièrement du fait d'une substitution en ambulatoire. Cette augmentation de la chirurgie conventionnelle ne s'explique pas par des patients « plus lourds », puisque le niveau de sévérité des séjours conventionnels (co-morbidités patients) a également diminué depuis 5 ans, atteignant en 2023 une moyenne de 1,503 (échelle de 1 à 4). Ce ralentissement fort de l'ambulatoire est donc organisationnel et non lié aux patients.

Evolution du niveau de sévérité conventionnelle



En conséquence de l'effet ciseaux, le potentiel ambulatoire augmente entre 2022 et 2023, passant de 1,21 à 1,26 millions d'interventions transférables.

³ 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).

⁴ Objectif 80% de chirurgie ambulatoire : les clés pour accélérer, septembre 2024, anap.fr

En moyenne, il y a moins de nuitées et de comorbidités en chirurgie conventionnelle qu'auparavant.



Au niveau de la chirurgie conventionnelle, les durées moyennes de séjour continuent à baisser, de 5,27 jours en 2019 à 5,05 jours en 2023.

Cette baisse des durées de séjour, en parallèle de celle des niveaux de sévérité, confirme une nouvelle fois que le développement de la chirurgie ambulatoire n'entraîne pas de phénomène de déport consistant en une concentration en hospitalisation traditionnelle des patients plus « lourds » et mobilisant donc plus de moyens dédiés, notamment en lits de chirurgie et en personnel.

Cette baisse de la DMS s'explique par des facteurs multiples : les progrès techniques et organisationnels, les nouvelles pratiques professionnelles comme la Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC)....

De nouveaux indicateurs de résultats, plus directement liés à la qualité des soins, complètent dorénavant le panorama annuel et permettent de préciser les pratiques. Sur 8,7 millions d'actes chirurgicaux réalisés en 2023, 8,5% 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.

Ainsi les nouveaux taux bruts de ré-hospitalisation, positionnés comme des indicateurs de vigilance pour « aller plus loin », permettent de préciser les pratiques, même s'ils ne reflètent pas stricto sensu les taux de complication. La chirurgie ambulatoire (taux de ré-hospitalisation 30 jours : 5,1%) a 2,7 fois moins de ré-hospitalisation que la chirurgie conventionnelle (taux de ré-hospitalisation 30 jours : 13,9%). La progression des ré-hospitalisations apparaît globalement linéaire dans le temps entre J1 et J30, même si des « pics » de ré-hospitalisation apparaissent plus élevés les J7, J14, J21 et J28.

	3 jours	7 jours	30 jours
ambulatoire	0,50 %	1,34 %	5,14 %
conventionnel	1,72 %	4,09 %	13,90 %
Total général	0,98 %	2,41 %	8,55 %

Un quart des ré-hospitalisations dans les 30 jours passe par les urgences et un tiers par le bloc opératoire.



Les 8,7 millions d'actes CCAM réalisés et chaînés⁵ en 2023 ont fait l'objet d'une ré-hospitalisation pour environ 743 000, dont :

- 26,84% sont entrés par les urgences ou passés en réanimation,
- 32,94% 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

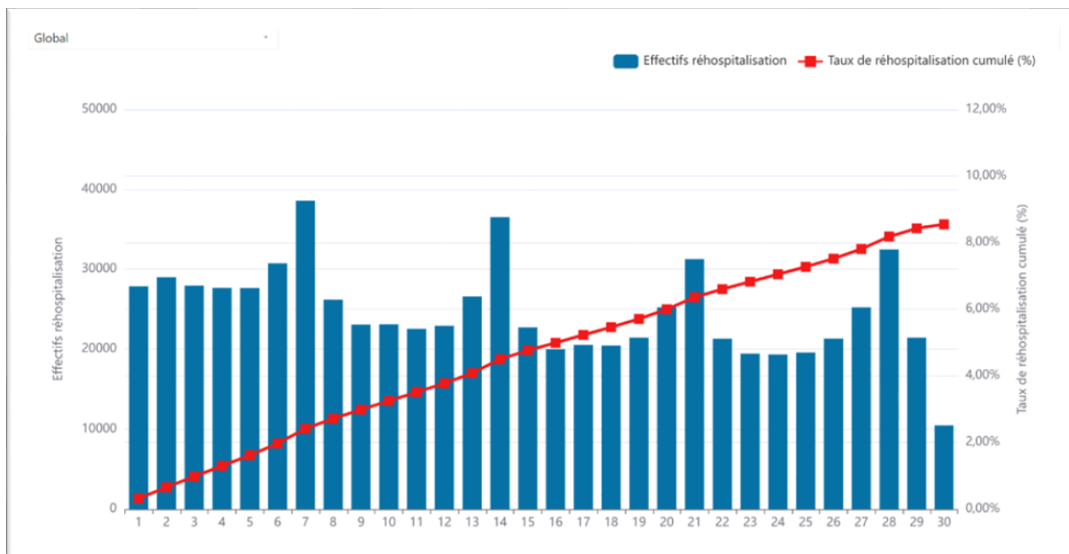
- 1,68% sont décédés.

⁵ La différence entre les 8,89 millions d'actes produits en 2023 et les 8,69 millions d'actes produits et chaînés en 2023 résulte de la construction méthodologique : tous les séjours ne peuvent être chaînés 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 2022 à janvier 2024).

Chaque équipe chirurgicale de chaque spécialité dans chaque établissement peut se positionner sur ses taux de ré-hospitalisation par rapport à l'ensemble des établissements de santé pratiquant la même activité.

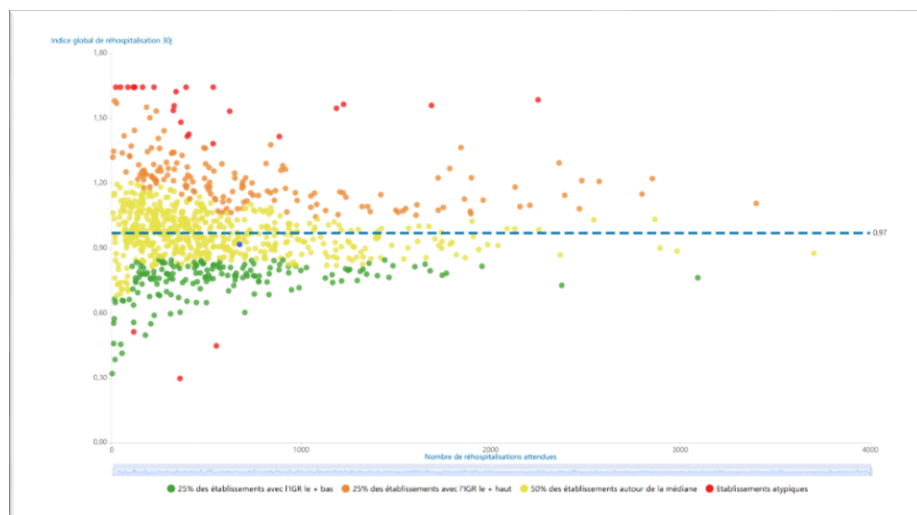
Dénombrement et taux cumulés des ré-hospitalisations d'1 à 30 jours

Pour chacun des 4700 actes chirurgicaux de la CCAM, VISUCHIR met ainsi systématiquement à disposition les effectifs de ré-hospitalisation et les taux de ré-hospitalisation cumulés de 1 à 30 jours après la sortie d'hospitalisation. Ces chiffres sont présentés globalement et selon le mode de prise en charge (ambulatoire, conventionnel).



Chaque établissement de santé peut aussi comparer ses ré-hospitalisations à l'aide d'Indices Globaux de Ré-hospitalisation (IGR⁶) à 7 jours et à 30 jours avec l'ensemble des établissements de santé de case-mix comparables.

Funnel plot des IGR à 30 jours



Chacun des 900 sites chirurgicaux français peut comparer ses ré-hospitalisations avec 2 indices globaux (conventionnel + ambulatoire) qui sont standardisés sur le case-mix : IGR 7 jours et IGR 30 jours. Les IGR mesurent pour chaque site l'écart à la moyenne nationale de son nombre de ré-hospitalisations à case-mix d'actes CCAM identiques. Si un établissement de santé a un IGR >1 (au-dessus de la ligne bleue pointillée), cela signifie qu'il ré-hospitalise plus que la moyenne nationale au regard de son case-mix. Le Funnel plot⁷ permet de représenter les sites selon leur IGR et leur volume.

⁶ Indice global standardisé sur le case-mix, l'IGR est le ratio du nombre de ré-hospitalisation réalisées sur le nombre de ré-hospitalisation attendues à case-mix d'actes CCAM identiques.

⁷ Le Funnel plot (ou graphe en entonnoir) est un mode de représentation visuelle de données statistiques représentant graphiquement en un nuage de points des estimations en fonction de la taille des effectifs.

Hormis l’Outre-Mer qui a des évolutions contrastées, toutes les régions françaises ont dépassé leur volume chirurgical de 2019 d’avant la crise COVID, mais avec des augmentations très variables.

Autant les régions Bretagne (10% d’augmentation d’activité chirurgicale entre 2019 et 2023), PACA et Occitanie (8%) ont surperformé, autant Grand Est (avec seulement 1% d’augmentation), Bourgogne Franche Comté (2%) et Ile de France (3%) ont à peine dépassé leur activité d’avant COVID.

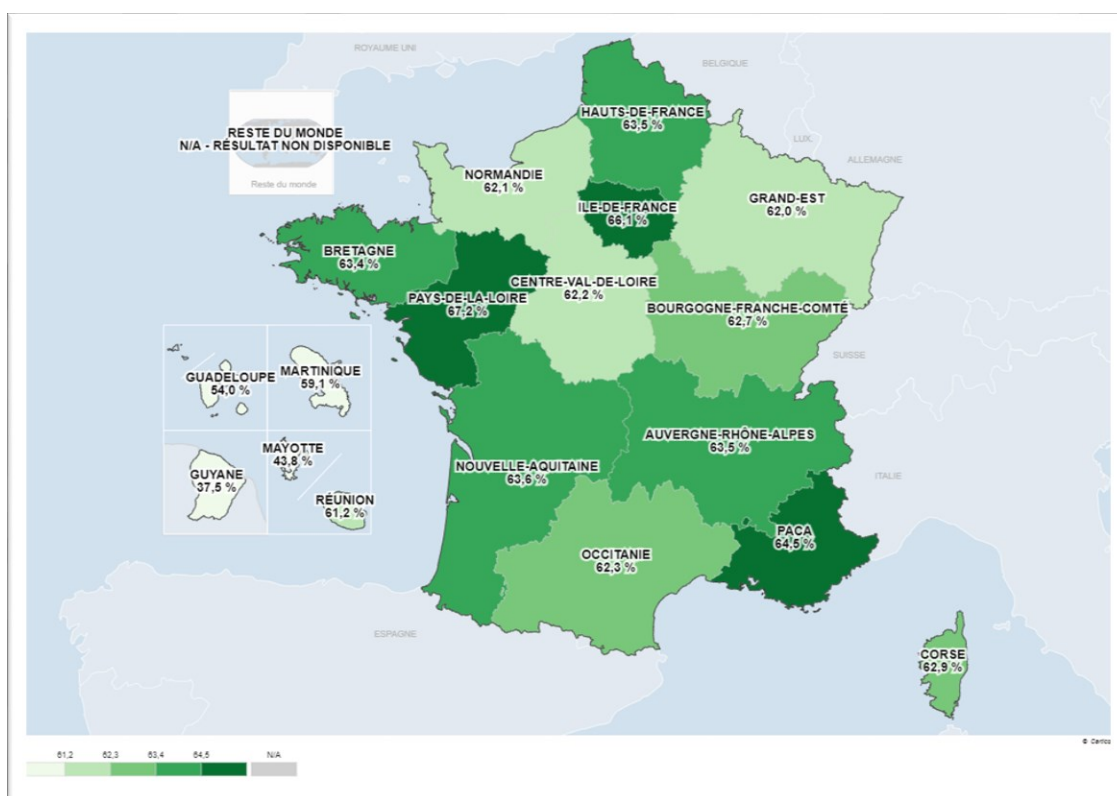
Les DROM COM ont observé des évolutions contrastées : Guadeloupe (+13%), Réunion (+15%), Mayotte (-26%), Saint Pierre et Miquelon (-17%), Martinique (-3%) et Guyane (0%).

Pays de Loire est toujours la première région ambulatoire avec un taux ambulatoire de 67,2% en 2023.

Toutes les régions métropolitaines dépassent maintenant le taux d’ambulatoire de 62%, mais des variations importantes persistent.

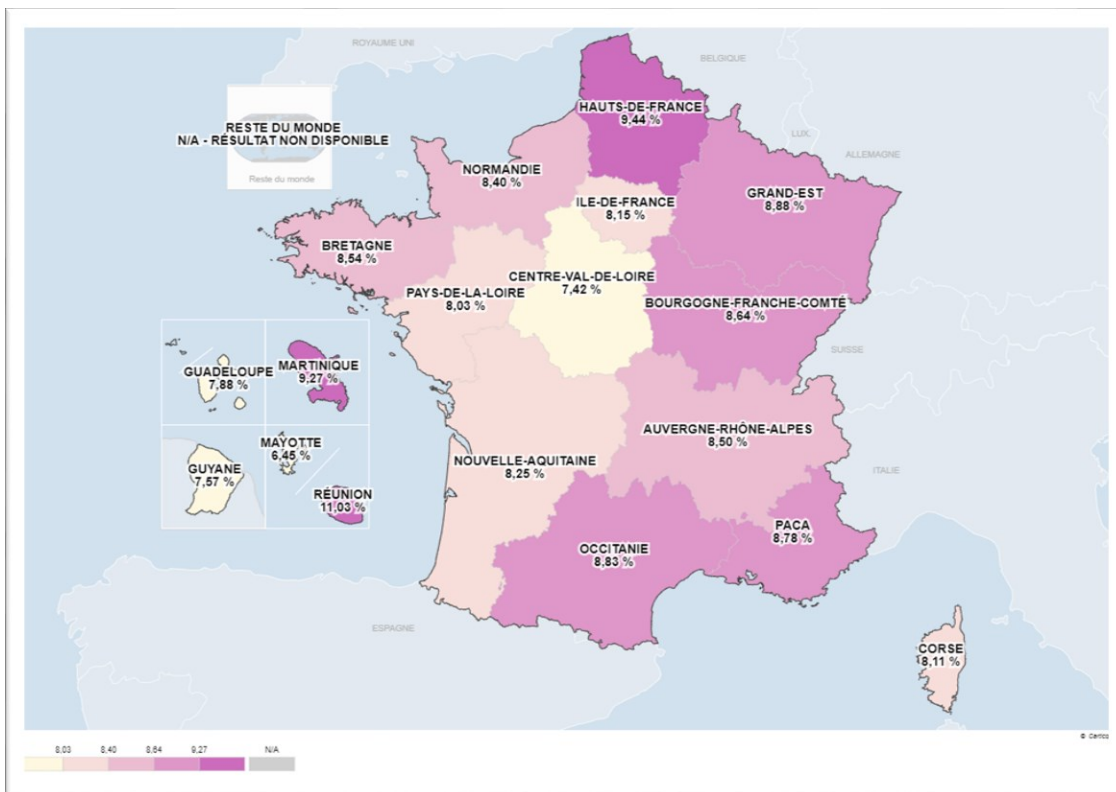
En France métropolitaine, les trois plus importantes hausses de volume ambulatoire des cinq dernières années concernent les régions Bretagne, Occitanie et Auvergne Rhône-Alpes, avec respectivement des augmentations de 20%, 19% et 17%. La queue de peloton concerne les régions Grand Est (+11%), Bourgogne Franche Comté (+12%), Hauts de France et Ile de France (+13%).

Taux ambulatoire selon les régions VISSUCHIR 2023 / logiciel Géoclip



Les taux de ré-hospitalisation dans les 30 jours sont relativement proches entre les régions. Deux régions métropolitaines se détachent néanmoins : Hauts-de-France avec 9,44% et Centre-Val-de-Loire avec 7,42%. Le différentiel des taux en ambulatoire apparaît beaucoup moins important qu'en hospitalisation conventionnelle.

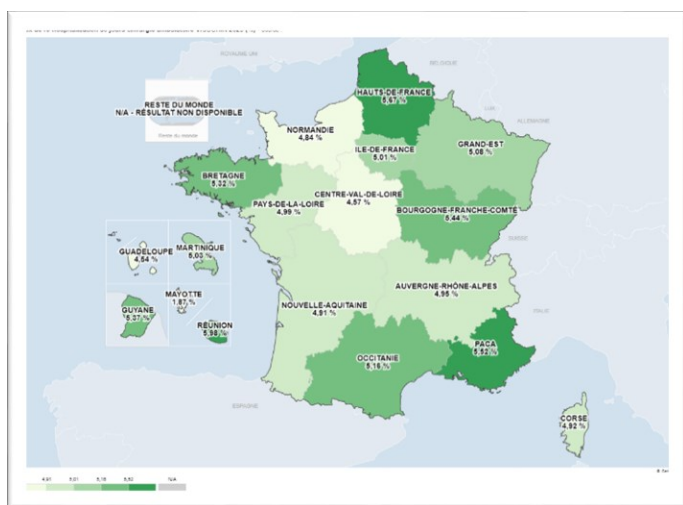
Taux de ré-hospitalisation global dans les 30 jours VISUCHIR 2023/ Géoclip



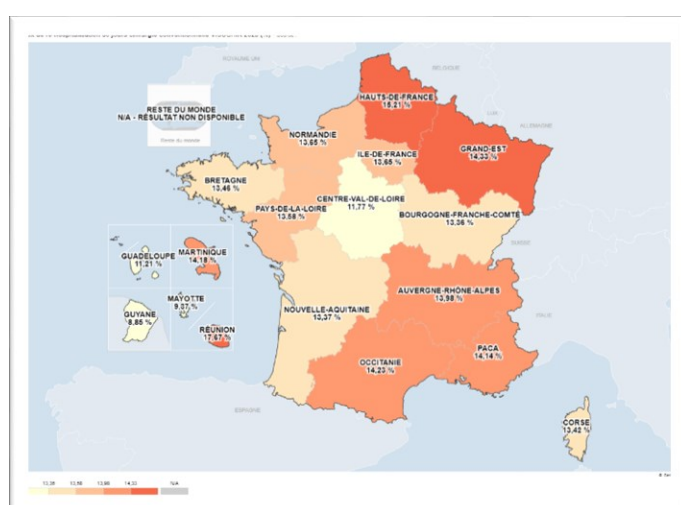
Les cartes des ré-hospitalisation dans les 30 jours selon les prises en charge ambulatoire et conventionnelle sont assez proches avec des taux relativement plus élevés dans le Nord-est et le Sud-est, alors que le Centre et l’Ouest de la France ont des taux plus bas, sauf en ambulatoire pour la région Bretagne.

Le différentiel des taux de ré-hospitalisation entre les régions est beaucoup plus étroit pour l’ambulatoire que pour le conventionnel : 1,1 point pour l’ambulatoire versus 3,4 point pour le conventionnel sépare les régions avec le plus haut et le plus bas taux. Hauts-de-France reste la région avec le plus haut taux et Centre-Val-de-Loire avec le plus bas taux.

Taux de ré-hospitalisation ambulatoire dans les 30 jours VISUCHIR 2023/Géoclip

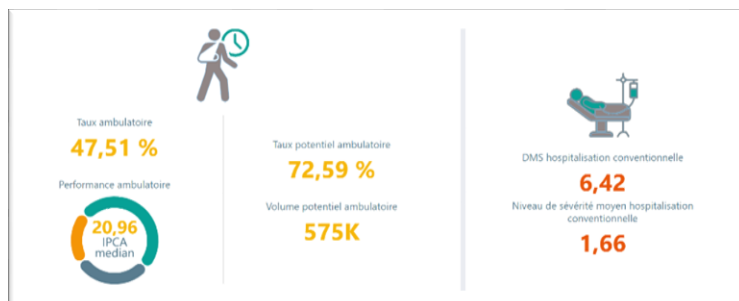


Taux de ré-hospitalisation conventionnel dans les 30 jours VISUCHIR 2023/Géoclip



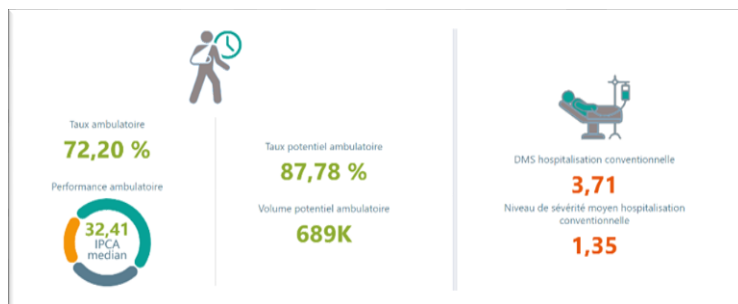
FOCUS CATEGORIES D'ETABLISSEMENTS

Le secteur de statut privé (cliniques privées, CLCC et ESPIC) a encore augmenté ses parts de marché chirurgicales entre 2019 et 2023 (+ 2 points), porté par l'ambulatoire (+ 2,4 points). Les cliniques privées avec 58,5 % des parts de marché chirurgicales globales et 67,2% des parts de marché chirurgicales ambulatoires sont les premiers offreurs de soins chirurgicaux en France, loin devant les Centres Hospitaliers (respectivement 19,5% et 16,1%) et les Centres Hospitaliers Universitaires (14,6% et 9,4%).



Les établissements publics (Centres Hospitaliers et Centres Hospitaliers Régionaux/Universitaires) ont en 2023 pris en charge 2,29 millions de séjours chirurgicaux, un taux global de chirurgie ambulatoire de 47,51%, avec un potentiel de transfert ambulatoire estimé à 575 000 séjours. La médiane de l'Indicateur de Performance de Chirurgie Ambulatoire (IPCA) est de 20,9. Ils ont une DMS globale de 6,42 jours et un niveau de sévérité moyenne de 1,66.

Les établissements privés (Cliniques privées, ESPIC et Centre de Lutte Contre le Cancer) ont en 2023 pris en charge 4,43 millions de séjours chirurgicaux, un taux global de chirurgie ambulatoire de 72,2%, avec un potentiel de transfert ambulatoire estimé à 689 000 séjours. La médiane de l'IPCA est de 32,4. Ils ont une DMS globale de 3,71 jours et un niveau de sévérité moyenne de 1,35.



Les parts de marché chirurgicales totales en 2023 sont donc de 65,8% pour le privé et de 34,2% pour le public. Pour la chirurgie ambulatoire, elles sont de 74,5% pour le privé et de 25,5% pour le public. Le potentiel ambulatoire en 2023 est plus important au niveau du privé avec une proportion de 54,5% du potentiel français versus 45,5% pour le public.

Hospitalisation conventionnelle		
Catégories juridiques	Durée moyenne de Séjour	Niveau de sévérité moyen
CHR/U	7,09	1,7
CH	5,79	1,61
CLCC	5,02	1,53
ESPIC	4,79	1,54
Cliniques privées	3,51	1,32

Pour la chirurgie conventionnelle, la moyenne des durées de séjour est de 6,42 pour le public et de 3,71 pour le privé, le niveau moyen de sévérité est de 1,66 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 sévérité.

Il faut rappeler que, 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 était la durée de séjour.

Des progressions ambulatoires sont variables selon les catégories d'établissements, même si les rangs ambulatoires restent inchangés en 2023.

Les rangs des taux ambulatoires ne changent pas avec les cliniques privées au 1^{er} rang ambulatoire et les CHR/U au dernier rang. Mais les ESPIC observent la plus forte progression du taux ambulatoire entre 2022 et 2023 avec + 1,4 point, suivis des CLCC (+1,1 point), des CHR/U (+ 1 point), des cliniques privées (+0,8 point) et des CH (+0,7 point).

Les plus importants volumes potentiels ambulatoires restent au niveau des cliniques privées avec 598 000 séjours potentiellement transférables (taux potentiel : 88,5%), suivies des CH avec 328 000 séjours potentiels transférables (taux potentiel : 77,4%), puis des CHR/U avec 248 000 (taux potentiel : 66,2%).

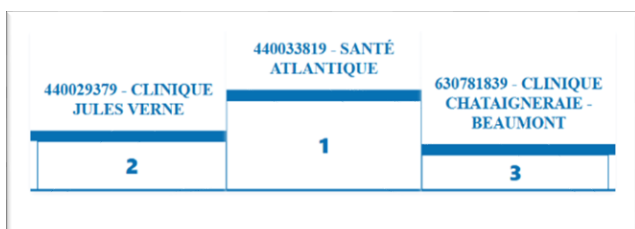
Catégorie juridique	Taux ambulatoire 2023	Taux potentiel ambulatoire
CHU 2023	40,9 %	66,2 %
CH 2023	52,4 %	77,4 %
CLCC 2023	56,6 %	76,8 %
ESPIC 2023	64,9 %	83,1 %
CLINIQUES 2023	73,3 %	88,5 %

On observe toujours un effet concentration des plus gros producteurs ambulatoires, qui sont privés.

Les 5% d'établissements les plus gros producteurs d'ambulatoire concentrent 20% de la chirurgie ambulatoire française et les 20% des plus gros producteurs concentrent 50% de la chirurgie ambulatoire française.

Les 100 plus gros sites producteurs ambulatoires sont des cliniques privées à but lucratif, sauf 5 sites de CHU, 4 ESPIC et 2 CH.

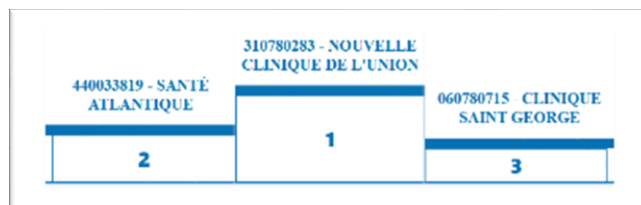
Palmarès volume ambulatoire



Le podium en volume ambulatoire confirme Santé Atlantique et la clinique Jules Verne aux 1^{ère} et 2^{ème} places avec respectivement 47 000 et 27 000 séjours ambulatoires, mais voit la clinique Rhéna céder sa 3^{ème} place à la clinique Chataignerie avec 25 000 séjours ambulatoires.

Palmarès performance ambulatoire

Le podium de la performance ambulatoire (IPCA) voit aussi la clinique Rhéna rétrograder en passant de la 2^{ème} place à la 4^{ème} place pour laisser la place à la clinique Saint George (IPCA = 84,7). Nouvelle Clinique de l'Union et Santé Atlantique sont 1^{er} et 2^{ème} avec respectivement un IPCA à 88,2 et 85,9.

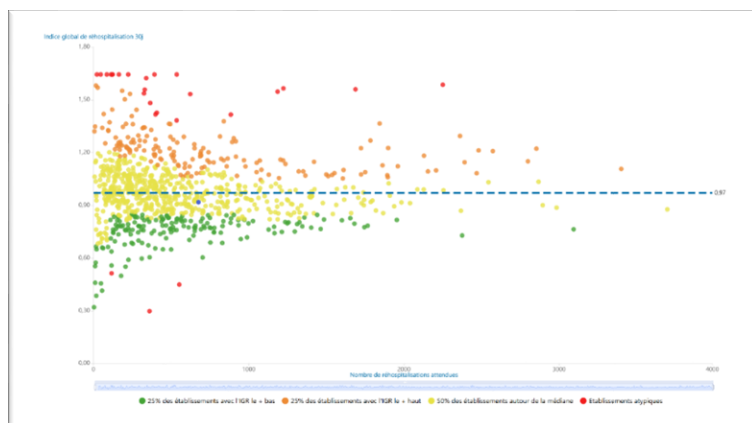


Il est à souligner que ces établissements ont un case-mix⁸ très étroit (Jules Verne), étroit (Nouvelle clinique de l'Union) ou large (Santé Atlantique, Chataignerie). Pour la 1^{ère} fois, une clinique avec un case-mix très large (clinique Saint Georges à Nice) intègre le podium, confirmant maintenant que des établissements avec des case-mix très larges (urologie, orthopédie, gynécologie, digestif, ophtalmologie, vasculaire, ORL), donc des organisations très complexes, arrivent à s'organiser malgré tout en ambulatoire et intègrent le podium français de la performance ambulatoire.

⁸ Eventail des cas/spécialités traités

Il existe des différences de ré-hospitalisation selon les catégories juridiques.

Funnel plot des IGR à 30 jours



Le dernier quartile c'est-à-dire les 25% d'établissements français qui ont les IGR (Indices Globaux de Ré-hospitalisation) les plus hauts correspondent à ceux dont les nombres de réhospitalisations sont les plus éloignés de la moyenne nationale à case-mix d'actes CCAM identiques. Ils sont différenciés dans les funnel plots (qui prennent aussi en compte les volumes chirurgicaux) par une couleur orange (dernier quartile) ou une couleur rouge (établissements atypiques hauts). Les établissements publics y sont sur-représentés, à la fois au niveau de l'IGR 7j et IGR 30 j, puisqu'ils représentent respectivement 61% et 63% du dernier quartile.

Dans le dernier quartile de l'IGR 7 jours (+ les atypiques hauts), on retrouve 44% des sites des CHU, 29% des sites des CH, 22% des sites des ESPIC, 21% des sites des CLCC et 17% des sites des cliniques privées.

Dans le dernier quartile de l'IGR 30 jours (+ les atypiques hauts), on retrouve 46% des sites des CHU, 31% des sites des CLCC, 23% des sites des ESPIC, 21% des sites des CH et 11% des sites des cliniques privées.

La sur-représentation des CHU comparativement à une sous-représentation des cliniques privées s'observe à case-mix d'actes et à volumes comparables. Les facteurs explicatifs peuvent être de nature diverse : patients plus âgés, patients avec davantage de co-morbidités, saucissonnage des séjours pouvant expliquer des ré-hospitalisations plus fréquentes, mode d'organisation ambulatoire synonyme d'une meilleure qualité des soins, durées de séjour prolongées à l'origine d'infections nosocomiales

L'âge des patients opérés ne semble pas expliquer le différentiel puisque 313 000 interventions chirurgicales chez les patients de 71 ans et plus ont été prises en charge dans les CHU (soit 25% de tous les actes chirurgicaux des CHU), contre 1,5 million dans les cliniques privées (soit 30% de tous les actes chirurgicaux des cliniques). Pour les autres catégories juridiques, on a respectivement 527 000 interventions chez les patients de 71 ans et plus dans les CH (soit 35% des interventions des CH), 159 000 (soit 33%) dans les ESPIC et 31 000 (soit 26%) dans les CLCC.

Les comorbidités des patients au niveau des séjours conventionnels (seuls les niveaux de sévérité des séjours conventionnels sont disponibles au niveau du PMSI) sont plus élevées dans les CHU, puisque le niveau de sévérité moyen est de 1,7 au niveau des CHU versus 1,32 au niveau des cliniques privées (sur une échelle de 1 à 4). Le différentiel existe donc mais il apparaît faible.

Le mode de prise en charge ambulatoire (dont il faut rappeler qu'au niveau national il y a 2,7 fois moins de ré-hospitalisation en ambulatoire qu'en chirurgie conventionnelle) retrouve un différentiel important puisque le taux moyen de chirurgie ambulatoire dans les CHU est de 41% versus 73,3% pour les cliniques. Ce facteur explicatif apparaît donc prédominant.

Les autres causes n'ont pas été explorées.

Parmi les facteurs explicatifs de ré-hospitalisation moins fréquente, il apparaît probable que le mode d'organisation ambulatoire, synonyme d'une meilleure qualité des soins et d'une moindre exposition aux infections nosocomiales, soit le facteur prédominant d'une moindre ré-hospitalisation au niveau des cliniques privées. Des études complémentaires permettraient de confirmer cette hypothèse.

FOCUS SPECIALITES CHIRURGICALES

8,89 millions d'actes chirurgicaux CCAM ont été produits en 2023, dont 5,4 millions en ambulatoire (soit un taux d'ambulatoire pour les actes CCAM de 60,8%) et dont 1,71 million d'actes CCAM est potentiellement transférable en ambulatoire (soit un taux potentiel ambulatoire pour les actes CCAM de 80%).

Les spécialités chirurgicales en 2023 se répartissent en 3 groupes pour l'ambulatoire : chirurgie de la tête et du cou (assimilable à de l'ambulatoire quasi-exclusif), orthopédie/traumatologie et gynéco/obstétrique (majoritairement ambulatoire), chirurgie viscérale/digestive et urologie (proches du seuil des 50% ambulatoires). Les deux plus fortes progressions ambulatoires en 2023 sont l'ORL/cervico-facial et la chirurgie viscérale/digestive.

Spécialité	Taux ambulatoire 2023	Variation du taux ambulatoire 2023/2022
UROLOGIE	45,3 %	+ 1,1 point
VISCERAL/DIGESTIF	47,8 %	+ 1,2 point
GYNECOLOGIE / OBSTETRIQUE	55,3 %	+ 0,6 point
ORTHOPEDIE/TRAUMATOLOGIE	57,4 %	+ 0,8 point
ORL/CERVICO-FACIAL	67,4 %	+ 1,5 point
OPHTHALMOLOGIE	94,2 %	+ 0.3 point

L'ophtalmologie reste la spécialité la plus ambulatoire, suivie par l'ORL/Cervico-facial, puis l'orthopédie/traumatologie et la gynécologie/obstétrique. La chirurgie viscérale/digestive et l'urologie ferment la marche.

Les 2 plus gros volumes ambulatoires sont l'orthopédie / traumatologie (1,65 millions) et l'ophtalmologie (1,38 millions).

Les 3 plus grandes progressions ambulatoires entre 2022 et 2023 sont l'ORL/cervico-facial (+1,5 point par rapport à 2022), la chirurgie viscérale/digestive (+1,2 point) et l'urologie (+1,1 point).

En chirurgie conventionnelle, des baisses de durées moyennes de séjour s'observent dans toutes les spécialités depuis 4 ans. Les niveaux de sévérité sont en baisse ou stable.

Les durées moyennes de séjour (DMS) par spécialité ont toutes diminué depuis 4 ans selon des proportions variables : plus importantes pour l'ORL (de 4,65 j à 4,03 j), moins importantes pour l'urologie (de 5,05 j à 4,61 j), la gynéco/obstétrique (de 5,66 j à 5,21 j) et pour la chirurgie viscérale/digestive (de 7.91 j à 7.5 j), plus réduites pour l'orthopédie/traumatologie (de 5.90 j à 5.75 j) et l'ophtalmologie (de 2,17 j à 2,16 j).

Leurs niveaux de sévérité ont évolué depuis 4 ans avec une diminution légère autour de 0,04 point pour l'urologie, l'ORL/cervico-facial, la chirurgie viscérale/digestive et gynéco/obstétrique ou une diminution de 0,02 pour l'orthopédie/traumatologie et une stabilisation pour l'ophtalmologie.

Les taux de ré-hospitalisation à 30 jours sont variables selon les spécialités avec des valeurs comprises entre 5% et 16 %, mais quelle que soit la spécialité, l'ambulatoire entraîne toujours beaucoup moins de ré-hospitalisation que le conventionnel.

Spécialité chirurgicale	Taux global de ré-hospitalisation à 30 jours	Différentiel du taux de ré-hospitalisation conventionnel / ambulatoire à 30 jours
Ophtalmologie	5,36 %	2,4 x
Orthopédie traumatologie	5,81 %	2,5 x
ORL cervico-facial	6,57 %	2,7 x
Gynéco obstétrique	11,05 %	1,4 x
Viscéral digestif	12,62 %	1,9 x
Urologie	15,9 %	1,9 x

Les taux de ré-hospitalisation à 30 jours tournent autour de 5 à 6% (ophtalmologie, ORL et Orthopédie), autour de 11 à 12% (Viscéral, Gynécologie) et 16% (Urologie). Selon les spécialités, le taux de ré-hospitalisation en chirurgie conventionnelle est de 1,4 à 2,7 fois supérieur à celui de l'ambulatoire, confirmant par ces chiffres exhaustifs France entière, les nombreuses études scientifiques qui ont

démonstré que la réalisation d'actes de chirurgie en ambulatoire est aussi sûre, sinon plus, que la prise en charge en hospitalisation conventionnelle avec hébergement⁹.

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