

ScanSanté permet aux acteurs de suivre l'évolution d'activités spécifiques faisant par exemple l'objet d'orientations politiques en terme de santé publique telles que la cancérologie, la santé périnatale, les addictions chroniques, etc...

Le programme de **gestion du risque** a initialement fixé des indicateurs de suivi du développement de la **chirurgie ambulatoire** articulés autour de deux grands axes :

- le taux de recours populationnel qui mesure le recours de la population à la chirurgie ambulatoire par comparaison à la chirurgie réalisée en hospitalisation complète ;
- le taux de chirurgie ambulatoire qui mesure l'évolution des pratiques au sein des établissements de santé.

Pour aller plus loin, des éclairages complémentaires ont été apportés.

Par activité, un suivi spécifique a été mis en place avec des professionnels de santé pour **sept spécialités chirurgicales**.

Un indicateur de **performance** propose de mesurer l'écart entre la pratique de chaque établissement et celle issue de l'observation moyenne des établissements de santé.

Définition de l'indicateur

Le nouveau périmètre de définition de la **chirurgie ambulatoire** comprend les séjours sans nuitée en chirurgie (**GHM en C**) hors CMD 14 et 15, ce qui correspondait à l'ancien périmètre, et inclut désormais **7 racines de GHM complémentaires** :

- 03K02 Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires ;
- 05K14 Mise en place de certains accès vasculaires pour des affections de la CMD 05, séjours de moins de 2 jours ;
- 11K07 Séjours de la CMD 11 comprenant la mise en place de certains accès vasculaires, en ambulatoire ;
- 12K06 Séjours comprenant une biopsie prostatique, en ambulatoire ;
- 09Z02 Chirurgie esthétique ;
- 14Z08 Interruptions volontaires de grossesse : séjours de moins de 3 jours ;
- 23Z03 Interventions de confort et autres interventions non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Deux grands types d'indicateurs sont restitués :

- Le **taux de recours** correspond au nombre de séjours annuel des patients d'un territoire rapporté à la population totale de ce territoire. Ainsi, le taux de recours en chirurgie indique le nombre de séjours réalisés en chirurgie pour 1 000 habitants.
- Le **taux de chirurgie ambulatoire** rapporte le nombre de séjours de chirurgie ambulatoire au nombre de séjours de chirurgie. Il peut être calculé par établissement, par regroupement d'activités chirurgicales ou par zone géographique.

Utilisation des indicateurs

Pour suivre le développement de la chirurgie ambulatoire, trois restitutions sont proposées :

- **Indicateurs globaux (GDR)** : ces indicateurs sont définis par le programme de gestion des risques (GDR) défini par l'instruction DGOS du 27 décembre 2010 à destination des **agences régionales de santé (ARS)**. Ils constituent notamment un outil d'aide à l'élaboration des schémas régionaux d'organisation des soins issus du programme régional de santé (SROS-PRS) et des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements exerçant une activité de chirurgie ambulatoire.

Les indicateurs visent à suivre l'évolution au cours des années de la production de chirurgie ambulatoire par les établissements d'une part et la consommation de chirurgie ambulatoire par la population d'autre part.

Taux de recours et taux de chirurgie ambulatoire sont déclinés par région, territoire de santé et par établissement de santé (sauf pour les taux de recours).

Au niveau national, un taux de chirurgie ambulatoire à 54,7% pour 2016 et 66,2% pour 2020 a été fixé comme objectif par le ministère sur le nouveau périmètre.

- **Indicateurs par spécialité** : le développement de la chirurgie ambulatoire est présenté par spécialité chirurgicale (digestif, gynécologie, ophtalmologie, ORL, orthopédie, stomatologie, urologie). Les indicateurs ont été développés en collaboration avec la DGOS et **les sociétés savantes de chirurgie**.

Taux de recours et taux de chirurgie ambulatoire sont déclinés au sein de chaque spécialité par région, par catégorie d'établissement ainsi que par racine de GHM.

- **Indicateur de performance** : cette restitution a été développée en collaboration avec l'**ANAP** pour donner des clés de lecture sur le développement de la chirurgie ambulatoire par **établissement**. Elles s'appuient sur 3 variables explicatives : le volume de séjours de chirurgie ambulatoire, sur le case-mix avec l'indice d'organisation et sur l'innovation.

Deux modes de représentation sont proposés :

- une représentation graphique en radar par établissement ;
- un indicateur composite mixant les variables explicatives.

Chaque établissement de santé peut être comparé pour chacune des 3 variables selon 4 niveaux de comparaison : national, régional, catégorie d'établissements ou classe de case-mix ambulatoire (définie selon la diversité du case-mix de CMD ambulatoires, l'objectif étant de permettre des comparaisons d'établissements à case-mix comparables).

En pratique

Accès [ScanSanté](#) sans identifiant à la restitution [Programme national chirurgie ambulatoire](#)
Activité > Analyse d'activités spécifiques

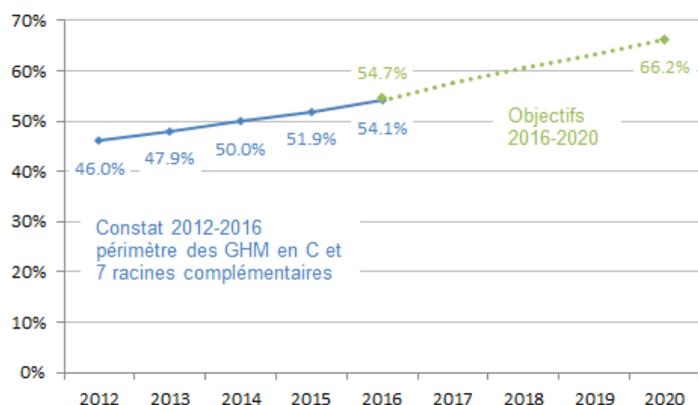
D'autres fiches thématiques sont disponibles sur ScanSanté dans la rubrique :
[Utiliser ScanSanté > Ressources documentaires > Fiches thématiques](#)

Mesurer la production de chirurgie ambulatoire par les établissements

Le programme national de développement de la chirurgie ambulatoire avait initialement deux objectifs : atteindre un taux de 54,7% en 2016 et 66,2% en 2020.

Sur le nouveau périmètre, 6,3 millions de séjours de chirurgie ont été réalisés en 2016 dont 54,1% pris en charge en ambulatoire. L'objectif prévu pour 2016 à 54,7% a donc pratiquement été atteint.

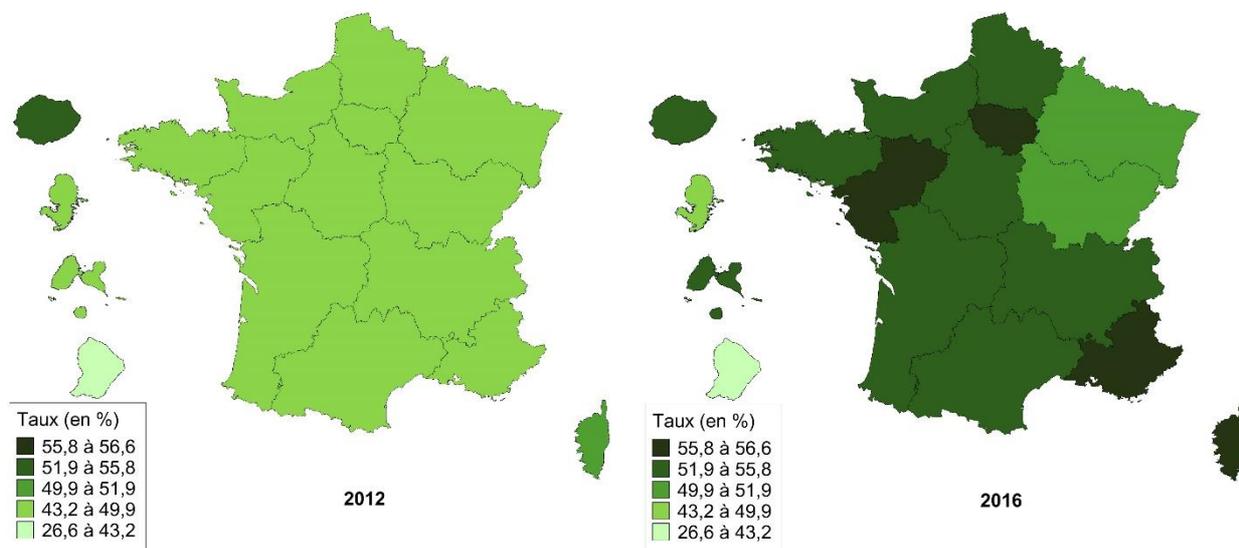
Taux de chirurgie ambulatoire observés 2012-2016 et objectifs 2016-2020



Alors que le taux de chirurgie ambulatoire 2016 est de 62% dans le secteur ex-OQN, il n'est que de 44% dans le secteur ex-DG. Plus d'un tiers des séjours pris en charge en ambulatoire est réalisé dans des établissements du secteur ex-DG et cette part est en augmentation constante.

Au niveau régional, on observe que les Pays de la Loire ont eu un développement de la chirurgie ambulatoire plus rapide que la moyenne et cette région a le taux le plus élevé avec 56,5% en 2016. A l'inverse, la Martinique qui avait un taux supérieur à la moyenne en 2012 se retrouve avec un des taux les plus bas en 2016 car le taux d'ambulatoire stagne depuis 2014.

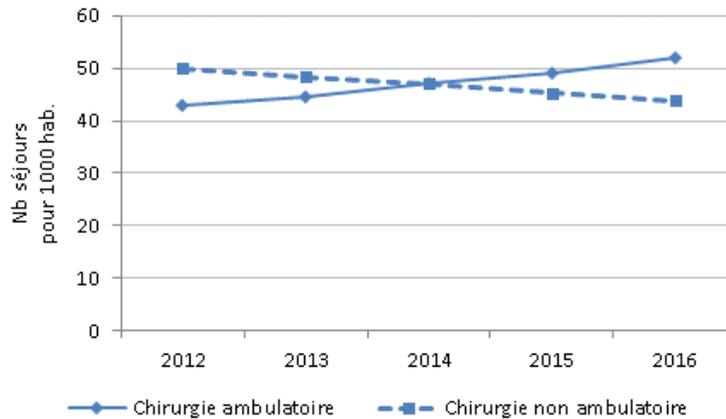
Évolution 2012-2016 du taux de prise en charge en ambulatoire selon la région d'implantation des établissements



Mesurer la consommation de chirurgie ambulatoire par la population

Le taux de recours à la chirurgie ambulatoire est en constante augmentation alors que le taux de recours à la chirurgie en hospitalisation complète baisse. En 2014, ces deux taux étaient égaux à 47,1 séjours pour 1 000 habitants. Depuis 2015, le recours à l'ambulatoire dépasse donc celui à l'hospitalisation complète pour les prises en charge chirurgicales.

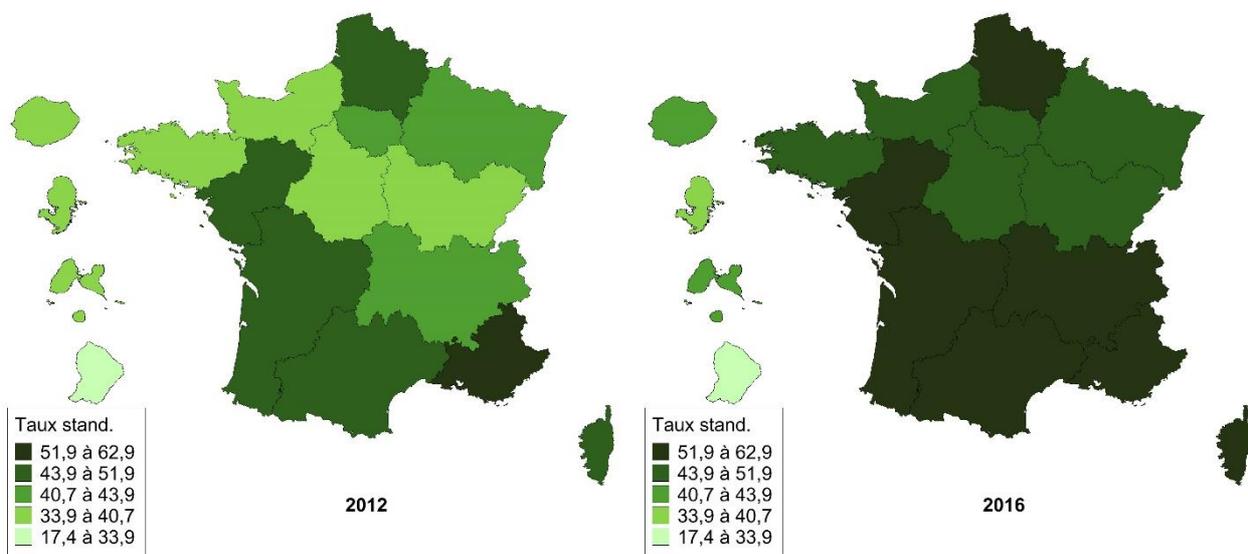
Evolution des taux de recours à la chirurgie en ambulatoire et en hospitalisation complète



Les efforts de développement de la chirurgie ambulatoire concernent plus spécifiquement les patients adultes que les enfants. Toutefois, elle progresse, à des degrés différents, dans toutes les tranches d'âge. La part des séjours de chirurgie pris en charge en ambulatoire est la plus élevée pour les enfants de moins de 5 ans (77% en 2016) et la plus faible chez les patients de 75 ans et plus (47% en 2016). Cette part ne cesse d'augmenter avec une progression annuelle d'environ 2 points pour les patients de 5 ans et plus, tandis que celle des jeunes enfants est plutôt stable depuis 2012 (<2 points).

Au niveau régional, les taux de recours observés outre-mer sont les plus faibles. Les régions Pays de la Loire et Auvergne-Rhône-Alpes sont celles où le recours à l'ambulatoire a le plus augmenté entre 2012 et 2016.

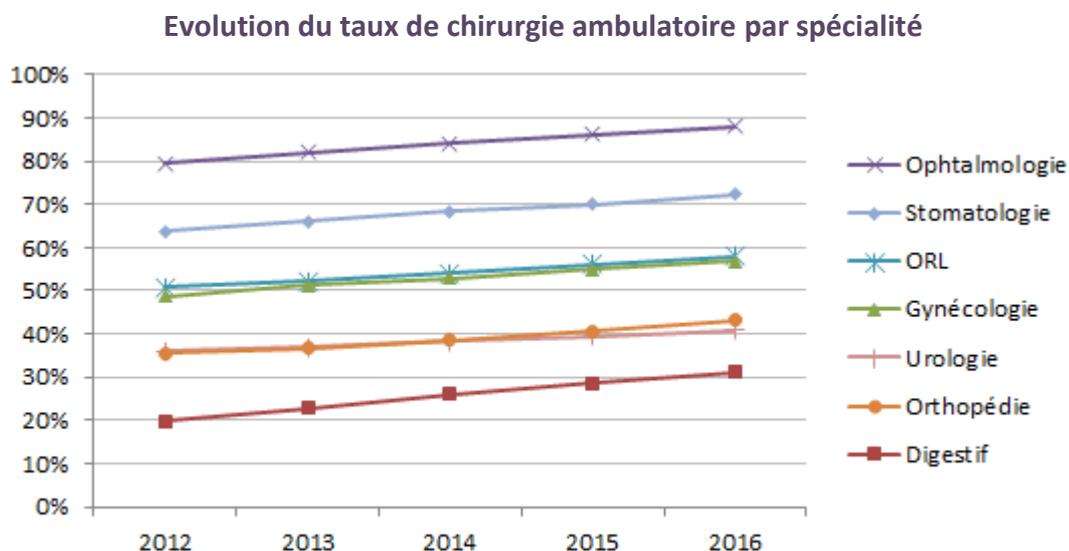
Évolution 2012-2016 du taux de recours à la chirurgie ambulatoire selon la région de résidence du patient



Taux de recours national à la chirurgie ambulatoire en 2016 = 51,9 séjours pour 1 000 habitants

Indicateurs par spécialité chirurgicale

Sept spécialités chirurgicales sont présentées : digestif, gynécologie, ophtalmologie, ORL, orthopédie, stomatologie, urologie.



Le taux de chirurgie ambulatoire et la pente de progression entre 2012 et 2016 sont variables d'une spécialité à l'autre. Le taux le plus élevé est observé en ophtalmologie, et sa progression a été forte entre 2012 et 2016. Cela est dû aux séjours relatifs aux interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie (racine 02C05).

La prise en charge en ambulatoire est largement majoritaire en **stomatologie**, il s'agit essentiellement de séjours pour « affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires » (racine 03K02).

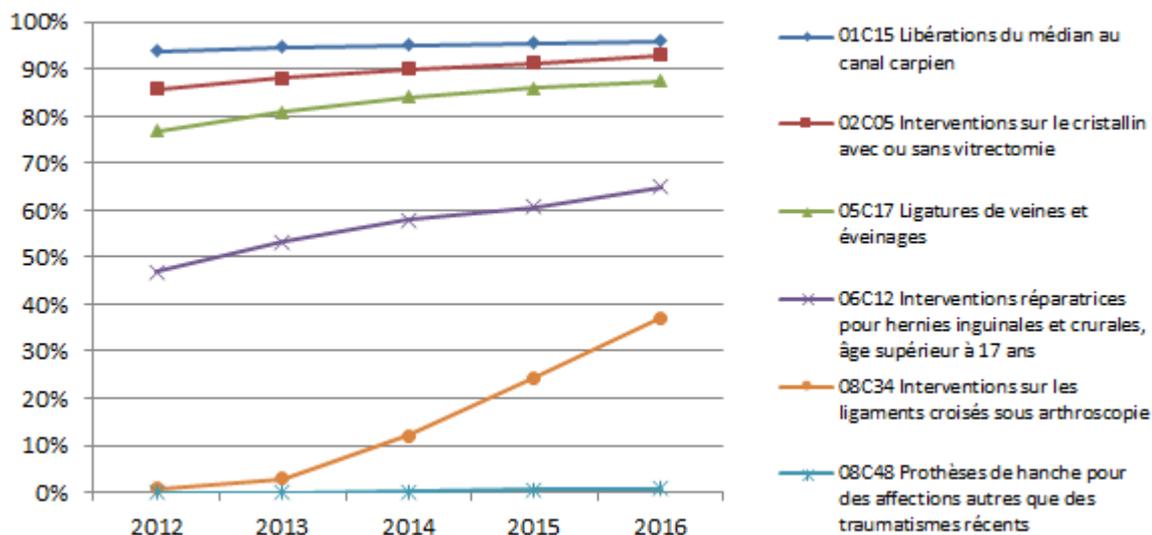
En **ORL et en gynécologie**, la progression depuis 2012 est importante, le taux de chirurgie ambulatoire se situe au-dessus de 50% depuis 2013.

En urologie, comme en orthopédie, plus d'un séjour sur trois est pris en charge en ambulatoire.

Enfin, pour la **chirurgie digestive**, le taux de chirurgie ambulatoire a progressé de 11,5 points entre 2012 et 2016 pour atteindre 31% en 2016. Il s'agit de l'activité pour laquelle la progression observée est la plus forte.

Cette variation entre les activités est d'autant plus marquée entre racines de GHM. A titre d'illustration, certaines prises en charge sont réalisées quasi exclusivement en ambulatoire (exemple : libération du canal carpien (01C15)). Le taux de chirurgie ambulatoire de certaines prises en charge, déjà élevé, continue de progresser rapidement (exemples : ligatures de veines (05C17), interventions sur le cristallin (02C05)). On constate de fortes progressions de certaines prises en charge jusque-là peu réalisées en ambulatoire (exemple : mastectomies (09C05)). Enfin, on note des pratiques émergentes ambulatoires (exemple : prothèses totales de hanche (08C48)).

Evolution du taux de chirurgie ambulatoire pour certaines racines



Indicateur de performance : positionner la pratique de l'établissement par rapport à ...

Donner des clés de lecture (volume, case-mix avec l'indice d'organisation, innovation) aux différents acteurs (professionnels de santé, directeurs d'établissements, ARS,...).



W