



Communiqué de presse

Paris, le 30 août 2019

La chirurgie ambulatoire se développe en France sous l'impulsion d'une politique incitative mais des disparités départementales subsistent

Encouragée par les pouvoirs publics et facilitée par les avancées technologiques, la pratique de la chirurgie ambulatoire – également appelée « hospitalisation de jour sans nuitée » – progresse : le taux de chirurgie ambulatoire est ainsi passé de 38 % en 2008 à 54 % en 2016. L'analyse d'impact des incitations tarifaires et de la procédure de mise sous accord préalable introduites à partir de 2009 montre que pour de nombreuses pathologies visées, les hôpitaux publics ont augmenté la prise en charge en ambulatoire à la suite des mesures.

Le développement de la prise en charge ambulatoire : un objectif de santé publique depuis 10 ans

Du point de vue du patient, la chirurgie ambulatoire permet de réduire l'exposition aux infections nosocomiales et conduit à une plus grande satisfaction. Du point de vue des régulateurs, elle permet de mieux maîtriser les coûts par rapport à l'hospitalisation complète. C'est pourquoi son développement est devenu un axe important des politiques publiques de santé. La mise en place d'une tarification unique d'abord pour quelques pathologies en 2009 s'est généralisée en 2014. Avec cette politique, le tarif pour une opération en chirurgie ambulatoire devient identique à celui d'une opération en hospitalisation complète. Dans le même temps, l'Assurance Maladie a mis en place à partir de 2008 des mesures contraignantes avec la mise sous accord préalable (MSAP) sur des actes pratiqués avec hospitalisation complète par certains hôpitaux. En d'autres termes, les établissements visés par une MSAP doivent, pour ces actes, justifier auprès de l'Assurance maladie de leur prise en charge en hospitalisation complète plutôt qu'en chirurgie ambulatoire.

Un effet plus marqué de la politique tarifaire unique sur le taux de chirurgie ambulatoire dans le secteur public

Pour de nombreuses pathologies visées (hernies, biopsies...), les hôpitaux publics ont augmenté la pratique de la chirurgie ambulatoire en réaction à la politique incitative de tarif unique. L'effet positif est notable lorsque cette politique a été appliquée en 2009, qu'elle ait été accompagnée ou non d'une mise sous accord préalable. Le constat est différent dans le secteur privé pour lequel les effets de la politique du tarif unique sont moins visibles. Seuls quelques groupes de pathologies ont initialement vu leur taux de chirurgie ambulatoire augmenter du fait de la politique (hernies, intervention réparatrice sur la bouche, intervention pour stérilité), groupes pour lesquels

le tarif unique était accompagné, le plus souvent, de la mesure de mise sous accord préalable. Par ailleurs, une forte augmentation du taux de chirurgie ambulatoire est observée pour les pathologies initialement exposées uniquement à la politique de mise sous accord préalable (arthroscopies, intervention sur le cristallin). Cette augmentation a plus souvent été constatée dans le secteur public que dans le secteur privé. Enfin, lors des extensions des deux politiques à partir de 2012, il n'y a presque plus d'effets observés. Du fait de la méthodologie adoptée, cette absence d'effets peut notamment s'expliquer si les politiques mises en place dès 2009 ont induit un essor de la prise en charge en ambulatoire au-delà des seules pathologies initialement visées.

Les taux de chirurgie ambulatoire ont progressé dans l'ensemble des départements entre 2008 et 2016

Tous les départements ont vu leur taux de chirurgie ambulatoire progresser entre 2008 et 2016. Les disparités départementales de chirurgie ambulatoire se sont réduites au cours de cette période. Les écarts observés par rapport à la moyenne nationale ont diminué de 40 %. Toutefois des disparités subsistent selon le type d'intervention chirurgicale. Le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire paraît faible pour deux catégories d'interventions : celles dont le taux d'ambulatoire est déjà très élevé (cataracte, chirurgies de la main ou du poignet) et celles pour lesquelles la pratique ambulatoire est peu adaptée, du fait de la complexité des cas et du petit nombre de séjours concernés (chirurgies du rachis ou de la thyroïde). Pour les autres groupements de pathologies dont les taux d'ambulatoire sont très inégaux selon les départements, il existe un potentiel d'ambulatoire comme par exemple pour les chirurgies transurétrales ou celles de la cheville ou du pied.

L'âge des patients et leur éloignement du site d'hospitalisation pèsent sur la pratique de la chirurgie ambulatoire

Plusieurs déterminants influencent le recours à une chirurgie ambulatoire plutôt qu'une hospitalisation complète. La chirurgie ambulatoire est moins fréquente pour les patients plus âgés ou poly-pathologiques. Le degré de complexité des interventions influence aussi ce mode de prise en charge. La proximité du lieu d'hospitalisation est aussi un facteur en faveur d'une plus grande prise en charge en ambulatoire. Des caractéristiques liées directement aux établissements, comme leur taille, jouent aussi un rôle : les petites structures prennent en charge davantage en ambulatoire. En revanche, l'offre de médecine de ville ne semble pas avoir d'impact sur la pratique ambulatoire. Le développement de la chirurgie ambulatoire passerait donc aussi par une meilleure articulation entre la médecine de ville et l'hôpital.

Repères et chiffres clés

- 6,3 millions de séjours de chirurgie en 2016
- Le taux d'ambulatoire est passé de 38 % en 2008 à 54 % en 2016 (chiffres ATIH)
- En 2017, un peu moins des deux tiers des séjours de chirurgie ambulatoire sont réalisés dans les cliniques privées

Télécharger les publications :

« [Dans quelle mesure les incitations tarifaires et la procédure de mise sous accord préalable ont-elles contribué au développement de la chirurgie ambulatoire ?](#) »

Alexandre Cazenave-Lacroutz (INSEE), Engin Yilmaz (DREES), *Les Dossiers de la DREES* n°40

« [État des lieux des pratiques de chirurgie ambulatoire en 2016](#) »

Ingrid Lefebvre-Hoang (DREES), Engin Yilmaz (DREES), *Les Dossiers de la DREES* n°41

À propos de la DREES :

Mise en place par le décret du 30 novembre 1998, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) fait partie avec l'Insee et les autres services statistiques ministériels du service statistique public (SSP). Son rôle est de fournir des informations fiables et des analyses dans les domaines du social et de la santé. L'action de la DREES s'appuie, depuis 20 ans, sur un engagement déontologique dont les principes, codifiés et partagés au niveau européen, sont l'indépendance professionnelle, l'engagement sur la qualité, le respect du secret statistique, l'impartialité et l'objectivité. La DREES est aussi un service statistique ministériel dont la mission prioritaire est d'accompagner et d'évaluer les politiques publiques sociales et sanitaires.

CONTACT PRESSE :

Souphaphone Douangdara, drees-infos@sante.gouv.fr - 01 40 56 81 97