

DATA
FHP-MCO

CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ

ÉTAT DES LIEUX ET TENDANCES

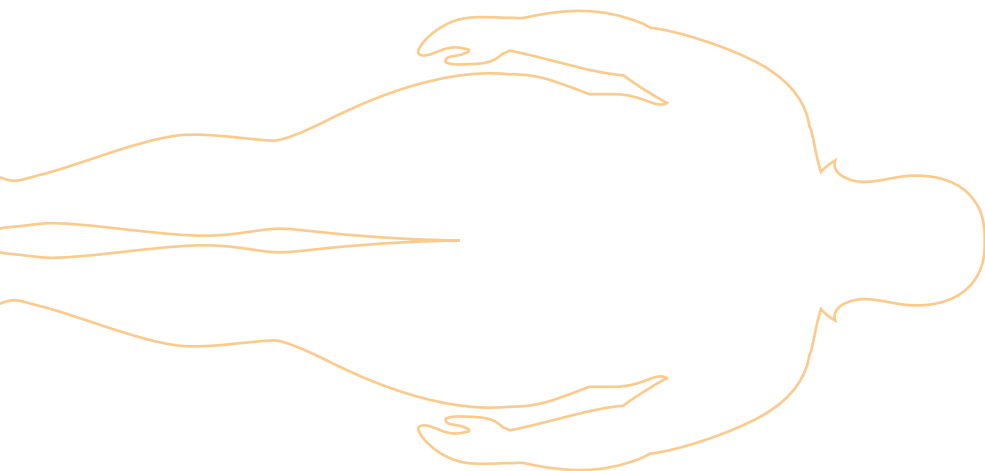
FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

UNE PUBLICATION
DE LA FHP-MCO
DÉCEMBRE 2020

N°4

SOMMAIRE

Introduction	4
Méthodologie	5
Synthèse	6
ÉTAT DES LIEUX	7
Évolution de l'activité	8
Évolution des techniques chirurgicales	9
Le contexte populationnel	11
Les modes d'entrée et de sortie	13
Les durées de séjour	14
Les variations saisonnières	15
La lourdeur des prises en charge	16



LES RECOMMANDATIONS DE LA HAS SONT-ELLES RESPECTÉES ?	19
Quelles sont les recommandations de la HAS ?	20
Recommandations de la HAS et limites du PMSI	21
L'indication chirurgicale : l'indice de masse corporelle	22
Ré-hospitalisation pour la même chirurgie	24
Examen des « autres séjours »	25
QUELS SERAIENT LES IMPACTS D'UNE RÉGULATION DE L'ACTIVITÉ ?	27
Imposer un seuil d'activité ?	28
Quel est le poids de la chirurgie bariatrique dans l'activité chirurgicale de l'établissement ?	30
Éloignement du domicile par rapport à l'établissement ?	31
Conclusion	32



INTRODUCTION

Depuis une vingtaine d'années déjà, la chirurgie bariatrique attire sur elle les feux de l'actualité. Son développement a coïncidé avec l'accroissement de l'obésité en France, et plus généralement dans le monde, et l'apparition de techniques chirurgicales et de matériaux spécialement dédiés, réputés offrir aux patients obèses un traitement plus efficace et complémentaire de la mise en œuvre d'un régime hypocalorique. Le retentissement médiatique (presse écrite et audiovisuelle) a été majeur.

Les chirurgiens viscéraux y ont vu un champ de développement de leur activité, et beaucoup se sont engagés dans la discipline.

Parallèlement, les autorités sanitaires se sont inquiétées de l'absence de régulation de cette activité en expansion spectaculaire. Elles ont redouté un impact économique sur les dépenses d'assurance maladie, ainsi qu'un impact sanitaire, dans la mesure où les effets à long terme de cette chirurgie étaient inconnus et où les conditions de mise en œuvre étaient laissées à la libre appréciation des chirurgiens.

La HAS a publié des recommandations, l'IGAS et la CNAM ont procédé à des enquêtes, et aujourd'hui le ministère entend soumettre cette activité à une régulation.

La FHP-MCO a missionné le Dr Michèle Brami, ancien médecin conseil du syndicat pour évaluer l'activité de chirurgie bariatrique.

Cette publication vise à décrire les évolutions actuelles de l'activité et celles des modalités de prise en charge, puis à identifier, dans les limites du PMSI, le respect des recommandations de la HAS.

MÉTHODOLOGIE

L'analyse réalisée utilise le PMSI, et particulièrement les bases PMSI MCO 2018 et 2019 mais aussi quelques résultats d'études antérieures, ainsi que le recensement des actes CCAM depuis 2006.

D'autre part, des informations INSEE sont utilisées pour calculer la fréquence des actes, rapportée à la population.

Cette étude a utilisé le recensement et l'analyse des séjours groupés dans les GHM de chirurgie bariatrique (racines 10C09 : poses et repositionnements d'anneaux, et 10C13 toutes les autres interventions : sleeve gastrectomie, gastrectomie verticale calibrée et by-pass).

De même, cette étude utilise le recensement depuis 2006 de la fréquence des actes CCAM de la rubrique 07.03.02.09 : actes thérapeutiques sur l'estomac pour obésité morbide.

La racine 10C10 réservée aux dermolipectomies et autres interventions pour des effets secondaires de l'amaigrissement n'a pas été sélectionnée.

Le chaînage des séjours est utilisé pour essayer de repérer le parcours patient.

SYNTHÈSE

1. La progression du volume d'activité de la chirurgie bariatrique a cessé depuis 2016 et une régression importante est entamée et s'est accélérée entre 2018 et 2019.
2. La part de marché du secteur privé sur cette activité s'érode, mais pas plus que sur l'activité chirurgicale globale.
3. Le PMSI apporte la preuve que les recommandations de la HAS (indication opératoire, bilan préopératoire) sont respectées dans environ 3/4 des prises en charge. Dans les autres cas, ce respect n'est pas tracé dans le PMSI mais peut très bien avoir été réalisé en consultation et soins externes.
4. Les complications sont exceptionnelles, du moins celles qui entraîneraient une hospitalisation.
5. **Si on devait soumettre cette activité à autorisation et imposer un seuil d'activité, par exemple à 30 séjours/an, 34 % des établissements de santé publics et 26 % des établissements de santé privés qui développent actuellement cette activité seraient empêchés de poursuivre. Toutefois, cette interdiction n'affecterait que 5 % de l'activité nationale.**

ÉTAT DES LIEUX



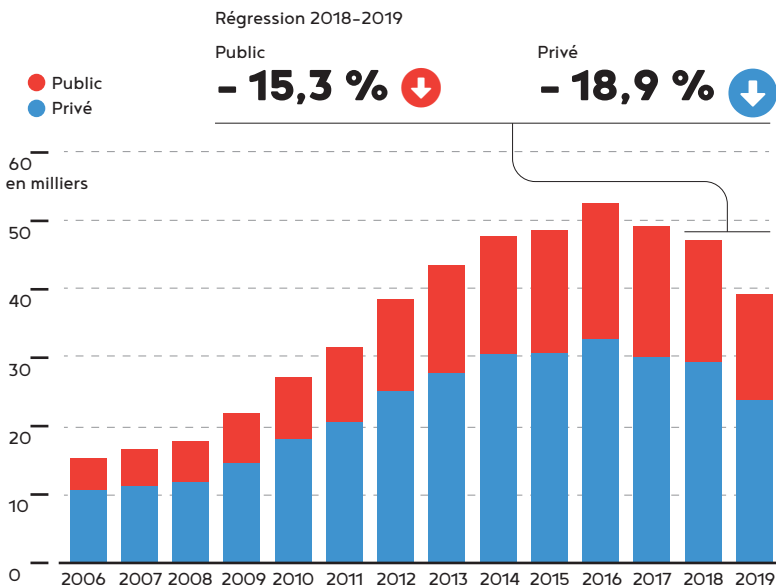
ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ

La progression a été très importante jusqu'en 2016, et la régression amorcée depuis 2016 est tout aussi importante, dans les deux secteurs. On est revenu en 2019 au niveau d'activité de 2012.

La part de marché du secteur privé s'érode aussi très régulièrement depuis 2006.

2018 : dans le détail, l'activité représente 46 452 séjours groupés dans l'un des GHM des racines ciblées (10C09 et 10C13) ou 47 160 actes CCAM spécifiques.

Évolution de l'activité totale de chirurgie bariatrique de 2006 à 2019



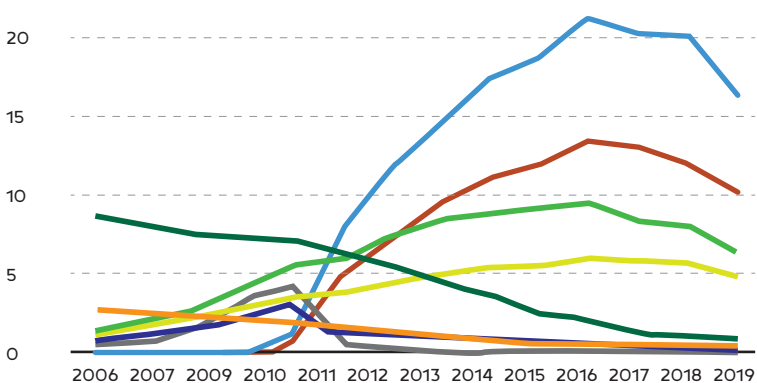
ÉVOLUTION DES TECHNIQUES CHIRURGICALES

4 techniques sont principalement utilisées :

- la pose d'anneau gastrique, nécessitant quelquefois des changements ou des repositionnements d'anneau ;
- le court-circuit bilio-pancréatique ou gastrique (by-pass) ;
- la sleeve gastrectomie ;
- la gastroplastie verticale calibrée.

Évolution des différentes techniques

25
en milliers d'opérations



- Anneau public
- Anneau privé
- By-pass public
- By-pass privé
- Sleeve public
- Sleeve privé
- Vertical public
- Vertical privé

Ce graphique démontre que :

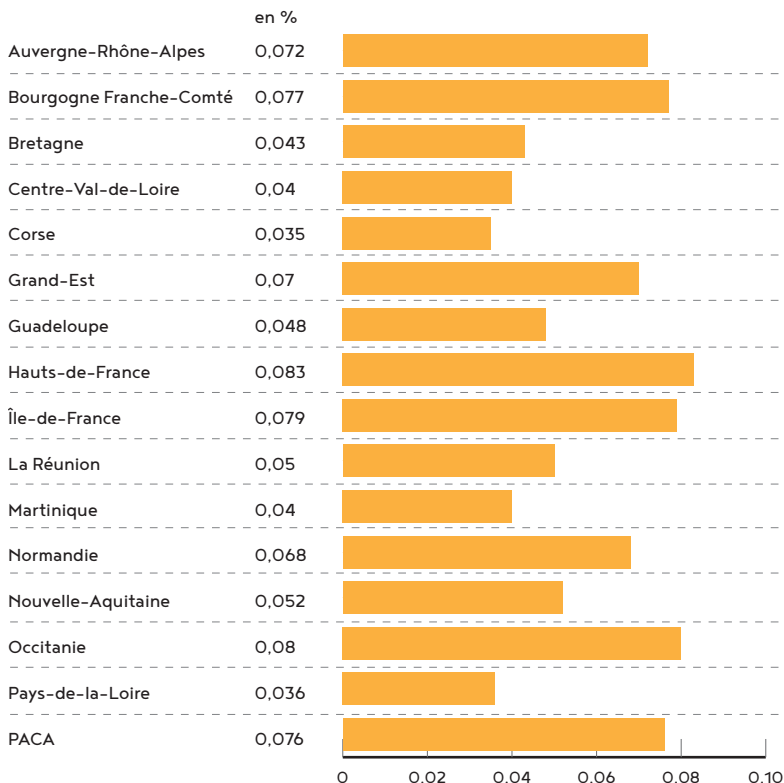
- les évolutions dans les deux secteurs d'hospitalisation vont dans le même sens ;
- la pose d'anneau s'est totalement effondrée ;
- la gastrectomie verticale calibrée n'a jamais été réellement développée ;
- le court-circuit (by-pass) conserve ses partisans ;
- c'est la technique de sleeve gastrectomie qui est très majoritairement réalisée, après son introduction à la CCAM en 2010.

Historiquement, la pose d'anneau gastrique a été l'élément déclencheur de la chirurgie bariatrique. Cependant, ce dispositif a été supplanté par la technique de gastrectomie longitudinale (sleeve gastrectomie) apparue au cours des années 2000 et introduite à la CCAM en 2010.

LE CONTEXTE POPULATIONNEL

Si on rapporte le nombre de séjours pour chirurgie bariatrique à la population générale d'une région, sans toutefois procéder à aucune standardisation, on observe des variations régionales importantes, allant de 4 à 9 interventions annuelles pour 10 000 habitants.

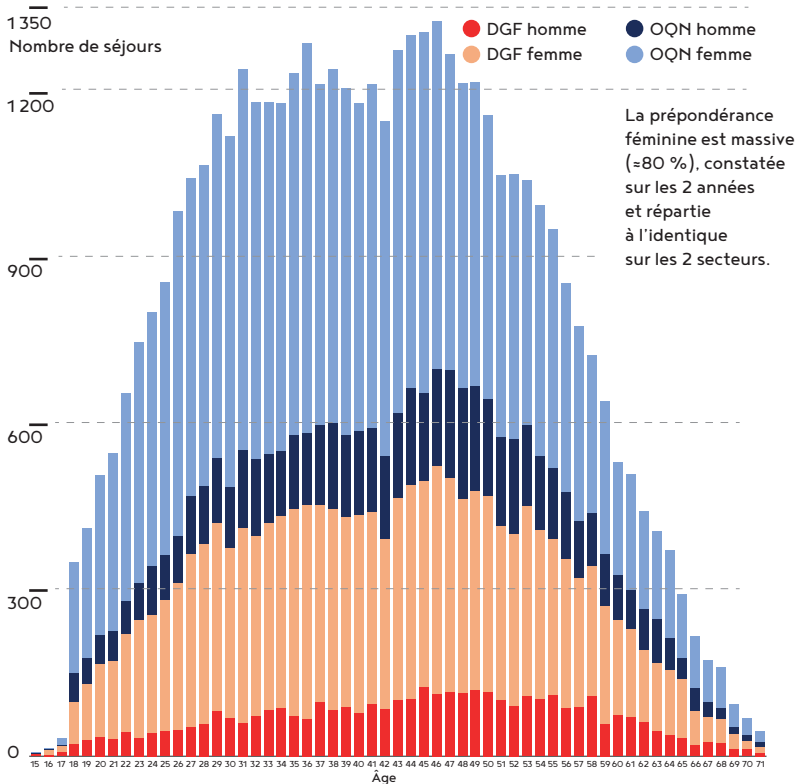
Taux d'interventions rapporté à la population régionale



LE PROFIL DES PATIENTS

L'essentiel de l'activité bénéficiant à des patients entre 25 et 55 ans.
Il n'y a pas de différence entre les secteurs public et privé.
0,09 % de la population est opérée.

Répartition par secteur, âge et sexe



Alors que le ministère s'était fortement ému du développement de cette chirurgie chez les mineurs, ces cas ne représentent que 0,09 % de la population opérée, en décroissance depuis 2017 (80 en 2017, 63 en 2018, 36 en 2019).

LES MODES D'ENTRÉE ET DE SORTIE

Les retours à domicile concernent 97,5 % de la population prise en charge, de façon quasi identique entre les secteurs public et privé.

Le taux de décès est de l'ordre de 2 pour 10 000 et est similaire dans les deux secteurs.

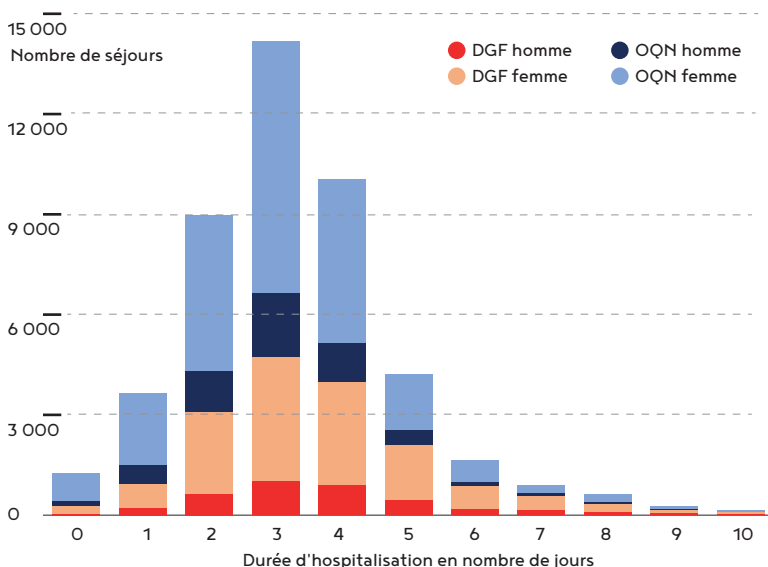
	2018			2019		
	Public	Privé	Total	Public	Privé	Total
Mode d'entrée : domicile	17 360	29 054	46 414	15 139	23 690	38 829
Mode d'entrée : transfert/mutation	16	22	38	22	17	39
Mode de sortie : transfert/mutation	485	677	1 162	458	500	958
Mode de sortie : domicile	16 888 97,2 %	28 393 97,6 %	37 905 97,5 %	14 699 97 %	23 206 97,9 %	37 905 97,5 %
Mode de sortie : décès	3 0,017 %	6 0,021 %	9 0,019 %	4 0,026 %	5 0,021 %	9 0,023 %

LES DURÉES DE SÉJOUR

En 2019, la durée moyenne de séjour d'un patient opéré est de 3,26 jours, en baisse par rapport à 2018, où elle s'élevait à 3,49 jours. **Pour mémoire, cette DMS était de 6,7 jours en 2010 !**

Les séjours de moins de 11 jours (jusqu'à 10 jours inclus) concernent plus de 98 % de la population prise en charge dans le secteur public et plus de 99 % dans le secteur privé.

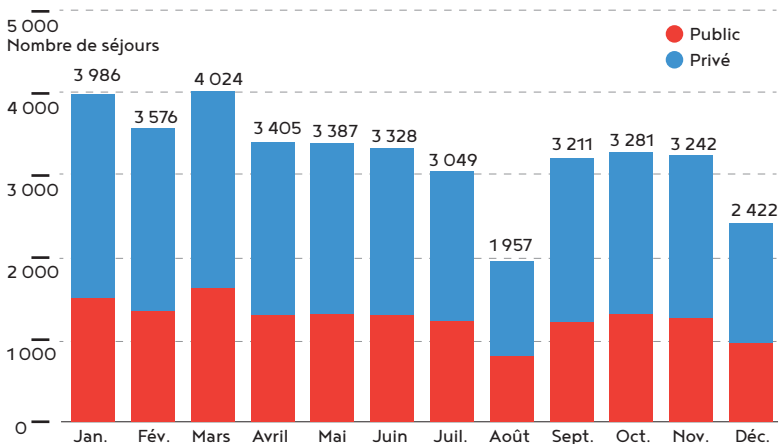
Répartition par secteur, âge et durée de séjour



LES VARIATIONS SAISONNIÈRES

Les variations saisonnières constatées sont similaires à celles d'une chirurgie programmée.

Les variations saisonnières



LA LOURDEUR DES PRISES EN CHARGE

Elle peut s'évaluer en appréciant aussi bien le développement des prises en charge ambulatoires, que le niveau de sévérité des patients, ou que la fréquence des complications, avec recours à des soins critiques au cours du séjour.

LA PRISE EN CHARGE EN CHIRURGIE AMBULATOIRE OU EN RRAC

Les situations sont complètement différentes selon la technique chirurgicale utilisée.

Ainsi, la pose d'anneau gastrique est le seul geste chirurgical éligible à une prise en charge ambulatoire, les autres types de chirurgie relèvent de l'hospitalisation complète, avec à peine un frémissement pour la sleeve gastrectomie, chirurgie plus complexe.

Sur la totalité des 2 racines de GHM, les séjours d'au plus 2 nuitées, c'est-à-dire les plus susceptibles de correspondre à des procédures de récupération rapide après chirurgie (RRAC), représentent plus de 30 % de l'activité du secteur privé et 23 % de celle du public (28 % de l'activité nationale).

	2018			2019		
	Public	Privé	France	Public	Privé	France
Pose d'anneau gastrique	34,7 %	46,7 %	44,5 %	44,5 %	48,6 %	47,8 %
By-pass gastrique sous cœlio	0,3 %	1,1 %	0,7 %	0,3 %	2,2 %	1,4 %
Sleeve gastrectomie sous cœlio	1,2 %	1,8 %	1,6 %	1,8 %	2,9 %	2,5 %

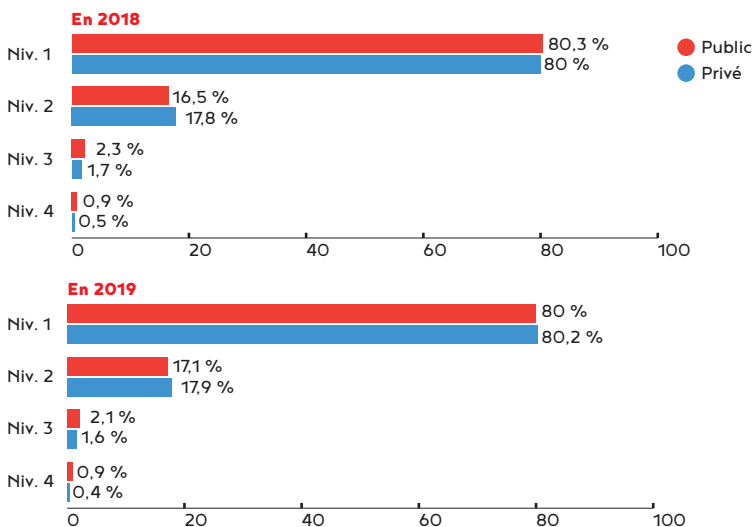
LE NIVEAU DE SÉVÉRITÉ DES PATIENTS

La classification PMSI offre une description des niveaux de sévérité (de 1 à 4, 1 = aucune complication, 4 complications sévères) dans chaque racine de GHM, sous réserve d'un codage des comorbidités prises en charge au cours du séjour.

Les distributions sur les niveaux de sévérité sont équivalentes dans les deux secteurs, et sur les deux années consécutives. Les patients sans comorbidité prise en charge au cours du séjour constituent 80 % de l'activité dans chacun des 2 secteurs.

Les séjours groupés dans la racine de GHM 10C09 (pose d'anneau) ne donnent jamais lieu à un niveau 4. Dans la racine 10C13, le niveau 4 de sévérité ne concerne que 0,6 % des patients et uniquement ceux subissant un by-pass ou une sleeve gastrectomie (ou geste de même lourdeur).

Répartition de la population opérée, par niveau de sévérité du GHM (10C09 et 10C13), en %



LA FRÉQUENCE DES COMPLICATIONS AVEC RECOURS A DES SOINS CRITIQUES

Moins de 1 % des patients en secteur public et 0,3 % des patients du secteur privé nécessitent un passage en réanimation au cours de leur séjour chirurgical.

La chirurgie bariatrique n'est pas inscrite sur la liste des pathologies ou actes ouvrant droit à la facturation d'un supplément SRC, mais des complications survenant au décours de cette chirurgie pourraient éventuellement la justifier.

À l'inverse, comme il n'existe pas de critère exigé pour justifier la facturation d'un supplément de prise en charge en unité de soins intensifs, cette modalité de prise en charge peut être mise en œuvre sans doute plus facilement.

Globalement cependant, l'ensemble des chiffres retrouvés confirme la rareté du recours à une unité de soins critiques à l'occasion de cette chirurgie (2,2 % France entière, tous secteurs confondus).

**LES
RECOMMANDATIONS
DE LA HAS
SONT-ELLES
RESPECTÉES ?**



QUELLES SONT LES RECOMMANDATIONS DE LA HAS ?

ELLES PORTENT NOTAMMENT SUR :

- la prise en charge chirurgicale chez l'adulte (2009) ;
- les critères de réalisation de cette chirurgie chez les patients de moins de 18 ans (2016) ;
- la prise en charge per-opératoire minimale (2017) ;
- la technique de court-circuit gastro-jujénal (septembre 2019) ;
- la technique de ballon intra-gastrique (novembre 2019).

CE QU'IL FAUT RETENIR !

L'indication de cette chirurgie est réservée : aux obésités massives ($IMC^3 > \text{ou} = 40\text{kg/m}^2$), ou comprises entre 35 et 40kg/m^2 s'il existe une comorbidité susceptible d'être améliorée par la réduction pondérale ; après échec d'un traitement médical diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant au moins 6 mois ; aux patients bien informés et ayant accepté la nécessité d'un suivi à long terme et la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique.

Le bilan préopératoire doit comporter celui des comorbidités éventuelles, une endoscopie oeso-gastro-duodénale, une évaluation psychologique/psychiatrique, et doit donner lieu à une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) avec communication de la décision au médecin traitant.

La HAS a également émis des recommandations sur les procédures de suivi, notamment la constitution d'un registre.

RECOMMANDATIONS DE LA HAS ET LIMITES DU PMSI

LE PMSI NE PEUT PAS IDENTIFIER :

- le suivi d'un traitement médical antérieur à la chirurgie ;
- le caractère pluridisciplinaire de la prise en charge ;
- l'information donnée au patient ;
- le suivi postopératoire et l'inclusion dans des registres.

LE PMSI PEUT IDENTIFIER SANS TROP DE DIFFICULTÉ :

- le profil général des patients (âge, sexe, mode d'entrée, mode de sortie, etc.) ;
- l'indice de masse corporelle (grâce au codage étendu du code diagnostic principal au moment de la chirurgie) ;
- l'existence de complications ou de comorbidités, mais uniquement dans la mesure où ces complications ou comorbidités ont donné lieu à une prise en charge spécifique au cours du séjour chirurgical : passage en réanimation, soins intensifs, surveillance continue, ou à un codage en diagnostics associés ;
- la technique chirurgicale utilisée, grâce au codage des actes ;
- le profil général de l'établissement : activité sur ce type de prise en charge, attractivité de l'établissement.

PLUS DIFFICILEMENT, CAR NÉCESSITÉ DE RECOURIR À UNE ANALYSE DU CHAÎNAGE DES SÉJOURS :

- les hospitalisations en médecine avant le geste chirurgical ;
- la réalisation de l'endoscopie œso-gastro duodénale préalablement à la chirurgie ;
- l'apparition de complications nécessitant une nouvelle hospitalisation au décours de l'épisode chirurgical.

L'INDICATION CHIRURGICALE : L'INDICE DE MASSE CORPORELLE

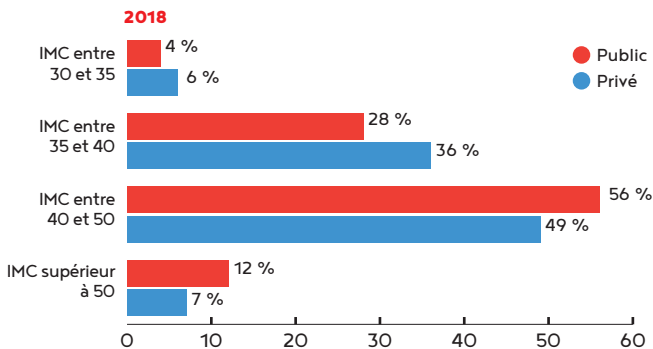
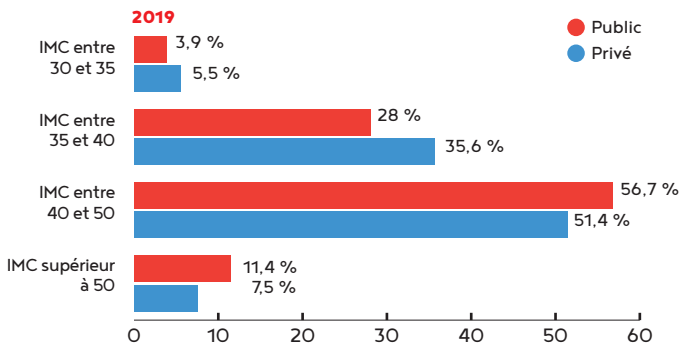
L'IMC identifie différents degrés d'obésité, et les codes diagnostics « étendus » (adaptation spécifiquement française de la Classification internationale des maladies) permettent de qualifier l'activité en fonction de l'IMC.

La HAS entend réserver cette chirurgie aux patients présentant un IMC supérieur à 40, et l'admet entre 35 et 40, en cas de comorbidité susceptible d'être améliorée par la réduction pondérale.

L'analyse des données témoigne que :

- 4,9 % des patients sont opérés avec un IMC < 35, donc en dehors des recommandations de la HAS (3,9 % dans le public, 5,5 % dans le privé, en 2019) ;
- dans le cas d'un IMC entre 35 et 40, 18 % des malades opérés en secteur public et 30 % des malades opérés en secteur privé ne présentent pas une pathologie associée codable selon les règles du PMSI, et celles du guide méthodologique de production des RSS. Ceci n'exclut pas l'existence d'une telle comorbidité ;
- aussi bien en 2018 qu'en 2019, le taux de patients avec un IMC > 40 est plus élevé en secteur public qu'en secteur privé (respectivement 56 % et 51,7 %).

**Répartition des populations entre secteurs,
en fonction de l'indice de masse corporelle, en 2018 et 2019, en %**



RÉ-HOSPITALISATION POUR LA MÊME CHIRURGIE

En 2018, 46 patients sur les 46 406 patients différents opérés en 2018 ont eu un second séjour pour reprise de chirurgie bariatrique au cours de la même année : 26 patients dans le secteur privé, 19 patients dans le secteur public.

Dans 41 cas, le malade est repris en charge dans le même établissement, et dans 5 cas, la seconde hospitalisation avait lieu dans un établissement différent. Dans 1 seul cas, le transfert était immédiat juste après l'intervention.

Un diagnostic principal évocateur d'une complication était présent dans 10 cas sur les 92 séjours, ou les 46 malades.

En 2019, on retrouve 17 patients hospitalisés 2 fois dans l'année (9 en établissements de santé publics, 8 en établissements de santé privés).

Les ré-hospitalisations pour reprise de l'intervention digestive initiale sont totalement exceptionnelles : moins de 1 pour 1000 en 2018, et moins de 0,5 pour 1000 en 2019.

On observe un changement important entre 2018 et 2019 sur le sujet des autres hospitalisations de ces patients au cours de l'année : le taux de patients n'ayant eu aucune autre hospitalisation au cours de l'année opératoire est passé de 45 % en 2018 à 30 % en 2019. Les recommandations relatives au bilan préopératoire ont-elles été mieux respectées ? Y a-t-il eu davantage d'hospitalisations de courte durée pour bilan ? Ou au contraire, y a-t-il eu plus de complications postopératoires, nécessitant de nouvelles hospitalisations au décours de la chirurgie bariatrique ?

EXAMEN DES « AUTRES SÉJOURS »

Indépendamment du séjour de chirurgie bariatrique, les 46 406 patients de 2018 ont bénéficié de 57 090 séjours : 26 371 séjours en secteur public et 30 719 séjours en secteur privé.

62 % de ces 57 090 séjours étaient des séjours d'hospitalisation sans nuitée, répartis sur plus de 729 GHM différents en secteur privé et 1097 GHM différents en secteur public, très vraisemblablement liés à des bilans préopératoires.

25 GHM les plus fréquemment retrouvés regroupent 75 % de ces séjours et sont des GHM d'ambulatoire pour bilan, ou exploration.

Ces chiffres, rapportés aux 29 076 patients différents du secteur privé et aux 17 346 patients différents du secteur public, permettent de penser **qu'au moins 74 % des patients opérés dans le secteur privé et 87 % des patients opérés dans le secteur public ont eu une hospitalisation pour exploration et bilan préopératoire**. La même analyse réalisée sur la base 2019 corrobore cette tendance.

Ce résultat doit être rapproché de l'examen des diagnostics principaux de ces séjours. Évidemment ces diagnostics sont très divers et répartis sur plus de 2 000 codes CIM. Mais les 20 plus fréquents concentrent 66 % des séjours.

Ces diagnostics semblent confirmer que la plupart de ces séjours survenus à distance de l'épisode chirurgical correspondaient bien à la prise en charge recommandée par la HAS.

Ainsi, la forte diminution entre 2018 et 2019 du nombre de patients n'ayant pas eu d'autre séjour hospitalier au cours de l'année que le séjour de chirurgie bariatrique est en faveur d'une application plus rigoureuse des protocoles de prise en charge.

En conclusion : les ré-hospitalisations pour complication de cette chirurgie sont extrêmement rares.

**QUELS SERAIENT
LES IMPACTS
D'UNE RÉGULATION
DE L'ACTIVITÉ ?**



IMPOSER UN SEUIL D'ACTIVITÉ ?

457 établissements de santé (ES) réalisent cette chirurgie :
251 établissements de santé privés (y compris associatifs)
et 206 établissements de santé publics.

	2018			2019		
	Publics	Privés	Total	Publics	Privés	Total
Nombre d'ES ayant > 500 séjours/an	1 (AP-HP)	6	7	1	2	3
Nombre d'ES entre 400 et 499 séjours	0	5 dont 1 PNL	5	0	4	4
Nombre d'ES entre 300 et 399 séjours	7	7	14	0	7	7
Nombre d'ES entre 200 à 299 séjours	9	24	33	14	15	29
Nombre d'ES entre 100 et 199 séjours	35	62	97	33	57	90
Nombre d'ES entre 50 et 99 séjours	41	50	91	40	54	94
Nombre d'ES entre 30 et 49 séjours	47	42	89	43	36	79
Nombre d'ES entre 10 et 29 séjours	43	29	72	45	41	86
Nombre d'ES avec moins de 10 séjours	23	26	49	24	20	44
Total	206	251	457	200	236	436
Nombre d'ES (et %) avec moins de 50 séjours	113 55 %	97 37 %	210 46 %	112 56 %	97 41 %	209 48 %
Nombre d'ES (et %) avec moins de 30 séjours	66 soit 32 %	55 22 %	121 26 %	69 34 %	61 26 %	130 30 %

Les établissements de santé avec moins de 30 séjours ne produisent que 5 % de l'activité nationale (chiffre identique en 2019).

Plus de la moitié des établissements de santé publics réalisent moins de 50 interventions par an et 37 % des établissements de santé privés.

Si on s'attache au seuil de 30 interventions annuelles, 34 % des établissements de santé publics et 26 % des établissements de santé privés ne seraient pas autorisés à pratiquer la chirurgie bariatrique.

Ces chiffres sont constants sur ces deux racines de GHM de 2017 à 2019 par établissement. À noter que 24 établissements ont cessé cette activité en 2019, dont 22 entre 2018 et 2019 (8 établissements de santé publics et 14 établissements de santé privés). Aucun établissement n'a débuté cette activité en 2019.

QUEL EST LE POIDS DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE DANS L'ACTIVITÉ CHIRURGICALE DE L'ÉTABLISSEMENT ?

Si certains établissements se sont hyper-spécialisés dans cette chirurgie, au point que pour une petite poignée d'entre eux (10 : 9 privés et 1 public), la chirurgie bariatrique constitue l'essentiel (> 60 %) de la chirurgie viscérale qu'ils développent, cette activité reste cependant faible (< 10 %) par rapport à la totalité de la chirurgie produite. Evidemment chacun de ces établissements hyper-spécialisés développe un volume d'activité très supérieur à 50 interventions annuelles, et même le plus souvent supérieur à 100 interventions annuelles.

Poids de la chirurgie bariatrique dans l'activité de chirurgie viscérale

Nombre d'ES où la chirurgie bariatrique représente :	Public	Privé	Total
moins de 1 % de la chirurgie viscérale réalisée dans l'ES	32	23	55
entre 1 et 5 %	80	60	140
entre 5 et 10 %	62	50	112
entre 10 et 20 %	34	72	106
entre 20 et 50 %	7	38	45
plus de 50 %	1	16	17

Poids de la chirurgie bariatrique dans l'activité chirurgicale totale

Nombre d'ES où la chirurgie bariatrique représente :	Public	Privé	Total
moins de 1 % de la chirurgie TOTALE réalisée dans l'ES	124	129	253
entre 1 et 5 %	91	121	212
entre 5 et 10 %	0	7	7

ÉLOIGNEMENT DU DOMICILE PAR RAPPORT À L'ÉTABLISSEMENT ?

Une approche de l'analyse de l'éloignement de la structure par rapport au domicile a été tentée en comparant le département de résidence du patient à celui de l'implantation de l'établissement.

Il apparaît que pour 2018, sur les 46 406 patients, 31 785 ont été opérés dans leur département de résidence, 19 484 en établissements de santé privés et 12 301 en établissements de santé publics.

	Public	Privé	France
Patients opérés dans le même département	12 301	19 484	31 785
Dans un autre département	5 075 30 %	9 544 33 %	14 619 31,5 %
Total des patients opérés	17 376	29 028	46 404

L'offre de soins départementale couvre près de 70 % des besoins.

CONCLUSION

1. La progression du volume d'activité de la chirurgie bariatrique a cessé depuis 2016 et une régression importante est même entamée et s'est accélérée entre 2018 et 2019.

2. La part de marché du secteur privé sur cette activité s'érode, mais pas plus que sur l'activité chirurgicale globale.

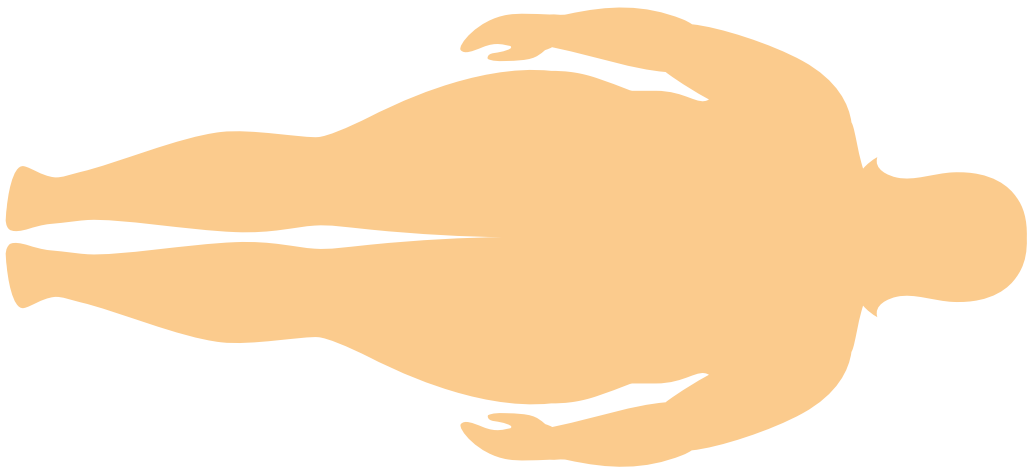
3. En termes de pratiques chirurgicales :

- c'est la sleeve gastrectomie qui est la technique la plus répandue ;
- cette chirurgie est exceptionnellement mise en œuvre chez des patients de moins de 18 ans, qui représentent moins de 1 pour mille des patients opérés, avec une fréquence qui semble encore décroître au cours des dernières années ;
- les taux de décès de cette chirurgie sont de l'ordre de 2 pour 10 000 interventions ;
- les durées de séjour ont tendance à diminuer. Toutefois les prises en charge en chirurgie ambulatoire ne sont développées pour le moment que pour la technique de pose d'anneau gastrique ;
- à en juger par les durées de séjour, les procédures de récupération rapide après chirurgie pourraient concerner 30 % de l'activité du secteur privé et 23 % de celle du secteur public.

4. Le PMSI apporte la preuve que les recommandations de la HAS (indications opératoires, bilan préopératoire) sont respectées dans environ 3/4 des prises en charge. Dans les autres cas, ce respect des recommandations n'est pas tracé dans le PMSI mais peut très bien avoir été réalisé en consultation et soins externes.

5. Les complications sont exceptionnelles, du moins celles qui entraîneraient une hospitalisation, ou un passage en secteur de soins critiques (0,5 % en réanimation, 0,38 % en soins intensifs).

6. Si cette activité devait être soumise à autorisation avec un seuil d'activité (par exemple à 30 séjours/an), 32 % des établissements de santé publics et 26 % des établissements de santé privés qui développent actuellement cette activité seraient empêchés de la poursuivre, et cette interdiction affecterait 5 % de l'activité nationale.



ANTI-JARGON

CIM Classification internationale des maladies

CNAM Caisse nationale d'assurance maladie

DMS Durée moyenne de séjour

ES Établissement de santé

GHM Groupe homogène de malade

HAS Haute autorité de santé

IGAS Inspection générale des affaires sociales

IMC Indice de masse corporelle

PMSI Programme de médicalisation des systèmes d'information

PNL Privé non lucratif

RCP Réunion de concertation pluridisciplinaire

RRAC Récupération rapide après chirurgie

SRC Surveillance continue



CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ

ÉTAT DES LIEUX ET TENDANCES



Syndicat national
des 550 établissements
de santé privés exerçant
une activité en médecine,
chirurgie, obstétrique (MCO)

FHP-MCO
106, rue d'Amsterdam
75009 Paris
www.fhpmco.fr