

SALAMATI

CONSEIL

ETUDE DE L'IMPACT ECONOMIQUE DU PARCOURS DU PATIENT EN CHIRURGIE AMBULATOIRE

Volet 2

RAPPORT D'ETUDE

Frédéric BIZARD

pour

URPS-ML

Région Bretagne

JANVIER 2019

Table des matières

1.	Introduction	3
2.	Objectifs	4
3.	Méthodes	6
3.1.	Méthode de l'étude EGB	6
3.1.1	Schéma général de l'étude.....	6
3.1.2	Critères d'inclusion.....	6
3.1.3	Actes chirurgicaux pris en compte	6
3.1.4	Estimation des coûts	7
3.1.5	Analyses statistiques	9
3.2	Méthode de l'étude qualitative	10
3.2.1	Guide d'entretien	10
3.2.2	Sélection des experts	10
3.2.3	Déroulement des entretiens	11
4	Résultats.....	11
4.1	Description générale des actes	11
4.1.1	Résultats de l'étude EGB	11
4.1.2	Résultats des entretiens	13
4.2	Etude du coût de l'hospitalisation principale.....	16
4.2.1	Résultats de l'étude EGB	16
4.2.2	Résultats des entretiens.....	20
4.3	Etude des couts post-opératoires.....	23
4.3.1	Résultats de l'étude EGB	23
4.3.2	Résultats des entretiens	30
4.4	Projection de l'impact financier d'une augmentation du taux d'ambulatoire.....	31
4.4.1	A partir de l'étude EGB.....	31
4.4.2	Résultats des entretiens.....	33
5	Discussion.....	34
5.1/	Evaluation de l'impact économique sur les coûts d'hospitalisation	37
5.2/	Evaluation de l'impact économique sur les soins post-opératoires	43
6	Conclusion	49
7	Références bibliographiques.....	51

1. Introduction

La chirurgie ambulatoire (CA) est une alternative à l'hospitalisation dite « conventionnelle » (HC) permettant la sortie du patient le jour même de son admission, sans nuit d'hébergement. L'évolution des techniques chirurgicales a rendu possible le développement rapide de la CA, considérée comme génératrice d'amélioration de la qualité pour les patients et d'économies pour les financeurs, notamment l'Assurance Maladie.

Cet essor a été largement encouragé par le Ministère de la santé qui a lancé un programme national de développement de la chirurgie ambulatoire avec initialement deux objectifs : atteindre un taux de 55% en 2016 et de 66% en 2020. Ainsi, le taux de chirurgie ambulatoire est en augmentation constante en France ces dernières années (1). **En 2016, 6,3 millions de séjours de chirurgie ont été réalisés dont 54,1% en ambulatoire**, cette proportion pouvant atteindre 90% pour certains gestes (notamment en ophtalmologie).

Souhaitant que cette progression se poursuive, le Ministère de la santé a annoncé en octobre 2017 (annonce d'Agnès Buzyn lors des entretiens de Bichat à Paris) **un nouvel objectif visant à atteindre 70% des actes chirurgicaux réalisés en ambulatoire d'ici 2022**. Cette pratique a donc vocation à devenir une **norme** pour l'ensemble du parc hospitalier français. La Haute Autorité de Santé a intégré des **indicateurs spécifiques** à la pratique de l'ambulatoire dans sa campagne 2018 sur la qualité et la sécurité des soins (2), dont les résultats soulignent le rôle central de **l'organisation des équipes** et de la planification des **soins et du suivi après la sortie**.

Quelques études françaises se sont penchées sur l'impact économique de la chirurgie ambulatoire et ont effectivement conclu que son développement permettrait de réaliser des économies substantielles, sans pour autant porter préjudice à la qualité des soins et à la satisfaction des patients. Une large étude réalisée par l'Assurance Maladie en 2001 à partir de dossiers patients a abouti à des estimations de coût inférieur de la chirurgie ambulatoire par rapport à l'HC (3). Des études locales ont également été menées afin de comparer la prise en charge en CHIRURGIE AMBULATOIRE et en HC en termes de coût et/ou de qualité des soins, chacune d'entre elles se focalisant sur un acte chirurgical en particulier.

Toutes ont suggéré une diminution conséquente des coûts pour l'hôpital (4-9). Le taux de passage en HC alors qu'une chirurgie ambulatoire était initialement prévue était bas (3 à 10%), principalement lié à la survenue de nausées nécessitant une surveillance jusqu'au lendemain (5, 10, 12). Le taux de complication ne différait pas en fonction du type de prise en charge (4, 6-10). Par ailleurs, lorsque les patients étaient interrogés *a posteriori*, la grande majorité d'entre eux se déclaraient satisfaits de la prise en charge en ambulatoire (5, 8, 12).

Néanmoins, il faut relativiser ces résultats. En effet, les études ayant mis en évidence un impact économique positif de la chirurgie ambulatoire ont souvent porté sur un nombre restreint de patients et **un acte chirurgical unique**. De plus, elles se sont focalisées sur les dépenses liées **à la prise en charge hospitalière des patients**. Or, les gains observés dans le cadre de celle-ci pourraient être nuancés par plusieurs éléments. Tout d'abord, la prise en charge en ambulatoire peut générer des économies pour l'hôpital mais des coûts supplémentaires en soins de ville. La surveillance postopératoire étant réalisée au domicile, le recours au médecin traitant et les services paramédicaux peuvent être plus fortement mobilisés, ainsi que les transports sanitaires. L'impact économique du développement de la chirurgie ambulatoire est donc **une problématique complexe et son évaluation ne doit pas**

se limiter aux variations des coûts de la prise en charge hospitalière mais considérer l'ensemble du parcours du patient.

C'est pourquoi une première étude (14) a été réalisée en 2017 à partir des données de l'échantillon général des bénéficiaires (EGB) issu du Système national des données de santé (SNDS). Quatorze actes ayant contribué de manière significative au développement de la chirurgie ambulatoire ont été sélectionnés et les dépenses liées ont été comparées pour les patients pris en charge en chirurgie ambulatoire et en HC.

Une baisse des coûts de 23% était observée en moyenne pour les établissements hospitaliers. Les dépenses en indemnités journalières et en transports sanitaires étaient également moindres avec l'ambulatoire. Par ailleurs, il n'y avait pas de différence significative sur les réhospitalisations entre les deux types de séjours, ce qui confirmait le maintien d'un haut niveau de qualité et de sécurité avec l'ambulatoire. Enfin, les dépenses de soins post-opératoires étaient comparables en ambulatoire et en HC, suggérant l'absence de déport de soins vers la ville dans le cas de l'ambulatoire pour les actes étudiés.

Cette première étude a ainsi apporté des **résultats très favorables au développement** de la chirurgie ambulatoire en France, tout en exprimant des freins encore existants à son développement (14). Cependant, elle a porté sur des actes chirurgicaux sélectionnés pour avoir contribué de manière significative au développement du virage ambulatoire au cours des années précédant sa réalisation. La plupart de ces actes étaient par conséquent déjà fréquemment réalisés en ambulatoire au moment de l'étude. Or, on peut se demander si l'équation économique positive mise en évidence serait retrouvée pour des **actes chirurgicaux plus lourds, dont la réalisation en ambulatoire est moins fréquente** mais a également vocation à se développer au cours des prochaines années.

C'est pourquoi **un second volet** a été mis en place à partir des données de l'EGB, portant sur **11 nouveaux actes chirurgicaux en devenir en termes de pratique en ambulatoire**. Il s'agit ici d'avoir une **vision prospective de l'impact économique** que pourrait avoir le développement de la chirurgie ambulatoire pour ces actes qui sont pour le moment majoritairement réalisés en HC. De plus, cette étude sur base EGB a été complétée d'une **étude qualitative par entretiens de professionnels de santé**, visant à apporter des éléments explicatifs et de discussion d'une part, et les points de vue issus de la pratique terrain d'autre part.

2. Objectifs

Cette étude se compose de deux parties.

Une première partie consiste en l'analyse des données EGB. Les objectifs de cette partie sont, pour un panel de 11 actes chirurgicaux, de :

- Comparer les dépenses liées à l'acte chirurgical en fonction du type d'hospitalisation (ambulatoire *versus* conventionnelle), en prenant en compte non seulement le coût de l'hospitalisation principale mais également les dépenses liées au suivi post-opératoire ;
- A partir des résultats obtenus, estimer l'impact économique que pourrait avoir le développement de la chirurgie ambulatoire pour ces 11 actes dans les 5 prochaines années.

Une seconde partie consiste en la mesure des ressentis terrain quant à la chirurgie ambulatoire et son impact organisationnel. Cette phase qualitative vise à rassembler et synthétiser les points de vue de professionnels, impliqués dans la prise en charge en ambulatoire.

La chirurgie ambulatoire est définie ici selon la définition du ministère de la santé, c'est-à-dire les séjours en hospitalisation de moins de 12 h ne comportant aucune nuitée.

3. Méthodes

3.1. Méthode de l'étude EGB

3.1.1 Schéma général de l'étude

Il s'agit d'une **étude longitudinale rétrospective** concernant l'ensemble des actes ciblés par l'étude et réalisés entre le 1^{er} avril 2013 et le 30 septembre 2016.

Les données sont issues de l'Échantillon Général des Bénéficiaires (EGB), qui est un sous-échantillon au 1/97^{ème} du Système National Inter régime de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) et du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Cette base de données contient des informations anonymes sur les caractéristiques sociodémographiques, les prestations de soins et les hospitalisations des bénéficiaires.

Un panel de 11 actes chirurgicaux ayant un potentiel d'évolution en termes de pratique ambulatoire a été sélectionné. Pour chacun de ces actes, un ensemble de variables a été extrait de l'EGB, permettant d'estimer les coûts associés à l'acte au cours de l'hospitalisation principale d'une part, et en post-opératoire d'autre part. L'association entre le type d'hospitalisation (ambulatoire *versus* conventionnelle) et les coûts liés à l'acte a pu être étudiée et l'impact économique d'une évolution de la pratique ambulatoire sur 5 ans a été estimé.

3.1.2 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Actes de chirurgie réalisés entre le 1^{er} avril 2013 et le 30 septembre 2016 correspondant à la liste des codes CCAM établie ;
- Concernant un patient provenant de son domicile et y retournant après l'opération ;
- Avec une durée d'hospitalisation ≤ 2 jours.

Les deux derniers critères ont été appliqués afin de sélectionner des patients avec un niveau de sévérité faible (niveau 1) et de disposer ainsi de deux populations comparables pour mener les analyses comparatives entre séjours ambulatoires et conventionnels.

3.1.3 Actes chirurgicaux pris en compte

La sélection des actes chirurgicaux a été réalisée à partir des données de l'EGB en concertation avec des chirurgiens de différentes spécialités (orthopédie, gynécologie, urologie, neurologie, cardiologie, etc.) des Unions Régionales des Professionnels de santé Médecins libéraux ayant participé à l'étude. Il s'agissait de sélectionner des actes avec un fort potentiel d'évolution en termes de pratique ambulatoire (taux assez bas pour permettre une marge de progression) mais avec un effectif suffisant dans l'EGB. Ainsi, les onze actes suivants ont été retenus :

Tableau 1 : Liste des actes retenus pour l'étude EGB

Libellé	Code
Réinsertion et/ou suture de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie	MJEC002
Urétrotomie, par endoscopie	JEPE002
Exérèse d'une hernie discale de la colonne vertébrale lombaire, par abord postérieur ou postérolatéral	LFFA002
Hémorroïdectomie pédiculaire par résection sous-muqueuse	EGFA003
Lobo-isthmectomie unilatérale de la glande thyroïde, par cervicotomie	KCFA008
Kystectomie ovarienne intrapéritonéale, par coelioscopie	JJFC003
Salpingo-ovariectomie [Annexectomie], par coelioscopie	JJFC010
Gastroplastie par pose d'anneau ajustable périgastrique pour obésité morbide, par coelioscopie	HFMC007
Cure bilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par vidéochirurgie	LMMC001
Soutènement vésical par bandelette synthétique infra-urétrale, par voie trans-vaginale et par voie trans-obturatrice	JDDB005
Désobstruction d'un accès vasculaire artérioveineux, par abord direct	EZPA001

3.1.4 Estimation des coûts

Pour évaluer les coûts liés à un acte chirurgical et les comparer selon le type d'hospitalisation, il est nécessaire de prendre en compte non seulement **l'hospitalisation durant laquelle l'acte a été réalisé mais également les prises en charge post-opératoires**. En effet, la réalisation de l'acte en ambulatoire pourrait entraîner un surcoût en post-opératoire lié à un recours plus important au médecin traitant, aux services paramédicaux, aux arrêts de travail et/ou aux transports sanitaires.

Par conséquent, l'évaluation de l'impact économique dans la présente étude a tenu compte :

- Du coût du séjour hospitalier au cours duquel a eu lieu la chirurgie ;
- Des couts post-opératoires (dans les 3 mois suivant l'intervention) :
 - Soins de ville (consultations, séances de kinésithérapie et soins infirmiers) ;
 - Réadmissions hospitalières ;
 - Transports sanitaires ;
 - Indemnités journalières.

Le coût de l'hospitalisation principale a été évalué selon trois perspectives (Assurance maladie, patients et établissements hospitaliers) de la manière suivante :

- **Pour l'Assurance maladie** : tarif du Groupe h=Homogène de Séjour (GHS), tel que publié au Journal Officiel pour 2018 ;
- **Pour l'établissement** : le coût a été fixé à partir de l'échelle nationale des coûts (ENC).
- **Pour le patient** : tarif du forfait journalier, du supplément de chambre particulière et du ticket modérateur, estimés grâce aux données de l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé (12) selon le calcul suivant :
 - Forfait journalier : 18€ par jour (1 jour comptabilisé pour les séjours en CA, 1 à 2 jours pour les séjours en HC) ;
 - Supplément chambre particulière : 38€*10% dans le public et 48€*15% dans le privé en chirurgie ambulatoire / 46€*21% dans le public et 68€*46% dans le privé en HC par jour d'hospitalisation ;

- Ticket modérateur : le coût moyen de 183€ estimé pour l'année 2012 par l'observatoire des restes à charge en santé (12) a été utilisé et mise à jour pour chacune des années de la période d'étude en fonction de l'indice de prix à la consommation pour les services de santé établi par l'Insee ;

En l'absence de source robuste sur les coûts réellement à la charge du patient, les données issues de cet observatoire ont été retenues afin de proposer malgré tout des éléments de réflexion sur la perspective patient. Ces résultats doivent néanmoins être appréhender avec prudence et mériteraient d'être complétés par une étude ad hoc sur le reste à charge des patients sur ces actes. Ces coûts supportés par les patients sont dans la plupart des cas (96% de la population est couverte par un contrat de complémentaire santé) **payés par des organismes de complémentaire santé (OCAM).**

Les coûts post-opératoires ont été calculés en prenant en compte l'ensemble des dépenses liées aux prises en charge réalisées dans les trois mois suivant l'acte chirurgical et en rapport avec celui-ci, en considérant **les soins de ville** (consultations, soins infirmiers et séances de kinésithérapie), **les réhospitalisations, les transports sanitaires et les indemnités journalières.**

Pour cela, les coûts liés à ces différents types de prestations ont été calculés sur deux périodes : d'une part dans les 3 mois précédant l'hospitalisation, et d'autre part dans les 3 mois suivant celle-ci. La différence entre les coûts au cours de ces deux périodes a ensuite été calculée en faisant l'hypothèse qu'elle représentait les coûts en lien avec l'acte chirurgical.

3.1.5 Analyses statistiques

Comparaison des coûts en fonction du type d'hospitalisation

Pour chaque acte, le coût de l'hospitalisation principale selon les trois perspectives étudiées (Assurance maladie, patients et établissements hospitaliers) a été comparé en fonction du type de chirurgie (ambulatoire versus conventionnelle) par ***un test de comparaison de moyennes***. De la même façon, le nombre de prises en charge post-opératoires et le coût de celles-ci ont été comparés. Le taux de réhospitalisation toutes causes a également été considéré.

Certains **facteurs liés au patient (âge, sexe, présence d'une ALD) et à l'établissement (statut public ou privé)** pouvant influencer les coûts de l'hospitalisation et de la prise en charge post-opératoire, des ***analyses multivariées ont été réalisées afin prendre en compte ces facteurs de confusion potentiels***. Des modèles de régression linéaire ont été utilisés afin d'estimer l'association entre le coût et le type d'hospitalisation (ambulatoire/conventionnelle) en ajustant sur l'âge (fonction binomiale), le sexe, la présence d'au moins une ALD au moment de l'hospitalisation et le statut de l'établissement. Pour comparer le taux de réhospitalisation, des ***modèles de régressions logistiques ajustés*** sur les mêmes facteurs ont été utilisés.

Projection de l'impact économique d'une augmentation de la chirurgie ambulatoire

A partir des résultats des modèles, une projection à 5 ans de l'impact économique que pourrait avoir une évolution de la chirurgie ambulatoire a été réalisée. Les deux types de scénarii suivants ont été utilisés :

- **Un taux de chirurgie ambulatoire global atteignant 70%** (toutes durées de séjour et toutes sévérités confondues) sur l'ensemble des 11 actes considérés, correspondant à l'objectif de développement de la chirurgie ambulatoire d'ici 2022. Il ne s'agissait pas d'attendre un taux de 70% pour tous les actes mais sur l'ensemble des 11 actes, en faisant augmenter les taux actuellement observés jusqu'à atteindre 70% sur l'ensemble des actes, le taux maximum pouvant être atteint étant fixé à 90% ;
- **Une augmentation du taux de chirurgie ambulatoire jusqu'à 100%** (en faisant augmenter par tranches de 10% jusqu'à atteindre 100%) des séjours de moins de 2 jours, la quasi-totalité de ces actes pouvant *a priori* être réalisés en ambulatoire puisqu'ils correspondent à des niveaux faibles de sévérité.

Pour chaque scénario d'évolution, le nombre d'actes additionnels qui seraient réalisés en ambulatoire si le scénario se produisait a été calculé. Puis, l'impact économique associé a été estimé en multipliant le nombre d'actes additionnels par le coefficient obtenu dans les modèles de régression, lorsque celui-ci était significativement différent de 0. Des fourchettes inférieures et supérieures des gains obtenus ont également été calculées à partir des intervalles de confiance des coefficients obtenus dans les modèles de régression.

Les résultats ont ensuite été extrapolés à l'ensemble de la population incluse dans le SNDS (à savoir 99% de la population française) en multipliant les gains obtenus et leur fourchette inférieure et supérieure par 97, l'EGB étant un sous-échantillon au 1/97^{ème} du SNIIRAM.

3.2 Méthode de l'étude qualitative

Pour réaliser l'étude qualitative, nous avons conduit 12 entretiens d'experts sur la base d'un guide de discussion et d'une slide représentant le parcours patient en ambulatoire.

3.2.1 Guide d'entretien

L'objectif du guide d'entretien était d'accompagner et de standardiser la discussion avec les experts. Le guide d'entretien, présenté en Annexe 1, était construit en 4 parties :

- Présentation du professionnel : expérience, domaine d'expertise, rôle actuel.
- Prise en charge des patients : Définition du parcours patient en chirurgie ambulatoire, délais d'accès, critère du choix de l'ambulatoire, part de la patientèle en ambulatoire, acteurs de soins impliqués, suivi des patients, financement, et différence entre le public et le privé
- Impacts de la chirurgie ambulatoire : conséquences sur la prise en charge, le parcours, le recours aux soins post-opératoires, la réhabilitation, ainsi que l'impact financier et sur la différenciation des centres ;
- Catalyseurs et freins : analyse de l'objectif national de 70% d'actes en ambulatoire, avis sur la prise en charge en ambulatoire, barrières au développement, évolution des pratiques et des coûts.

3.2.2 Sélection des experts

La sélection des experts a été faite par les URPS, sur la base de l'expérience en chirurgie ambulatoire, des disponibilités, et en sélectionnant plusieurs spécialités. 12 experts ont participé.

Tableau 2 : Répartition des experts par spécialité

Spécialité/Profession	n
Direction	2
Chirurgie orthopédique	2
Chirurgie viscérale, gynécologique, et maxilo-faciale	1
Chirurgie générale et digestive	1
Chirurgie viscérale et/ou digestive	3
Chirurgie générale et gynécologique	1
Chirurgie gynécologique	1
Anesthésie	1

Tableau 3 : Répartition des lieux d'exercice des experts par type d'établissement

Type d'établissement	n
Public	1
Privé	10
Mixte	1

Tableau 4 : Répartition des lieux d'exercice des experts par région

Région	n
Bretagne	1
Nouvelle-Aquitaine	1
Auvergne-Rhône-Alpes	3
Bourgogne-Franche-Comté	2
Hauts-de-France	1
Grand Est	2
Ile-de-France	2

3.2.3 Déroulement des entretiens

Chaque entretien s'est déroulé par téléphone, et a duré entre quarante-cinq minutes et une heure. Les questions posées suivaient le guide d'entretien. Les entretiens se sont déroulés entre le 19 octobre 2018 et le 10 décembre 2018.

4 Résultats

4.1 Description générale des actes

4.1.1 Résultats de l'étude EGB

Le nombre total d'actes retrouvés dans l'EGB, ainsi que la proportion d'actes effectués en ambulatoire par année, sont présentés dans le tableau 5. Une description plus détaillée de chaque acte est présentée en Annexe 1. Une description par région est présentée en Annexe 2.

Pour la plupart des actes considérés, la proportion d'actes réalisés en ambulatoire a nettement augmenté au cours de la période d'étude. Pour deux actes (cure bilatérale d'une hernie de l'aine et désobstruction d'un accès vasculaire), celle-ci est resté stable.

Tableau 5 : Nombre d'actes observés dans l'EGB et évolution du taux d'ambulatoire sur la période d'étude. Echantillon généraliste des bénéficiaires, 2013-2016.

	N total d'actes	% des actes réalisés en ambulatoire					Variation taux ambu 2013-16
		2013	2014	2015	2016	Total	
Réinsertion tendons coiffe rotateurs	1110	5,6	16,5	20,4	28,3	18,7	+405 %
Urétrotomie	394	8,2	20,8	24,6	15,1	18,8	+84 %
Exérèse d'une hernie discale	886	0	2,1	2,8	3,0	2,0	+5900 %
Hémorroïdectomie pédiculaire	283	11,6	23,3	13,8	30,0	19,8	+159 %
Lobo-isthmectomie thyroïde	322	2,9	2,1	7,7	7,5	5,0	+159 %
Kystectomie ovarienne	578	8,5	8,3	17,7	23,9	14,3	+181 %
Salpingoovariectomie	511	8,7	4,8	13,4	11,4	9,6	+31 %
Gastroplastie	125	17,4	25,5	33,3	33,3	25,6	+91 %
Cure bilatérale hernie de l'aine	423	56,3	48,6	57,0	60,6	55,6	+8 %
Soutènement vésical	807	25,0	30,7	37,9	43,4	34,4	+74 %
Désobstruction accès vasculaire	160	18,5	16,7	15,2	18,4	16,9	-0,5 %

Le tableau 6 présente le nombre d'actes inclus dans l'étude après l'application des critères de sélection (durée de séjour ≤ 2 jours, provenance et retour au domicile).

Tableau 6 : Nombre d'actes inclus dans l'étude et proportion des actes réalisés en ambulatoire. Echantillon généraliste des bénéficiaires, 2013-2016.

	Nombre total d'actes	Nombre d'actes réalisés en ambulatoire	% d'actes réalisés en ambulatoire
Réinsertion coiffe rotateurs	764	208	27,2
Urétrotomie	206	74	35,9
Exérèse d'une hernie discale	219	18	8,2
Hémorroïdectomie pédiculaire	188	55	29,3
Lobo-isthmectomie de la thyroïde	206	16	7,8
Kystectomie ovarienne	406	83	20,4
Salpingo-ovariectomie	288	49	17,0
Gastroplastie	83	32	38,6

Cure bilatérale hernie de l'aîne	396	235	59,3
Soutènement vésical	597	278	46,6
Désobstruction accès vasculaire	91	19	20,9

4.1.2 Résultats des entretiens

Sur l'ensemble des actes réalisés par les experts, ceux-ci indiquaient effectuer entre 40% et 90% d'actes en ambulatoire.

Cependant, tous ont ajouté que la part d'actes en ambulatoire **dépend grandement de la spécialité et de l'acte réalisé**. Plus précisément, les experts ont indiqué des taux d'ambulatoire suivants :

Tableau 7 : part d'actes déclarés être réalisés en ambulatoire par pathologie ou acte (exemples)

Spécialité	Actes ou pathologie	Données chiffrées sur la part d'actes indiqués réalisés en ambulatoire	Indications qualitatives sur la part d'actes réalisés en ambulatoire
Orthopédie	Ligaments croisés sous arthroscopie	79%	
	Chirurgie de l'épaule	89%	
	Chirurgie du pied		
	Ménisectomie		
Chirurgie viscérale ou digestive	Hernie	95%	
	Cholécystectomie		Très fréquent
	Actes sur la vésicule	95%	
Chirurgie gynécologique	Actes sur le colon et le rectum	0%	
	Cancer de l'ovaire		Très rare
	Polynomectomie par laparoscopie	0%	
Autres	Circoncision	100%	
	Exérèse de kyste	100%	
	Abcès	100%	
	Chirurgie de la cataracte	92%	

Chirurgie de la rétine	6%	
Chirurgie des poumons		Très rare
Chirurgie du pancréas		Très rare
Chirurgie du foie		Très rare

Ainsi, le pourcentage d'acte réalisé en ambulatoire dépend fortement des actes sélectionnés. Dans l'étude EGB, le pourcentage d'actes en ambulatoire est cohérent avec le critère de sélection d'actes peu réalisés en ambulatoire et avec un fort potentiel d'évolution.

Part d'ambulatoire : différences entre le public et le privé

L'ensemble des experts à l'exception d'un (ne sachant pas répondre à la question) considéraient que les hôpitaux publics réalisent moins d'actes en ambulatoire que les hôpitaux privés. Une différence de +10% dans le privé a été évoquée en entretien. Les raisons citées pour expliquer cette différence sont :

- La différence entre les actes pratiqués dans les deux secteurs. Les centres privés réalisent plus d'actes adaptés à l'ambulatoire que les hôpitaux publics, davantage consacrés à la réalisation d'actes lourds. Cependant, certains experts indiquent que sur les mêmes actes il y a aussi une différence ;
- Une plus grande efficacité dans le privé, avec d'une part une meilleure organisation en termes de structure architecturale, organisationnelle et d'utilisation des espaces, qui amènent un enchaînement des patients plus rapide et une plus grande maîtrise du parcours patient. D'autre part, le caractère souvent universitaire des hôpitaux publics peut jouer sur l'expérience des acteurs impliqués dans le parcours, et impacter la qualité ou la durée des actes dans le public ;
- L'adhésion au projet de développement de l'ambulatoire, qui peut être plus forte dans le privé ;
- Un retard sur la mise en place initiale de la chirurgie ambulatoire dans le public.

Part d'ambulatoire : Disparités régionales

L'ensemble des experts ayant répondu à la question sur les disparités régionales (6 experts) indiquaient qu'il existe une disparité régionale, qui peut être due :

- A la différence du nombre d'hôpitaux publics entre les régions ;
- A la différence de répartition géographique des patients et des centres entre les zones urbaines et les zones peu urbanisées, impactant notamment la mobilité des patients et leur capacité à retourner chez eux le jour même de l'opération ;
- Un retard sur la mise en place initiale de la chirurgie ambulatoire dans certaines régions.

Influence de l'architecture des services

La prise en charge des patients en ambulatoire nécessite une **organisation des soins différente de celle en chirurgie conventionnelle**. Celle-ci est présentée en Annexe 3. L'architecture des services peut jouer un rôle sur la capacité de patients pouvant être opérés en ambulatoire. La prise en charge des patients se fait dans une unité ambulatoire distincte du service d'hospitalisation conventionnelle. Le nombre de patients opérés en ambulatoire dépend ainsi de l'organisation de l'établissement et de l'architecture du service. En effet, les coûts d'aménagement de la structure dédiée à la pratique ambulatoire peuvent limiter la capacité des services.

Ainsi, le **recours à l'ambulatoire doit s'analyser par pathologie**, le taux global pouvant cacher des disparités en fonction du type d'établissement, de la région ou des investissements réalisés dans la structure ambulatoire.

4.2 Etude du coût de l'hospitalisation principale

4.2.1 Résultats de l'étude EGB

Le Tableau 8 présente le coût de l'hospitalisation principale pour l'Assurance maladie (tarif GHS moyen), pour l'établissement (tarif ENC moyen) et pour le patient (coût moyen lié au forfait journalier, au supplément de chambre particulière et au ticket modérateur).

Pour l'Assurance maladie, les coûts en CHIRURGIE AMBULATOIRE et en HC sont relativement proches et une différence significative n'est observée que pour trois actes, avec un coût légèrement plus faible pour les actes réalisés en ambulatoire.

Pour les établissements, la différence est significative pour la plupart des actes étudiés (8/11), avec un coût beaucoup plus faible en chirurgie ambulatoire qu'en HC.

Pour les patients, le coût lié à l'hospitalisation est inférieur lorsque la chirurgie est réalisée en ambulatoire, avec une diminution du coût de 35 à 54 euros selon les actes.

Tableau 8 : Comparaison du coût de l'hospitalisation principale pour l'Assurance maladie, les établissements hospitaliers et les patients en chirurgie ambulatoire (CA) et hospitalisation conventionnelle (HC). Echantillon généraliste des bénéficiaires, 2013-2016.

	Coût assurance maladie (GHS)			Coût établissement (ENC)			Coût patient (forfait+ chambre part.+TM)		
	CA	HC	p	CA	HC	p	CA	HC	p
Coiffe rotateurs	1444,1	1445,2	0,9	2173,5	2616,8	***	210,5	258,8	***
Urétrotomie	738,4	942,3	**	881,8	1330,3	***	210,2	250,7	***
Exérèse hernie discale	2211,3	1999,9	0,2	2980,9	2824,5	0,4	210,0	263,6	***
Hémorroïdectomie	1232,5	1291,5	0,3	1288,2	1576,2	***	209,0	246,5	***
Lobo-isthmect. thyroïde	2031,6	2168,1	0,4	2767,6	2829,1	0,7	208,8	244,0	***
Kystectomie ovarienne	1771,1	1697,8	0,3	2087,6	2380,6	***	208,8	247,6	***
Salpingoovariectomie	1944,2	1823,7	0,2	2188,4	2485,3	*	208,5	245,5	***
Gastroplastie	2183,5	2325,8	0,4	3530,9	3527,5	0,9	210,3	263,7	***
Cure hernie de l'aîne	1210,2	1298,3	*	1248,1	1638,4	***	209,7	247,7	***
Soutènement vésical	1718,3	1795,7	*	1816,1	2155,7	***	209,3	244,7	***
Désobs. accès vasculaire	1133,5	1271,0	0,2	1931,8	2164,9	*	210,5	256,3	***

* $p < 0,05$ ** $p < 0,001$ *** $p < 0,0001$

Le Tableau 9 présente les résultats de l'**analyse multivariée** modélisant le coût de l'hospitalisation (selon les perspectives Assurance maladie, établissement et patient) en fonction de sa réalisation en ambulatoire (*versus* en hospitalisation conventionnelle) après ajustement sur les caractéristiques du patient (âge, sexe, ALD) et de l'établissement (statut public/privé) :

- Du point de vue de l'**Assurance maladie**, bien que les GHS soient identiques entre un séjour de niveau 1 et le même séjour en ambulatoire, on constate une diminution significative du

coût pour la moitié des actes (5/11) lorsque celui-ci est réalisé en ambulatoire, pouvant aller de 46 à 109 euros selon l'acte considéré ;

- Du point de vue **des établissements**, l'économie réalisée est significative pour 7 des 11 actes étudiés et varie de 309 à 452 euros selon l'acte. Cette économie représente en moyenne sur les 7 actes **20% du coût de production total**. Comme l'illustre la Figure 1, cette part est de l'ordre de 18-20% pour la plupart des actes mais elle atteint 30% pour les urétrotomies ;
- Enfin, du **point de vue du patient**, une économie significative est réalisée quel que soit l'acte lorsque celui-ci est réalisé en ambulatoire, avec un gain variant de 31 à 57 euros selon l'acte.

Tableau 9 : Association entre la pratique de l'acte en ambulatoire et le coût de l'hospitalisation principale – Modèles de régression linéaire ajustés sur l'âge, le sexe, la présence d'une ALD et le statut de l'établissement.

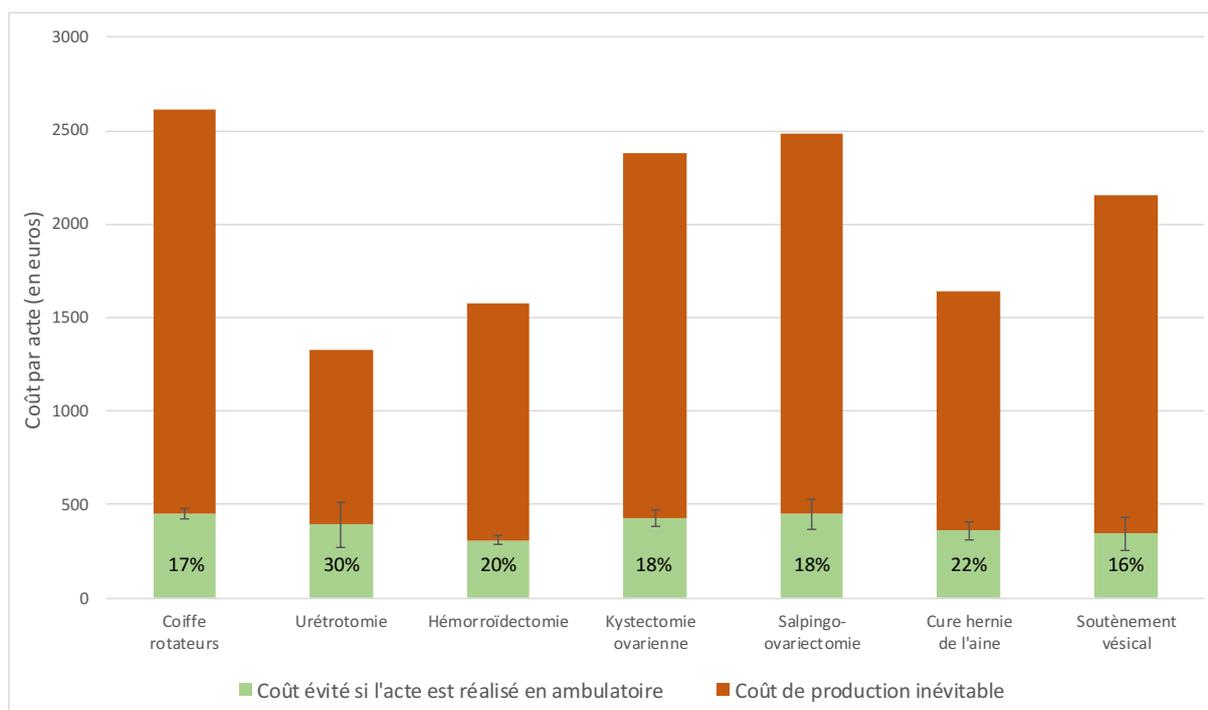
	Coefficient	IC 95%	p-value
Coiffe rotateurs (n=764)			
Assurance maladie	-9,8	[-20,3 ; 0,6]	0,06
Etablissement hospitalier	-452,2	[-480,6 ; -423,8]	***
Patient	-48,2	[-51,4 ; -44,9]	***
Urétrotomie (n=206)			
Assurance maladie	-122,2	[-230,2 ; -14,3]	*
Etablissement hospitalier	-393,6	[-511,7 ; -275,4]	***
Patient	-44,4	[-49,6 ; -39,2]	***
Exérèse hernie discale (n=219)			
Assurance maladie	1,6	[-68,3 ; 71,6]	0,98
Etablissement hospitalier	-27,7	[-225,4 ; 170,1]	0,77
Patient	-50,4	[-60,5 ; -40,4]	***
Hémorroïdectomie (n=188)			
Assurance maladie	-87,8	[-115,8 ; -55,7]	***
Etablissement hospitalier	-309,0	[-334,0 ; -284,1]	***
Patient	-36,2	[-42,1 ; -30,3]	***
Lobo-isthmectomie thyroïde (n=206)			
Assurance maladie	-126,9	[-337,3 ; 83,5]	0,24
Etablissement hospitalier	-53,1	[-238,3 ; 131,9]	0,58
Patient	-34,3	[-43,6 ; -25,1]	***
Kystectomie ovarienne (n=406)			
Assurance maladie	-70,6	[-103,5 ; -37,8]	***
Etablissement hospitalier	-424,7	[-467,0 ; -382,4]	***
Patient	-35,0	[-39,6 ; -30,3]	***
Salpingo-ovariectomie (n=288)			
Assurance maladie	-31,1	[-120,0 ; 57,7]	0,49
Etablissement hospitalier	-450,4	[-530,5 ; -370,2]	***

Etude médico-économique sur la Chirurgie ambulatoire- URPS Médecins libéraux

Patient	-31,6	[-37,3 ; -25,8]	***
Gastroplastie(n=83)			
Assurance maladie	89,9	[-94,6 ; 274,5]	0,33
Etablissement hospitalier	100,7	[-79,5 ; 280,9]	0,22
Patient	-56,8	[-64,8 ; -48,7]	***
Cure hernie de l'aine (n=396)			
Assurance maladie	-46,4	[-90,2 ; -2,4]	*
Etablissement hospitalier	-359,9	[-406,4 ; -313,4]	***
Patient	-39,2	[-42,5 ; -36,0]	***
Soutènement vésical (n=597)			
Assurance maladie	-97,5	[-126,1 ; -68,7]	***
Etablissement hospitalier	-344,5	[-431,8 ; -257,1]	***
Patient	-34,6	[-37,3 ; -31,9]	***
Désobstruction accès artérioveineux (n=91)			
Assurance maladie	61,6	[-59,3 ; 182,5]	0,31
Etablissement hospitalier	-88,6	[-303,4 ; 126,2]	0,41
Patient	-53,7	[-64,5 ; -42,9]	***

* $p < 0,05$ ** $p < 0,001$ *** $p < 0,0001$

Figure 1. Proportion du coût de production évitable pour l'établissement hospitalier par une réalisation de l'acte en ambulatoire. Echantillon généraliste des bénéficiaires, 2013-2016.



Une baisse des coûts de production plus élevée de 5 points dans le privé

Des analyses ont également été réalisées en stratifiant sur le statut de l'établissement, dont les résultats détaillés sont présentés en Annexe 2. D'une manière générale, les résultats obtenus sont tout-à-fait comparables entre les deux types d'établissements et à ceux obtenus dans l'analyse globale.

Les économies générées par les établissements, malgré un tarif ENC très différent dans le public et dans le privé, sont significatives pour les mêmes actes et du même ordre de grandeur. Ainsi, proportionnellement au coût de production, ces économies représentent une part plus importante dans le privé (**23,1** % en moyenne sur les 7 actes) que dans le public (**17,8** % en moyenne sur les 7 actes). Cependant, les deux types d'établissements réalisent des économies substantielles (et en font réaliser à l'assurance maladie et aux patients) par la pratique de l'ambulatoire (Figures 2 et 3).

Figure 2. Part évitable du coût de production pour les établissements hospitaliers publics par une réalisation de l'acte en ambulatoire. Echantillon généraliste des bénéficiaires, 2013-2016.

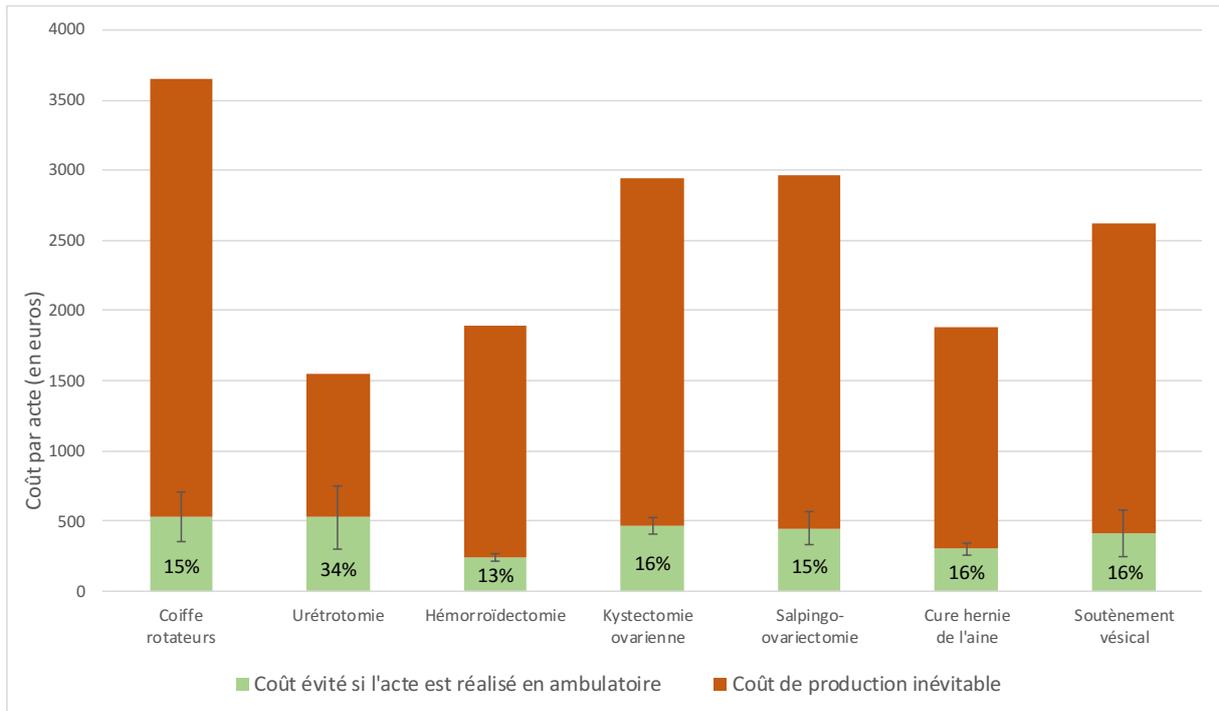
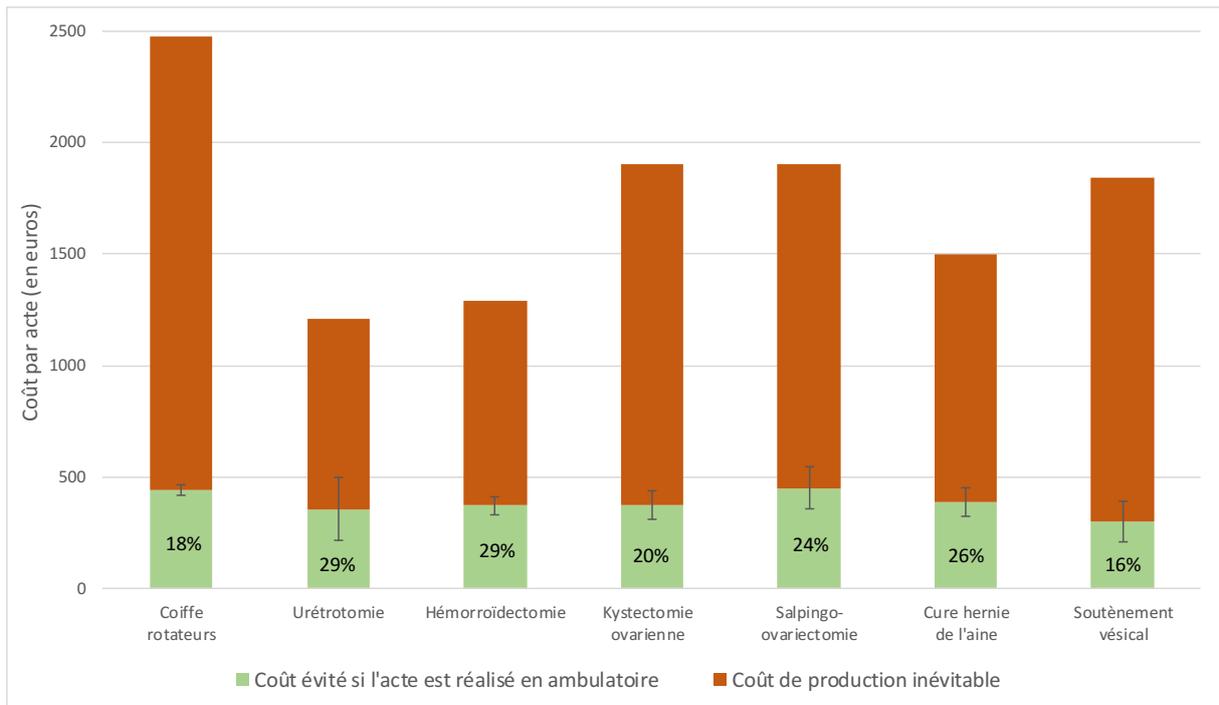


Figure 3. Part évitable du coût de production pour les établissements hospitaliers privés par une réalisation de l'acte en ambulatoire. Echantillon généraliste des bénéficiaires, 2013-2016.



4.2.2 Résultats des entretiens

Impact financier sur les établissements

Les experts ont indiqué que la prise en charge en ambulatoire entraîne des économies pour les établissements à plusieurs niveaux :

- L'hospitalisation en ambulatoire permet une augmentation du nombre de patients par lit, donc une efficacité augmentée sur l'utilisation des ressources.
- Le développement de l'hospitalisation ambulatoire peut impliquer une réduction des besoins de travail la nuit et le week-end, avec une réduction des coûts associés. Comme précisé en section 4.1.1, cet effet est également lié à la structure architecturale des établissements qui influence sa capacité à faire de l'ambulatoire et vice-versa.

Cependant, il a été noté que la prise en charge en ambulatoire **requiert une augmentation de la charge de travail**, avec du temps infirmier supplémentaire par exemple. Ceci représente un surcoût pour l'établissement. Les remarques des experts éclairent sur les mécanismes de baisse de coûts pour les établissements. Ils permettent aussi d'expliquer que les coûts pour les établissements observés dans l'EGB diffèrent selon les pathologies (impact négatif pour la gastroplastie par exemple) et ne soient pas toujours statistiquement significatifs.

En effet, plusieurs leviers opposés – économies et surcoûts selon les postes - peuvent s'exercer. L'équilibre financier des établissements est également impacté au niveau de leurs recettes, qui peuvent être orientées à la baisse du fait des mécanismes suivants :

- Lors d'une hospitalisation en ambulatoire, les patients choisissent moins souvent des offres supplémentaires comme le paiement d'une chambre particulière ou l'accès à la télévision. Ceci peut être particulièrement problématique pour les établissements privés, qui s'appuient souvent sur ces recettes annexes pour atteindre leur équilibre financier. Cet aspect ne représente pas un surcoût mais des recettes diminuées ;
- La baisse fréquente des tarifs des séjours en ambulatoire.

Ainsi, en prenant en compte les coûts et les recettes, l'impact financier pour les établissements peut différer d'un établissement à l'autre. Certains experts considèrent les pertes financières comme importantes, ce qui peut être problématique pour l'équilibre financier des établissements, d'autant plus si une baisse des tarifs des séjours en ambulatoire est durablement mise en place.

Impact sur le reste à charge (patients ou complémentaires)

La majorité des experts indiquent ne pas connaître précisément l'impact de la chirurgie ambulatoire sur le reste à charge des patients. Deux experts ont précisé que ce reste à charge serait diminué par le fait que les patients choisissent moins souvent de chambre particulière et d'accès à la télévision.

Coûts pour les professionnels de santé

Dans le privé, les chirurgiens ont indiqué ne pas pratiquer de dépassement d'honoraires différents en cas de chirurgie ambulatoire versus hospitalisation conventionnelle.

Coûts pour l'assurance maladie

L'impact de l'hospitalisation ambulatoire sur le budget de l'assurance maladie était perçu comme neutre ou positif.

Les tarifs de l'hospitalisation ambulatoire sont moins élevés que ceux des hospitalisations longues. Ensuite, une baisse des tarifs ambulatoires est crainte comparativement à ceux des hospitalisations conventionnelles courtes.

4.3 Etude des couts post-opératoires

4.3.1 Résultats de l'étude EGB

Le Tableau 10 représente, pour chaque acte, le **nombre moyen de prises en charge post-opératoires et le coût moyen** de celles-ci en fonction du type d'hospitalisation (ambulatoire *versus* conventionnelle). Pour chaque type de prise en charge, ce nombre/coût a été calculé en calculant la différence entre le nombre/coût moyen dans les 3 mois suivant l'hospitalisation et le nombre/coût moyen dans les 3 mois précédant celle-ci.

A quelques exceptions près, le nombre de prises en charge en post-opératoire est **très faible, voire même négatif** (ce qui traduit un moindre recours aux services de santé dans les 3 mois suivant la chirurgie par rapport à la période précédant celle-ci). On note cependant un recours **important aux séances de kinésithérapie** en post-opératoire à la suite de l'acte « *réinsertion de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs* », avec un nombre et un coût moyen légèrement plus élevés à la suite d'une chirurgie ambulatoire que conventionnelle (20,2 versus 17,7 séances - $p < 0,05$; coût total des séances de 364,2 versus 320,6 euros - $p < 0,05$).

Pour les autres actes, on retrouve ponctuellement quelques différences significatives, **avec un nombre de recours et/ou un cout moyen tour à tour plus faible ou plus important** pour les actes réalisés en ambulatoire.

Aussi, au vu de l'ensemble de ces résultats, les **deux types d'hospitalisation ne semblent pas différer de manière importante et systématique en termes de coût de prise en charge post-opératoire.**

Tableau 10 : Nombre et coût moyens des prises en charge post-opératoires en fonction du type d'hospitalisation. Echantillon généraliste des bénéficiaires, 2013-2016.

	Nombre d'événements				Coût de la prise en charge (en euros)			
	CC	CA	Total	p	CC	CA	Total	p
Réinsertion coiffe rotateurs								
Consultations	-1,4	-1,6	-1,5	0,3	-57,4	-68	-60,3	0,2
Soins infirmiers	0,7	0,4	0,6	0,5	11,9	9,5	11,2	0,8
Séances kinésithérapie	17,7	20,2	18,4	*	320,6	364,2	332,5	*
Hospitalisations	0,0	0,0	0,0	0,06	18,2	47,9	26,3	0,6
Transports sanitaires	0,7	0,6	0,7	0,5	127,5	80,4	114,7	0,2
Indemnités journalières	1,2	2,0	1,4	*	864	1171,1	947,6	0,1
Urétrotomie								
Consultations	-1,2	-1,4	-1,3	0,8	-48,0	-63,4	-53,5	0,3
Soins infirmiers	0,3	0,2	0,2	0,8	5,1	6,1	5,4	0,9
Séances kinésithérapie	0,0	0,2	0,1	0,7	0,3	5,3	2,1	0,7
Hospitalisations	-0,2	-0,1	-0,2	0,6	-344,8	-109,0	-260,1	0,3
Transports sanitaires	0,5	-0,1	0,3	0,2	42,1	-28,7	16,7	0,1
Indemnités journalières	0,2	0,1	0,2	0,6	27,5	35,7	30,4	0,9
Exérèse d'une hernie discale								
Consultations	-2,6	-4,1	-2,7	0,06	-102,5	-145,6	-106,1	0,1
Soins infirmiers	0,0	0,0	0,0	0,8	1,5	0	1,4	0,8
Séances kinésithérapie	5,8	3,6	5,6	0,4	104,4	69,6	101,5	0,4
Hospitalisations	-0,1	-0,2	-0,1	0,7	-23,2	-231,5	-40,3	0,4
Transports sanitaires	0,7	0,5	0,7	0,3	130	85,1	126,4	0,4
Indemnités journalières	2,0	1,9	2,0	0,9	875,8	847,7	873,5	0,9
Hémorroïdectomie pédiculaire								
Consultations	-1,2	-0,9	-1,1	0,5	-43,9	-41,8	-43,3	0,9
Soins infirmiers	-0,6	0,0	-0,4	0,5	-6,6	0,0	-4,7	0,6
Séances kinésithérapie	-0,2	0,4	0,0	0,2	-3,9	8,2	-0,4	0,1
Hospitalisations	-0,1	-0,2	-0,1	0,5	19,2	-92,8	-13,6	0,6
Transports sanitaires	0,2	0,2	0,2	0,8	11,9	21,4	14,7	0,6
Indemnités journalières	0,5	0,7	0,6	0,4	188,5	302,9	221,9	0,3
Lobo-isthmectomie thyroïde								
Consultations	-0,9	-0,9	-0,9	0,9	-39,5	-35,8	-39,2	0,9
Soins infirmiers	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	
Séances kinésithérapie	0,9	-0,6	0,8	0,2	-24,1	-45,2	-25,7	0,5
Hospitalisations	-0,1	-0,1	-0,1	0,9	-14,5	-22,7	-15,1	0,9
Transports sanitaires	0,2	0,3	0,2	0,8	41,5	16,0	39,5	0,7
Indemnités journalières	1,0	0,9	1,0	0,8	300,6	197,7	292,6	0,5

* $p < 0,05$ ** $p < 0,001$ *** $p < 0,0001$

Tableau 10 (suite). Nombre et coût moyens des prises en charge post-opératoires en fonction du type d'hospitalisation. Echantillon généraliste des bénéficiaires, 2013-2016.

	Nombre d'événements				Coût moyen par patient (en euros)			
	CC	CA	Total	p	CC	CA	Total	p
Kystectomie ovarienne								
Consultations	-0,9	-1,3	-0,9	0,3	-37,5	-50,7	-40,2	0,4
Soins infirmiers	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,5
Séances kinésithérapie	-0,3	-0,4	-0,3	0,6	-4,9	-7,2	-5,4	0,7
Hospitalisations	0,0	0,0	0,0	0,7	62,3	-31,7	43,1	0,5
Transports sanitaires	0,0	0,0	0,0	0,6	-16,8	3,6	-12,6	0,6
Indemnités journalières	0,7	0,3	0,6	0,1	107,8	60,9	98,2	0,6
Salpingoovariectomie								
Consultations	-1,4	-0,3	-1,3	**	-57,6	-27,2	-52,5	<0,05
Soins infirmiers	0,0	0,0	0,0	-	0	0	0	
Séances kinésithérapie	-0,3	-0,2	-0,3	0,8	-6,2	-2,3	-5,5	0,7
Hospitalisations	0,0	0,0	0,0	0,6	138,5	236	155	0,7
Transports sanitaires	0,1	0,7	0,2	0,06	36	76,1	42,8	0,4
Indemnités journalières	0,4	1,0	0,5	0,07	73	227,8	99,3	0,1
Gastroplastie								
Consultations	-2,4	-1,2	-1,9	*	-114,5	-72,3	-98,2	0,1
Soins infirmiers	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	-
Séances kinésithérapie	-0,4	0,0	-0,2	0,6	-6,7	0	-4,1	0,6
Hospitalisations	-0,5	-0,8	-0,6	0,2	-247	-284,4	-261,5	0,8
Transports sanitaires	0,0	0,1	0,0	0,7	-62,4	8,5	-35,1	0,4
Indemnités journalières	0,6	0,5	0,5	0,7	192,1	140,2	172,1	0,6
Cure bilatérale hernie de l'aine								
Consultations	-1,3	-1,5	-1,4	0,3	-59,4	-61,8	-60,8	0,8
Soins infirmiers	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	-
Séances kinésithérapie	-0,3	-0,1	-0,2	0,6	-5,7	-3,4	-4,3	0,7
Hospitalisations	-0,1	-0,1	-0,1	0,9	-76,8	-66,4	-70,7	0,3
Transports sanitaires	0,2	0,0	0,1	*	2,3	1,9	2,1	0,9
Indemnités journalières	0,9	1,0	0,9	0,6	271,6	333,5	308,3	0,4
Soutènement vésical								
Consultations	-0,9	-1,1	-1,0	0,2	-38,1	-46,4	-42,0	0,3
Soins infirmiers	0,3	0,0	0,1	0,3	3,2	0,0	1,7	0,3
Séances kinésithérapie	-0,1	0,0	-0,1	0,6	-1,7	-0,4	-1,1	0,8
Hospitalisations	0,0	-0,1	0,0	*	145,6	-2,9	76,5	0,1
Transports sanitaires	0,2	0,1	0,1	*	17,6	7,9	13,1	0,2
Indemnités journalières	0,7	0,5	0,6	0,2	190,1	118,4	156,8	0,2
Désobstruction accès vasculaire								

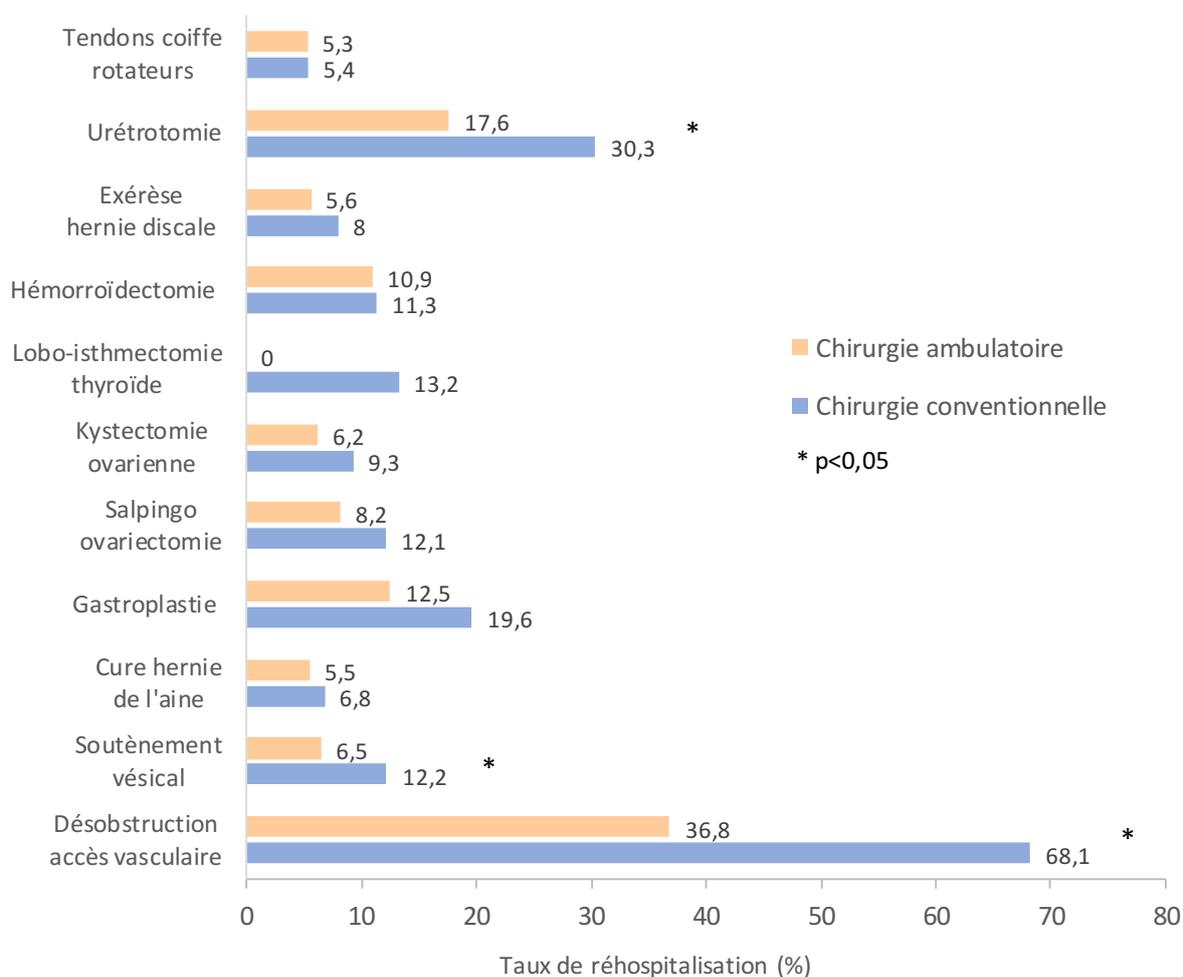
Consultations	-0,7	1,2	-0,3	0,4	-10,2	23,3	-3,2	0,6
Soins infirmiers	0,9	0,1	0,7	0,6	25,2	1,4	20,3	0,7
Séances kinésithérapie	-0,7	1,7	-0,2	0,1	-18	38,3	-6,3	0,1
Hospitalisations	0,6	-0,3	0,4	0,6	-401,9	232	-269,6	0,4
Transports sanitaires	1,6	-2,9	0,6	*	363,6	-403	203,6	*
Indemnités journalières	0,1	0,0	0,1	0,6	55,2	-43,5	34,6	0,2

* $p < 0,05$ ** $p < 0,001$ *** $p < 0,0001$

Un taux de réhospitalisation inférieur ou égal en ambulatoire

La Figure 4 représente le **taux de réhospitalisation** toutes causes confondues dans les 3 mois suivant l'hospitalisation principale. Pour trois des actes étudiés (*urétrotomie, soutènement vésical et désobstruction d'un accès vasculaire*), ce taux était significativement plus élevé lorsque la chirurgie était pratiquée en hospitalisation conventionnelle. Pour les huit autres actes, aucune différence significative n'a été mise en évidence.

Figure 4. Taux de réhospitalisation toutes causes confondues (%) en fonction du type de chirurgie. Echantillon généraliste des bénéficiaires, 2003-2016.



Comme le montre le Tableau 11, cette association persistait même après ajustement sur l'âge, le sexe, la présence d'une ALD au moment de l'hospitalisation et le statut de l'établissement. En effet, pour trois des actes étudiés (urétrotomie, soutènement vésical et désobstruction d'un accès vasculaire), **les taux de réhospitalisation étaient significativement plus bas** lorsque l'acte avait été pratiqué en ambulatoire, indépendamment des caractéristiques des patients et de l'établissement.

Tableau 11 : Association entre la pratique en ambulatoire et la réhospitalisation (toutes causes confondues) dans les 3 mois suivant l'intervention – Modèles de régression logistique ajustés sur l'âge, le sexe, la présence d'une ALD et le statut de l'établissement

	OR	IC 95%	p
Tendons coiffe rotateurs	1,19	[0,57 ; 2,48]	0,6
Urétrotomie	0,45	[0,21 ; 0,96]	*
Exérèse hernie discale	0,71	[0,07 ; 6,40]	0,8
Hémorroïdectomie	1,14	[0,40 ; 3,24]	0,8
Lobo-isthmectomie thyroïde	-	-	-
Kystectomie ovarienne	0,69	[0,25 ; 1,85]	0,5
Salpingo-ovariectomie	0,75	[0,24 ; 2,30]	0,6
Gastroplastie	0,94	[0,22 ; 3,94]	0,9
Cure hernie de l'aine	0,85	[0,36 ; 2,02]	0,7
Soutènement vésical	0,53	[0,29 ; 0,95]	*
Désobstruction accès vasculaire	0,31	[0,10 ; 0,94]	*

* $p < 0,05$ ** $p < 0,001$ *** $p < 0,0001$

Un impact faible de l'ambulatoire sur les dépenses post-opératoires

Le Tableau 12 présente les résultats de l'analyse multivariée modélisant le coût des soins post-opératoires en fonction de la pratique de l'acte en ambulatoire ainsi que des caractéristiques du patient (âge, sexe, ALD) et de l'établissement (statut).

Après ajustement sur ces différents facteurs de confusion potentiels, une seule différence significative a été mise en évidence pour les gastroplasties, avec un coût plus élevé lié au recours aux soins de ville lorsque l'acte avait été réalisé en ambulatoire. Néanmoins, si on se réfère au descriptif du nombre de prises en charge et du coût de celles-ci (cf. Tableau 10), on s'aperçoit que cette différence est liée non pas à un recours aux soins plus élevé en post-opératoire, mais à **une diminution très importante du nombre de consultations médicales entre la période pré- et post-opératoire chez les patients** qui ont subi leur intervention en hospitalisation conventionnelle (cette diminution étant moins importante chez les patients opérés en ambulatoire). L'association observée ne reflète donc pas **un coût augmenté en post-opératoire chez les patients en ambulatoire, mais un coût très diminué entre les deux périodes chez les patients opérés en chirurgie conventionnelle.**

Aucune autre différence significative n'a été mise en évidence. Néanmoins une forte tendance était observée pour les coûts liés aux **indemnités journalières après un soutènement vésical et aux transports sanitaires après une désobstruction d'un accès vasculaire, avec des moindres coûts** dans le groupe des actes réalisés en ambulatoire.

Ce phénomène ne s'explique pas par le niveau de complexité des gestes réalisés en ambulatoire puisque l'impact de l'ambulatoire sur les soins post-ambulatoires n'est significatif pour aucun des 11 actes considérés.

Les résultats de l'analyse multivariée suggèrent donc que les coûts de prise en charge en post-opératoire ne diffèrent pas entre les actes réalisés en ambulatoire et en chirurgie conventionnelle.

Tableau 12 : Association entre la pratique en ambulatoire et le coût des consommations de soins post-opératoires par type de soins – Modèles de régression linéaire ajustés sur l'âge, le sexe, la présence d'une ALD et le statut de l'établissement.

Acte chirurgical	Nature de la prise en charge post-opératoire	Coefficient	IC 95%	p-value
Réinsertion tendons coiffe rotateurs (n=764)	Soins de ville	34,3	[-10,7 ; 79,4]	0,2
	Hospitalisations	44,0	[-59,2 ; 147,4]	0,4
	Transports sanitaires	-44,4	[-111,4 ; 22,6]	0,2
	Indemnités journalières	212,8	[-160,0 ; 585,6]	0,3
Urétrotomie (n=206)	Soins de ville	-2,6	[-50,3 ; 45,1]	0,9
	Hospitalisations	111,3	[-363,1 ; 585,6]	0,6
	Transports sanitaires	-76,9	[-166,4 ; 12,6]	0,1
	Indemnités journalières	-9,0	[-158,73 ; 140,7]	0,9
Exérèse hernie discale (n=219)	Soins de ville	-85,9	[-195,5 ; 23,7]	0,1
	Hospitalisations	-223,0	[-704,7 ; 258,6]	0,4
	Transports sanitaires	-59,3	[-173,9 ; 55,4]	0,3
	Indemnités journalières	66,0	[-747,4 ; 879,5]	0,9
Hémorroïdectomie (n=188)	Soins de ville	10,1	[-25,6 ; 45,8]	0,6
	Hospitalisations	-79,7	[-572,3 ; 413,0]	0,7
	Transports sanitaires	12,3	[-21,5 ; 46,1]	0,5
	Indemnités journalières	92,7	[-93,3 ; 278,6]	0,3
Lobo-isthmectomie de la thyroïde (n=206)	Soins de ville	-27,4	[-87,3 ; 32,5]	0,4
	Hospitalisations	-77,7	[-1503,9 ; 1348,5]	0,9
	Transports sanitaires	-14,5	[-163,5 ; 134,6]	0,8
	Indemnités journalières	-95,7	[-381,7 ; 190,3]	0,5
Kystectomie ovarienne (n=406)	Soins de ville	-20,7	[-52,2 ; 10,8]	0,2
	Hospitalisations	-79,5	[-344,7 ; 185,7]	0,6

Etude médico-économique sur la Chirurgie ambulatoire- URPS Médecins libéraux

	Transports sanitaires	21,7	[-47,9 ; 91,3]	0,5
	Indemnités journalières	-58,4	[-251,6 ; 134,8]	0,5
Salpingo- ovariectomie (n=288)	Soins de ville	23,5	[-13,7 ; 60,7]	0,2
	Hospitalisations	151,9	[-396,3 ; 698,5]	0,6
	Transports sanitaires	64,3	[-35,4 ; 164,0]	0,2
	Indemnités journalières	122,9	[-71,6 ; 317,4]	0,2
Gastroplastie (n=83)	Soins de ville	68,7	[12,3 ; 125,1]	*
	Hospitalisations	-66,5	[-339,9 ; 206,8]	0,6
	Transports sanitaires	101,3	[-83,2 ; 285,7]	0,3
	Indemnités journalières	6,9	[-171,1 ; 184,9]	0,9
Cure hernie de l'aïne (n=396)	Soins de ville	-1,4	[-23,6 ; 20,7]	0,9
	Hospitalisations	-29,7	[-268,1 ; 208,7]	0,8
	Transports sanitaires	-1,4	[-18,6 ; 15,8]	0,9
	Indemnités journalières	-66,9	[-212,0 ; 78,1]	0,4
Incontinence urinaire (n=597)	Soins de ville	-9,9	[-28,8 ; 9,0]	0,3
	Hospitalisations	-149,4	[-337,3 ; 38,6]	0,2
	Transports sanitaires	-9,1	[-22,6 ; 4,4]	0,2
	Indemnités journalières	-97,3	[-198,3 ; 3,7]	0,06
Désobstruction accès vasculaire (n=91)	Soins de ville	146,7	[-43,8 ; 337,3]	0,1
	Hospitalisations	643,8	[-980,1 ; 2267,8]	0,4
	Transports sanitaires	-685,8	[-1412,8 ; 41,2]	0,06
	Indemnités journalières	-68,6	[-222,5 ; 85,3]	0,4

* $p < 0,05$ ** $p < 0,001$ *** $p < 0,0001$

4.3.2 Résultats des entretiens

Utilisation des transports remboursés par l'assurance maladie

Cinq experts ont indiqué sur la base de leur expérience que la pratique de la chirurgie ambulatoire fait diminuer le recours aux transports remboursés par l'assurance maladie, car les patients doivent rentrer accompagnés et que cet accompagnement se fait souvent avec un transport privé. Deux experts ne pensaient pas qu'il y ait une différence.

Prise en charge post-opératoire

Les experts interrogés ont indiqué qu'une hospitalisation en ambulatoire **n'a pas d'impact sur le succès de l'acte chirurgical**. Sept d'entre eux notent qu'elle peut cependant **influencer le rétablissement du patient**. L'environnement familial dans lequel le patient **retourne encourage souvent le patient à être plus actif dans son rétablissement**. De plus, les infections nosocomiales et les effets indésirables liés aux soins à l'hôpital sont limités. Trois experts indiquent que le rétablissement n'est pas différent en ambulatoire.

D'autre part, un transfert de coûts est cité avec des coûts de prise en charge en ville qui peuvent augmenter.

4.4 Projection de l'impact financier d'une augmentation du taux d'ambulatoire

4.4.1 A partir de l'étude EGB

Impact financier lié à l'atteinte de l'objectif de 70%

Le Tableau 13 représente, pour chacun des 11 actes et au total, l'impact financier qui serait obtenu si le taux d'ambulatoire global atteignait 70% de la totalité des séjours (toutes durées de séjour et toutes sévérités confondues) dans 5 ans, soit en 2023. La Figure 5 illustre ces gains par année et au total sur la période 2019-2023. A noter qu'il ne s'agit pas d'atteindre 70% pour chaque acte **mais en globalité**, c'est pourquoi le taux atteint dans ce scénario varie de 13,9 à 90% (le scénario faisant progresser le taux d'ambulatoire en partant du taux observé en 2016), qui est le taux maximum considéré comme pouvant être atteint.

Si le taux de chirurgie ambulatoire progresse assez pour parvenir à 70% sur l'ensemble des 11 actes d'ici 2023, le gain qui sera réalisé dans les 5 prochaines années est estimé à

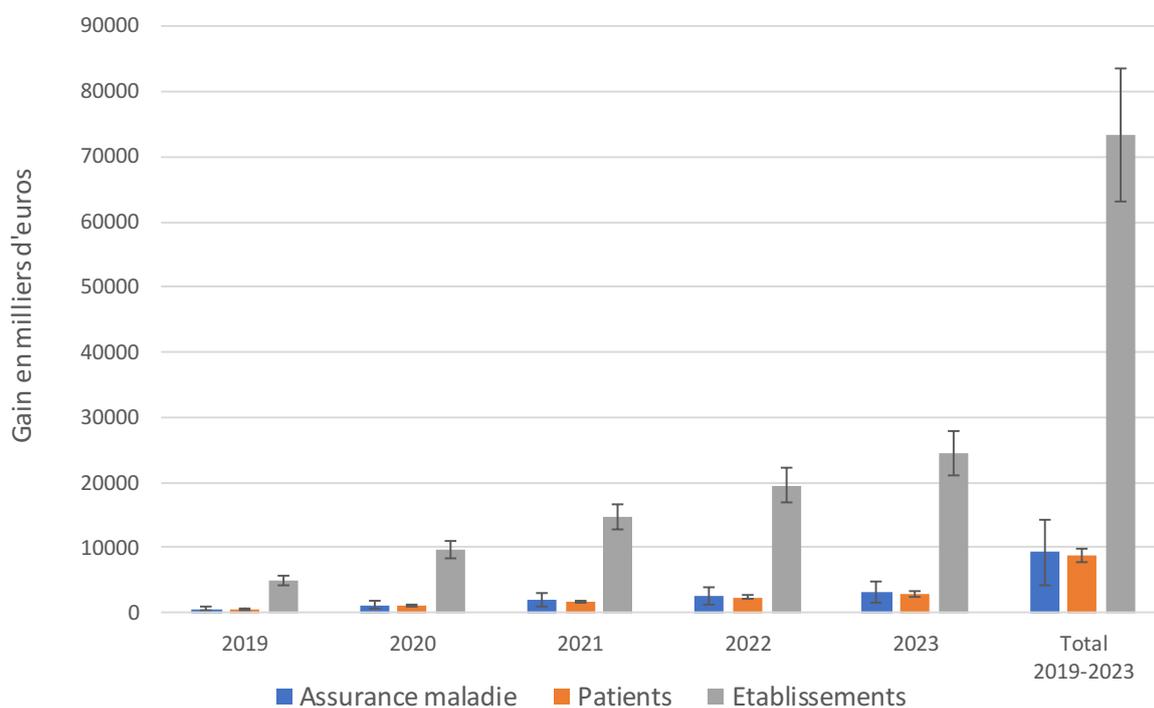
- 9,2 (4,1 à 14,3) millions d'euros pour l'Assurance maladie,
- à 8,7 (7,7 à 9,7) millions d'euros pour les patients (et les OCAM) et
- à **73,3 (63,2 à 83,4) millions d'euros** pour les établissements hospitaliers.

Tableau 13 : Gain (en milliers d'euros) à 5 ans au niveau national si le taux de chirurgie ambulatoire atteint 70% en global (toutes durées de séjour et toutes sévérités confondues) sur les 11 actes étudiés.

	Taux observé en 2016	Taux atteint à 5 ans	Gain pour l'AM	Gain pour les patients	Gain pour les établissements
Réinsertion tendons de la coiffe des rotateurs	28,3	90,0		2745 [2557 ; 2933]	25756 [24139 ; 27374]
Urétrotomie	15,1	70,8	2230 [0 ; 4460]	810 [715 ; 905]	7182 [5025 ; 9339]
Exérèse hernie discale	3,0	13,9		406 [326 ; 487]	
Hémorroïdectomie	30,0	90,0	1240 [788 ; 1691]	511 [428 ; 594]	4362 [4011 ; 4714]
Lobo-isthmectomie de la thyroïde	7,5	35,0		253 [185 ; 320]	
Kystectomie ovarienne	23,9	90,0	2242 [1200 ; 3283]	1111 [962 ; 1260]	13484 [12141 ; 14827]
Salpingo-ovariectomie	11,4	53,5		565 [462 ; 669]	8059 [6624 ; 9494]
Gastroplastie	33,3	90,0		335 [287 ; 382]	

Cure hernie de l'aïne	60,6	90,0	480 [25 ; 935]	406 [373 ; 439]	3724 [3243 ; 4205]
Soutènement vésical	43,4	90,0	3048 [2148 ; 3948]	1082 [997 ; 1166]	10770 [8038 ; 13502]
Désobstruction d'un accès vasculaire	18,4	86,3		485 [387 ; 582]	
Total 11 actes	24,8	70,0	9239 [4160 ; 14318]	8709 [7679 ; 9739]	73338 [63221 ; 83456]

Figure 5. Gain (en milliers d'euros) sur les 5 prochaines années au niveau national si le taux de chirurgie ambulatoire atteint 70% en global (toutes durées de séjour et toutes sévérités confondues) sur les 11 actes étudiés.



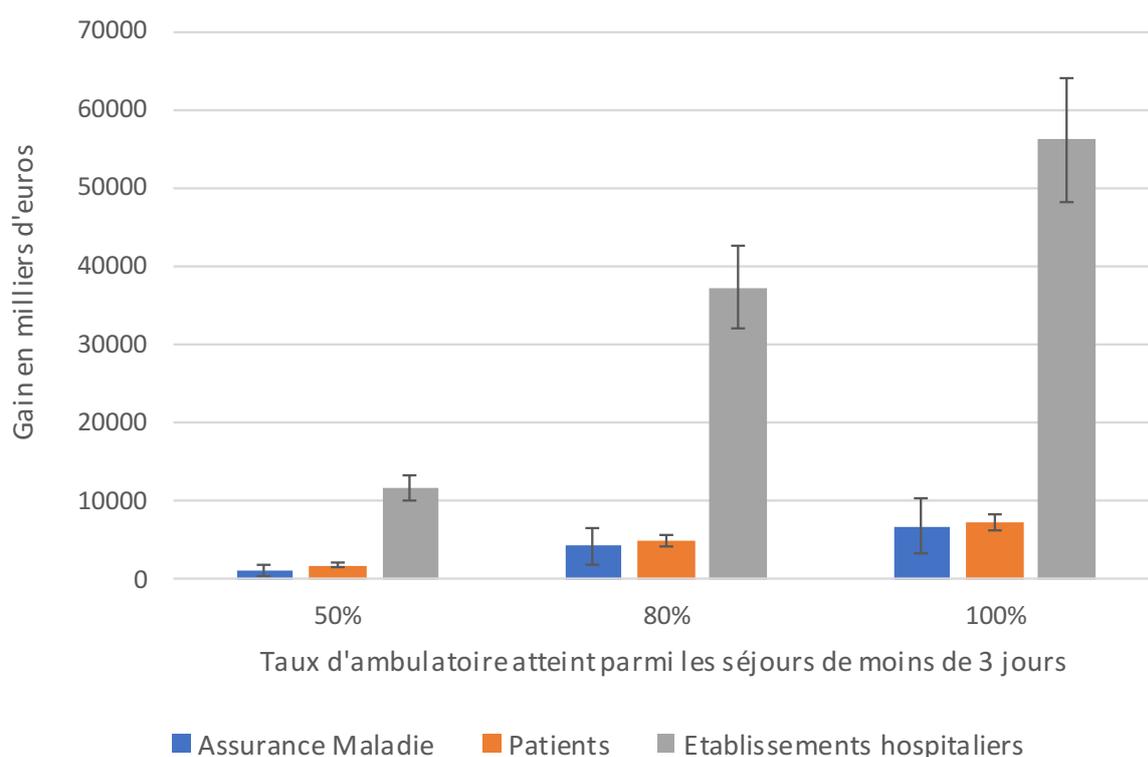
Impact financier lié à l'augmentation du taux d'ambulatoire jusqu'à X%

Les résultats détaillés des gains financiers attendus pour une augmentation du taux d'ambulatoire parmi les séjours de moins de 2 jours jusqu'à X%, X allant de 10 à 100%, sont présentés en Annexe 2 (p39) pour chaque acte et au total. La Figure 6 illustre les gains obtenus sur l'ensemble des actes pour une augmentation du taux d'ambulatoire jusqu'à 50, 80 et 100%.

Si, d'ici 2023, tous des séjours de moins de 2 jours actuellement réalisés en hospitalisation conventionnelle étaient réalisés en ambulatoire, le gain financier sur l'ensemble de la période serait de :

- 6,7 (2,9 à 10,3 millions) millions d'euros pour l'Assurance maladie,
- de 7,3 (6,3 à 8,2) millions d'euros pour les patients et
- de 56,2 (48,3 à 64,0) millions d'euros pour les établissements hospitaliers.

Figure 6. Gain (en milliers d'euros) sur les 5 prochaines années au niveau national si le taux de chirurgie ambulatoire atteint 50, 80 ou 100% des séjours de moins de 3 jours sur les 11 actes étudiés.



4.4.2 Résultats des entretiens

Développement de la chirurgie ambulatoire en France

Sur les dix experts ayant répondu à la question sur le développement de la chirurgie ambulatoire en France, sept ont indiqué que la chirurgie ambulatoire n'était pas assez développée en France, et trois qu'elle était assez développée.

Sur l'objectif national d'atteinte de 70% d'actes en ambulatoire, la moitié des experts considéraient qu'il sera difficilement atteignable. Un expert a indiqué qu'il était franchement excessif. Les experts étaient d'accord sur le fait que la part d'ambulatoire devaient **être précisée par type d'actes**.

L'autre moitié considérait que cet objectif était pertinent, mais ils ont alors souligné que des barrières étaient à lever. D'autre part, cet objectif doit s'inscrire dans **un processus de réduction globale des durées de séjour et non pas une opposition ambulatoire/hospitalisation conventionnelle**.

De plus, certains experts ont indiqué que l'administration de l'assurance maladie menait une analyse continue, qui peut parfois aller jusque de la « pression » des tutelles sur les taux d'ambulatoire réalisés par établissement.

Pourcentages individuels d'actes réalisés en 2022

Parmi les dix experts ayant répondu sur ce point, huit anticipaient une augmentation de la part de leurs actes en ambulatoire, dont quatre experts visant un objectif inférieur à 70% (55%, entre 40 et 60%, 60% et « 70% en 10 ans de plus »), deux visant l'objectif de 70%, et deux autres visant un objectif supérieur (90%). Parmi ces derniers, un expert a conditionné sa réponse à la conduite d'investissements et l'arrivée d'innovations favorisant l'ambulatoire.

Deux experts anticipaient une stabilisation de leur activité ambulatoire par rapport à actuellement (entre 70% et 90%). La grande majorité des experts a précisé que les pathologies qu'il traitaient se prêtent relativement bien à la pratique de l'ambulatoire, et que **le taux est propre à chaque pathologie**.

Barrières au développement

Des barrières au développement de la chirurgie ambulatoire ont été indiquées par les experts :

- D'une part, la nature de certains actes chirurgicaux nécessite une hospitalisation conventionnelle, qui ne pourra pas se réduire à un seul jour. Ainsi, cette limite au développement de la chirurgie ambulatoire doit être intégrée dans les objectifs nationaux.
- Les caractéristiques socio-économiques des patients peuvent limiter la possibilité de réaliser des actes en ambulatoire, notamment en cas d'impossibilité pour un proche d'accompagner le malade à sa sortie.
- L'absence de valorisation financière pour les praticiens et les établissements de la pratique ambulatoire, qui n'ont pas d'incitation financière à développer cette pratique.
- Le besoin d'investissement dans les structures hospitalières pour améliorer la faisabilité des hospitalisations ambulatoires.
- L'impossibilité dans le codage des séjours ambulatoire d'indiquer les complications et d'avoir des tarifs adaptés aux complications.
- A moyen terme, une crainte que les tarifs des séjours en ambulatoire continuent de baisser.

5 Discussion

L'étude présentée ici permet de mieux comprendre les enjeux économiques et organisationnels qui entourent la pratique de la chirurgie ambulatoire en France. Suite aux deux volets réalisés sur la mesure de l'impact économique de la chirurgie ambulatoire, nous sommes en mesure d'esquisser avec une certaine robustesse l'équation économique globale.

Un périmètre adapté aux contraintes statistiques

L'extraction EGB repose sur des actes spécifiques. Certains autres actes chirurgicaux, considérés comme prometteurs en termes de développement de la chirurgie ambulatoire, avaient été initialement sélectionnés pour cette étude (mastectomie totale, néphrectomie, prothèse totale de hanche et du genou). Cependant, ils n'ont pas pu être étudiés car leur nombre insuffisant dans l'EGB était incompatible avec la réalisation des analyses statistiques nécessaire à l'étude (cf. tableau 14).

Tableau 14 : Effectif des actes initialement choisis et finalement non retenus dans l'EGB sur la période 2013-2016.

Code CCAM	Libellé	Nb total de séjours	Nb séjours en ambu	Taux ambu (%)
NEKA020	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale	2658	3	0,1
NFKA006	Remplacement de l'articulation du genou par prothèse unicompartmentaire	360	4	1,1
JGFC001	Vésiculoprostectomie totale, par coelioscopie	366	1	0,3
JGFE365	Résection d'une hypertrophie de la prostate avec laser	45	1	2,2
JBMC001	Plastie du bassin et de la jonction pyélo-urétérale, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie	29	0	0,0
JELA001	Pose d'une prothèse sphinctérienne urinaire péricervicale chez la femme, par laparotomie	2	0	0,0
J AFC019	Néphrectomie totale élargie à la loge rénale, par coelioscopie ou rétropéritonéoscopie	71	1	1,4
QEFA020	Mastectomie totale avec conservation des pectoraux et curage lymphonodal axillaire	423	2	0,5
JKFC005	Hystérectomie totale, par coelioscopie	110	0	0,0
QEFA003, 5, 10, 12, 13, 15, 20	Mastectomies totales (regroupement de plusieurs actes)*	2658	3	0,1

*QEFA003 Mastectomie totale avec curages lymphonodaux axillaire et parasternal [mammaire interne]

QEFA005 Mastectomie totale avec exérèse des pectoraux et curage lymphonodal axillaire

QEFA010 Mastectomie totale avec curages lymphonodaux axillaire et supraclaviculaire

QEFA012 Mastectomie totale élargie en surface, avec autogreffe cutanée

QEFA013 Mastectomie totale élargie en surface, avec lambeau pédiculé de muscle grand dorsal ou lambeau para

QEFA015 Mastectomie totale élargie en surface, avec lambeau libre musculocutané

QEFA020 Mastectomie totale avec conservation des pectoraux et curage lymphonodal axillaire

Les critères d'inclusion utilisés concernant la durée de séjour (≤ 2 jours) et la provenance et le retour (domicile) ont été appliqués afin de sélectionner deux groupes comparables en termes de gravité des patients. En effet, inclure des patients plus lourds aurait pu aboutir à conclure à tort à un lien entre type d'hospitalisation et couts engendrés, alors que cette différence aurait été due à la sévérité des patients.

L'estimation du coût de l'hospitalisation principale selon la perspective patient a été réalisée en prenant en compte le cout lié au forfait journalier, au supplément de chambre individuelle et au ticket modérateur. Le cout lié aux dépassements d'honoraires n'a pas pu être pris en compte étant donné que l'information n'était disponible que pour les établissements privés. Néanmoins, ceux-ci ne concernant que les actes de chirurgie et d'anesthésie, qui sont a priori identiques en ambulatoire et en hospitalisation conventionnelle pour une intervention équivalente, aucune différence ne devrait être observée en fonction du type d'hospitalisation.

L'étude qualitative par entretiens d'experts a permis d'apporter des données qualitatives issues de pratiques réelles. Elles permettent d'éclairer l'analyse sur certains plans de l'impact de la prise en charge en ambulatoire sur les acteurs impliqués, et l'évolution de cette pratique en France. Même si la taille et la sélection de l'échantillon ne permettent pas de tirer des conclusions définitives de l'étude qualitative, elle fournit une vision « terrain » très utile.

5.1/ Evaluation de l'impact économique sur les coûts d'hospitalisation

Une baisse des coûts de production forte mais à différencier entre le public et le privé

Ce volet 2 confirme que l'impact économique le plus important de la chirurgie ambulatoire concerne **la baisse des coûts de production des établissements hospitaliers**. Pour ce périmètre de gestes plus lourds, en devenir concernant la pratique de l'ambulatoire, la baisse est en moyenne de **20% des coûts de production** en chirurgie ambulatoire par rapport à l'hospitalisation conventionnelle.

Le développement de l'ambulatoire apparaît donc comme un facteur stratégique d'amélioration des comptes financiers des établissements MCO (de retour à l'équilibre pour certains chroniquement déficitaires et d'amélioration des marges pour d'autres déjà bénéficiaires) sans dégrader la qualité de la prise en charge des patients. Cet effet positif sur les comptes nécessite de poursuivre une croissance de la CA pour être durable, du fait de la baisse des tarifs GHS.

Cependant, cette baisse de la base des coûts nécessite une restructuration importante des établissements pour adapter leur architecture, leur organisation et la compétence de leurs ressources humaines aux exigences de l'ambulatoire. Le développement de l'ambulatoire est clairement conditionné au réaménagement des locaux, notamment pour distinguer la file active de patients et les blocs opératoires de l'ambulatoire par rapport aux hospitalisations conventionnelles.

Ce choc organisationnel de l'ambulatoire exige donc des dépenses d'investissement significatives à prendre en compte dans l'évaluation économique globale de l'impact de la chirurgie ambulatoire. Pour une partie des établissements, notamment dans le secteur public, ces investissements restent à faire.

Cette différence sectorielle se retrouve dans l'impact de la chirurgie ambulatoire sur les coûts de production qui **est de -18% pour le secteur public et de -23% pour le secteur privé**. Ainsi, malgré un coût de production déjà plus faible dans le privé, la baisse induite par la chirurgie ambulatoire y est plus forte sans nuire à la qualité. Il y a donc, toutes choses égales par ailleurs, une organisation des ressources mieux optimisée dans la chirurgie ambulatoire privée. On peut aussi en conclure que la marge de progression pour baisser la structure de coûts est très élevée dans le public, en développant la chirurgie ambulatoire d'une part et en optimisant l'organisation des ressources dans la chirurgie ambulatoire d'autre part.

Une restructuration inachevée des établissements pour réussir le virage ambulatoire

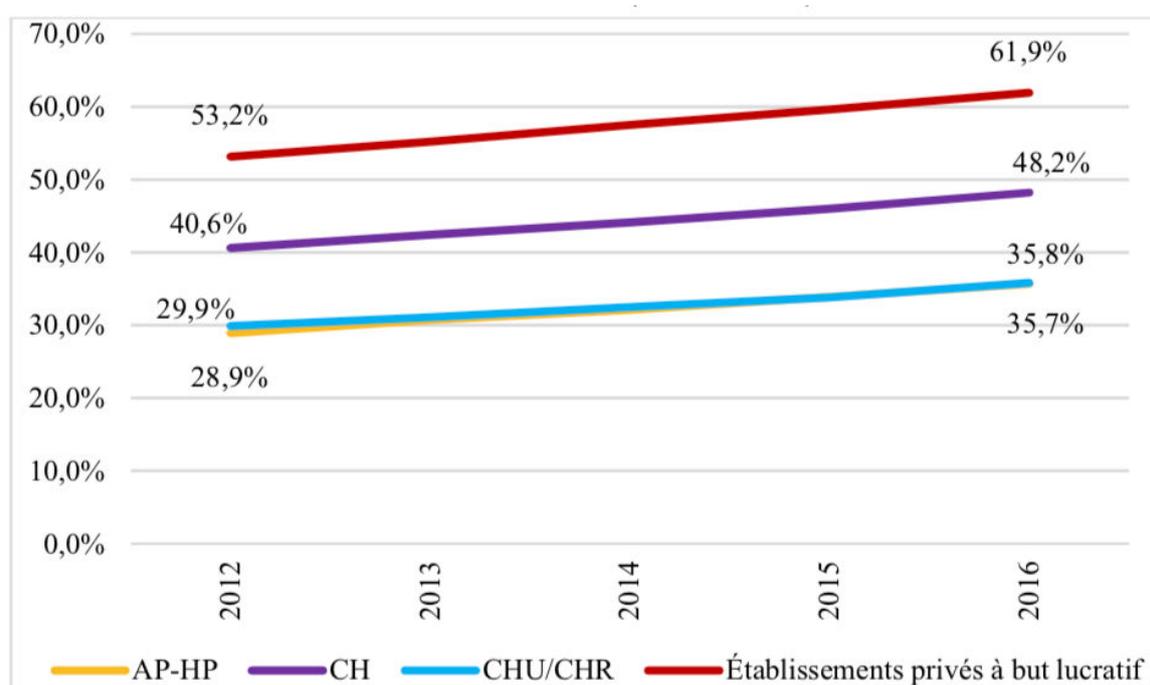
Sur le périmètre de conversion de la chirurgie conventionnelle en chirurgie ambulatoire retenu par les Pouvoirs Publics¹, le taux de chirurgie ambulatoire est passé **de 43,3% en 2010**

¹ Fixé par l'instruction DGOS/R3 n° 2015-296 du 28 septembre 2015, qui a ajouté sept racines complémentaires de groupes homogènes de malades (GHM) au périmètre antérieur.

à **54,1% en 2016, soit une hausse moyenne de 1,8 point par an**. Si la progression concerne toutes les spécialités chirurgicales, il existe de fortes variations selon les territoires et les types d'établissement. Ainsi, le taux d'ambulatoire s'élève à **61,9% dans le privé contre 44% dans le public et le privé à but non lucratif**.

Le rythme d'augmentation de la part des séjours en ambulatoire est relativement proche entre les secteurs depuis 2012. Cependant, comme l'atteste le graphique suivant, l'écart des taux d'ambulatoire entre les cliniques privées et les CHU/CHR s'est encore légèrement creusé de 2012 (24,3 points) et 2016 (26,2 points). On observe la même tendance entre les cliniques privées et les CH (12,6 points en 2012 et 13,7 points).

Figure 7 : Taux de chirurgie ambulatoire selon le type d'établissements (2012-2016)



Source : ATIH.

Ces écarts de taux d'ambulatoire ne s'expliquent pas uniquement par une différence de case mix ; le laisser penser revient à affaiblir durablement le parc hospitalier public en ralentissant sa mutation vers l'ambulatoire. La différence de réactivité aux changements organisationnels et de capacité d'adaptation des établissements de santé sont des raisons importantes du retard de certains établissements.

Les causes ne viennent pas uniquement des décideurs internes des établissements mais aussi d'une gouvernance régionale dont les processus de décision peuvent freiner les restructurations nécessaires. Ce retard de restructuration est plus important dans le secteur public, aussi parce qu'il a la possibilité de supporter des déficits contrairement au secteur privé.

En effet, les économies générées par la chirurgie ambulatoire sont de trois ordres :

- La réduction de la masse salariale (équipes de nuit et de weekend) et des charges externes (restauration, blanchisserie) ;
- Les gains de productivité en rotation de places (flux tendus, circuits courts, système d'information....)
- La fermeture de structures de chirurgie conventionnelle dans les services à faible activité.

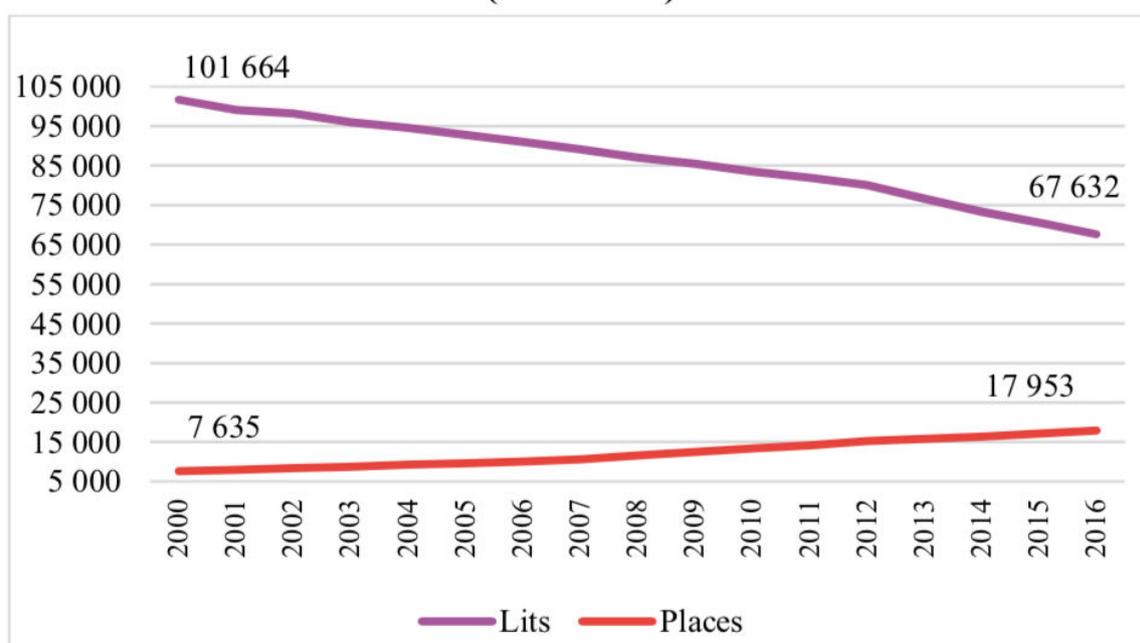
Une baisse sensible du nombre de lits en chirurgie mais pas du nombre d'établissements

La pleine réalisation de ces économies potentielles nécessite bien une transformation profonde des structures et des organisations, probablement aussi des cultures. Elle n'est pas évidente si on observe, par exemple, l'évolution du nombre d'établissements réalisant des actes chirurgicaux.

Ce nombre a baissé de 2,8% de 2010 à 2016 pour les établissements réalisant de la chirurgie conventionnelle (860 établissements en 2016 contre 885 en 2010) et il a augmenté de 2% sur la même période pour les établissements réalisant de la chirurgie ambulatoire (878 contre 861)². La relative rigidité de la structure d'emplois des établissements publics a aussi probablement freiné la réalisation d'économies.

On observe néanmoins une accélération de la suppression de lits en chirurgie conventionnelle depuis 2012. Cette tendance devra s'accélérer si l'objectif de 70% en 2022 veut être atteint.

Figure 8 : Evolution comparée des nombres de lits en chirurgie conventionnelle et des places de chirurgie ambulatoire (2000-2016)



Source : Cour des comptes d'après les données de la DREES.

² Cour des comptes, Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017, chapitre VI Les activités chirurgicales : restructurer l'offre de soins pour assurer la qualité des prises en charge, p.257-296, La Documentation française

Pour réussir le virage ambulatoire en chirurgie, une réorganisation de l'offre hospitalière est indispensable. Pour le secteur public, cela passe par une **rationalisation de son offre** de chirurgie conventionnelle, à repenser à l'échelle régionale, voire territoriale. Pour le secteur privé qui réalise trois cinquièmes de son activité chirurgicale en ambulatoire dans des structures déjà aménagées, il faut probablement **réfléchir à de nouveaux modèles hospitaliers de type centre autonome de chirurgie ambulatoire** ou autre pour passer un nouveau cap dans la pratique de la chirurgie ambulatoire. Cette dernière est arrivée à maturité pour les gestes courants (voir volet 1 de l'étude), la marge essentielle de progression se trouve sur des gestes plus lourds (comme ceux du volet 2).

La réussite de cette évolution, de ce nouveau cap à franchir dépendra en partie de la capacité des pouvoirs publics (Ministère et ARS) à prendre en compte les conditions de succès du développement de la chirurgie ambulatoire, qui ne sont pas toutes remplies aujourd'hui. Faire **preuve de davantage de vision et d'ouverture en matière d'autorisation administrative** notamment pour voir émerger de nouveaux modèles hospitaliers dédiés à la chirurgie ambulatoire, accorder plus d'autonomie effective dans la gestion et le pilotage des établissements publics sont des exemples d'évolution incontournables.

Nous verrons que cela passera aussi par une redistribution des économies générées intégrant des leviers de développement de la chirurgie ambulatoire.

Un impact faible à court terme pour l'assurance maladie du fait du tarif unique

Du point de vue de l'assurance maladie, la convergence tarifaire effective depuis 2014 sur l'ensemble des actes de chirurgie ambulatoire³ entre un séjour réalisé en ambulatoire ou en hospitalisation conventionnelle pour les séjours de niveau 1 a sensiblement réduit le potentiel d'économies de la chirurgie ambulatoire à court terme. L'étude montre que les gains ne sont significatifs que sur 3 actes d'une part et sont faibles d'autre part. Cette baisse sur quelques actes malgré le tarif unique s'explique par une distribution des GHS qui peut être distincte pour un même acte chirurgical entre la chirurgie ambulatoire et la chirurgie en HC.

Dans la durée, l'Assurance maladie engrange des bénéfices significatifs avec le développement de la chirurgie ambulatoire du fait de la baisse des GHS des séjours induite par la baisse des coûts de production et comme nous le verrons avec la maîtrise des dépenses post-hospitalières.

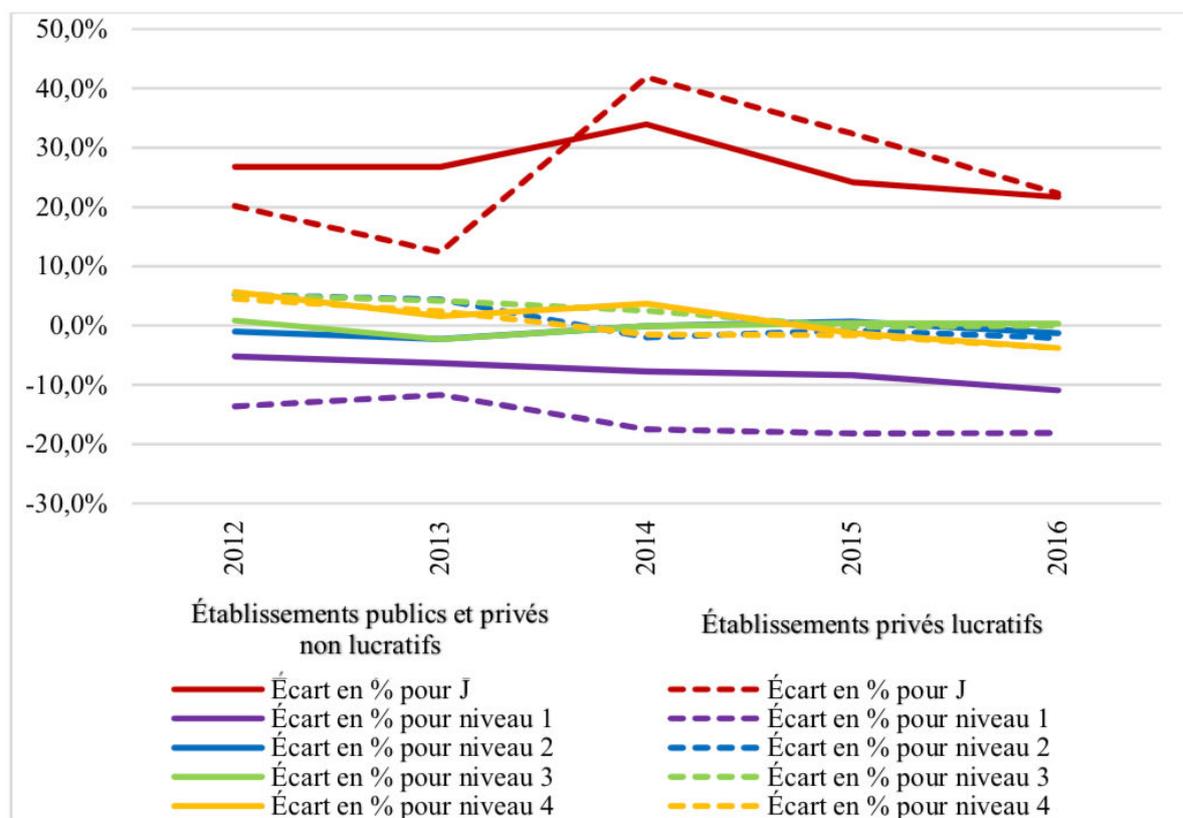
Jugeant ces mesures insuffisantes pour développer la pratique de l'ambulatoire, les Pouvoirs Publics ont mis 55 gestes chirurgicaux en hospitalisation conventionnelle sous accord préalable de l'Assurance Maladie⁴. On peut s'étonner de cette immixtion administrative dans une pratique chirurgicale qui dépend en principe de la seule appréciation du chirurgien. Ceci pourrait s'interpréter comme un manque de confiance dans les équipes chirurgicales, peu propice à un développement dynamique durable de l'ambulatoire.

³ D'abord limité à 18 GHM en 2009, le tarif « unique » a été généralisé en 2014 aux 111 GHM correspondant à des actes de chirurgie susceptibles d'être pris en charge en ambulatoire.

⁴ Dispositif introduit par la LFSS 2008

La mise en place de ce tarif unique avait un caractère incitatif financier pour les établissements de développer l'ambulatoire. Les tarifs de l'ambulatoire ont été alignés en 2014 sur ceux des prises en charge d'hospitalisation conventionnelle de niveau 1. Ainsi, les tarifs d'ambulatoire étaient volontairement portés théoriquement à un niveau supérieur aux coûts. C'est d'ailleurs bien ce que l'on constate deux ans plus tard, comme le montre le graphique suivant.

Figure 9 : Ecart entre les tarifs des GHS et les coûts issus de l'enquête nationale sur les coûts (ENC) menée par l'ATIH en chirurgie ambulatoire par degré de sévérité (2012-2016).



Source : Données ATIH, traitements Cour des Comptes

La politique tarifaire de 2014 finance au-delà des coûts de production les actes de chirurgie ambulatoire, de l'ordre de 20% en 2016, dans le public comme dans le privé. On retrouve l'ordre de grandeur de la baisse des coûts de production induite par la chirurgie ambulatoire de cette étude. Cet écart entre les tarifs et les coûts a été cependant réduit de moitié en deux ans, suite à la forte baisse des tarifs sur 2015 et 2016. On observe aussi que les tarifs en hospitalisation conventionnelle de niveau 1 sont sensiblement inférieurs aux coûts, de près de 20% dans le privé et 10% dans le public.

Il faut noter que les coûts de production calculés par l'ATIH constituent un référentiel national de coûts réalisés à partir d'une enquête annuelle auprès d'établissements publics et privés volontaires. L'impact économique de la pratique de la chirurgie ambulatoire va donc dépendre de la position de chaque établissement par rapport à ce référentiel de coûts.

Le graphique précédent montre qu'un établissement disposant d'une base de coûts plus élevée de 10% que le référentiel va se retrouver en perte de 30% (pour le privé) ou 20% (pour le public) sur un acte réalisé en HC et en gain de 10% sur un acte réalisé en ambulatoire.

Le retard dans la pratique de la chirurgie ambulatoire se paie donc au prix cher en matière de déficit à l'échelle de l'établissement (même s'il faut tenir compte de la perte de revenus additionnels apportés par l'hospitalisation conventionnelle, comme la chambre particulière).

La capacité de financement des restructurations nécessaires au développement de l'ambulatoire est étroitement liée à leur situation actuelle sur l'ambulatoire. Les établissements qui ont du retard dans le virage ambulatoire ont une capacité d'autofinancement souvent plus faible et un outil de production inadapté à la CA, nécessitant d'investir dans la transformation de celui-ci.

Nous reviendrons ultérieurement sur les enjeux de l'évolution des tarifs ambulatoires par rapport à cette situation.

Un gain théorique financier significatif mais non effectif pour les patients

L'étude démontre que la pratique de l'ambulatoire génère une économie significative sur tous les actes pour les patients, comprise entre 31 euros et 57 euros selon les actes. L'absence de nuitée réduit les coûts de chambre particulière et de forfait journalier notamment. Pour la plupart des patients, le reste à charge après financement par l'assurance maladie est financé par un organisme d'assurance privé (OAP).

Les économies générées par l'ambulatoire pour le patient devraient se traduire par une amélioration du rapport qualité/prix de la couverture santé par les OAP. Ce n'est pas le cas puisque les primes des contrats privés en santé augmentent en moyenne de plus de 3% par an depuis 2000, notamment du fait de la hausse des frais de gestion qui représentent 20% des primes en 2017, soit 7,5 milliards d'euros et les remboursements des compléments d'honoraires des spécialistes ont été plafonnés. Le taux de retour des cotisations des contrats individuels est ainsi passé **de 78% en 2009 à 74% en 2016**⁵.

Afin de faire bénéficier directement aux patients de gain financier, on pourrait envisager un **meilleur remboursement par les OAP des prestations hospitalières réalisées en chirurgie ambulatoire (sur les compléments d'honoraires notamment)**.

Les gains à 5 ans de la chirurgie ambulatoire

Dans le cadre de la stratégie nationale de santé 2018-2022, les pouvoirs publics ont affirmé l'ambition de porter à 70% en 2022 le taux de chirurgie ambulatoire. L'étude a évalué l'impact

⁵ Ce qui signifie que 26% des cotisations sont dédiés aux frais de gestion en 2016 contre 22% en 2009 pour les contrats individuels (qui concernent avant tout les seniors, les plus concernés par la chirurgie). Source : Drees-Mai 2018-N°1064

économique de l'atteinte d'un tel taux d'ambulatoire à 5 ans pour le périmètre des actes étudiés.

L'impact économique estimé est de 73 millions d'euros sur les 11 actes pour les établissements, soit 8 fois plus que le gain patient et le gain pour l'assurance maladie (9 millions d'euros). L'impact est donc bien positif pour chaque partie prenante institutionnelle, mais concentrée sur les établissements.

Extrapolés à l'ensemble de la chirurgie, ces résultats d'impact économique sur le périmètre étudié nous permettent d'obtenir un ordre de grandeur des économies potentielles⁶ générées par le développement de la chirurgie ambulatoire considérant l'atteinte d'un taux global de 70% à 5 ans :

- 76 millions € par an pour l'Assurance maladie ;
- 15 millions € par an pour les patients (OCAM) ;
- 600 millions € par an pour les établissements.

5.2/ Evaluation de l'impact économique sur les soins post-opératoires

L'étude a clairement confirmé que la pratique de la chirurgie ambulatoire avait, dans la plupart des cas, peu ou pas d'impact sur les soins post-opératoires. De façon générale, le nombre et le coût des prises en charge post-opératoires sont assez faibles dans les deux types d'intervention. La pratique de l'ambulatoire n'entraîne donc pas de changement significatif sur le parcours du patient en post-opératoire concernant sa consommation de soins.

Un retour à la vie active plus précoce des patients en chirurgie ambulatoire

Lorsque des écarts sont significatifs, ils sont la plupart du temps en faveur de la chirurgie ambulatoire qui génère moins de dépenses. C'est le cas des indemnités journalières après un soutènement vésical et pour les transports sanitaires après une désobstruction d'un accès vasculaire.

Les entretiens réalisés viennent éclairer ces résultats en confirmant le peu d'impact en post-opératoire. Selon les experts interrogés, la baisse des indemnités journalières serait due au retour plus précoce dans un environnement familial qui inciterait davantage le patient à être actif dans son rétablissement. L'absence de nuitée a aussi tendance à « dédramatiser » l'acte chirurgical. La présence obligatoire d'un proche pour pratiquer l'ambulatoire implique souvent un transport privé organisé plutôt que la mobilisation d'un transport sanitaire.

Cet effet de la chirurgie ambulatoire à **générer une récupération plus rapide du patient**, qui est aussi à mettre au profit du développement de la RAAC⁷ (16), amplifie l'impact économique positif de la CA. Un retour à la vie active plus rapide est potentiellement source de croissance

⁶ La part de la chirurgie en France des actes étudiés dans le périmètre de l'étude est de 1,5% en volume et 0,97% en valeur.

⁷ Récupération améliorée après chirurgie : approche multidisciplinaire de prise en charge globale du patient en période péri-opératoire visant au rétablissement rapide de ses capacités physiques et psychiques antérieures.

économique à travers un retour au travail plus précoce pour les actifs et une consommation plus forte au global. L'assurance maladie pourrait bénéficier de cette action sur l'activité économique, mais aussi la collectivité en général.

Cette réactivation plus rapide du patient en chirurgie ambulatoire induit une mobilisation plus intensive des ressources individuelles des patients en CA par rapport à l'HC. Cette mobilisation est plus ou moins facile selon le niveau socio-éducatif des patients, ce qui **implique une prise en compte des capacités individuelles** dans le suivi du parcours patients en CA. Si le besoin d'informations est constant sur l'ensemble des patients, l'accompagnement des patients tout au long du parcours doit tenir compte des capacités individuelles. **Le développement des hôpitaux hospitaliers** peut aussi étendre le champ d'action de la CA à des patients isolés socialement ou géographiquement.

La satisfaction du patient dans un acte de CA passe par sa bonne information et sa liberté de choix dans ce type d'intervention choisie. Celui-ci se traduit dans la quasi intégralité des cas par une approbation du choix du chirurgien pour la chirurgie ambulatoire. Cependant, la mise sous accord préalable de l'utilisation de l'HC dans un grand nombre de gestes est plutôt un frein à cette liberté de choix et une contrainte administrative (et donc un coût) pour le chirurgien, qu'une incitation financière à faire de l'ambulatoire pourrait supprimer.

Un impact neutre ou favorable sur les réhospitalisations

Pour la plupart des actes, les **taux de réhospitalisation ne varient pas de façon significative** entre la chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation conventionnelle. Pour 3 actes, l'impact est favorable à l'ambulatoire puisque le taux de réhospitalisation est significativement plus faible avec ce type d'hospitalisation.

On peut donc estimer que la pratique de la chirurgie ambulatoire **n'entraîne pas de modification substantielle sur la qualité des soins** et que dans certains cas elle améliore les résultats. Outre la réhospitalisation, la chirurgie ambulatoire tend à réduire les risques de complications nosocomiales⁸ et les risques thromboemboliques post-opératoires liés à un alitement prolongé. Elle limite aussi l'inconfort d'un séjour à l'extérieur du domicile. La prise en charge ambulatoire peut donc être considérée comme un gain pour le patient en matière de sécurité et de qualité de la prise en charge chirurgicale.

Le virage ambulatoire en chirurgie génère donc des économies à l'hôpital tout en participant à la maîtrise des dépenses de ville

Cette étude confirme que, même pour des gestes chirurgicaux non couramment réalisés en ambulatoire, plus lourds et en devenir, il n'y a pas ou peu de déport de dépenses de l'hôpital vers la ville. Cela ne signifie pas que la coordination ville-hôpital ne soit pas un facteur clé de succès à la transformation d'un acte d'HC en chirurgie ambulatoire.

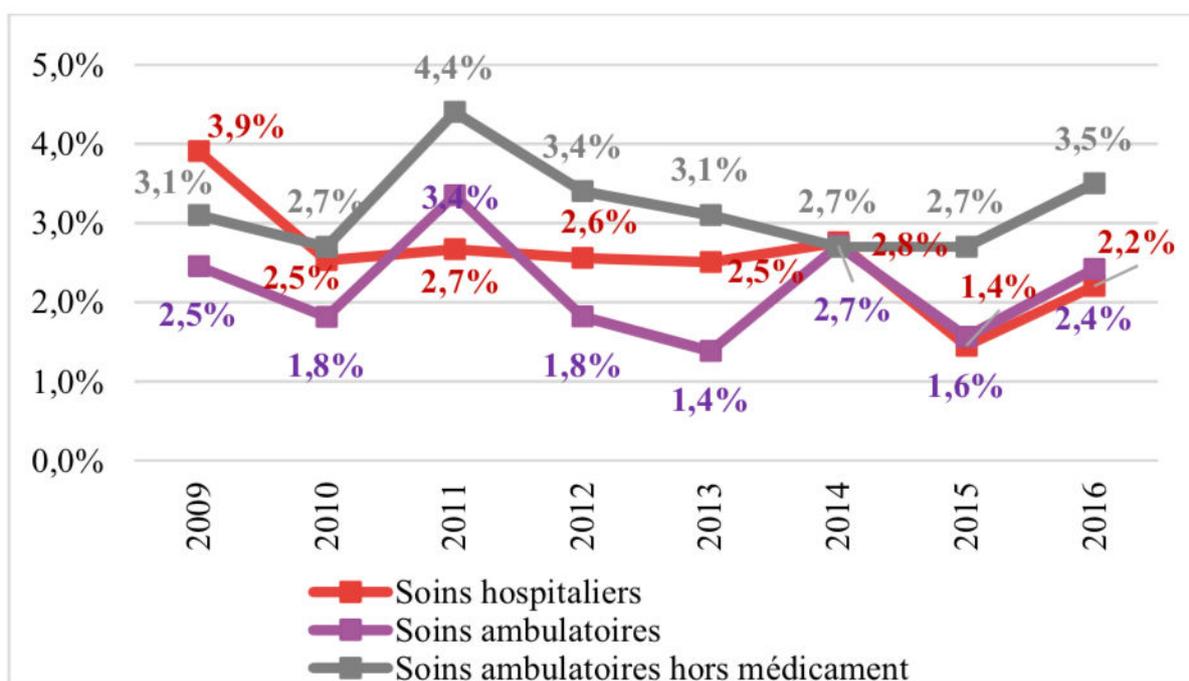
⁸ Cette diminution est induite par la baisse de la durée de séjour, sachant que le risque infectieux per-opératoire ne change pas.

Une enquête réalisée en région PACA en 2013 (15) a montré que l'absence d'information du médecin traitant et le manque de suivi organisé post-opératoire étaient des freins au développement de la chirurgie ambulatoire. L'implication du médecin traitant et des équipes paramédicales reste donc un facteur important à la réussite de l'ambulatoire.

Une équation économique de la chirurgie ambulatoire à différencier de celle de la médecine ambulatoire

Ces résultats confirment que le virage ambulatoire en chirurgie ne se traduit pas par un déplacement de la demande et de la dépense de soins de l'hôpital vers la ville. Alors que jusqu'en 2014, la croissance des dépenses hospitalières était régulièrement supérieure à celle des dépenses de ville, elles se sont depuis nettement rapprochées.

Figure 10 : Evolution des dépenses hospitalières et des dépenses de soins de ville (2009-2016)



Source : DREES, Les dépenses de santé en 2016.

Retraitées des dépenses de médicaments, les dépenses de soins ambulatoires ont progressé plus vite que celles des soins hospitaliers ces dernières années. Or, cette évolution ne peut pas être attribuée au développement de la chirurgie ambulatoire.

En revanche, cette hausse des dépenses de ville est fortement corrélée à l'autre virage ambulatoire, celui de la médecine qui est une tendance forte pour tous les pays développés, et pour lequel la France présente un retard important. L'allongement de l'espérance de vie et la prévalence croissante des pathologies chroniques **génèrent une sollicitation plus intensive des soins de premier recours de ville.**

Il a été constaté par exemple pour quatre groupes de maladies chroniques qui concernent des effectifs croissants - le diabète, les maladies inflammatoires, les maladies neurologiques et les cancers actifs – une baisse de la dépense hospitalière moyenne et une hausse pour la médecine de ville⁹. Malgré des expérimentations en cours sur de nouveaux modes d'organisation et de financement de la médecine de ville, le financement des professionnels de santé de ville, notamment pour les médecins généralistes, **ne valorise pas le surcroît d'activité lié à la coordination des parcours des patients chroniques.**

Le virage ambulatoire en médecine nécessite une nouvelle approche médicale qui ne peut plus se limiter à l'organe ou la spécialité. Une approche plus coordonnée et interdépendante est à généraliser dans la prise en charge des patients chroniques en ville et entre la ville et l'hôpital. Si le paiement à l'acte doit demeurer le mode de paiement dominant, étant donné que le parcours reste constitué d'une série d'actes médicaux entre professionnels majoritairement libéraux en ville, il devrait être complété par un financement forfaitaire à sa juste valeur pour la coordination et de l'optimisation des parcours de soins, avec éventuellement **un programme de partage des économies générées**, comme suggéré pour la chirurgie ambulatoire.

Seul un partage pertinent des économies générées permettra l'atteinte des 70% en 2022

Nous avons démontré que l'ensemble des parties prenantes institutionnelles - établissements, assurance maladie, patients/OAP - bénéficiaient de l'impact économique de la CA. Le grand absent de ces gains économiques est le professionnel de santé, en particulier ceux de l'équipe chirurgicale qui décident et font cette CA. Les entretiens ont clairement démontré qu'ils n'avaient pas bénéficié de reconnaissance financière malgré leur forte implication dans le développement de la CA.

Nous avons vu aussi que les tarifs des séjours en CA étaient encore au-dessus des coûts de production, même si la tendance était à leur baisse et à leur rapprochement des coûts. Nous avons aussi noté que la CA était un vrai choc organisationnel et que tous les établissements n'étaient pas au même stade d'avancement dans la restructuration et le réagencement des espaces. Sachant que même les établissements qui ont déjà investi pour accélérer la pratique de l'ambulatoire doivent souvent réinvestir pour franchir un nouveau cap.

L'atteinte de 70% en 2022 nécessite une forte accélération de la pratique de la CA. Nous avons vu que le gain annuel de CA a été 1,8 point par an de 2010 à 2016¹⁰. Il devra être de 2,7 par an soit 50% de plus jusqu'en 2022 pour atteindre 70%. Pour générer une telle accélération, il faut sensiblement renforcer les mécanismes incitatifs en place aujourd'hui, en priorité ceux auprès des acteurs principaux que sont les équipes chirurgicales et les établissements de santé.

⁹ Travaux de « cartographie médicalisée » conduits par la CNAM permettant de retracer l'ensemble des dépenses « ville/hôpital » afférentes à des pathologies chroniques.

¹⁰ Selon l'AFCA (Association française de chirurgie ambulatoire), le taux de CA en 2017 a été de 55,9%, soit le même rythme moyen qu'entre 2012 et 2016 (+1,8 par an) - Source : médecins- N°57-sept-oct 2018

Si les pouvoirs publics veulent réussir le pari des 70% en 2022, il semble donc indispensable de répartir les gains économiques entre les trois parties prenantes suivantes :

- Les professionnels de santé de l'équipe chirurgicale
- Les établissements de santé
- L'assurance maladie.

Pour les professionnels de santé

Sans incitation financière des professionnels de santé, il est peu probable que les efforts importants et la pleine implication indispensables à la poursuite du développement de l'ambulatoire soient réalisés par des professionnels de santé qui ne verraient aucune reconnaissance financière à leurs investissements.

La question centrale n'est pas l'augmentation des revenus *per se* des professionnels de santé mais la **juste reconnaissance d'une activité plus intensive et d'une nouvelle façon de travailler qui génère plus de qualité et de productivité**, dont les gains doivent être justement redistribués. L'accélération nécessaire du rythme de développement de l'ambulatoire ne se fera pas sans cette juste reconnaissance, tant elle dépende de la mobilisation intensive et de la pleine implication des équipes.

Rappelons que les **programmes de partage des économies (Shared Savings Programs)** sont un des modèles de paiement basés sur la valeur (value-based payment model) les plus efficaces. Alors que les pouvoirs publics ont mis comme priorité¹¹ l'instauration d'un système de santé basé sur la valeur des soins, ce type de partage devrait être implanté en chirurgie ambulatoire (et en médecine ambulatoire).

Cela pourrait se faire, entre autres modalités, sous forme de bonus sur salaire dans le public et par un coefficient modificateur sur les actes CCAM dans le privé. Une dotation pour le pôle ou le service ambulatoire dans le public est aussi envisageable.

Nous avons vu que la bonne coordination de l'équipe chirurgicale avec l'équipe de ville est une condition essentielle pour développer la CA, mais force est de constater que le parcours du patient est peu ou pas impacté en post-opératoire. En revanche, les équipes de ville devraient bénéficier d'incitations financières pour développer le virage ambulatoire en médecine. L'objectif de 55% de taux de médecine ambulatoire (contre 40% en 2016) ne pourra pas être atteint sans une valorisation financière des efforts supplémentaires que devront faire les équipes de ville.

Pour les établissements hospitaliers

Concernant les établissements hospitaliers, la baisse des coûts de production doit leur permettre de dégager une capacité d'autofinancement des investissements nécessaires à la

¹¹ Stratégie nationale de santé 2018-2022

transformation de leur structure pour aménager leur espace et former leur personnel aux exigences de l'ambulatoire.

La CA est un choc organisationnel qui exige d'investir dans les innovations technologiques, la restructuration des espaces et de formation des ressources humaines pour disposer d'une organisation spécifique. Les prestations ambulatoires en chirurgie et en médecine sont délivrées dans des structures identifiées dotées de moyens humains et de matériels spécifiques.

Le stade d'adaptation des structures hospitalières est très variable selon les secteurs et territoires. Le passage d'un nouveau **cap nécessite d'investir dans une majorité des structures.**

Pour l'assurance maladie

La tentation est grande pour l'Assurance maladie d'engranger **l'ensemble des économies à court terme générée par la CA.** Alors que le plan ONDAM triennal 2015-2017 a fixé des objectifs annuels d'économies au titre du développement de la chirurgie ambulatoire (420 M€ au cumul), l'ONDAM 2018 prévoit 250M€ d'économies supplémentaires (pour chirurgie ambulatoire, alternatives à l'hospitalisation et réduction des hospitalisations évitables).

Cette vision court-termiste et comptable des pouvoirs publics est pourtant un obstacle majeur pour atteindre les objectifs de moyen terme de la CA et au global pour réussir le virage ambulatoire en CA. Ce dernier est avant tout présenté par les pouvoirs publics dans chaque plan sanitaire comme un objectif d'économies. Cela en fait un enjeu uniquement financier et on passe à côté des autres enjeux essentiels que sont la modernisation du parc hospitalier et les gains pour les patients.

6 Conclusion

L'étude présentée se décompose en deux parties : une étude qualitative sur base de données nationale (l'EGB), et une étude quantitative sous la forme d'entretiens avec des professionnels de santé. Cette étude fait suite à une première étude sur base de données EGB, et vise à finaliser la compréhension du modèle économique de la transformation d'un séjour d'hospitalisation conventionnelle en un séjour en ambulatoire, à y inclure des enjeux organisationnels (aspects qualitatifs) et à réaliser une analyse prospective à 5 ans de l'impact de la chirurgie ambulatoire. En considérant les résultats des deux volets, nous arrivons à des résultats cohérents et robustes qui peuvent être réunis en 5 constats :

- La CA est source de transformation profonde de l'outil de production et de la pratique ; son développement est conditionné par de lourds investissements en contrepartie de gains économiques élevés pour les établissements. Un impact économique majeur du développement de la chirurgie ambulatoire se situe en effet sur **la baisse du coût de production du séjour** pour les établissements, estimée à **20% en moyenne**. Il existe une assez forte hétérogénéité de stade d'avancée des restructurations selon les établissements. Il existe une baisse de 5,3 points entre les secteurs privés et publics, en faveur du privé.

Nous ne sommes pas encore arrivés en phase de maturité complète sur le plan des structures sur l'ensemble des territoires. Le secteur public présente la triple caractéristique d'un taux de chirurgie ambulatoire plus faible, d'un rythme de développement plus faible et d'une baisse des coûts de production suite à l'ambulatoire plus faible. Ceci ne peut s'expliquer uniquement par la différence de case mix mais aussi par une gouvernance insuffisamment réactive à l'adaptation des structures et à la réorganisation des équipes.

- Pour l'Assurance Maladie, la CA ne doit pas être considérée comme une source prioritaire d'économies sur le court terme même si elle participe à la maîtrise des coûts hospitaliers et post-opératoires. Dans la phase d'hospitalisation, le tarif unique limite le gain économique pour l'assurance maladie, même si la baisse des tarifs engagée ces dernières années **lui bénéficie dans la durée**.
- Pour les patients, la CA est avant tout source d'une meilleure qualité de vie et probablement de délais d'interventions plus courts. Les gains économiques pour le patient sont atténués par l'intermédiation des OAP. Un meilleur remboursement des OAP pour les patients des prestations hospitalières lors de la chirurgie ambulatoire serait justifié.

L'impact sur la qualité apparaît neutre ou favorable selon les actes réalisés en chirurgie ambulatoire en termes de taux de réhospitalisations. Si on y inclut l'ensemble des critères de qualité, dont la satisfaction des patients, la chirurgie ambulatoire génère des gains significatifs en termes de qualité.

- La CA n'impacte pas significativement l'organisation des soins de ville, ce qui n'enlève pas l'importance de la coordination interprofessionnelle du parcours du patient. Ce deuxième volet **confirme l'absence d'impact significatif des effets de l'ambulatoire sur le recours aux soins post-opératoires**, qui avait déjà été montré dans le premier volet sur des actes plus couramment pratiqués en ambulatoire. Le recours aux soins de ville est d'ailleurs très limité après une chirurgie pour les onze actes inclus dans la présente étude, et diminue même pour certains types de soins en période post-opératoire par rapport à la période préopératoire.
- L'atteinte de l'objectif de 70% est irréaliste sans de nouvelles mesures incitatives, dont le partage des gains économiques avec le personnel soignant de l'équipe chirurgicale et l'optimisation des structures (innovation technologique).

La chirurgie ambulatoire réduit sensiblement les coûts hospitaliers pour l'ensemble des parties prenantes et n'entraîne pas de déport de dépenses de l'hôpital vers la ville. Il n'en demeure pas moins que **l'équation économique positive n'est pas un miracle**. Elle ne peut se vérifier durablement et équitablement entre les territoires et les secteurs que si un programme d'investissements dédié à cette chirurgie ambulatoire est mis en place dans les structures, les ressources humaines et les innovations technologiques. Ce programme exige l'application d'un système de **partage équilibré des économies entre les établissements, les professionnels de santé, les patients et l'Assurance maladie**.

Enfin, l'évaluation du développement de la chirurgie ambulatoire ne peut se limiter à un taux de pratique mais à plusieurs critères qui permettent d'apprécier la situation globale telles que l'adaptation des structures de soins à l'ambulatoire, la perception des équipes soignantes et la satisfaction des patients du service rendu.

7 Références bibliographiques

1. ATIH. Scansanté. Fiche thématique n°4. Développement des activités : Chirurgie ambulatoire
2. Haute Autorité de Santé. Indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Rapport des résultats nationaux de la campagne 2018
3. Condition du développement de la chirurgie ambulatoire. Synthèse et mise en perspective des quatre volets de l'enquête. Paris: CNAMTS; 2003.
4. Benhami A, Chuffart E, Christou N, Liva-Yonnet S, Mathonnet M. Ambulatory surgery under local anesthesia for parathyroid adenoma: Feasibility and outcome. *J Visc Surg.* 2017 Dec 21. pii: S1878-7886(17)30172-8
5. Mortuaire G, Theis D, Fackeur R, Chevalier D, Gengler I. Cost-effectiveness assessment in outpatient sinonasal surgery. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2018 Feb;135(1):11-15. doi: 10.1016/j.anorl.2017.08.004. Epub 2017 Sep 18.
6. Lacroix A, Revest M, Patrat-Delon S, Lemaître F, Donal E, Lorréac'h A, Arvieux C, Michelet C, Tattevin P. Outpatient parenteral antimicrobial therapy for infective endocarditis: a cost-effective strategy. *Med Mal Infect.* 2014 Jul;44(7):327-30.
7. Gronnier C, Desbeaux A, Piessen G, Boutillier J, Ruolt N, Triboulet JP, Mariette C. Day-case versus inpatient laparoscopic fundoplication: outcomes, quality of life and cost-analysis. *Surg Endosc.* 2014 Jul;28(7):2159-66.
8. Le Corvoisier P, Gellen B, Lesault PF, Cohen R, Champagne S, Duval AM, Montalescot G, Elhadad S, Montagne O, Durand-Zaleski I, Dubois-Randé JL, Teiger E. Ambulatory transradial percutaneous coronary intervention: a safe, effective, and cost-saving strategy. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2013 Jan 1;81(1):15-23.
9. Nghiem-Bufferet MH, de Pourville G, Renard G, Ullern M, Boureau C, Chaine G. [Cost of managing cataracts. Evaluation of traditional hospitalization and ambulatory surgery]. *Presse Med.* 2001 Dec 22-29;30(39-40 Pt 1):1924-6.
10. Ruiz N, Buisson X, Filippi G, Roulet M, Robert H; Orthopedics, Traumatology Society of Western France (SOO) Ambulatory unicompartmental knee arthroplasty: Short outcome of 50 first cases. *Orthop Traumatol Surg Res.* 2017 Oct 24. pii: S1877-0568(17)30306-7. doi: 10.1016/j.otsr.2017.10.004. [Epub ahead of print]
11. Mariette C, Boutillier J, Arnaud N, Piessen G, Ruolt N, Triboulet JP. Outcome of day-case laparoscopic fundoplication for gastro-esophageal reflux disease. *J Visc Surg.* 2011 Feb;148(1):50-3. doi: 10.1016/j.jviscsurg.2010.12.001. Epub 2011 Jan 26.
12. Molina V, Gagey O, Langloÿs J. Ambulatory open Bankart repair under a single general anesthesia: a prospective study of the immediate outcome. *J Shoulder Elbow Surg.* 2006 Mar-Apr;15(2):180-2.
13. Le CISS. Hospitalisation : des restes à charge imprévisibles. 2014. http://www.leciss.org/sites/default/files/140522_DP_RacHospitalisation.pdf
14. Bizard F. Evaluation de l'impact économique de la chirurgie ambulatoire. E-mémoire de l'Académie Nationale de Chirurgie (<http://www.academie-chirurgie.fr/recomm/Impact%20économique%20chirurgie%20ambulatoire%20-%20Frédéric%20Bizard.pdf>), Décembre 2017
15. Association française d'urologie, résultats d'une enquête sur la pratique de la chirurgie ambulatoire en urologie en région Midi-Pyrénées, juin 2013.
16. « Réhabilitation améliorée après chirurgie » - Pr Karem Slim-Elsevier Masson - 2018