

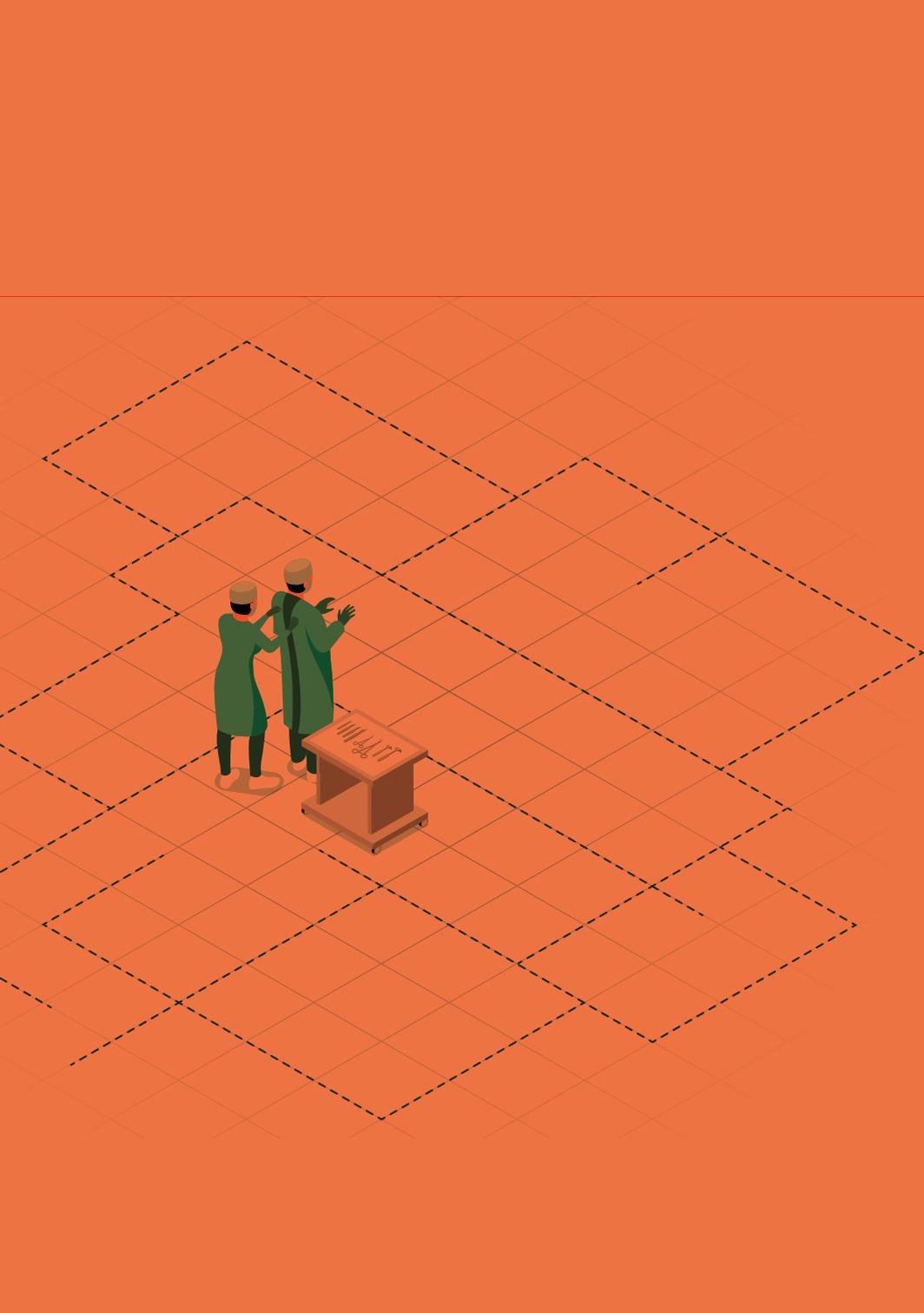
DATA
FHP-MCO

CHIRURGIE EVOLUTION ET TENDANCES

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

UNE PUBLICATION
DE LA FHP-MCO
JUN 2023

N°8



Introduction	3
Objectifs	3
Matériels	3
Méthode	4
Résultats	6
Description, grandes tendances et évolutions	6
Les caractéristiques des patients en séjours chirurgicaux, sur l'année 2021	23
La chirurgie ambulatoire	33
La chirurgie robot assistée	40
La chirurgie pédiatrique	43
Chirurgie bariatrique : son évolution	57
Les établissements de chirurgie	59
Quelques activités emblématiques	62
Conclusion	69
ANNEXES	
Annexe n° 1. Liste des indicateurs IAAS de chirurgie ambulatoire	73
Annexe n° 2. Établissements ayant le plus codé l'indicateur RAAC : nombre de séjours	74



→ Télécharger
l'ensemble des
données présentées
dans ce recueil



INTRODUCTION

Entre les évolutions les plus récentes, notamment le développement des techniques « mini invasives » et le caractère de moins en moins franc de la frontière entre chirurgie « sanglante » et « activité interventionnelle », les évolutions des parts de marché entre secteur public ou ESPIC et secteur privé commercial ou à but non lucratif, le développement des prises en charge ambulatoires, et l'impact de la pandémie de 2020 sur la chirurgie « non urgente », il a paru utile de faire un point de situation sur l'activité chirurgicale en France en 2021.

OBJECTIFS

La présente étude se fixe pour objectifs de décrire les évolutions récentes de la chirurgie, et en particulier :

- décrire l'activité chirurgicale et identifier les grandes tendances, en termes d'évolution globale ;
- quantifier le « virage ambulatoire » (taux, indicateur RAAC) ;
- décrire quelques chirurgies particulières : pédiatrique, chirurgie dite « lourde » et focus sur quelques activités importantes et/ou classiques ;
- actualiser les chiffres de la chirurgie bariatrique (dont le ministère a fait une activité soumise à autorisation spécifique).

L'étude de la chirurgie carcinologique ne sera pas abordée car elle a été réalisée par l'INCa, selon une méthodologie spécialement élaborée.

MATÉRIELS

Bases PMSI MCO de 2009 à 2021, bases « actes CCAM » depuis 2006.

MÉTHODE

Recensement et analyse des données PMSI.

Avertissement méthodologique

L'identification de l'activité chirurgicale dans le PMSI repose sur deux critères distincts :

- la réalisation au cours du séjour d'un acte de la CCAM qualifié de « chirurgical », c'est-à-dire comportant la lettre A en 4^e caractère alphabétique¹ pour l'abord direct ou *tomie (laparotomie, thoracotomie...) ou la lettre C pour la chirurgie sous *scopie (coelioscopie, thoracoscopie, arthroscopie...). Mais ces caractéristiques ne sont pas exhaustives ;
- le groupage du séjour dans un GHM en C dans la classification PMSI des séjours, mais là aussi il existe des situations qui échappent à ces règles classificatoires².

Le choix a été fait d'écarter, dans la population présentée comme générale, les GHM en C (donc chirurgicaux) des CMD 14 et 15, c'est-à-dire d'obstétrique (césariennes et chirurgie périobstétricale) et de périnatalogie. Ils font l'objet d'une analyse particulière (en partie, traités avec l'anesthésie pédiatrique).

L'activité dite « interventionnelle » est très difficile à définir globalement, ou du moins à distinguer de l'activité chirurgicale dans le PMSI. En effet les actes dits « interventionnels » sont le plus souvent réalisés dans un environnement spécifique de pratique d'asepsie, et/ou d'anesthésie et/ou d'utilisation de matériel d'imagerie, donc plutôt réalisés en secteur opératoire. Mais ces

1. Les actes de la Classification commune des actes médicaux sont décrits par un code alpha numérique à 7 caractères : les 4 premiers sont des lettres : la première lettre désigne un grand appareil anatomique, la seconde lettre précise l'organe (ou la fonction) dans l'appareil correspondant à la première lettre, la troisième lettre décrit l'action effectuée, la quatrième lettre identifie la voie d'abord ou la technique utilisée. Les 3 autres caractères du code sont des chiffres, sans rôle structurant, pour s'adapter aux éventuelles évolutions.

2. Il est classique de citer le traitement orthopédique de certains traumatismes qui sont classés dans des GHM « médicaux ».

actes décrits par la CCAM ont un pouvoir dans la classification PMSI différent selon le diagnostic auquel ils sont associés et la localisation anatomique de leur réalisation, en raison de l'orientation préalable vers une catégorie majeure de diagnostics. Ainsi un même acte « potentiellement » interventionnel peut conduire le séjour dans des GHM très différents, associés à des GHS (tarifs) également très différents³.

D'autre part, l'activité « interventionnelle » comporte à la fois des actes extrêmement fréquents (endoscopies digestives diagnostiques : plus de 2 millions par an) et des actes extrêmement rares et de technicité également très différente (embolisation de lésions vasculaires intracrâniennes : quelques centaines par an). Les évolutions de certains actes « interventionnels » très fréquents et ayant un impact sur l'activité chirurgicale ont été repérés (traitement des varices).

Comme lors de nos précédentes études, le terme « public » désigne les établissements de santé anciennement sous « dotation globale de financement » et le terme « privé », ceux anciennement sous « objectif quantifié national », quel que soit leur statut juridique. De plus, lors du recensement de l'activité par établissement, les 37 sites de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris sont comptés comme un seul établissement⁴.

On rappelle que la classification PMSI affecte chaque séjour à un groupe homogène de malade (GHM) caractérisé par la lettre C lorsque le séjour a donné lieu à un acte classant opératoire, la lettre K lorsque le séjour a donné lieu à un acte classant non opératoire, la lettre M lorsqu'il n'y a eu aucun acte classant, et la lettre Z pour certaines situations indifférenciées.

3. Par exemple : L'acte EGSFO02 - Embolisation sélective ou hypersélective de la veine testiculaire ou ovarique par voie veineuse transcutanée, codé avec un diagnostic principal de varices scrotales (I86.1), conduit à un GHM médical 12M05 - Autres affections de l'appareil génital masculin. Codé avec un diagnostic principal de varices ovariennes (I86.2) il conduit à un GHM « en K » 13K06J - Affection de l'appareil génital féminin, sans acte opératoire, de la CMD 13, avec anesthésie.

4. L'AP-HP interdit l'exploitation dans les bases nationales de ses codes FINESS géographiques.

RÉSULTATS

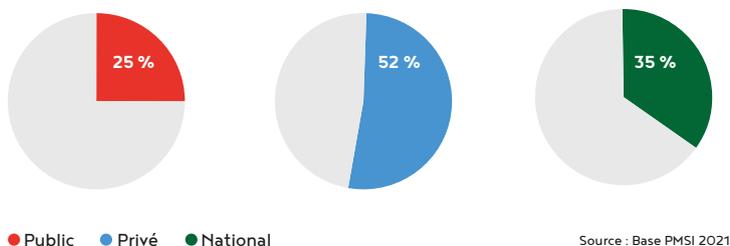
DESCRIPTION, GRANDES TENDANCES ET ÉVOLUTIONS

Place de la chirurgie dans l'activité totale

TABLEAU 1. Base PMSI 2021

	Public	Privé	National	Part de marché du privé
Nb total de résumés de sortie anonyme (RSA)	19 235 785	11 028 462	30 264 247	36,4 %
Nb de RSA de séances (CM 28) ⁵	7 370 373	4 327 080	11 697 453	37,0 %
Nb de RSA groupés en CM 14 et 15 (obstétrique et néonatalogie)	1 567 040	369 110	1 936 150	19,1 %
Nb total de RSA sans séances ni obstétrique	10 298 372	6 332 272	16 630 644	38,1 %
Dont GHM en C (chirurgicaux)	2 574 298	3 299 728	5 874 026	56,2 %
Dont GHM en K (interventionnels)	1 349 560	2 090 023	3 439 594	60,8 %
Dont GHM en M (médicaux)	6 975 233	1 069 532	8 044 859	13,3 %

FIGURE 1. Poids de la chirurgie « au sens PMSI » dans l'activité du secteur



5. Le champ des séances n'est pas le même entre les 2 secteurs puisque le secteur public enregistre aussi les séances de radiothérapie, ce qui n'est pas le cas dans le secteur privé.

Ces premiers chiffres permettent de constater que si la chirurgie, décrite par les GHM en C, constitue 35 % de l'activité « médecine-chirurgie » nationale, elle est surtout développée dans les établissements de santé privés pour lesquels elle correspond à 52 % des séjours.

La part des GHM Interventionnels en K mériterait une analyse spécifique puisqu'elle regroupe à la fois des actes réellement substitutifs à des actes chirurgicaux, et des actes purement diagnostiques, extrêmement fréquents, et dont une grande part est réalisée sous anesthésie. Elle concerne près de 3,5 millions de séjours, équivalant à 58 % de l'activité chirurgicale en GHM en C.

Évolution globale de l'activité décrite par les GHM en C de la classification PMSI

TABLEAU 2. Évolution de 2009 à 2021

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Public	2 267 682	2 309 825	2 381 498	2 448 556	2 488 491	2 547 982	2 586 324
Privé	3 044 024	3 065 993	3 138 649	3 161 796	3 153 293	3 195 266	3 200 610
Total	5 311 706	5 375 818	5 520 147	5 610 352	5 641 784	5 743 248	5 764 791
PdM Privé	57,3 %	57,0 %	56,9 %	56,4 %	55,9 %	55,6 %	55,5 %

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Public	2 637 489	2 676 940	2 692 511	2 709 711	2 252 825	2 574 298
Privé	3 256 539	3 281 550	3 317 897	3 334 128	2 876 172	3 299 728
Total	5 894 028	5 958 504	6 010 420	6 043 859	5 129 004	5 874 046
PdM Privé	55,3 %	55,1 %	55,2 %	55,2 %	56,1 %	56,2 %

FIGURE 2. Evolution de l'activité décrite par les GHM en C

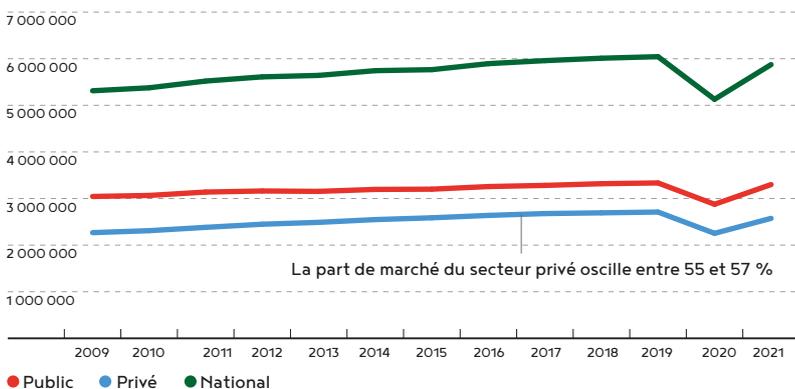


FIGURE 3. Nombre de séjours groupés dans des GHM en C

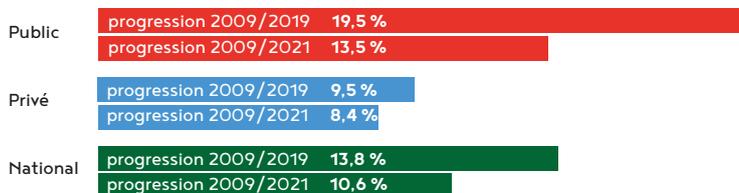
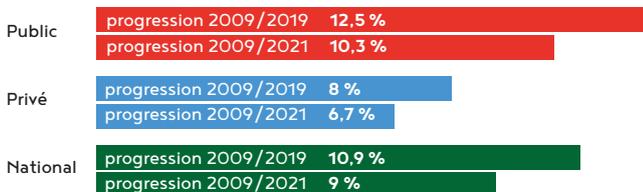


FIGURE 4. Totalité des séjours hors séances



La classification PMSI relative à l'activité chirurgicale a subi d'importantes modifications en 2008 et 2009 mais elle est restée relativement stable depuis. C'est pourquoi le recensement opéré porte sur les années 2009-2021.

La « crise Covid » de 2020 a entraîné une régression de l'activité dans les deux secteurs, et 2021 n'a pas complètement corrigé cet effet.

Comparée à l'activité de 2019, l'activité de 2020 témoigne d'une régression de 16,9 % pour le secteur public, 13,7 % pour le privé et 15,1 % globalement.

En raison de cette même « crise Covid », la progression de l'activité par secteur a été calculée entre 2009 et 2019 et entre 2009 et 2021.

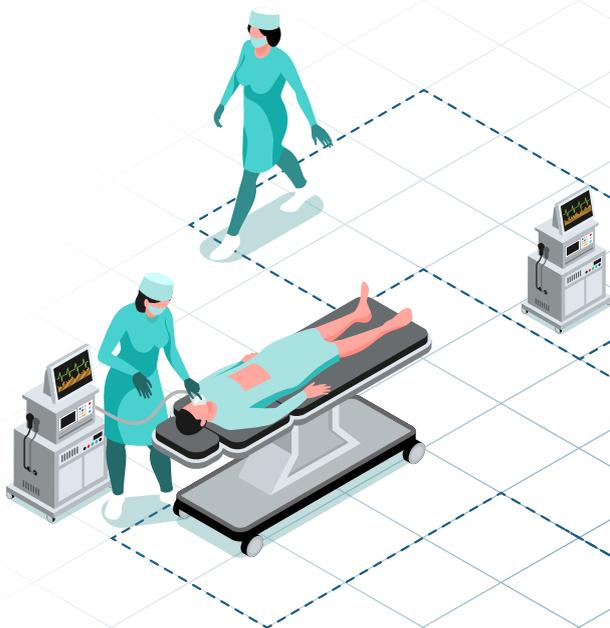
L'activité globale a progressé dans les deux secteurs, mais un peu plus en secteur public, qui grignote des parts de marché au secteur privé :

- moins 2,1 % entre 2009 et 2019 ;
- le rebond post Covid est plus énergique en privé qu'en public ;
- comparée à la progression totale de l'activité - exprimée en nombre de résumés de sortie anonyme (RSA) produits, c'est-à-dire en nombre de séjours enregistrés -, quelle que soit la discipline du séjour (médecine, chirurgie, obstétrique, interventionnel, indifférencié...), toutes catégories majeures de diagnostics (CMD) confondues, hors séances, la progression de la chirurgie est toujours supérieure à celle de l'activité globale, que ce soit en public ou en privé, que ce soit en comparant 2009 à 2019 ou à 2021.

Ce premier constat met en évidence que :

- **dans son ensemble, la chirurgie définie comme l'activité décrite par les GHM en C de la classification PMSI, continue de progresser (+10,6 % en 12 ans), quelles que soient les thérapeutiques alternatives innovantes qui apparaissent. Évidemment, cette progression doit également être interprétée en fonction de l'évolution de la population globale qui a été de + 5,1 % entre 2009 et 2021 ;**

- cette activité représente 35 % de l'activité de l'hospitalisation de court-séjour dans son ensemble (sauf obstétrique) : 25 % dans le secteur public et 52 % dans le secteur privé ;
- le secteur public progresse un peu plus vite que le secteur privé au point de grignoter légèrement la part de marché historiquement plus élevée du secteur privé (-1 % en 13 ans), qui reste tout de même le plus actif avec toujours plus de 56 % de l'activité nationale ;
- la « crise Covid » a entraîné une régression d'activité de 2020 par rapport à 2019 de 15,1 % (16,9 % en public et 13,7 % en privé) ;
- la chirurgie progresse davantage que la totalité de l'activité d'hospitalisation de court-séjour, quelle qu'en soit la discipline.



La distribution par racines de GHM

Elle permet d'approcher un peu plus la nature médicale des prises en charge.

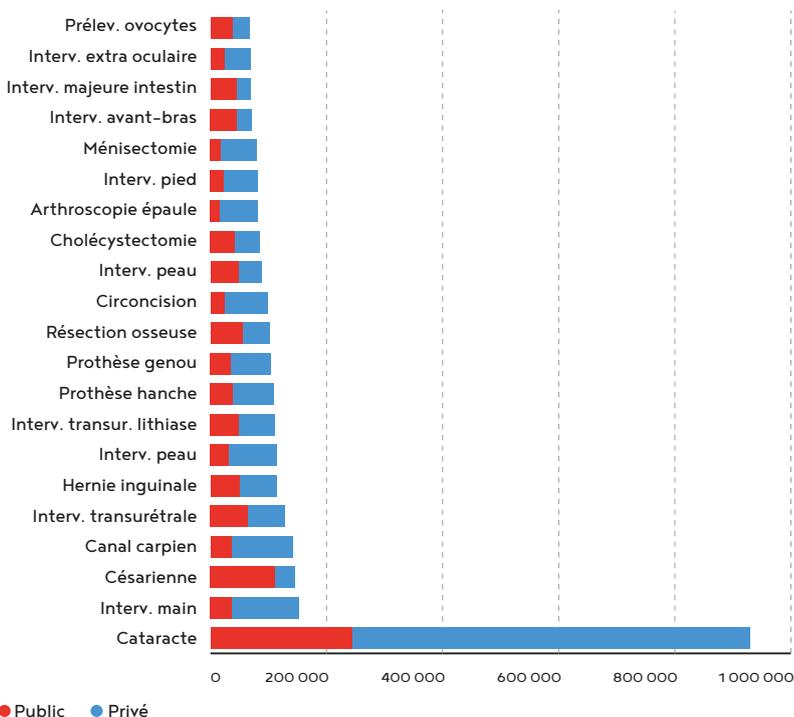
En 2021, comme pour les années antérieures, 21 racines de GHM suffisent à décrire 50 % de l'activité nationale, en nombre de séjours.

TABEAU 3. Les 21 racines, en nombre de séjours, public/privé

Racine	Libellé	Public	Privé
02C05	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	243 951	686 517
08C44	Autres interventions sur la main	36 603	115 703
01C15	Libérations du médian au canal carpien	36 049	106 966
09C03	Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites	32 161	82 388
12C08	Circoncision	24 120	74 756
08C48	Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents	38 366	70 319
08C24	Prothèses de genou	35 515	69 005
06C12	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans	49 585	65 765
08C58	Arthroscopies de l'épaule	16 490	65 642
11C13	Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques	64 396	64 036
11C11	Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires	49 480	61 822
08C45	Ménisectomie sous arthroscopie	17 752	61 018
08C37	Interventions sur le pied, âge supérieur à 17 ans	22 795	58 982
08C14	Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur	54 982	47 398
02C08	Autres interventions extraoculaires, âge supérieur à 17 ans	24 173	45 279
07C14	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale, à l'exception des affections aiguës	42 085	43 235
09C10	Autres interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les seins	48 003	40 433
14C08	Césariennes pour grossesse unique	110 812	34 272
13C16	Prélèvements d'ovocytes, en ambulatoire	37 750	30 702
08C39	Interventions sur l'avant-bras	45 545	24 638
06C04	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon	44 943	24 611

La chirurgie de la cataracte écrase toutes les autres activités, y compris en secteur public.

FIGURE 5. **21 racines de GHM concentrent 50 % de la chirurgie en 2021**



Pour toutes les activités les plus fréquentes, la distribution entre secteurs illustre les particularités de chacun, notamment sur le point de l'accueil des urgences. Par exemple, la racine « intervention sur l'avant-bras » est majoritairement réalisée en secteur public, puisque les traumatismes en sont la cause dans plus de 4 cas sur 5. À l'inverse, la racine « intervention sur la main » est davantage réalisée en secteur privé, parce qu'elle décrit à la fois des prises en charge aiguës et « froides », et parce que, pour des raisons historiques, il existe de nombreux centres privés de chirurgie de la main.

L'évolution de la distribution par catégories majeures de diagnostics (CMD)

On observe une grande stabilité de la distribution globale par CMD entre 2015 et 2021.

FIGURE 6. Chirurgie par CMD en 2015

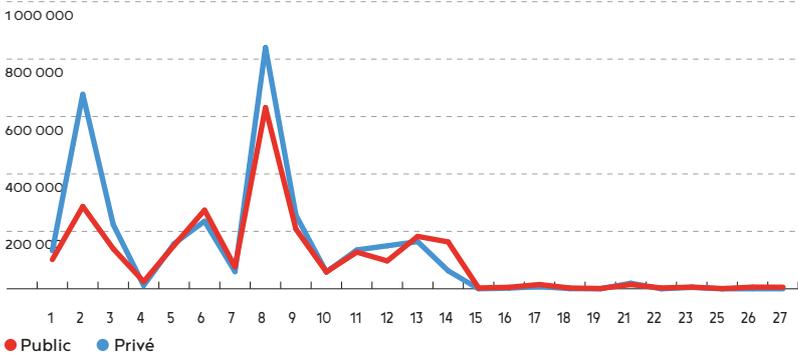
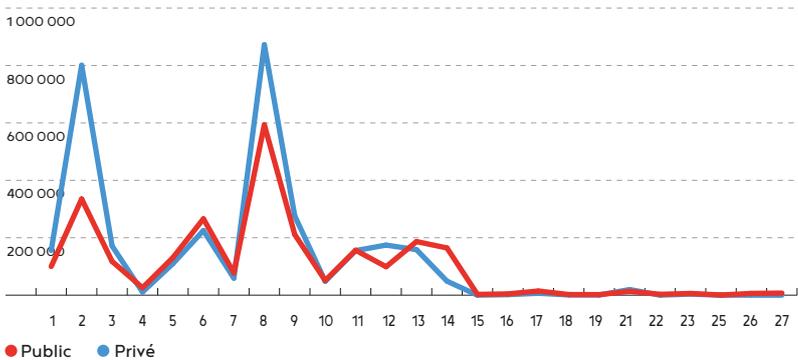


FIGURE 7. Chirurgie par CMD en 2021



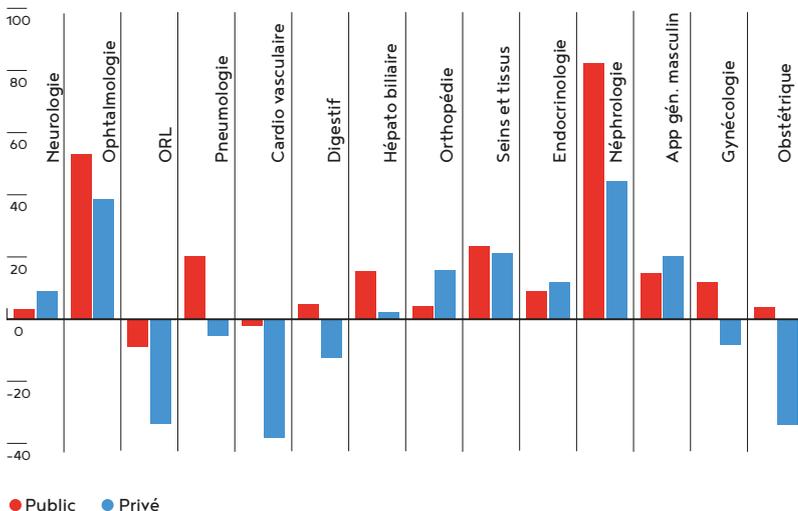
TABEAU 4. Évolution sur la période 2009/2021

		Public en nb de séjours en 2021	Privé en nb de séjours en 2021
CMD 1	Neurologie	99 900	155 891
CMD 2	Ophthalmologie	335 058	800 778
CMD 3	ORL	117 636	171 425
CMD 4	Pneumologie	25 867	10 889
CMD 5	Cardio vasculaire	130 865	110 009
CMD 6	Digestif	265 970	225 052
CMD 7	Hépto biliaire	77 500	59 164
CMD 8	Orthopédie	593 264	872 132
CMD 9	Seins et tissus	211 093	275 799
CMD 10	Endocrinologie	51 024	48 269
CMD 11	Néphrologie	156 490	155 308
CMD 12	App gén. masculin	98 968	174 385
CMD 13	Gynécologie	186 663	158 487
CMD 14	Obstétrique	164 393	48 679
CMD 15	Néonatalogie*	2 729	15
CMD 16	Hématologie	4 377	1 825
CMD 17	Aff. myéloprolifératives	14 464	6 659
CMD 18	Maladies infectieuses	2 169	784
CMD 19	Psychiatrie	1 883	592
CMD 21	Traumatismes	13 420	19 569
CMD 22	Brûlures	2 992	90
CMD 23	Autres motifs	5 960	3 780
CMD 25	Maladies dues au VIH	506	20
CMD 26	Trauma. multiples graves	6 029	127
CMD 27	Transplantation	5 078	

**Les CMD d'obstétrique (14) et de néonatalogie (15) ont bénéficié d'une profonde restructuration à compter de 2012. Avant cette date il n'existait pas de GHM en C en néonatalogie.*

Même si la distribution globale par CMD reste stable, l'évolution au sein de chaque CMD enregistre des variations sensibles, comme en témoigne le graphique suivant.

FIGURE 8. Évolution en % de l'activité chirurgicale par catégories majeures de diagnostics (CMD) entre 2009 et 2021



À partir de la CMD 16, les volumes sont tellement faibles que la moindre variation d'activité se traduit par des amplitudes spectaculaires mais non significatives.

Pour la CMD 2 (ophtalmologie), c'est bien évidemment l'augmentation de la fréquence de la chirurgie de la cataracte, passée de 630 000 interventions en 2009 à 930 000 en 2021, qui explique la variation. À noter que la progression est plus forte en public qu'en privé.

Pour la CMD 5 (cardiovasculaire), l'effondrement observé en secteur privé est lié presque exclusivement à une évolution technique de la chirurgie des varices : entre 2009 et 2021, on est passé

de la technique chirurgicale « stripping », qui groupait en GHM en C, à la technique « laser endo-veineux » qui groupe les séjours dans des GHM en K, surtout depuis l'introduction en 2019 à la CCAM de l'acte spécifique⁶. Il en est résulté un transfert d'activité d'une modalité opératoire « chirurgicale », vers une modalité « interventionnelle » (itv), de la racine O5C17 à la racine O5K26. Cependant, l'activité globale « varices » reste stable, comme le démontrent les graphiques ci-dessous.

FIGURE 9. Évolution de la chirurgie des varices, en nombre d'actes CCAM, quelle que soit la technique

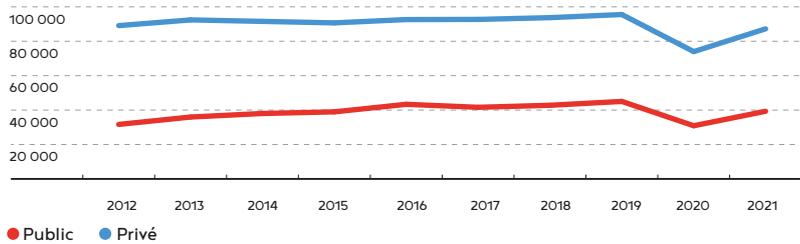
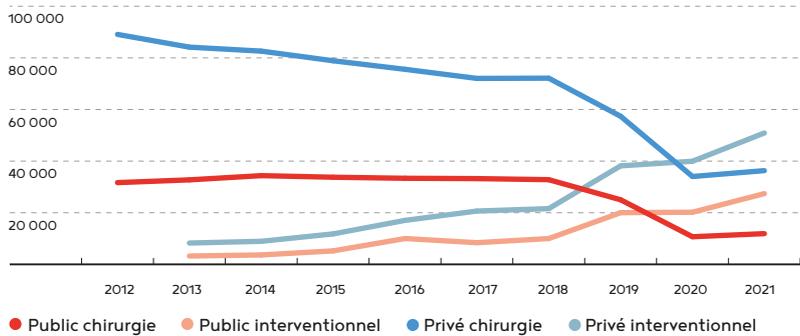


FIGURE 10. Évolution de la chirurgie des varices, en nombre de séjours groupés en GHM en C (chirurgie) ou en K (interventionnel)



6. Acte EJSF418 : Occlusion de la grande veine saphène au-dessus du tiers moyen de la jambe par laser, par voie veineuse transcutanée...

La diminution observée en CMD 3 (ORL) est liée à une réelle diminution de la fréquence des actes d'amygdalectomie, adénoïdectomie, et pose de drains transtympaniques, en secteur privé, bien plus qu'en secteur public (cf. Quelques activités emblématiques, page 62).

Quant à l'évolution négative de la chirurgie de la CMD 6 (appareil digestif) en secteur privé, elle est à mettre au compte de la diminution importante des appendicectomies, surtout en secteur privé, en raison d'une amélioration des procédures diagnostiques depuis plus d'une dizaine d'années (cf. Quelques activités emblématiques, page 62).

L'évolution de la CMD 11 (néphrologie : affections du rein et des voies urinaires) est liée d'une part aux modifications introduites dans la classification de cette CMD en 2013 (création d'une racine de GHM pour les injections de toxine botulique dans l'appareil urinaire, et d'autres racines par segmentation de racines plus anciennes) et d'autre part à l'augmentation de fréquences des lithiases des voies urinaires prises en charge en secteur public.

Enfin, l'évolution négative de la chirurgie obstétricale en secteur privé correspond à la très forte diminution de l'activité obstétricale privée en général, passée de 28,2 % à 21,1 % de l'activité nationale entre 2009 et 2021, même si le taux de césarienne en secteur privé reste toujours plus élevé (22,8 % en 2021 en secteur privé contre 20,2 % en secteur public).

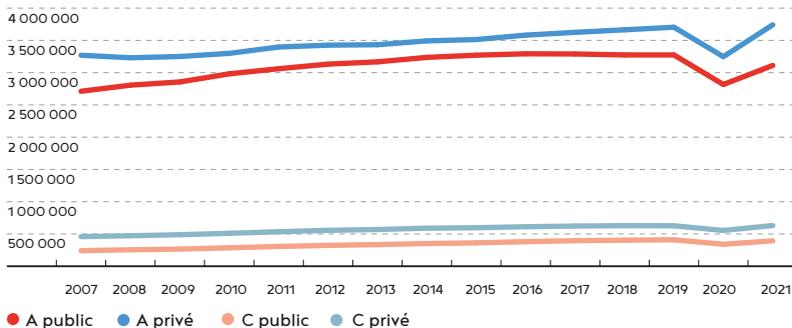
La description de l'activité et de son évolution par catégories majeures de diagnostics témoigne de l'évolution constante des pratiques, qu'il s'agisse de changement d'indications ou de techniques chirurgicales.

Évolution à partir des actes CCAM : recensement des actes CCAM en A ou en C

Evidemment, on trouve en nombre de séjours des chiffres inférieurs au nombre d'actes puisqu'un même séjour peut avoir donné lieu à plusieurs actes chirurgicaux réalisés simultanément ou non : en moyenne 1,37 acte A et/ou C par séjour en GHM en C dans le public et 1,26 dans le privé. La classification CCAM permet de distinguer facilement les actes chirurgicaux « sanglants » (abord direct), des actes chirurgicaux réalisés de façon moins invasive (coéloscopie, laparoscopie, arthroscopie, etc.), grâce à la 4^e lettre de la partie alphabétique du code (A pour les actes « sanglants », C pour les actes « moins invasifs »).

En comparant l'évolution de ces deux types de chirurgie, on observe que, si les progressions sont globalement similaires, les techniques les moins invasives restent limitées puisqu'elles ne sont mises en œuvre que dans 12 % des cas. Il est vrai que de telles techniques ne sont pas possibles dans de nombreuses situations, en particulier lors de la réalisation des actes les plus fréquents.

FIGURE 11. Évolution des actes chirurgicaux en C et en A

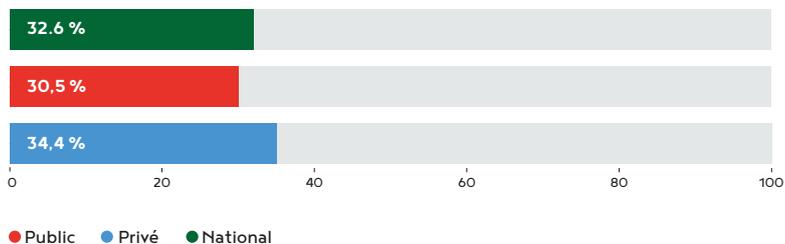


Sur l'année 2021, comme sur les années précédentes, l'acte de très loin le plus fréquent porte sur la chirurgie de la cataracte, comme en témoigne le tableau suivant.

TABLEAU 5. Les 15 actes CCAM chirurgicaux en A les plus fréquemment réalisés

Code CCAM	Libellé CCAM	Total France 2021	Public 2021	Privé 2021	PdM privé
BFGA427	Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil, sans implantation de dispositif de drainage trabéculaire	937 394	245 002	692 392	73,9 %
JMCA002	Suture immédiate de déchirure obstétricale du vagin, de la vulve et/ou du périnée (périnée simple)	274 535	242 371	32 164	11,7 %
EBLA003	Pose d'un cathéter relié à une veine profonde du membre supérieur ou du cou par voie transcutanée, avec pose d'un système diffuseur implantable sous-cutané	168 241	110 381	57 860	34,4 %
JHFA009	Posthectomie	96 583	24 539	72 044	74,6 %
AHPA009	Libération du nerf médian au canal carpien, par abord direct	92 089	29 678	62 411	67,8 %
PDFA001	Exérèse de lésion fasciale et/ou sous-fasciale des tissus mous, sans dissection d'un gros tronc vasculaire ou nerveux	81 058	19 416	61 642	76,0 %
PAGA011	Ablation de matériel d'ostéosynthèse des membres sur un site, par abord direct	80 407	46 641	33 766	42,0 %
QZMA001	Réparation de perte de substance par lambeau local ou régional muqueux, cutané ou fascio-cutané, à pédicule vasculonerveux non individualisé ou non individualisable (lambeau « au hasard »), en dehors de l'extrémité céphalique	77 453	13 632	63 821	82,4 %
JQGA003	Accouchement par césarienne au cours du travail, par laparotomie	77 148	59 598	17 550	22,7 %
NEKA020	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale	73 961	36 379	37 582	50,8 %
QCJA001	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la main	67 977	21 098	46 879	69,0 %
LMMA012	Cure unilatérale d'une hernie de l'aîne avec pose de prothèse, par abord inguinal	54 363	27 383	26 980	49,6 %
QAMA002	Réparation de perte de substance de l'extrémité céphalique par lambeau local ou régional muqueux, cutané ou fascio-cutané, à pédicule vasculonerveux non individualisé ou non individualisable (lambeau « au hasard »)	54 073	15 804	38 269	70,8 %
HHFA016	Appendicectomie, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie	50 447	37 862	12 585	24,9 %
NFKA007	Remplacement de l'articulation du genou par prothèse tricompartmentale sur une déformation inférieure ou égale à 10° dans le plan frontal	50 207	19 340	30 867	61,5 %
	Total	2 235 936	949 124	1 286 812	57,6 %
	Nombre total d'actes en A dans la base 2021	6 853 600	3 112 171	3 741 429	54,6 %

FIGURE 12. **Pourcentage d'activité en A lié aux 15 actes ci-dessus**



Ces 15 actes CCAM représentent à eux seuls près du tiers de l'activité chirurgicale totale, décrite par les actes en A, dans les deux secteurs.

Les actes les moins fréquents

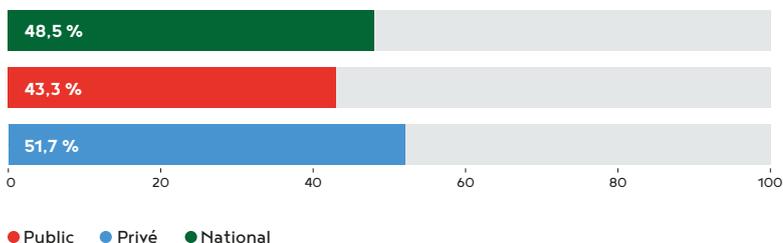
À l'inverse, on observe, sur l'année 2021, que sur un total de 4 059 actes en A existant dans la CCAM, 72 actes n'ont jamais été codés, et 489 ont été codés chacun moins de 10 fois.

Quant aux actes en C, la chirurgie réalisée sous coelioscopie reste encore en retrait par rapport à la chirurgie « classique » puisque les volumes d'actes sont de l'ordre de 1 à 7 (6,5 millions d'actes en A contre 900 000 actes en C).

TABEAU 6. Les 10 actes CCAM en C les plus fréquents

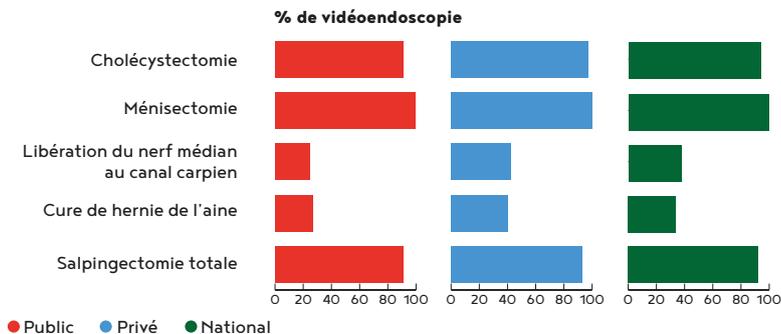
Code CCAM	Libellé CCAM	Total France 2021	Public 2021	Privé 2021	PdM privé
HMFC004	Cholécystectomie par cœlioscopie	118 533	64 100	54 433	45,9 %
NFFC004	Ménisectomie latérale ou médiale du genou par arthroscopie	63 512	14 750	48 762	76,8 %
AHPC001	Libération du nerf médian au canal carpien par vidéo-chirurgie	55 710	9 728	45 982	82,5 %
LMMC002	Cure unilatérale d'une hernie de l'aîne avec pose de prothèse par vidéo-chirurgie	46 538	15 761	30 777	66,1 %
MJEC002	Réinsertion et/ou suture de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule par arthroscopie	43 253	6 652	36 601	84,6 %
MEMC005	Acromioplastie sans prothèse avec arthroplastie acromio-claviculaire par résection de l'extrémité latérale de la clavicule par arthroscopie	40 257	5 505	34 752	86,3 %
NFMC003	Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou par autogreffe par arthroscopie	34 412	6 902	27 510	79,9 %
MJDC001	Ténodèse et/ou résection de la portion articulaire du muscle long biceps brachial par arthroscopie	33 955	8 006	25 949	76,4 %
ZCQC002	Exploration de la cavité abdominale par cœlioscopie (cœlioscopie exploratrice)	30 520	24 118	6 402	21,0 %
JJFC006	Salpingectomie totale par cœlioscopie	30 052	14 896	15 156	50,4 %
	Total	496 742	170 418	326 324	65,7 %
	Nombre total d'actes en C dans la base 2021	1 024 267	393 439	630 828	61,6 %

FIGURE 13. Pourcentage d'activité en C lié aux 10 actes ci-dessus



Pour autant, la cœlioscopie/vidéoendoscopie est la technique de référence pour certaines interventions.

FIGURE 14. Interventions majoritairement faites par vidéoendoscopie en 2021



S'agissant du développement des techniques « mini invasives », tout est affaire de localisation anatomique et de type de chirurgie, certains types d'intervention n'étant pas réalisables par ces techniques moins invasives.

Les 10 actes listés ci-dessus concentrent à eux seuls la moitié de ce qui est réalisable sous « -scopie » (cœlio, arthro, laparoscopie).

Sur les localisations « accessibles » à cette technique (cholécystotomie, ménisectomie, salpingectomie) la bascule est déjà presque totale.

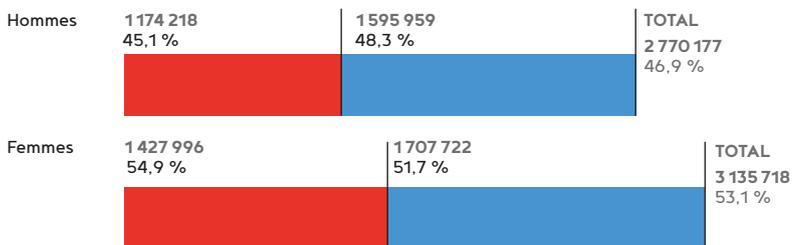
Quelle que soit la voie d'abord, une grande partie de l'activité est concentrée sur un petit nombre de types d'interventions.

Alors que la CCAM propose 4 059 actes en A et 333 actes en C, un très petit nombre d'actes concentrent une grande partie de l'activité (15 actes en A pour le tiers de l'activité nationale réalisable en actes en A, 10 actes en C pour la moitié de l'activité nationale réalisable en actes en C).

LES CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS EN SÉJOURS CHIRURGICAUX, SUR L'ANNÉE 2021

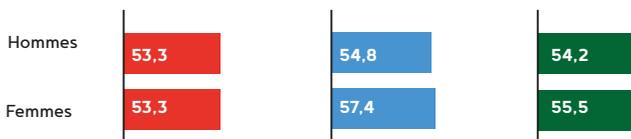
Âge et sexe

FIGURE 15. Distribution par sexe pour l'ensemble des GHM en C



● Public ● Privé

FIGURE 16. Âge moyen par sexe pour l'ensemble des GHM en C



● Public ● Privé ● National

On retrouve toujours la notion d'un âge moyen plus élevé en privé qu'en public.

FIGURE 17. Distribution pas sexe pour les GHM en C, hors obstétrique (CMD 14 et 15 exclues)

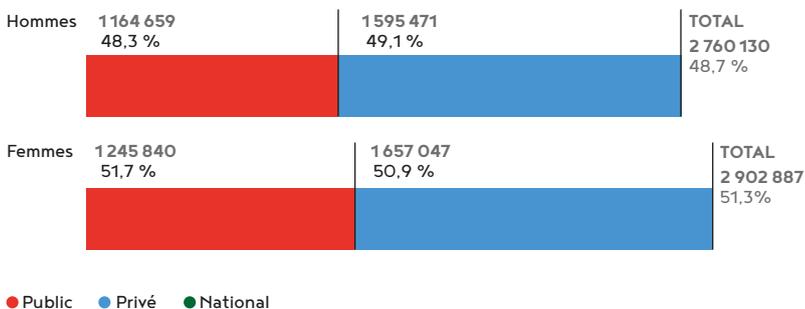
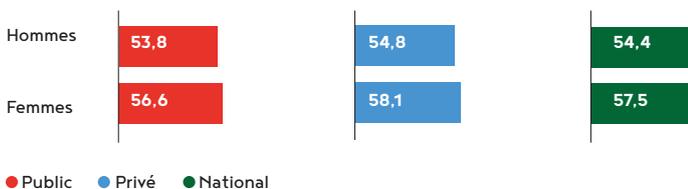


FIGURE 18. Âge moyen par sexe pour les GHM en C, hors obstétrique (CMD 14 et 15 exclues)

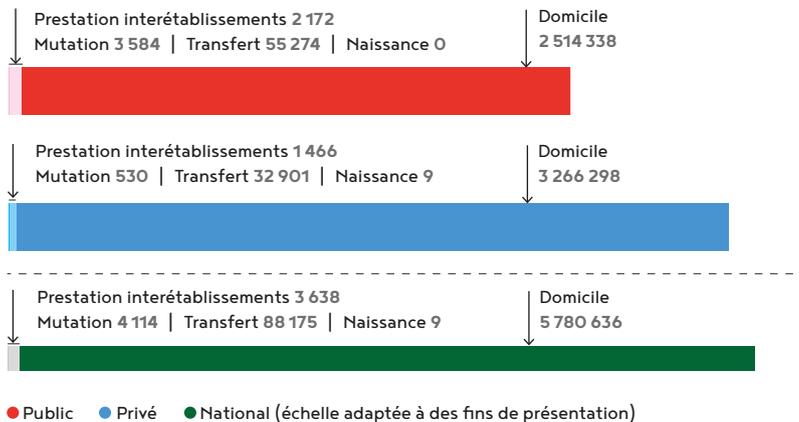


Les femmes apparaissent comme plus grandes consommatrices de soins chirurgicaux que les hommes, sur l'ensemble de GHM en C.

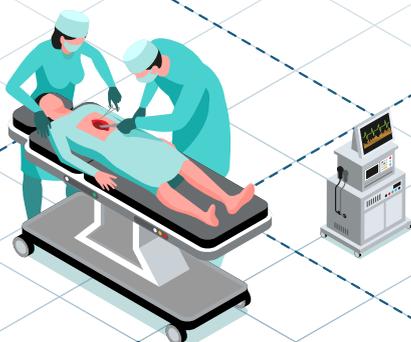
Par contre, si on écarte les GHM d'obstétrique et néonatalogie, surtout en secteur public, on retrouve une distribution plus proche de la réalité démographique nationale.

Mode d'entrée

FIGURE 19. Mode d'entrée

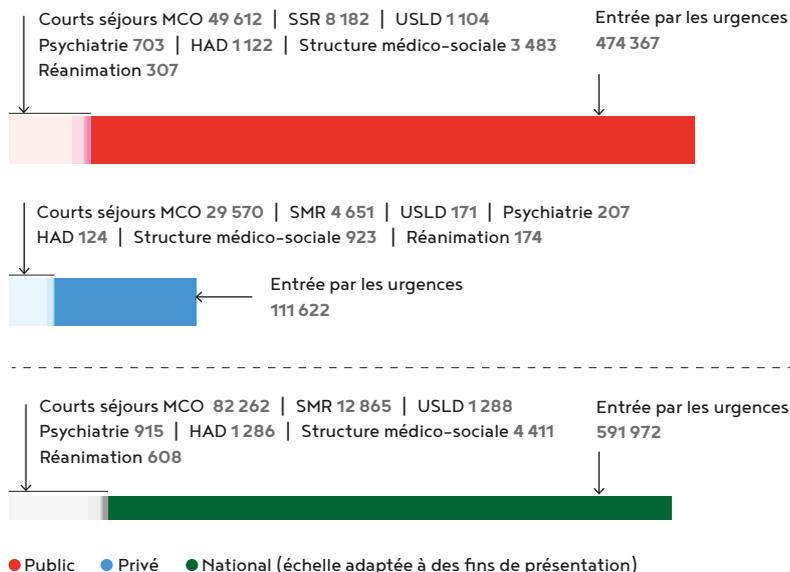


Ainsi 98,7 % des patients entrés en chirurgie viennent de leur domicile : 98,2 % en secteur public et 99 % en secteur privé.



Provenance

FIGURE 20. Provenance



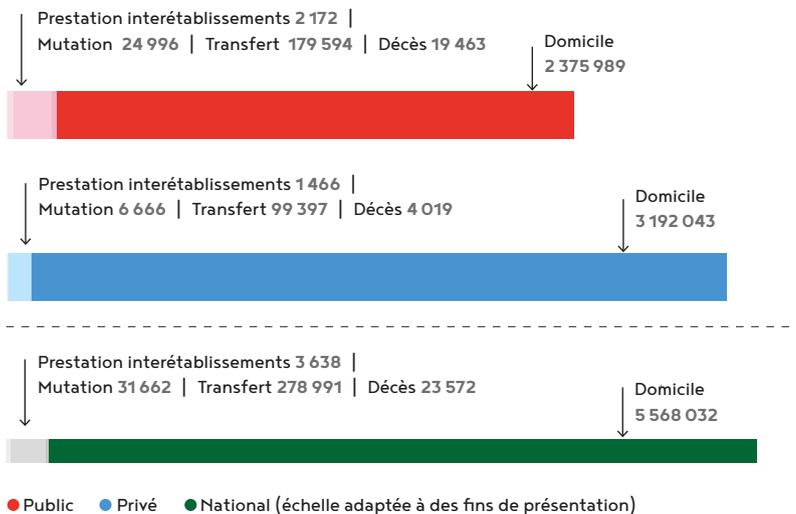
Les patients ont été admis par les urgences dans 18,4 % des cas en secteur public et 3,4 % des cas en secteur privé, pour un taux national à 10 %.

Ce dernier chiffre doit être mis en regard du faible nombre d'établissements de santé privés autorisés à l'accueil des urgences (1/4).

Il n'en demeure pas moins que, même en secteur public, l'activité chirurgicale est très majoritairement programmée : 81,6 % des patients sont admis sans être passés par les urgences.

Mode de sortie

FIGURE 21. Mode de sortie



Le retour à domicile est la règle pour 94,3 % des patients : un peu moins en public (91,3 %), qu'en privé (96,6 %).

Les taux de décès sont de 0,75 % en public et 0,12 % en privé, et les transferts et mutations ne concernent que 8 % de l'activité du public et 3,2 % de celle du privé.

Les durées moyennes de séjour

La durée moyenne de séjour en chirurgie ne peut être calculée que sur les séjours d'hospitalisation complète.

FIGURE 22. **Nb de séjours en GHM en C avec durée de séjour > 0 pour l'année 2021**

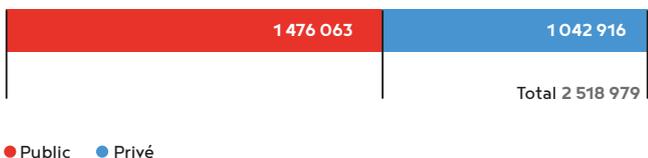
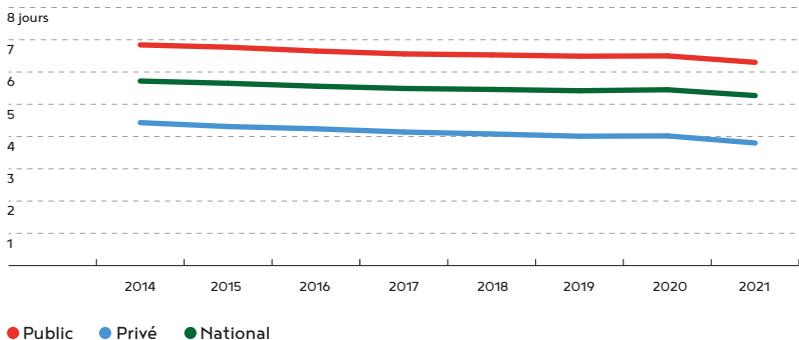


FIGURE 23. **Évolution des durées moyennes de séjour pour les GHM en C, en hospitalisation complète de 2014 à 2021**



La diminution des durées moyennes de séjour est de faible amplitude, mais très régulière et rigoureusement parallèle entre secteurs.

La répartition par niveau de sévérité en 2021

FIGURE 24. Répartition de l'activité par niveau de sévérité, en hospitalisation complète, en nombre de séjours

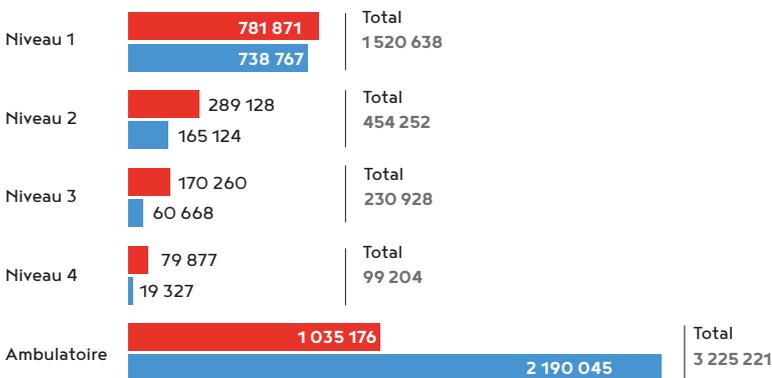
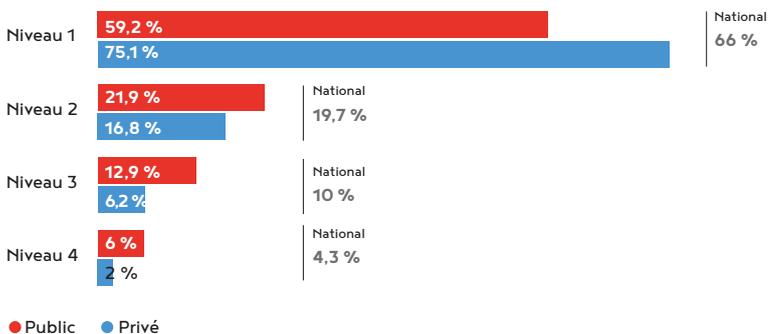


FIGURE 25. Répartition de l'activité par niveau de sévérité, en % de l'activité totale d'hospitalisation complète de chaque secteur



En raison de la répartition de son activité entre ambulatoire et hospitalisation complète, le secteur public prend en charge

essentiellement des patients sans complications ni comorbidités (niveau 1), lorsque l'on recense les séjours en hospitalisation complète par niveau de sévérité.

Mais si l'évaluation porte sur le pourcentage de patients pris en charge en hospitalisation complète, le secteur public affiche un taux de niveau 1 à 59,2 % alors que ce même taux est de 75,1 % en secteur privé.

Sur les niveaux 3 et 4, théoriquement plus complexes en raison soit de complications apparues au cours du séjour, soit de comorbidités alourdissant la prise en charge, le taux du public est toujours supérieur à celui du privé.

La chirurgie « lourde »

Dès le début de la T2A, l'ATIH avait défini une liste de racines de GHM considérées comme entrant dans le champ de la chirurgie « lourde », c'est-à-dire requérant une mobilisation de ressources et de compétences plus importante que pour l'activité « tout venant ».

Malheureusement cette liste n'a pas été actualisée depuis la classification PMSI de 2011, mais nous avons tenté d'appliquer sur la classification de 2021, les critères qui avaient été retenus pour dresser une liste d'activité « lourde ».

FIGURE 26. **Activité de chirurgie lourde en 2021**

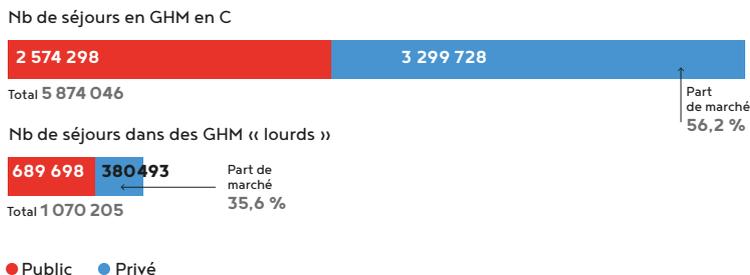
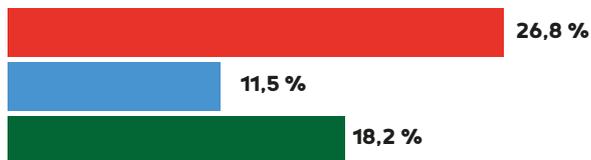


FIGURE 27. Part de séjours dans des GHM « lourds » en 2021



● Public ● Privé ● National

Pour mémoire, les racines de GHM relatives aux activités soumises à autorisations accordées uniquement au secteur public : transplantation, grands brûlés, chirurgie néonatale, implants cochléaires, etc., ont été systématiquement classées en chirurgie « lourde ».

La chirurgie lourde représente 11,5 % de l'activité du secteur privé, qui réalise un peu plus de 35 % de l'activité nationale en nombre de séjours dans des GHM « lourds ». Dans le secteur public, elle représente un peu moins de 27 % de l'activité, et au total, tous secteurs confondus, 18 % de la chirurgie relèvent de cette catégorie.



Au total, l'activité chirurgicale concerne :

- un peu plus de femmes (51,3 %) que d'hommes et d'âge moyen légèrement plus élevé (57 ans) que celui des hommes (54,4 ans) ;
- des patients qui viennent de leur domicile dans 98,2 % des cas.

Elle est caractérisée par :

- une activité globalement programmée puisque 81,5 % des patients du public et 96,6 % des patients du privé ont été admis sans passer par les urgences ;
- un retour à domicile pour 91,3 % des patients en secteur public et 96,6 % des patients en secteur privé, avec un taux de décès de 0,75 % en secteur public et 0,12 % en secteur privé ;
- une activité d'hospitalisation complète groupée dans le niveau 1 de sévérité de la classification PMSI pour 59 % des séjours du public et 75 % des séjours du privé ;
- une durée moyenne de séjour en constante diminution, 6,3 jours en secteur public contre 3,8 en secteur privé en 2021.

La chirurgie « lourde » représente 18 % de la totalité de la chirurgie et elle est prise en charge par le secteur privé pour 35,6 % des séjours en relevant. Dans le secteur public, elle concerne un peu moins de 27 % de l'activité chirurgicale en C.

LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

Depuis près de 30 ans, sous l'impulsion première de professionnels de santé, et notamment de l'Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA), le développement de la chirurgie ambulatoire fait l'objet d'une observation attentive et de nombreuses mesures incitatives.

Deux volets à l'étude :

- le développement de la chirurgie ambulatoire ;
- l'analyse de l'impact de la mise en place des protocoles RAAC (Récupération améliorée après chirurgie).

Pour la décrire et mesurer son développement, il existe 2 indicateurs différents et complémentaires :

- les gestes marqueurs de l'International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) ;
- le taux de chirurgie ambulatoire défini par la méthodologie de la DGOS.

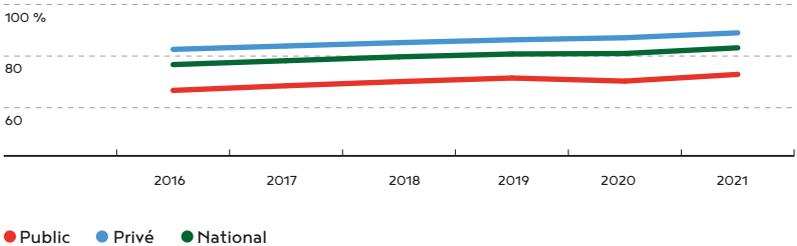
Les gestes marqueurs de l'IAAS

Imaginé au début des années 2000 pour disposer d'un indicateur permettant d'établir des comparaisons internationales, les gestes marqueurs de l'IAAS sont au nombre de 37. En France, chacun de ces gestes correspond à un ou plusieurs (jusqu'à 135) actes CCAM. Cette liste regroupe à la fois des « gestes » très facilement réalisables et presque toujours réalisés en ambulatoire (chirurgie de la cataracte, du canal carpien...) et des gestes n'ayant pas vocation à être facilement réalisés en ambulatoire dans un proche avenir, mais inclus néanmoins dans la liste pour servir de « témoins » (résection transurétrale de prostate, chirurgie de hernie discale...). Par ailleurs, cette liste n'a pas évolué depuis sa création et sa méthodologie mériterait une actualisation.

Pour 2021, et sur les 37 gestes de l'IAAS, le taux national est de 83,2 %, avec une déclinaison par secteur de 89 % pour le secteur privé et 72,9 % pour le secteur public.

Le suivi de cet indicateur sur les 6 dernières années met en évidence une progression parfaitement régulière, à peine impactée par l'« année Covid », et la constance du différentiel public/privé.

FIGURE 28. **Évolution de l'indicateur IAAS**



(Cf annexe n°1 : liste des indicateurs IAAS)

Le taux de chirurgie ambulatoire de la DGOS

Défini par les travaux conjoints de la Direction générale de l'offre de soins du ministère de la Santé (et même de la DHOS avant 2010), et des professionnels, ce taux sert à mesurer le déploiement de la chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé.

Deux modes de calcul existent

Le périmètre « historique ». C'est le nombre total de séjours groupés dans des GHM en C (sauf CMD 14 et 15), avec une durée de séjour = 0, et un mode d'entrée et un mode de sortie = domicile, divisé par le nombre total de séjours groupés dans les mêmes GHM en C (sauf CMD 14 et 15).

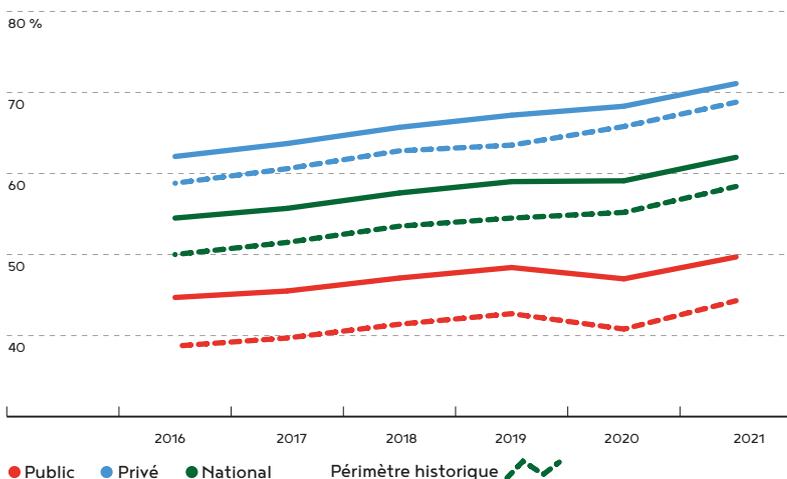
Le « nouveau » périmètre depuis 2017. C'est le périmètre « historique » auquel on ajoute les séjours groupés dans les racines de GHM suivantes :

- O3K02 Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires ;
- O5K14 Mise en place de certains accès vasculaires pour des affections de la CMD 5, séjours de moins de 2 jours ;

- 11K07 Séjours de la CMD 11 comprenant la mise en place de certains accès vasculaires, en ambulatoire ;
- 12K06 Séjours comprenant une biopsie prostatique, en ambulatoire ;
- 09Z02 Chirurgie esthétique ;
- 14Z08 Interruptions volontaires de grossesse : séjours de moins de 3 jours ;
- 23Z03 Interventions de confort et autres interventions non prises en charge par l'assurance maladie.

La modification introduite par le « nouveau périmètre » a permis de décrire un volume d'activité plus proche de celui généralement décrit dans les études internationales, car prenant en compte des activités fréquentes comme les extractions dentaires, la pose de port-à-cath ou les IVG, que le PMSI à la française ne groupe pas dans les GHM de « chirurgie ».

FIGURE 29. Évolution du taux de chirurgie ambulatoire selon les deux indicateurs



Ces courbes illustrent la persistance du différentiel public-privé, sans grand changement au cours des années.

La progression annuelle, toujours comprise entre 1 et 2 % les années précédentes, a été marquée par un net ralentissement en 2020, et même une régression en secteur public, en raison des bouleversements introduits par la « crise Covid », puis par un rebond spectaculaire à près de 3 % pour l'année 2021.

L'objectif fixé en 2017 par le ministère d'atteindre 70 % en 2022 ne sera pas atteint au niveau national, même s'il l'est déjà en secteur privé.

L'incitatif « Récupération améliorée après chirurgie » (RAAC)

En complément de cette analyse du développement de la chirurgie ambulatoire, il a paru intéressant de faire un premier bilan de l'incitatif RAAC.

Pour mémoire, à l'occasion de la campagne tarifaire 2019, le ministère avait décidé la mise en place d'un nouvel incitatif financier destiné à mieux valoriser certains séjours produits par des établissements ayant développé un programme RAAC, selon les préconisations de la HAS.

À cet effet, il a été créé dans le recueil PMSI à partir de 2019, une nouvelle variable RAAC permettant d'identifier les séjours entrant dans le programme. Depuis cette date, la mesure concerne 17 racines de GHM ciblées, issues de la concertation avec les acteurs.

Pour ces activités ciblées, dès lors qu'un séjour est assorti du codage de la variable RAAC, la prise en charge donne lieu à la facturation d'un GHS de niveau correspondant au GHM issu des règles de codage du diagnostic principal (DP), du diagnostic relié (DR) et des diagnostics associés significatifs (DAS), en s'affranchissant des règles de groupage liées à la durée du séjour, permettant de maintenir un GHS à taux plein.

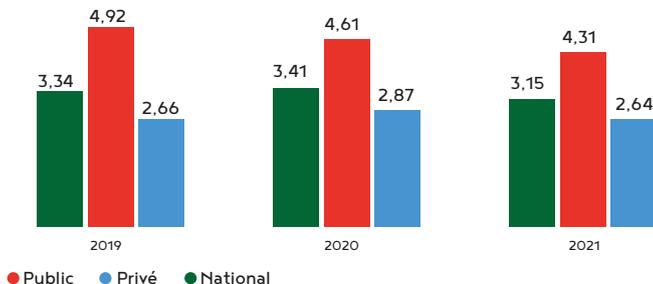
La présente analyse a donc porté sur la totalité des séjours ayant comporté le codage de la variable RAAC sur les 3 années 2019, 2020 et 2021.

TABLEAU 7. Nombre de séjours avec une variable RAAC en 2019, 2020 et 2021

	2019		2020		2021	
Nb total de séjours RAAC	124 349		153 911		224 486	
Nb de séjours RAAC - public	37 554		48 307		68 095	
Nb de séjours RAAC - privé	86 795		105 604		156 391	
Nb de séjours dans les 17 racines	85 404	68,7 %	112 138	72,8 %	166 034	74 %
Nb séjours dans les 17 racines - public	27 167	72,3 %	31 872	66 %	43 504	63,9 %
Nb séjours dans les 17 racines - privé	58 237	67,1 %	80 266	76 %	122 530	78,3 %
En dehors des racines chirurgicales						
Nb de séjours en KMZ* - public	974		1 668		2 952	
Nb séjours en KMZ - privé	6 731		1 637		2 009	

*KMZ (K= interventionnel, M = médical, Z = indifférencié).

FIGURE 30. Durées moyennes de séjour avec une variable RAAC, en jours

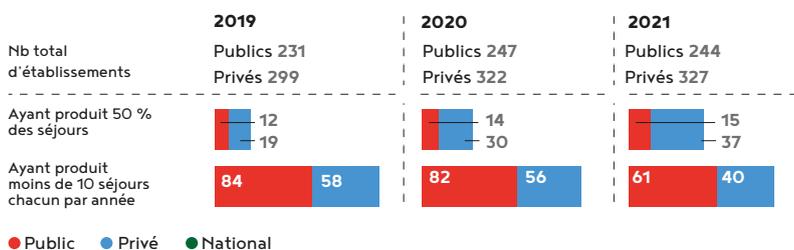


Rapporté au nombre de séjours de chirurgie en hospitalisation complète, le taux de séjours « marqués RAAC » en 2021 est de 4,6 % en public et de 15 % en secteur privé.

On observe que la variable RAAC est codée pour :

- des séjours chirurgicaux entrant dans le champ de l'incitation, mais aussi ;
- des séjours chirurgicaux, en dehors du périmètre des 17 racines ouvrant droit à l'incitatif financier, voire ;
- des séjours groupés dans des racines non chirurgicales (médicales ou interventionnelles).

FIGURE 31. **Établissements codant la variable RAAC**



Sur les 3 années, ce sont les mêmes établissements qui arrivent en tête (cf. annexe n° 2).

Ainsi, l'appropriation du concept RAAC ne s'est pas faite de la même façon dans tous les établissements de santé.

La RAAC est avant tout un protocole de prise en charge des patients. Certains établissements de santé à très forte activité chirurgicale ont pu mettre en place très rapidement cette procédure, (CHU d'Amiens, Clinique Pasteur à Nancy...), mais on peut douter de la méthode déployée dans les établissements avec de très petits volumes de séjours RAAC, inconstants d'une année sur l'autre et/ou portant sur des séjours en dehors du champ d'application de l'incitation. Dans ce dernier cas, on peut espérer que ce codage traduise la volonté de mettre en place cette procédure, fondamentalement destinée à améliorer la qualité de la prise en charge.

Au total, les analyses réalisées permettent de constater qu'au moins 49 établissements publics et 117 établissements privés ont bien adhéré au principe et ont saisi l'opportunité de cet incitatif financier, pour 64 % des séjours éligibles en secteur public, et plus de 78 % des séjours éligibles en secteur privé.

Malgré l'amélioration de la qualité des soins qu'elle sous-tend, et tous les incitatifs mis en place pour aider à son développement, la chirurgie ambulatoire continue toujours de progresser au même rythme, de l'ordre de 1 à 2 % par an en secteur public, pour atteindre à peine 50 % en 2021, alors qu'en secteur privé l'objectif ministériel de 70 % est déjà atteint depuis 2021.

L'incitatif RAAC qui doit permettre une réduction des durées de séjour après chirurgie et aider au transfert vers l'ambulatoire, a eu un effet modéré en secteur public (64 % des séjours éligibles en 2021) et plus marqué en secteur privé (plus de 78 %).



LA CHIRURGIE ROBOT ASSISTÉE

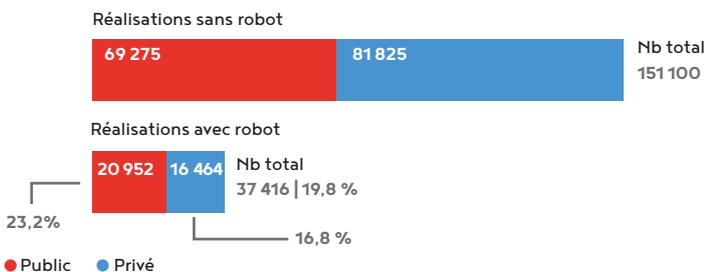
L'utilisation des robots chirurgicaux apparue au cours de la dernière décennie du XX^e siècle et objet d'incessantes améliorations, ne pouvait pas être perçue dans le système d'information hospitalier.

L'introduction depuis 2019 de codes « étendus »⁷ dans la CCAM pour identifier les 56 actes chirurgicaux réalisables sous assistance robotique permet à présent de mesurer le développement de cette pratique, au moins sur le champ défini par ces actes.

L'utilisation d'un code « non précisé » étant interdite depuis mars 2020, la base 2021 devrait être exhaustive et exacte.

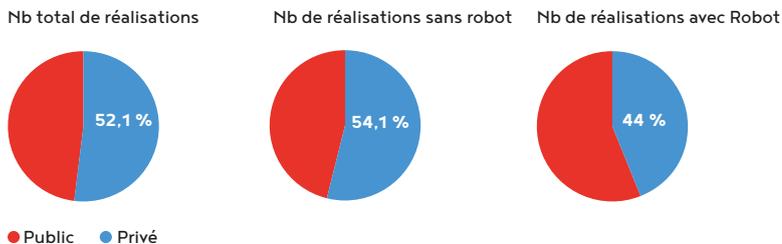
On recense dans la base des actes enregistrés en 2021 tous ceux ayant le code extension spécifique « avec ou sans robot ».

FIGURE 32. Répartition en 2021 des actes pouvant être codés « avec ou sans robot »



7. Des codes CCAM dits « étendus » ont été créés à partir de 2016 pour apporter des précisions à la description PMSI sans avoir d'incidence sur la tarification des actes des médecins libéraux. On rappelle que la CCAM a deux objectifs distincts : d'une part décrire l'activité réalisée, d'autre part financer l'activité des médecins libéraux, en fixant un tarif par acte, pour servir de base au remboursement de l'assurance maladie.

FIGURE 33. **Parts de marché du secteur privé**



Les actes pour lesquels un code « étendu » a été créé représentent un volume d'activité relativement important et très équitablement réparti entre les deux secteurs.

Par contre, alors que le secteur privé prend en charge 52 % de l'activité concernée, il ne réalise que 44 % de l'activité « robot assistée ».

D'autre part, rapporté aux 5,8 millions de séjours chirurgicaux enregistrés en 2021, le champ d'activité couvert par les 56 actes CCAM pour lesquels un code étendu a été créé ne correspond qu'à 3,2 % de la totalité de l'activité chirurgicale.

TABLEAU 8. **Identification des établissements de santé ayant utilisé un robot chirurgical**

Nb d'établissements	Public	Privé	Total
Ayant eu au moins un acte concerné en 2021	379	360	739
Ayant enregistré au moins 10 actes concernés	337	325	662
N'ayant jamais utilisé de robot	199	171	370
Ayant codé au moins 1 fois l'utilisation d'un robot	180	110	290
Ayant codé au moins 10 fois l'utilisation d'un robot	82	96	178
Ayant codé l'utilisation d'un robot pour au moins 50 % de leur activité concernée	21	20	41

Le nombre important d'établissements de santé ayant codé entre 1 et 10 fois l'utilisation d'un robot laisse penser que si des tentatives sont réalisées, elles ne sont pas forcément suivies de mise en œuvre régulière, sans doute en raison de l'investissement nécessaire.

On remarque que 5 établissements (4 privés et 1 public) ont un taux de recours à l'assistance robotique supérieur à 80 %, mais l'utilisateur le plus intensif ne dépasse pas 89 % : ce qui laisse penser que tous les cas ne relèvent pas toujours de l'utilisation d'un robot.

La chirurgie robot assistée concerne pour le moment, dans le champ pour lequel une identification est possible, uniquement une petite partie de l'activité chirurgicale. Cette activité est prise en charge de façon équivalente par le secteur public et le secteur privé et le nombre d'établissements ayant réellement adhéré à cette pratique est presque identique dans les deux secteurs. Cependant, le secteur privé dans son ensemble a un taux de recours au robot (16,8 %) bien inférieur à celui du public (23,2 %).

LA CHIRURGIE PÉDIATRIQUE

L'intérêt porté sur ce sujet par le ministère qui a introduit dans le décret relatif aux autorisations de chirurgie des dispositions spécifiques à la chirurgie pédiatrique, a incité à porter un éclairage particulier sur cette activité.

De plus, les débats relatifs au risque anesthésique chez les tout-petits justifient également un recensement des situations relevant de soins critiques après chirurgie, voire de transferts vers des unités de réanimation.

Des nuances sont nécessaires, car si la définition « administrative » de la pédiatrie comporte la notion d'un âge inférieur à 18 ans, les conditions médicales de prise en charge sont complètement différentes en fonction des âges.

Description générale

Elle a été identifiée par les caractéristiques suivantes : séjour groupé dans un GHM en C et âge inférieur à 18 ans.

FIGURE 34. Nombre de séjours en chirurgie pédiatrique

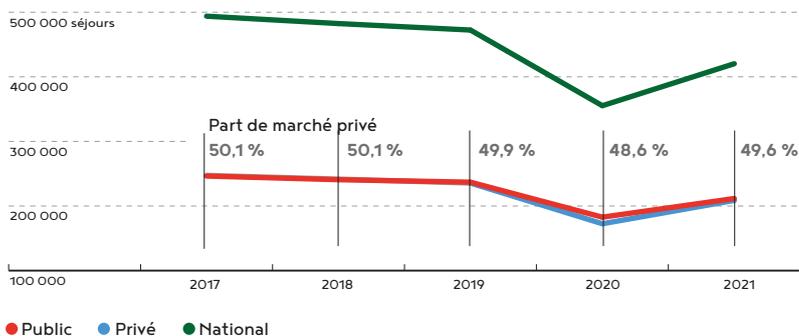


FIGURE 35. **Âge moyen**

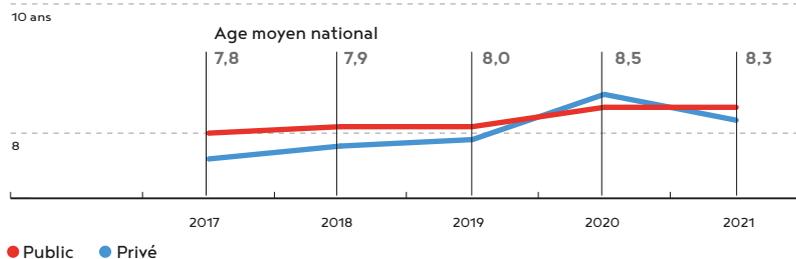


FIGURE 36. **Nombre de séjours pour des enfants de moins de 1 an**

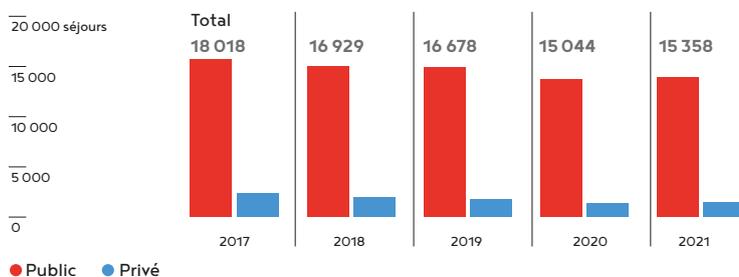


FIGURE 37. **Nombre de séjours avec une durée de séjour = 0 (ambulatoire)**

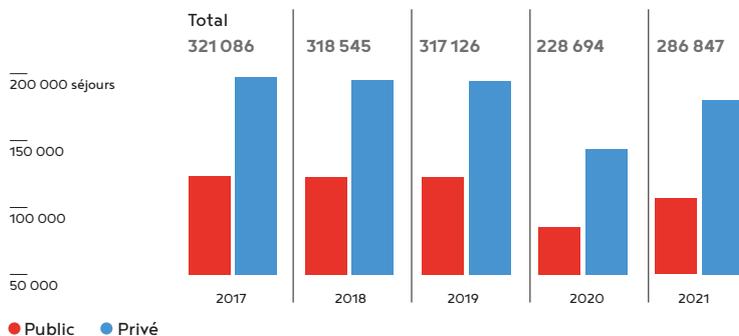
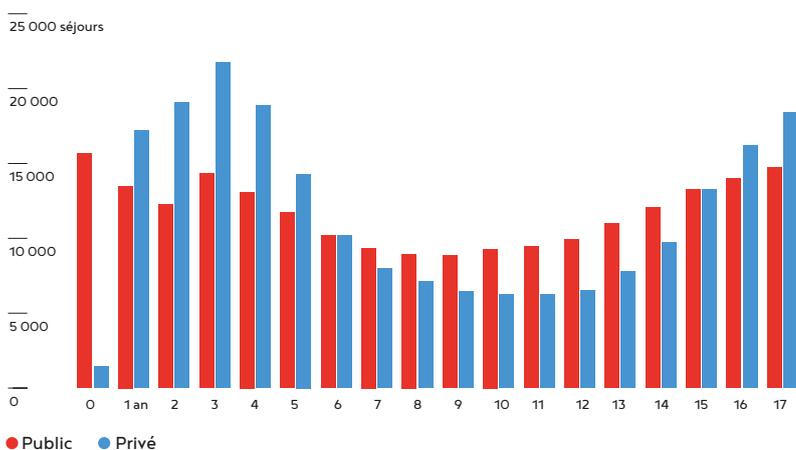


FIGURE 38. **Durée moyenne de séjour (DMS) lors d'hospitalisations (>0 jour)**



Le volume global baisse au fil des années, diminution amplifiée par la crise Covid. La distribution entre secteurs est apparemment très égalitaire, mais en réalité avec de grandes différences selon les âges, comme en témoigne le graphique suivant.

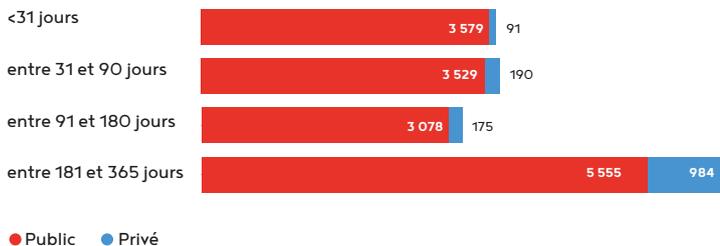
FIGURE 39. **Répartition par secteur selon l'âge, en 2021**



90 % de l'activité sur les enfants de moins de 1 an est développée par le secteur public.

Compte tenu de l'importance du risque pour la chirurgie des moins de 1 an, on procède à un recensement détaillé, qui met en évidence la distribution par secteur suivante :

FIGURE 40. **Nombre de séjours selon l'âge pour les moins de 1 an en 2021**



Cette distribution prouve que le secteur privé n'intervient réellement qu'à partir de l'âge de 6 mois, et l'analyse des GHM montre qu'il s'agit presque toujours de gestes bénins, pris en charge par un petit nombre d'établissements.

Une douzaine d'établissements de santé privés ont développé une activité pédiatrique supérieure à 20 % de leur activité chirurgicale totale (et même jusqu'à 70 % dans un cas).

Puis l'activité évolue de façon assez proche entre secteurs avec :

- une activité plus importante du secteur privé sur les 1-4 ans à cause essentiellement des drains transtympaniques, de la chirurgie des amygdales, végétations et des circoncisions ;
- une activité plus importante du secteur public sur les 9-14 ans à cause des appendicectomies et des traumatismes (surtout du membre supérieur : accueil des urgences).

La DMS apparaît très différente entre le public et le privé, mais en fait :

- la place de l'ambulatoire (0 nuitée) est de 50,4 % des séjours en secteur public et de 86 % des séjours en secteur privé ;
- de même, alors qu'aucun séjour ne dépasse 39 jours en secteur

privé, les séjours de plus d'un mois en secteur public sont au nombre de 2 149, soit très précisément 1 % de l'activité du secteur, avec des extrêmes jusqu'à deux ans⁸.

Case mix en 2021 pour la chirurgie des moins de 18 ans

TABLEAU 9. 50 % de l'activité chirurgicale est développée sur 11 GHM

	GHM	Public	Privé	Total général	Cumulé	% de l'activité totale	PdM privé
Circoncision, en ambulatoire	12C08J	16 755	56 382	73 137		17,4 %	77,1 %
Interventions sur les végétations adénoïdes, en ambulatoire	03C28J	9 240	19 968	29 208	102 345	24,4 %	68,4 %
Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire	12C06J	11 699	6 553	18 252	120 597	28,7 %	35,9 %
Interventions sur les amygdales, en ambulatoire	03C27J	5 781	11 294	17 075	137 672	32,8 %	66,1 %
Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur, en ambulatoire	08C14J	10 761	4 516	15 277	152 949	36,4 %	29,6 %
Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	03C10I	6 748	7 307	14 055	167 004	39,7 %	52,0 %
Appendicectomies non compliquées, niveau 1	06C09I	9 733	2 369	12 102	179 106	42,6 %	19,6 %
Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire	03C14J	3 432	8 048	11 480	190 586	45,3 %	70,1 %
Autres interventions sur la main, en ambulatoire	08C44J	3 023	5 849	8 872	199 458	47,5 %	65,9 %
Interventions sur les muscles oculomoteurs, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire	02C13J	2 340	5 478	7 818	207 276	49,3 %	70,1 %
Interventions pour kystes, granulomes et interventions sur les ongles, en ambulatoire	09C12J	2 541	4 997	7 538	214 814	51,1 %	66,3 %

8. Les séjours extrêmes : Une petite fille rentrée à 1 an aux HCL pour choc cardiogénique et ressortie 1 an et 9 mois après avec une greffe cardiaque et 574 jours en réanimation pédiatrique. Une petite fille née au CHU de Lille à 30 semaines de grossesse et avec un poids de naissance de 700 gr et une atrésie œsophagienne, sortie à domicile 1 an et 4 mois après.

Si ces 11 GHM décrivent 50 % de l'activité nationale, cette activité représente 39 % de l'activité du secteur public et 64 % de l'activité du secteur privé. Comme déjà observé, on trouve une activité du secteur public distribuée sur un plus grand nombre de GHM.

La chirurgie « lourde », selon la classification ATIH actualisée par nos soins, ne concerne que 9,6 % des prises en charge en secteur public et 0,6 % en secteur privé, soit la moitié du taux observé dans la chirurgie « générale » (18 %, cf. page 31). Cela signifie qu'elle est plus rare que chez l'adulte et que le secteur privé ne prend pas en charge des pathologies pour lesquelles il n'a pas d'autorisation (réanimation pédiatrique, néonatale).

Les réhospitalisations

En 2021, 25 410 enfants ont eu plus d'un séjour au cours de l'année, et donc 93,5 % des enfants hospitalisés en 2021 n'ont eu qu'un seul séjour dans l'année.

Au total, à propos de la chirurgie pédiatrique, quel que soit l'âge, on remarque qu'il s'agit de chirurgie :

- banale ;
- majoritairement réalisée en ambulatoire dans les deux secteurs ;
- généralement programmable ;
- principalement réalisée en secteur privé, sauf lorsque la notion d'urgence est sous-tendue par la pathologie, comme dans :
 - « appendicectomie », et dans une moindre mesure dans le GHM 12CO6J dont le diagnostic principal est dans plus du quart des cas « torsion du testicule », ou encore dans le GHM 08C14J « résections osseuses ou ablation de matériel de fixation » ;
- les situations les plus difficiles et graves sont rares et réservées aux CHU, comme la chirurgie des tout-petits (moins de 1 an).

Le risque anesthésique

La chirurgie pédiatrique présente ceci de particulier qu'elle doit s'adapter à la définition administrative de la population qu'elle concerne, c'est-à-dire la totalité des enfants, de la naissance

jusqu'à la veille du 18^e anniversaire. Or, les procédures médicales de prise en charge sont totalement différentes selon l'âge.

Bien conscients de ces différences, les anesthésistes pédiatriques insistent sur la nécessité de compétences adaptées à l'âge.

Pour essayer d'identifier dans la base de données PMSI des situations qui auraient conduit à des complications liées à une prise en charge inadaptée, on recense les séjours avec recours aux soins intensifs et ceux ayant donné lieu à un transfert vers une autre unité de court-séjour.

Les recours aux soins critiques

Les séjours avec suppléments journaliers de soins critiques sont recensés par type d'établissement.

Pour rappel, chaque journée passée dans une unité autorisée de soins critiques donne lieu à facturation d'un supplément journalier différent selon l'unité en question :

- REA pour une unité de réanimation ;
- SI pour une unité de réanimation, sans présenter les critères médicaux spécifiques ;
- STF pour une unité de soins intensifs ;
- SRC pour une unité de surveillance continue ;
- NN1 pour une unité de néonatalogie ;
- NN2 pour une unité de néonatalogie avec soins intensifs ;
- NN3 pour une unité de réanimation néonatale ;
- REP pour une unité de réanimation pédiatrique.

Un « enfant » entre 15 et 18 ans peut être pris en charge en réanimation « adulte » (REA) ou « pédiatrique » (REP). Ces définitions sont quelques fois adaptées en fonction des circonstances.

TABLEAU 10. Les suppléments journaliers de soins critiques en 2021

	Réa	Si	STF	SRC	NN1	NN2	NN3	REP
CHU	398	1 517	2 225	7 970	1 033	1 398	1 341	5 399
CH	62	66	80	520	158	106	80	27
CLCC	1		26	3				
HIA	14	3	4	8				
Espic	16	68	74	969	14	5		885
Privé non lucratif	1			4				
Privé	11	49	82	1 328	16	1		
Total	503	1 703	2 491	10 802	1 221	1 510	1 421	6 311

Seuls les CHU ont une activité de soins critiques importante, totalement en rapport avec les prises en charge qu'ils assument.

Sur les 503 séjours de réanimation (REA), il n'y a eu que 32 séjours d'enfants de moins de 10 ans, et 77 % des séjours recensés correspondaient à des enfants de 15, 16 ou 17 ans.

Pour les séjours avec réanimation néonatale (NN3) ; 94,5 % de ces séjours ont eu lieu dans des CHU, les 5,5 % restants dans 14 CH, dont 1 seul a enregistré 40 séjours (CHIC de Créteil).

Les établissements ayant facturé des suppléments « REP », donc théoriquement titulaires d'une autorisation de réanimation pédiatrique, sont au nombre de 33 :

→ 28 CHU ;

→ 2 Espic : les Hôpitaux Pédiatriques de Nice CHU-Lenval et le Centre Chirurgical Marie Lannelongue ;

→ 3 CH pour lesquels n'apparaît qu'un très petit nombre de suppléments facturés et qui sont certainement des prestations interétablissements (CH de Pau, du Mans et de Mayotte).

Pour les 11 séjours avec supplément REA du secteur privé, 8 concernaient des jeunes de 17 ans et les 3 autres des jeunes de 14, 15 et 16 ans.

Les transferts vers des unités de court-séjour

Ils sont très peu nombreux, particulièrement à partir d'établissements de santé privés.

FIGURE 41. Nombre de sorties par transfert vers court-séjour, quel que soit l'âge

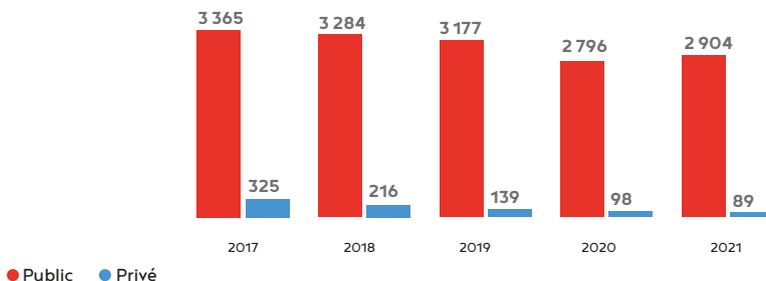
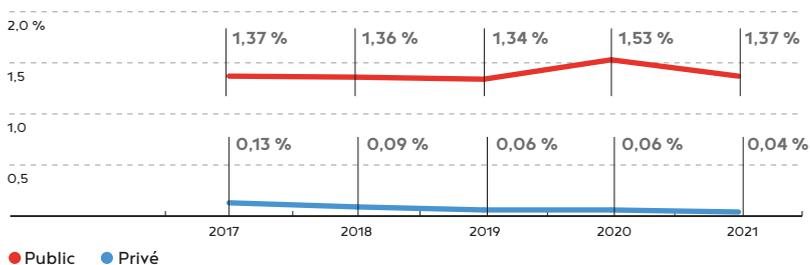


FIGURE 42. Pourcentage de transferts vers court-séjour



Les transferts à partir d'établissements de santé publics vers d'autres établissements de court-séjour concernent environ 1,4 % des enfants dont le séjour d'origine est groupé dans un GHM en C. En secteur privé, ce taux est de l'ordre de 0,3 pour 1 000.

Sur l'année 2021 pour laquelle une recherche approfondie a été menée, grâce au chaînage des séjours, ces transferts du privé vers le public n'ont jamais donné lieu à des prises en charge en

réanimation, à en juger par l'absence de codage de supplément journalier de réanimation.

La place des CHU dans la chirurgie pédiatrique

Les CHU occupent une place particulière dans le secteur public en termes de chirurgie pédiatrique. En effet, la totalité de l'activité chirurgicale déployée en CHU, quel que soit l'âge du patient, représente environ 37 % de la chirurgie réalisée en secteur public (taux calculé sur les années 2019, 2020 et 2021). La chirurgie pédiatrique obtient des taux très différents.

FIGURE 43. Taux de chirurgie pédiatrique dans les CHU, indépendamment de l'âge

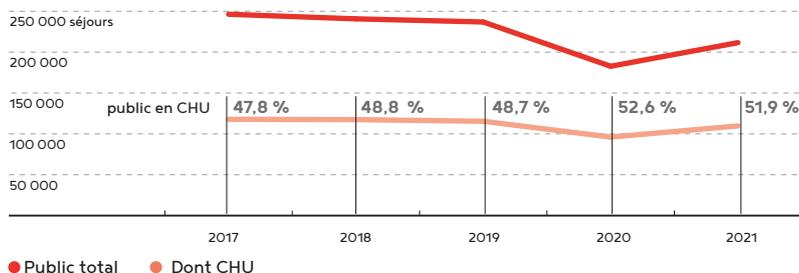


FIGURE 44. Taux de chirurgie pédiatrique dans les CHU pour les moins de 1 an

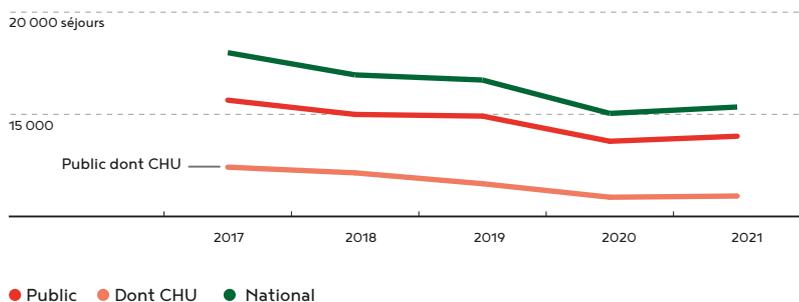
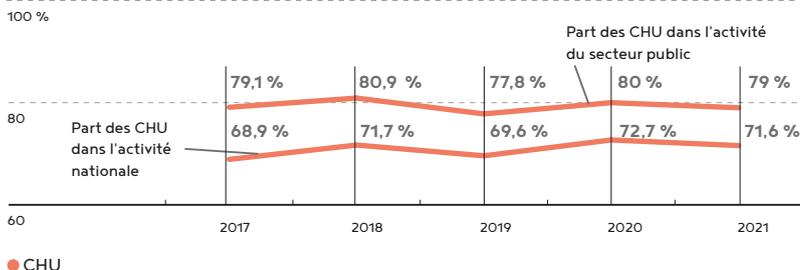


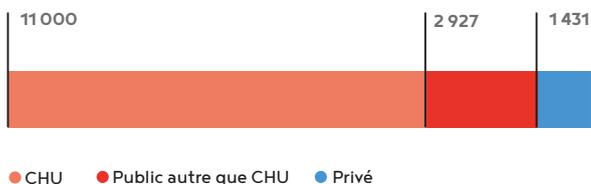
FIGURE 45 Place des CHU en chirurgie pédiatrique des moins de 1 an



Ainsi, pour les enfants de moins de 1 an, les CHU réalisent 80 % de l'activité chirurgicale publique et entre 69 et 73 % de la totalité de l'activité nationale.

Si en 2021, 198 établissements de santé ont opéré au moins un nourrisson de moins d'un an, les 40 premiers ont pris en charge 88 % de ces petits patients. Il s'agit de 27 des 32 CHU nationaux, de 3 cliniques privées⁹, de 4 Espic hautement spécialisés¹⁰, et de 6 CH.

FIGURE 46. Nombre de prises en charge chirurgicales des enfants de moins de 1 an en 2021



9. Centre Chirurgical Marcel Sembat de Boulogne Billancourt, la Clinique Saint Cyprien Rive Gauche de Toulouse et la Clinique du Val d'Ouest Vendôme près de Lyon.

10. Hôpitaux Pédiatriques de Nice CHU-Lenval, Centre Chirurgical Marie Lannelongue, Hôpital Fondation Adolphe de Rothschild et l'Hôpital Saint Joseph de Marseille.

Les moins de 1 an représentent 7,5 % de la totalité des enfants pris en charge en chirurgie. Le secteur privé prend en charge 7,7 % des enfants de < 1 an.

FIGURE 47. Nombre de prises en charge chirurgicales pour les enfants de 1 à 3 ans

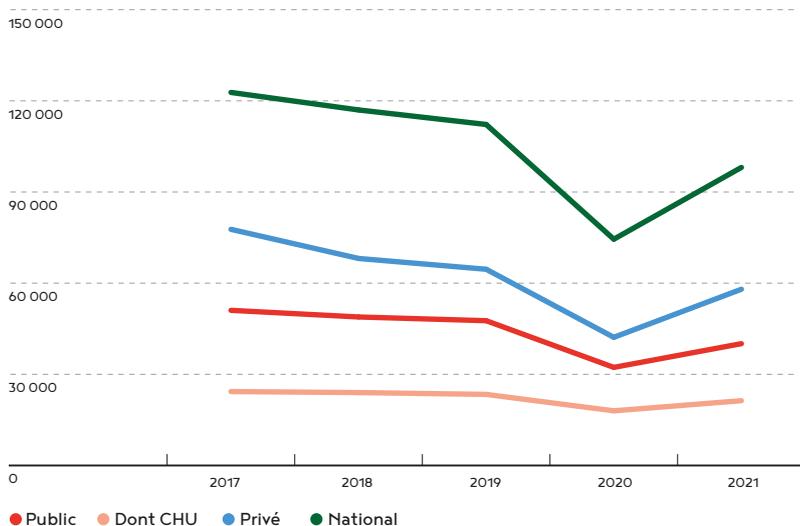
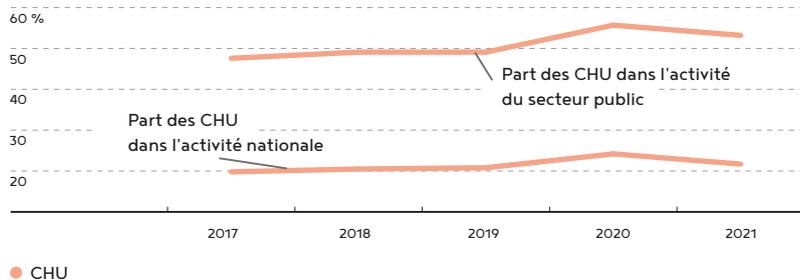


FIGURE 48. Place des CHU en chirurgie pédiatrique des 1 an à 3 ans



Pour cette tranche d'âge, en 2021, l'activité développée sur les racines de GHM 12C08 (circoncision), et O3C10, O3C12, O3C14, O3C27 et O3C28 (amygdalectomies, adénoïdectomies, et drains transtympaniques) occupent des places extrêmement différentes selon le secteur.

TABLEAU 11. Place des activités circoncisions et ORL « léger »

	Public	Dont CHU	Privé	Total
Nb de séjours en chirurgie pédiatrique des 1 à 3 ans en 2021	40 090	21 322	58 002	98 092
Circoncisions GHM 12C08	5770	852	29 141	35 763
ORL « léger » : amygdales, végétations et drains transtympaniques (GHM O3C10, O3C12, O3C14, O3C27 et O3C28)	11 620	4 041	20 890	36 551
Part de ces activités en % dans chaque secteur	43 %	23 %	86 %	74 %

FIGURE 49. Lieu de prise en charge chirurgicale des enfants de 1 à 3 ans

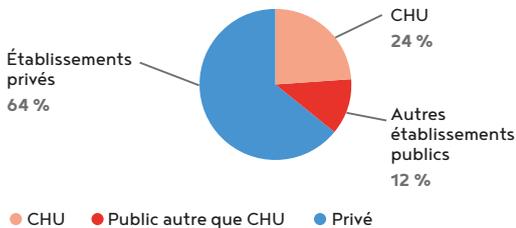


FIGURE 50. Nombre de prises en charge pour les enfants à partir de la 4^e année

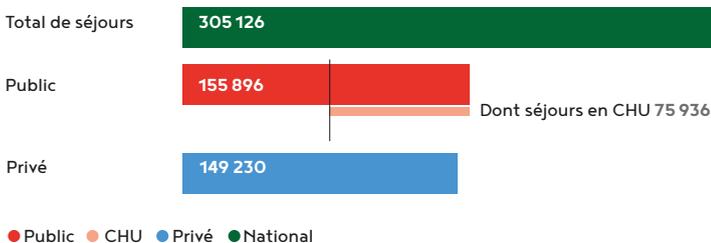
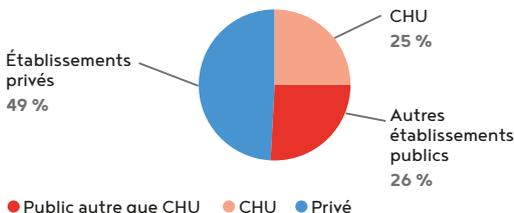


FIGURE 51. Lieu de prise en charge pour les enfants à partir de la 4^e année



Autrement dit, à partir de la fin de la première année, la distribution de l'activité entre secteurs reste stable, même si les pathologies les plus lourdes restent adressées aux CHU.

Au total, la chirurgie pédiatrique est particulièrement polymorphe et présente des caractéristiques très différentes entre la chirurgie de la première année presque exclusivement confiée aux CHU ou aux centres spécialisés, et la chirurgie du grand adolescent très proche de celle de l'adulte.

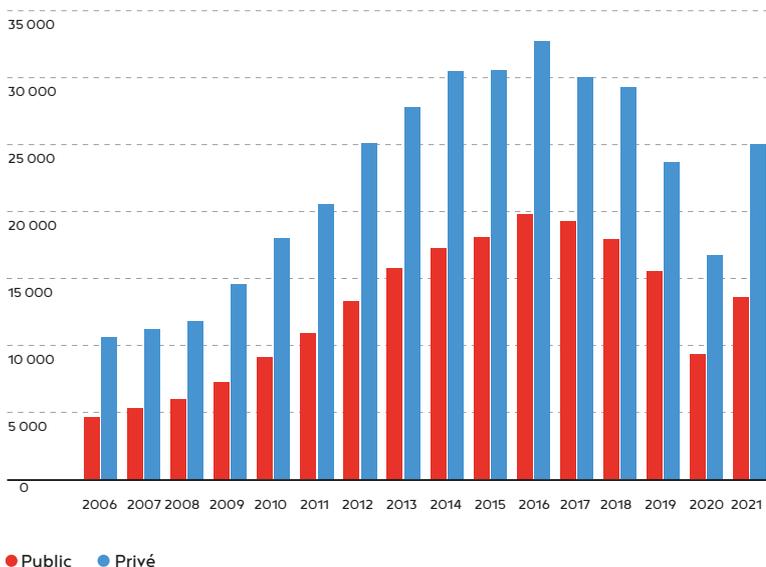
Globalement elle porte sur des pathologies relativement banales et les cas « lourds » sont moitié moins fréquents qu'en chirurgie adulte.

L'idée selon laquelle de nombreuses prises en charge avec anesthésie du tout-petit seraient réalisées dans des établissements de santé privés qui transfèreraient ensuite à des services de réanimation de CHU est démentie par l'examen des données PMSI, qui témoignent d'un très faible taux de transfert, de l'ordre de 0,3 pour 1 000, et sans recours à la réanimation.

CHIRURGIE BARIATRIQUE : SON ÉVOLUTION

Lors d'une précédente étude portant sur les années 2006 à 2019, nous avons observé, après une très forte progression de l'activité, un infléchissement très net de la courbe à partir de 2017. Une mise à jour incluant les données complètes de 2021 a été réalisée, en s'appuyant sur la liste d'actes publiée dans l'arrêté ministériel du 29 décembre 2022.

FIGURE 52. Évolution de la chirurgie bariatrique



Sans surprise, l'année 2020 a considérablement amplifié la baisse d'activité, mais 2021 témoigne d'une reprise très sensible, qui reste globalement de l'ordre de celle de 2019. Nous ne disposons pas encore des données complètes de 2022 mais les premiers chiffres vont dans le sens d'une confirmation de cette reprise.

Notons à nouveau, comme nous l'avions déjà fait lors de l'étude précédente, qu'une clinique privée développe à elle seule plus d'activité que la totalité des sites de l'AP-HP, et que 17 des 20 plus gros producteurs de séjours de ce type sont des établissements de santé privés.

La nouvelle procédure d'autorisation publiée en décembre 2022 introduit l'obligation d'un seuil à 50 interventions annuelles.

La mise en œuvre de ce seuil va impacter 234 établissements : 134 publics et 100 privés, qui ont réalisé chacun moins de 50 interventions en 2021.

Toutefois, ces 134 établissements produisent 10,5 % de l'activité nationale et parmi eux, 82 (46 publics et 36 privés) ont enregistré moins de 10 séjours chacun en 2021. Il reste que 152 établissements (88 publics et 64 privés) qui ont pris en charge chacun entre 10 et 49 patients en 2021, vont devoir modifier leurs pratiques.

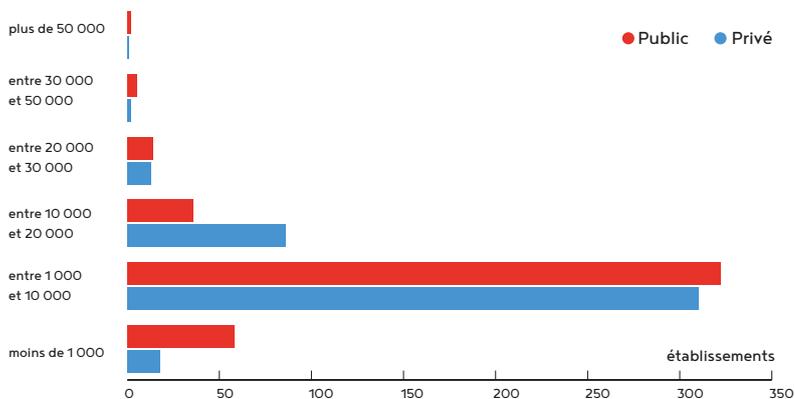
LES ÉTABLISSEMENTS DE CHIRURGIE

En 2021, 936 établissements de santé ont produit au moins 1 séjour groupé dans un GHM en C. Pour certains, il s'agissait vraisemblablement d'erreurs de codage, puisque le nombre total annuel de séjours chirurgicaux y était inférieur à 10.

TABLEAU 10. **État des lieux en 2021**

	Public	Privé	Total
Nb d'étab. ayant produit au moins 10 séjours groupés en GHM en C	437	430	867
Nb de racines de GHM en C pour décrire 50 % de l'activité chirurgicale	27	15	21
Nb de racines de GHM en C pour décrire 80 % de l'activité chirurgicale	79	53	68
Nb d'étab. ayant produit 50 % de l'activité en C du secteur	57	74	131
Nb d'étab. ayant produit 80 % de l'activité en C du secteur	184	152	336
Nb moyen de séjours en GHM en C par établissement	5 890	7 674	6 775

FIGURE 53. **Répartition des établissements de santé en fonction de la quantité de séjours GHM en C produits en 2021**



L'activité chirurgicale de la « clinique France » est plus concentrée que celle de l'« hôpital France » (15 racines de GHM pour 50 % de l'activité contre 27 en public), mais le nombre d'établissements pour produire la moitié de l'activité du secteur est plus élevé en secteur privé.

L'« hôpital France » a un champ d'activité un peu plus large en raison des autorisations dont il dispose (transplantations, accueil des urgences...) et dont le secteur privé ne dispose pas ou moins (seul 1 établissement de santé privé sur 4 est autorisé à l'accueil des urgences).

Cependant, ce sont les mêmes racines de GHM que l'on retrouve en tête des case-mix des deux secteurs, même si les ordres sont un peu différents (cf. § distribution par racines de GHM, page 11).

En termes de volume d'activité, on retrouve 2 fois plus d'établissements « moyens » (entre 10 et 20 000 séjours annuels) en secteur privé qu'en secteur public, et au contraire, 3 fois plus de très petits établissements (moins de 1 000 séjours annuels) en secteur public.

Sur ce dernier point, la profonde restructuration opérée depuis une trentaine d'années dans le secteur privé a fait disparaître les très petits établissements « historiques », au profit d'établissements de santé regroupés, pour atteindre une masse critique plus efficiente.

Quant aux établissements de santé publics avec une très petite activité chirurgicale (< 1 000), il faut se rappeler qu'il s'agit presque toujours d'établissements médico-chirurgicaux, et non pas d'établissements chirurgicaux isolés.

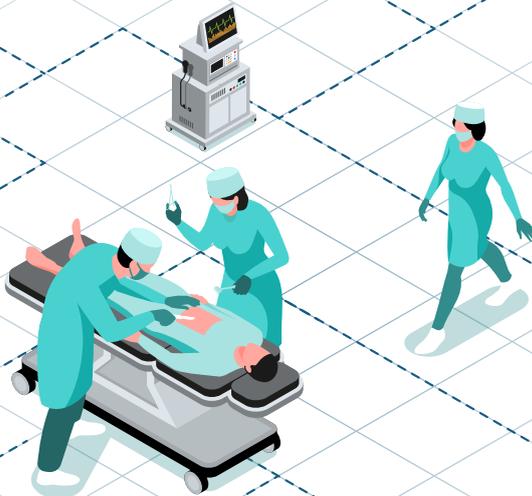
Un établissement de santé privé enregistre un nombre de séjours en GHM en C qui le classe au 3^e rang national, juste après l'AP-HP et les Hospices Civils de Lyon et avant tous les autres CHU de France.

En secteur public, ce sont les CHU qui arrivent en tête en termes de nombre de séjours produits. Toujours en comptant l'AP-HP comme un seul établissement, les 32 CHU français enregistrent 35 % de la totalité de l'activité chirurgicale publique, alors qu'ils produisent 35,8 % de l'activité totale du secteur public hors séances. Les CHU ont donc la même répartition médecine/chirurgie que l'ensemble des hôpitaux publics.

3 établissements publics non CHU se glissent dans le palmarès des 35 premiers établissements, à savoir : l'Hôpital Saint Joseph de Paris et les 2 établissements parisiens spécialisés en ophtalmologie, en raison de l'incidence de la chirurgie de la cataracte : l'Hôpital Fondation Adolphe de Rothschild et le Centre National d'Ophtalmologie des XV-XX.

Avec un nombre d'établissements très proche et des activités tournant souvent autour des mêmes pathologies, car les plus fréquentes, les deux secteurs d'hospitalisation présentent cependant des profils différents :

- une concentration plus nette de l'activité en secteur privé ;
- une activité par établissement plus importante en secteur privé, sans nul doute résultat des profondes restructurations qui ont eu lieu au cours des dernières années ;
- même au niveau de la distribution de l'activité par établissement, l'impact de la cataracte se fait sentir.



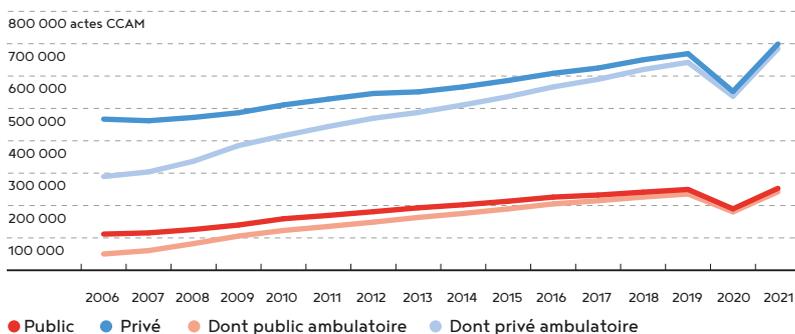
QUELQUES ACTIVITÉS EMBLÉMATIQUES

La cataracte

En 2019, l'acte CCAM BFGA004 : « Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil », a été remplacé par les actes BFGA368 « Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil, avec implantation de dispositif de drainage trabéculaire ab interno » et BFGA427 « Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil, sans implantation de dispositif de drainage trabéculaire ».

On compare donc la fréquence du premier et la somme des fréquences des deux autres et leur réalisation en ambulatoire, en distinguant le nombre total d'actes réalisés, dont le nombre d'actes réalisés en hospitalisation ambulatoire (CA).

FIGURE 54. Évolution de la chirurgie de la cataracte



La cataracte représente 11 % des séjours du secteur privé, hors séances, et 2,4 % du secteur public. Ramenée aux seuls séjours de chirurgie (GHM en C), la place de la cataracte devient : 21 % des séjours chirurgicaux du privé et 9,7 % des séjours chirurgicaux du public.

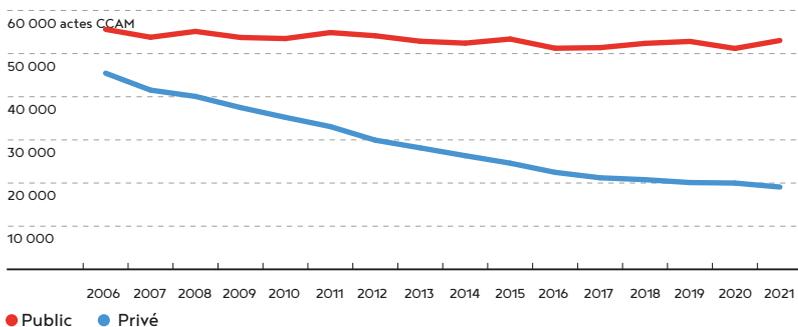
Rapportée à l'échelle nationale de coûts (ENC) 2018, l'activité de cataracte représente 4,2 % du chiffre d'affaires ENC du privé et 0,86 % du chiffre d'affaires ENC du public.

Elle est réalisée dans 96,3 % des cas en ambulatoire dans le secteur public, et dans 98,1 % des cas dans le privé. Elle est pratiquée dans 641 établissements (347 privés et 294 publics). 117 établissements produisent à eux-seuls 50 % de l'activité nationale, et 285 à eux seuls 80 % de cette même activité nationale.

Appendicectomie

On sait qu'elle est en constante diminution depuis de nombreuses années, grâce notamment aux progrès sur le diagnostic, mais cette diminution ne s'observe qu'en secteur privé alors que l'activité du secteur public reste relativement stable. Il existe également un frémissement de l'ambulatoire, trop faible pour permettre une représentation sur le même graphique (3,2 % en public et 9 % en privé).

FIGURE 55. Évolution des appendicectomies



La chirurgie des amygdales et végétations

On constate une baisse importante de cette activité mais uniquement en secteur privé alors que l'activité du secteur public reste constante. Un phénomène particulier est le développement des prises en charge ambulatoire pour les amygdalectomies.

FIGURE 56. Évolution globale des adénoïdectomies

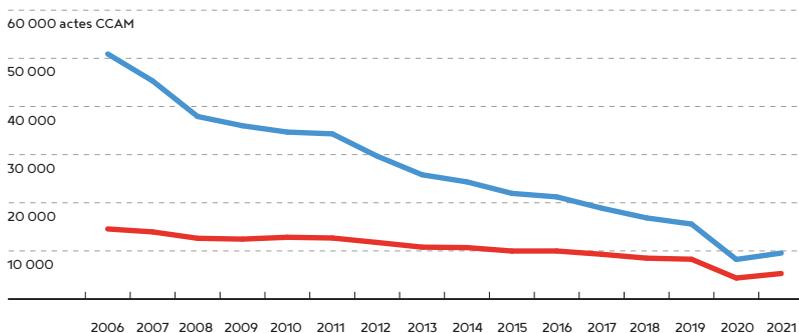
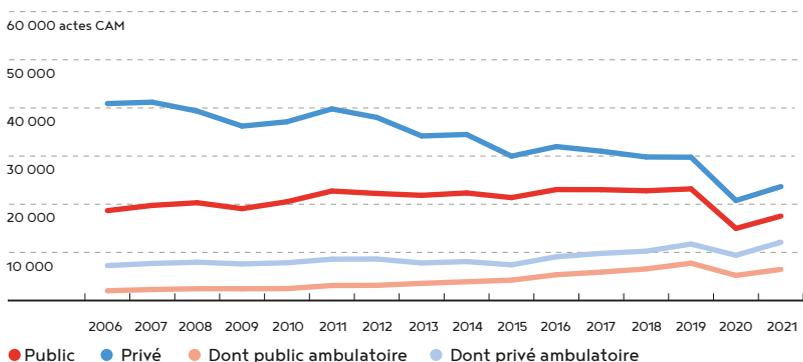


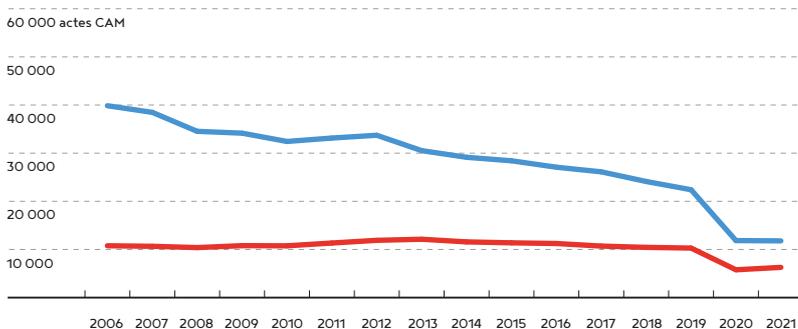
FIGURE 57. Évolution des amygdalectomies



Pose de drains transtympaniques

Ce recensement est réalisé sur les actes CCAM et ne tient donc pas compte de l'âge (la classification PMSI comporte 2 racines de GHM distinguées sur l'âge). Le nombre de séjours pour les plus de 17 ans représente un peu moins de 25 % de la totalité de l'activité « pose de drains transtympaniques ». On constate également une forte diminution de l'activité en secteur privé, et une stabilité en secteur public.

FIGURE 58. Évolution de la chirurgie des drains transtympaniques

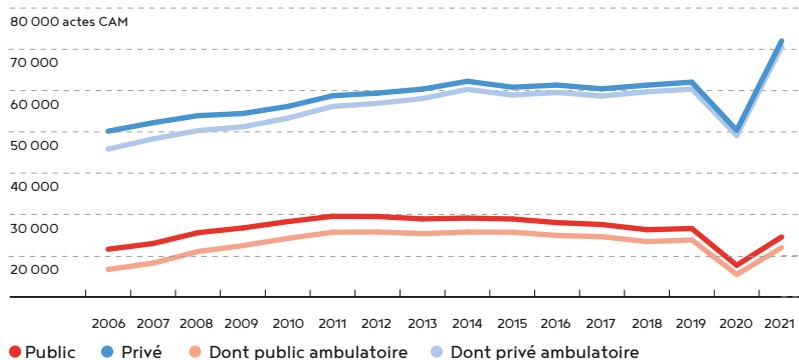


Pour ces trois gestes chirurgicaux ORL (adénoïdectomies, amygdalectomies, drains transtympaniques), la pandémie Covid a entraîné une diminution forte des infections des voies respiratoires supérieures grâce au respect des gestes barrières. Mais la diminution de fréquence de ces interventions en secteur privé avait déjà commencé avant la pandémie.

La posthectomie (circoncision)

Le taux d'ambulatoire reste à 89 % en public alors qu'il dépasse 98 % en privé. La part de marché du secteur privé était restée stable autour de 70 % jusqu'en 2019, mais est passée à 75 % depuis la pandémie.

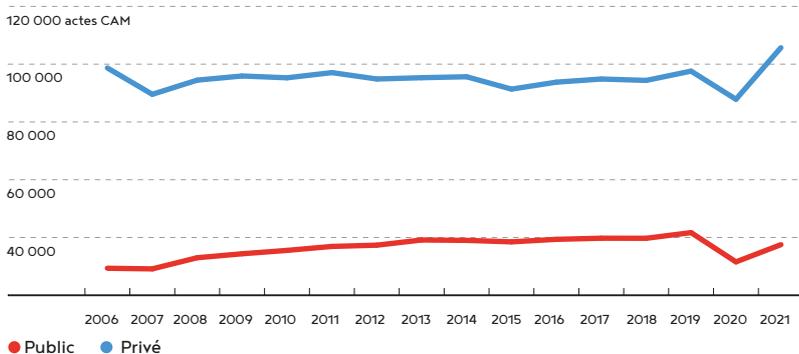
FIGURE 59. Évolution des posthectomies



La libération du nerf médian au canal carpien

Ce recensement a également porté sur les actes CCAM. La bascule vers la chirurgie ambulatoire est pratiquement complète dans les deux secteurs, avec un taux d'ambulatoire en 2021 à 95,2 % en public et 97,5 % en privé.

FIGURE 60. Évolution de la chirurgie du canal carpien, ambulatoire



La prothèse de genou et la prothèse de hanche

FIGURE 61. Évolution de la pose de prothèse de hanche

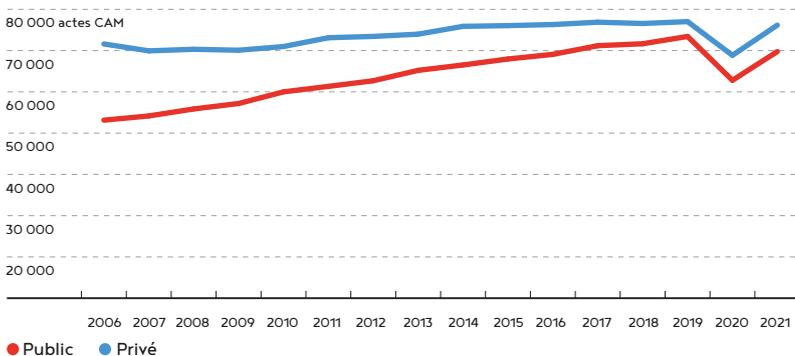
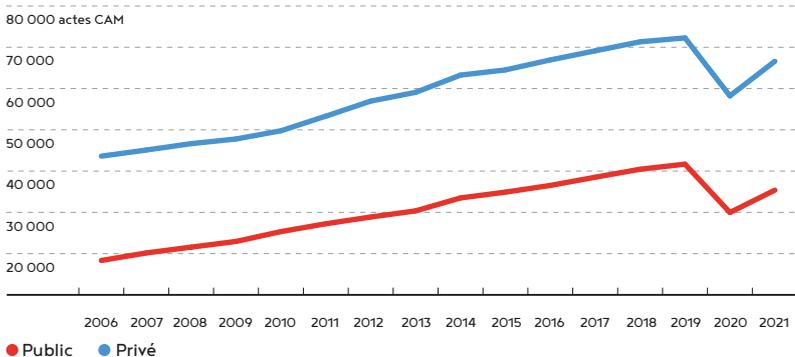


FIGURE 62. Évolution de la pose de prothèse de genou



La prothèse de genou est réalisée dans 99 % des cas pour gonarthrose. Elle est programmable et réalisée 2 fois sur 3 en secteur privé. Le développement de l'ambulatoire pour la prothèse du genou, apparu en 2014, reste très faible (3,9 % en privé et 2 % en public en 2021).

Pour la prothèse de hanche (PTH), la classification PMSI distingue opportunément¹¹ les prothèses pour « traumatisme récent » (26 % des cas) de celles « pour des affections autres que des traumatismes récents » (74 % des cas).

Le secteur privé prend en charge 22 % des PTH pour traumatisme récent et 65 % de celles pour « affection autre que des traumatismes récents », soit 54 % de l'ensemble de l'activité. Cette différence de population prise en charge permet un meilleur développement de chirurgie ambulatoire puisque le secteur privé atteint en 2021 le niveau de 5,7 %, contre 1,3 % en secteur public.

11. Les modalités de prise en charge sont complètement différentes :

	PTH pour « traumatisme récent »	PTH « pour des affections autres que les traumatismes »
Mode d'entrée avec provenance urgence	73 %	Moins de 1 %
Durée moyenne de séjour	9,41 j	3,95 j
Âge moyen	81,8 ans	69,7 ans
Diagnostic à l'entrée	Fracture du col du fémur > à 90 % des cas	Coxarthrose > 95 % des cas

CONCLUSION

L'activité de chirurgie, identifiée par les GHM en C de la classification PMSI, continue de progresser très régulièrement, légèrement plus en secteur public qu'en secteur privé, et plus que toutes les autres activités de court-séjour.

La « crise Covid » a fortement impacté cette activité en 2020, (-15 % sur l'activité nationale) et le rebond survenu en 2021 n'a pas complètement compensé ce retard.

Cette activité constitue 35 % de l'activité de court-séjour dans son ensemble, mais seulement 25 % en secteur public et 52 % en secteur privé. Le secteur privé produit toujours 56 % de l'activité nationale.

C'est une activité globalement programmée (81 % en secteur public, 96 % en secteur privé) pour des patients venant de leur domicile et y retournant (94,3 % en secteur public et 98,2 % en secteur privé). La chirurgie « lourde » constitue 18 % de l'ensemble et elle est prise en charge à 36 % par le secteur privé.

En 2021, cette chirurgie est réalisée en prise en charge ambulatoire dans 62 % des cas, mais avec une différence importante entre le secteur public qui peine à atteindre 50 %, et le secteur privé déjà au-delà de 71 %, pour un objectif national qui avait été fixé par le ministère à 70 %, à atteindre en 2022.

Le dispositif RAAC (Récupération améliorée après chirurgie) mis en place depuis 2019 n'a pas encore séduit l'ensemble des établissements puisque seulement 1 établissement de santé public sur 10, et 1 privé sur 4 se sont emparés du protocole et de l'incitatif financier.

La chirurgie robot assistée n'est identifiable dans le PMSI que pour une petite partie de l'activité chirurgicale. Elle est plus développée en secteur public, où 23 % de l'activité éligible est effectivement réalisée sous assistance robotique, qu'en secteur privé (16,8 %).

La chirurgie pédiatrique présente des caractères très différents selon qu'elle décrit l'activité déployée au bénéfice des tout-petits ou des plus grands. Ce sont les CHU et quelques structures très spécialisées qui prennent en charge les moins de 1 an.

Le choix fait par le ministère de soumettre la chirurgie bariatrique à des conditions d'autorisation spécifiques, et l'obligation de respecter un seuil d'activité minimal va contraindre un peu plus de 150 établissements à modifier leurs pratiques.

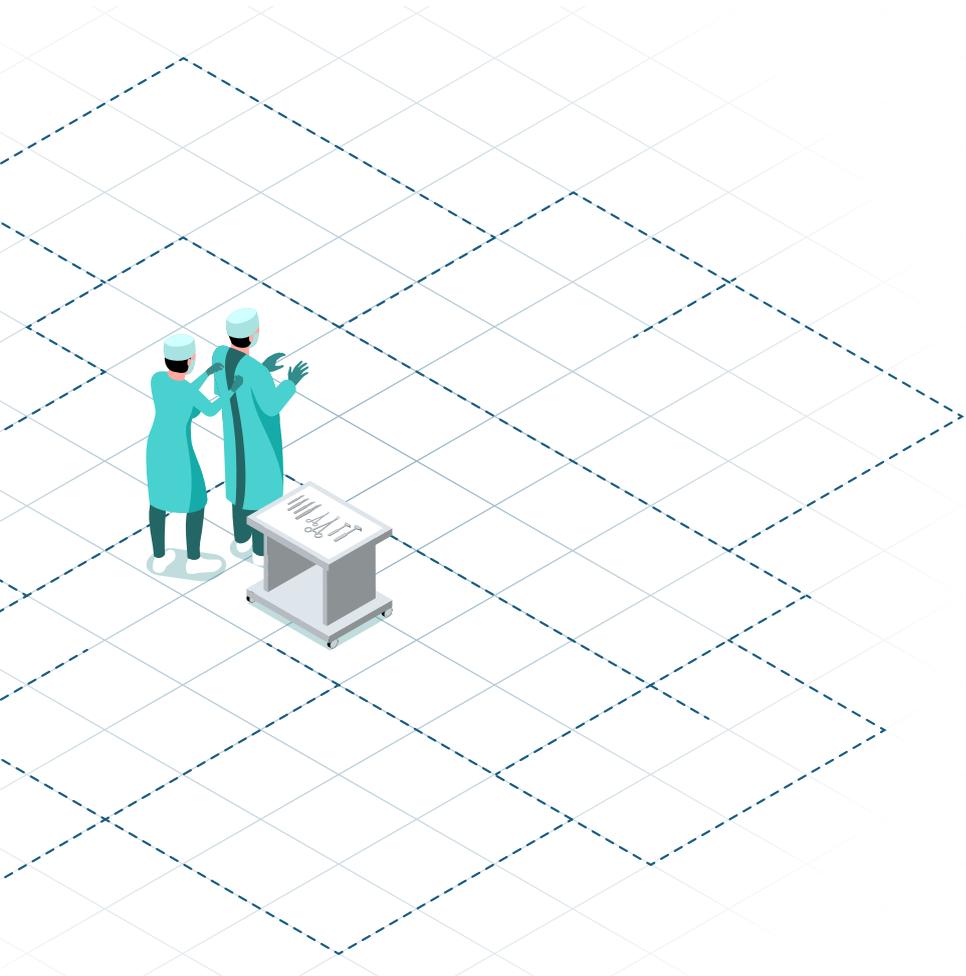
Même si les secteurs public et privé ont presque exactement le même nombre d'établissements de chirurgie, il existe des différences dans le profil d'activité de chacun des secteurs.

Il reste que toute l'interface avec les activités « interventionnelles » substitutives à la chirurgie « classique » mériterait une analyse complémentaire.

ANNEXES



→ Télécharger
l'ensemble des
données présentées
dans ce recueil



ANNEXE N° 1. LISTE DES INDICATEURS IAAS DE CHIRURGIE AMBULATOIRE

1	Cataracte	21	Chirurgie de la hernie discale
2	Chirurgie du strabisme	22	Tumorectomie du sein
3	Aérateurs transtympaniques	23	Mastectomie
4	Amygdalectomie	24	Cholecystectomie
5	Rhino septoplastie	25	Reflux gastro-œsophagien
6	Fibroscopie bronchique	26	Hémorroïdectomie
7	Extractions dentaires	27	Hernie de l'aîne
8	Ligature des trompes	28	Circoncision
9	IVG	29	Orchidopexie
10	Curetage utérin en dehors de la grossesse	30	Vasectomie
11	Hystérectomie	31	TURP
12	Prolapsus utérin	32	Coloscopie
13	Arthroscopie du genou	33	Coloscopie avec polypectomie
14	Chirurgie du ménisque	34	Chirurgie des varices
15	Ablation de matériel d'ostéosynthèse	35	Mastoplastie de réduction
16	Chirurgie de l'hallux valgus	36	Dermolipectomie abdominale
17	Canal carpien	37	Sinus pilonidal
18	Hygroma		
19	Chirurgie de la maladie de Dupuytren		
20	Ligamentoplastie du genou		

ANNEXE N° 2. ÉTABLISSEMENTS AYANT LE PLUS CODÉ L'INDICATEUR RAAC : NOMBRE DE SÉJOURS

Finess	Raison sociale	Catégorie
540000478	Clinique Louis Pasteur	Privé
800000044	CHU D'Amiens	CHU
690781810	Hospices Civils de Lyon	CHU
670018068	Clinique Rhéna GCS	Privé non lucratif
310781000	Clinique des Cèdres	Privé
750712184	AP-HP	CHU
310026927	Clinique Capio Croix du Sud	Privé
310780150	Clinique Médipôle de Garonne	Privé
590780268	Polyclinique du Bois	Privé
440033819	Santé Atlantique	Privé
750150104	Institut Mutualiste Montsouris	Espic/EBNL
690780648	Clinique de la Sauvegarde	Privé
750150237	Hôpital de la Croix Saint Simon	Espic/EBNL
640018206	Capio Clinique Belharrà	Privé
450010079	Oréliance – Longues Allées	Privé
210012670	Hôpital Privé Dijon Bourgogne	Privé
950807982	Clinique Claude Bernard	Privé
420011413	Hôpital Privé de la Loire	Privé
370000093	NCT Plus Site Alliance	Privé
170780662	Centre Médico-Chirurgical de l'Atlantique	Privé
340024314	Clinique Saint Jean Sud de France	Privé
140000555	CLCC François Baclesse	CLCC
330781196	CHU de Bordeaux	CHU
140017237	Hôpital Privé Saint Martin	Privé
050002948	Chicas Gap-Sisteron	CH
380786442	Clinique Belledonne	Privé
760780510	Clinique du Cèdre	Privé
510000185	Polyclinique Courlancy	Privé
250000270	Clinique Saint-Vincent	Privé
330780271	Clinique du Sport de Bordeaux Mérignac	Privé

Région	2019	2020	2021
Grand Est	8 069	8 365	10 938
Hauts-de-France	4 785	5 209	5 825
Auvergne-Rhône-Alpes	3 623	4 129	5 074
Grand Est	600	2 512	4 648
Occitanie	3 099	4 476	4 434
Île-de-France	1 778	2 175	4 361
Occitanie	2 804	2 344	4 032
Occitanie	2 510	2 740	3 063
Hauts-de-France	867	1 220	2 967
Pays de la Loire	1 320	2 327	2 823
Île-de-France	1 743	2 234	2 507
Auvergne-Rhône-Alpes	4 436	3 048	2 474
Île-de-France	1 871	1 812	2 355
Nouvelle-Aquitaine	1 869	1 767	2 076
Centre-Val de Loire	195	1 045	2 022
Bourgogne-Franche-Comté	266	1 325	1 990
Île-de-France	1 217	1 593	1 975
Auvergne-Rhône-Alpes	1 264	1 491	1 940
Centre-Val de Loire	644	1 611	1 910
Nouvelle-Aquitaine	481	963	1 858
Occitanie	0	0	1 814
Normandie	852	917	1 813
Nouvelle-Aquitaine	1 066	1 117	1 803
Normandie	531	462	1 680
Provence-Alpes-Côte d'Azur	264	836	1 595
Auvergne-Rhône-Alpes	166	1 044	1 595
Normandie	716	1 245	1 595
Grand Est	1 531	1 500	1 532
Bourgogne-Franche-Comté	1 105	1 285	1 484
Nouvelle-Aquitaine	891	1 126	1 479

ANTI-JARGON

AP-HM	Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille	NN3	Supplément réanimation néonatale
AP-HP	Assistance Publique-Hôpitaux de Paris	OQN	Objectif quantifié national
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	PDM	Part de marché
CCAM	Classification commune des actes médicaux	PIE	Prestation inter établissement
CIM	Classification internationale des maladies 10 ^e version	PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
CMD	Catégorie majeure de diagnostic	RSA	Résumé de sortie anonyme
CLCC	Centre de lutte contre le cancer	STF	Supplément soins intensifs
DGOS	Direction générale de l'offre de soins	RAAC	Récupération améliorée après chirurgie
DMS	Durée moyenne de séjour	REA	Supplément réanimation
EBNL	Établissement à but non lucratif	REP	Supplément réanimation pédiatrique
ESPIC	Établissement de santé privé d'intérêt collectif	RSS	Résumé de sortie standardisé
GHM	Groupe homogène de malades	SAE	Statistique annuelle des établissements
GHS	Groupe homogène de séjours	SI	Soins intensifs
HAS	Haute autorité de santé	SRC	Supplément surveillance continue
HIA	Hôpital d'instruction des armées	SSR	Soins de suite et de réadaptation
IAAS	International Association for Ambulatory Surgery)	STF	Supplément soins intensifs
MCO	Médecine chirurgie obstétrique	T2A	Tarifcation à l'activité
NN1	Supplément néonatalogie	USLD	Unité de soins de longue durée
NN2	Supplément néonatalogie avec soins intensifs		

Publication éditée par la FHP-MCO, juin 2023

Enquête réalisée par la FHP-MCO.

Rédaction : Dr Michèle Brami, médecin conseil FHP-MCO et BVM communication

Conception graphique et réalisation : BVM communication. Crédits : © IStock

CHIRURGIE EVOLUTION ET TENDANCES

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

Syndicat national
des 540 établissements de santé
privés exerçant une activité
en médecine, chirurgie, obstétrique
(MCO)

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