



l'Assurance Maladie
des salariés - sécurité sociale
caisse nationale

Evolution des parts de marché de la chirurgie "classique" dans 20 régions entre 1999 et 2001

réalités et perspectives

MAITRISE D'OUVRAGE

*Frédéric Van Roekeghem
Directeur Général CNAMTS*

MAITRISE D'OEUVRE

*Dr Gilles BONTEMPS
Analyse et rédaction
CNAMTS / Direction du Risque Maladie*

*Marie Hélène TOUPIN
Constitution, validation et travaux statistiques sur les bases de données nationales
CNAMTS / Direction du Risque Maladie*

*Caisses Régionales d'Assurance Maladie
Constitution, validation des bases de données régionales*

Remerciements aux Directions Régionales du Service Médical pour les régions où la validation et la constitution des bases régionales ont résulté d'un travail commun avec les Caisses Régionales d'Assurance Maladie

Remerciements au Dr Jean Patrick Sales / Président de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire

Sommaire

1. introduction	Page 6
2. méthode	Page 8
2.1 choix d'une liste limitée mais significative d'actes	Page 9
2.1 liste des 18 types d'interventions chirurgicales étudiées	Page 9
2.1 champ de l'étude	Page 10
2.1 bases informationnelles étudiées	Page 10
2.1 logistique	Page 10
3. résultats	Page 11
3.1 évolution nationale de l'activité et des parts de marché	Page 12
3.2 évolutions régionales de l'activité et des parts de marché	Page 14
3.3 évolution de l'activité et des parts de marché des grands groupes hospitaliers publics	Page 20
3.4 évolution de l'activité et des parts de marché des spécialités chirurgicales	Page 25
3.4.1 évolution de la chirurgie ophtalmologique	Page 26
3.4.2 évolution de la chirurgie orthopédique	Page 28
3.4.3 évolution de la chirurgie vasculaire	Page 30
3.4.4 évolution de la chirurgie générale et digestive	Page 32
3.4.5 évolution de la chirurgie ORL et maxillo-faciale	Page 36
3.4.6 évolution de la chirurgie infantile	Page 39
3.4.7 évolution de la chirurgie gynécologique	Page 42
3.4.8 synthèse de l'évolution des parts de marché des spécialités chirurgicales	Page 44
4. conclusion : synthèse et perspectives	Page 45

RESUME

Objectif : Concomitamment à la mise en place en 2004 d'un observatoire national permettant de suivre l'évolution de la chirurgie ambulatoire en France, la CNAMTS s'est intéressée plus largement à la relation existante entre l'évolution des parts de marché de la chirurgie "classique" et le développement de la chirurgie ambulatoire.

Méthode : 80 % de l'activité chirurgicale française est représentée par les interventions dites "classiques" ou "de proximité" qui relèvent d'une prise en charge programmée et non réalisée dans le cadre d'une urgence. Pour suivre l'évolution de cette chirurgie française "classique", une liste limitée mais significative de 18 types d'interventions chirurgicales a été choisie constituant autant d'indicateurs de cette chirurgie. Cette liste d'actes significatifs dérive d'une liste internationale d'actes chirurgicaux publiée dès 1995 par l'Association Internationale de Chirurgie Ambulatoire pour répondre à une demande de l'OCDE de pouvoir comparer les pratiques chirurgicales entre les différents pays de l'OCDE. Cette liste balaye huit spécialités chirurgicales. L'intervention chirurgicale la plus fréquemment pratiquée en France dans chaque spécialité étudiée (hormis la spécialité gynécologique) fait en particulier l'objet d'une analyse.

L'enquête est exhaustive, au travers de ces dix huit indicateurs, sur l'ensemble des établissements chirurgicaux (publics et privés) et sur 20 régions métropolitaines françaises¹. Elle compare l'activité chirurgicale sur trois années entre 1999 et 2001 à partir de l'étude du PMSI. Tous les séjours comportant au moins l'un des actes du Catalogue des Actes Médicaux rattachés à la liste des 18 types d'interventions chirurgicales, à l'exclusion de tout autre acte classant au sens PMSI, sont recensés dans l'étude.

Résultats : Près de 1,5 millions d'interventions concernant huit spécialités chirurgicales sont explorées. Les 18 types d'interventions chirurgicales étudiées représentent en moyenne un tiers de l'activité chirurgicale "classique".

L'étude révèle une augmentation de l'activité chirurgicale de 8% entre 1999 et 2001. Trois interventions chirurgicales (chirurgie de la cataracte, du canal carpien et extractions dentaires) sont responsables de 86% de l'augmentation du nombre d'interventions entre 1999 et 2001.

Cette étude confirme, par ses aspects quantitatifs et évolutifs, plusieurs constats déjà révélés par l'enquête nationale de l'Assurance maladie sur la chirurgie ambulatoire.

Une ligne de "fracture" se matérialise entre ceux qui ont développé l'ambulatoire et ceux qui ne l'ont pas fait, donc entre le secteur privé sous Objectif Quantifié National et le secteur public et privé sous Dotation Globale. En effet, d'une part, 80% de l'augmentation de l'activité chirurgicale entre 1999 et 2001 provient du secteur privé sous OQN contre 20% pour le public et privé sous DG et, d'autre part, l'augmentation de l'activité chirurgicale s'explique principalement par le développement de l'ambulatoire.

¹ L'ensemble des régions métropolitaines est représentée à l'exception des régions Bretagne et Corse (données non disponibles)

La part de marché du secteur public, déjà faible au niveau de cette chirurgie "classique" (26%), évolue défavorablement sur la période étudiée confirmant le parallélisme et l'articulation entre "chute de parts de marché chirurgicales en ambulatoire et en hospitalisation traditionnelle" et "moindre développement de la chirurgie ambulatoire".

Cette ligne de "fracture" se retrouve à tous les niveaux étudiés : national, régional, grands groupes hospitaliers publics, spécialités chirurgicales. On peut légitimement s'interroger si un établissement, qui n'a pas développé l'ambulatoire alors qu'il en possède le potentiel, met en jeu à court ou moyen terme son activité chirurgicale programmée.

Le secteur public apparaît en position prédominante uniquement sur trois types d'interventions chirurgicales étudiées (chirurgie testiculaire, hernies de l'enfant et cœlioscopies gynécologiques), et ce, sur des effectifs faibles (moins de 13 000 actes annuels).

A l'inverse, le secteur privé est prédominant sur les quinze autres types d'interventions chirurgicales explorées avec une situation dominante (plus de 70% des parts de marché) sur la chirurgie du canal carpien, de la maladie de Dupuytren et des hernies sous cœlioscopie et une situation très dominante (près de 80% des parts de marché) sur les cinq interventions chirurgicales les plus fréquentes (chirurgie des varices, de la cataracte, adénoïdectomie et amygdalectomie, arthroscopie du genou, extractions dentaires), et ce, sur des effectifs très importants (entre 110 000 et 390 000 actes annuels).

Le marché de la santé, pour ce qui concerne la chirurgie "classique", apparaît de plus en plus comme un marché avec une position dominante du secteur privé sur les interventions chirurgicales les plus fréquentes. Une situation de monopole du secteur privé se met en place avec le risque d'une disparition de la chirurgie programmée pour le secteur public.

Une véritable révolution culturelle semble devoir être menée dans le secteur public où les notions d'organisation plus optimale, de développement de la chirurgie ambulatoire ou d'accroissement de la productivité seraient partagées avec le secteur privé.

1. Introduction

80 % de l'activité chirurgicale française est représentée par les interventions dites "classiques" ou "de proximité" qui relèvent d'une prise en charge programmée et non réalisée dans le cadre d'une urgence. Les 20% restants correspondent à l'activité d'urgence et à l'activité dite "de recours" c'est à dire la chirurgie "lourde" nécessitant des compétences et des plateaux techniques très spécialisés et éventuellement associée à une démarche de recherche voire d'enseignement.

L'étude s'intéresse à l'évolution de la chirurgie française "classique" à travers le prisme d'une liste limitée mais significative de 18 types d'interventions chirurgicales constituant autant d'indicateurs de cette chirurgie. L'activité chirurgicale "classique" est notamment étudiée par rapport à son mode de prise en charge : hospitalisation traditionnelle ou complète (durée supérieure à un jour) et ambulatoire. Les interventions chirurgicales ciblées dans le rapport peuvent toutes relever d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire à condition que l'hôpital ou la clinique soit organisé en conséquence et reposant sur une sélection des patients à partir de critères médicaux, psychosociaux et environnementaux. L'étude a donc eu pour objectif d'apprécier le lien entre évolution des parts de marché chirurgicales et développement de la chirurgie ambulatoire.

La plupart des spécialités chirurgicales sont représentées dans cette liste de 18 types d'interventions chirurgicales : orthopédie, ophtalmologie, maxillo-facial, ORL, chirurgie vasculaire, infantile, générale et digestive, gynécologique.

Cette liste limitée mais significative explore près de 1,5 millions d'interventions chirurgicales françaises.

L'enquête est exhaustive, au travers de ces dix huit indicateurs, sur l'ensemble des établissements chirurgicaux (publics et privés) et sur 20 régions métropolitaines françaises². Elle compare l'activité chirurgicale sur trois années entre 1999 et 2001 à partir de l'étude du PMSI.

² L'ensemble des régions métropolitaines est représentée à l'exception des régions Bretagne et Corse (données non disponibles)

2.

Méthodes

2.1 Choix d'une liste limitée mais significative d'actes chirurgicaux

Afin de pister les 80% d'activité chirurgicale "classique", une liste limitée mais significative de 18 types d'interventions chirurgicales a été choisie. Initialement conçue pour identifier le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire dans le cadre de l'enquête nationale de l'assurance maladie sur la chirurgie ambulatoire, cette liste a permis secondairement d'appréhender l'ensemble de la chirurgie "classique", qu'elle soit prise en charge de manière traditionnelle ou ambulatoire.

Cette liste d'actes significatifs dérive d'une liste internationale d'actes chirurgicaux publiée dès 1995 par l'Association Internationale de Chirurgie Ambulatoire pour répondre à une demande de l'OCDE de pouvoir comparer les pratiques chirurgicales entre les différents pays de l'OCDE³.

Chacune des huit spécialités chirurgicales est explorée au travers de l'étude d'une ou de plusieurs interventions chirurgicales caractéristiques de la chirurgie "classique" (exemple de la chirurgie orthopédique représentée au travers de la chirurgie du canal carpien, de la maladie de Dupuytren et de l'arthroscopie du genou diagnostique et thérapeutique).

Cette liste limitée mais significative d'actes chirurgicaux comporte, pour chaque spécialité explorée, à la fois, l'intervention chirurgicale la plus fréquemment pratiquée en France (hormis la chirurgie gynécologique) avec plus de 100 000 interventions annuelles (chirurgie de la cataracte, des varices, arthroscopies du genou, cures de hernies abdominales, amygdalectomies, extractions dentaires) et, à la fois, des techniques chirurgicales innovantes amenées à se développer à l'avenir (exemple des 33 000 cures de hernie inguinale avec prothèse sous cœlioscopie).

2.2 Liste des 18 types d'interventions chirurgicales étudiées

Arthroscopie du genou, diagnostique ou thérapeutique
Extractions dentaires
Chirurgie de la cataracte
Chirurgie des varices
Adénoïdectomies et/ou Amygdalectomies
Chirurgie du strabisme
Chirurgie ORL
Chirurgie du sein
Chirurgie anale hors destruction de tumeur anale
Destruction de tumeurs anales
Phimosi s âge < 15ans
Maladie de Dupuytren
Décompression du nerf médian au canal carpien
Chirurgie testiculaire âge < 15ans
Cœlioscopies gynécologiques
Hernies unilatérales ouvertes de l'adulte âge > 14ans
Cures de Hernies sous cœlioscopie
Hernies de l'enfant âge < 15ans

³ LATHOUWER C. de, POUILLIER J. P., "How much ambulatory surgery in the world in 1996-97 and trends?", *Ambulatory surgery* 8 (2000)

2.3 Champ de l'étude

Le champ de l'étude comporte tous les établissements de statut public et privé de l'ensemble des régions métropolitaines, à l'exception des régions Bretagne et Corse, qui ont réalisé au moins un type d'intervention chirurgicale, parmi la liste des 18, en hospitalisation traditionnelle ou en chirurgie ambulatoire, et retrouvé dans les bases PMSI.

2.4 Bases informationnelles étudiées

Tous les séjours comportant au moins l'un des actes du Catalogue des Actes Médicaux rattachés à la liste des 18 types d'interventions chirurgicales, à l'exclusion de tout autre acte classant au sens PMSI, sont recensés dans l'étude.

Les sources d'information étudiées sont les bases PMSI des années 1999 et 2001.

Les données PMSI 1999 résultent des travaux nationaux effectués sur les bases nationales constituées dans le cadre de l'enquête du Programme National Inter Régimes sur la chirurgie ambulatoire.

Les données PMSI 2001 résultent des travaux effectués dans 20 régions françaises par les Caisses Régionales d'Assurance Maladie dans le cadre d'une actualisation des données de l'enquête nationale sur la chirurgie ambulatoire.

2.5 Logistique

Les traitements d'exploitation des données ont été effectués au moyen du logiciel SAS.

3.

Résultats

N.B 1 : La notion de secteur public ou privé dans ce document s'entend selon le mode de financement :

- ❑ *le secteur public correspond au secteur sous Dotation Globale (établissements publics et privés participant au service public hospitalier : CHR, CH, CLCC, cliniques sous dotation globale)*
- ❑ *le secteur privé correspond au secteur sous Objectif Quantifié National (établissements privés ne participant pas au service public : cliniques sous OQN à but non lucratif et cliniques sous OQN à but lucratif).*

N.B 2 : La notion d'interventions chirurgicales totales se comprend comme étant la somme des interventions en hospitalisation traditionnelle et en ambulatoire.

3.1

Evolution nationale de l'activité et des parts de marché

Le nombre d'interventions chirurgicales totales étudiées (traditionnelles + ambulatoires) augmente de 8% entre 1999 et 2001 soit une évolution annuelle de plus de 50 000 interventions chirurgicales. Cette augmentation est plus prononcée au niveau du secteur privé (9% dans le privé contre 6% dans le public). 37% de ces interventions chirurgicales sont réalisées en ambulatoire en 2001 contre 63% en hospitalisation traditionnelle (en augmentation de 4% en deux ans).

L'augmentation du nombre d'interventions chirurgicales totales est surtout liée à la très forte augmentation en ambulatoire (21%). Cette augmentation du nombre d'interventions chirurgicales en ambulatoire est nettement plus prononcée au niveau du secteur privé (23% dans le privé contre 14% dans le public). La part de la chirurgie ambulatoire dans le total augmente entre deux et trois fois plus vite dans le privé que dans le public (de 35% à 40% dans le privé et de 28% à 30% dans le public soit +5% dans le privé contre +2% dans le public). Le nombre d'interventions chirurgicales supplémentaires entre 1999 et 2001 est réalisé dans 66% des cas en ambulatoire dans le public et dans 93% des cas en ambulatoire dans le privé.

Le secteur public a, au niveau des interventions chirurgicales étudiées, une part de marché de 26,4 % contre 73,6% dans le privé. Le secteur public perd des parts de marché entre 1999 et 2001 en nombre d'interventions chirurgicales totales (-0,5%) et surtout ambulatoires (-1,2%). Sur les 50 000 nouvelles interventions chirurgicales annuelles, le secteur privé a en capté près de 80%. La chute des parts de marché du public en ambulatoire (-1,2%) n'est pas compensée par la faible augmentation des parts de marché en hospitalisation traditionnelle (0,4%). Un parallélisme apparaît donc entre "chute de parts de marché chirurgicales" et "faible développement de la chirurgie ambulatoire".

TOTAL INTERVENTIONS CHIRURGICALES SECTEUR DG				
	Total	ambulatoire	traditionnelle	% d'ambulatoire (ambu / total)
Source AM 1999	351576	97206	254370	28%
Source AM 2001	372736	111287	261449	30%
différentiel 2001/1999	21160	14081	7079	67%
différentiel en %	6%	14%	3%	

TOTAL INTERVENTIONS CHIRURGICALES SECTEUR OQN				
	Total	ambulatoire	traditionnelle	% d'ambulatoire (ambu / total)
Source AM 1999	955984	338369	617615	35%
Source AM 2001	1040026	416639	623387	40%
différentiel 2001/1999	84042	78270	5772	93%
différentiel en %	9%	23%	1%	

TOTAL INTERVENTIONS CHIRURGICALES DG + OQN				
	Total	ambulatoire	traditionnelle	% d'ambulatoire (ambu / total)
Source AM 1999	1307560	435575	871985	33%
Source AM 2001	1412762	527926	884836	37%
différentiel 2001/1999	105202	92351	12851	88%
différentiel en %	8%	21%	1%	

PARTS DE MARCHÉ DU SECTEUR DG			
	part de marché du DG au niveau du total	part de marché du DG au niveau de l'ambulatoire	part de marché du DG au niveau de l'hospitalisation traditionnelle
1999	26,9%	22,3%	29,2%
2001	26,4%	21,1%	29,5%
différentiel 2001/1999	-0,5%	-1,2%	0,4%

Source CNAMTS (AM : assurance maladie)

3.2

Evolutions régionales de l'activité et des parts de marché

On observe trois profils d'évolution régionale (cf. page 16) :

- Diminution de l'activité chirurgicale (4 régions)
- Augmentation modérée (moins de 15%) de l'activité chirurgicale (13 régions)
- Augmentation forte (plus de 20%) de l'activité chirurgicale (3 régions)

Les quatre régions concernées par une diminution de leur activité chirurgicale sont les régions Poitou Charente, Midi Pyrénées, Limousin et Auvergne. Cette diminution évolue entre -1% et -8%. Elle est liée à une diminution de l'activité en hospitalisation traditionnelle (entre -8% et -19%).

Les treize régions qui voient leur activité chirurgicale augmenter de moins de 15% sont les régions : Ile de France, Champagnes Ardennes, PACA, Haute et Basse Normandie, Pays de Loire, Aquitaine, Centre, Nord Pas de Calais, Lorraine, Bourgogne, Franche Comté et Languedoc Roussillon. Elles observent, à une exception près (Basse Normandie), une augmentation nettement plus soutenue de l'ambulatoire (de +8% à +38%) que de l'hospitalisation traditionnelle (qui diminue même dans 60% des cas entre -1% et -8%).

Les trois régions concernées par une augmentation de plus de 20% de leur activité chirurgicale sont les régions Picardie, Alsace, et Rhône Alpes. Cette évolution est liée à des augmentations importantes du nombre d'interventions chirurgicales à la fois en ambulatoire (de +18% à +65%) et en hospitalisation traditionnelle (+20% à +30%).

Une première ligne de "fracture" apparaît entre les régions qui ont développé l'ambulatoire et celles qui ne l'ont pas fait. Sans préjuger de l'éventuelle participation d'autres facteurs explicatifs à l'origine de ces disparités d'évolutions (évolution démographique, ...), un parallélisme apparaît entre le développement, d'une part, de l'activité chirurgicale globale et, d'autre part, de l'ambulatoire. Il semble, que plus une région développe son activité ambulatoire, plus ce développement impacte favorablement son activité chirurgicale traditionnelle. En d'autres termes, les régions qui ont négligé leur potentiel de développement de chirurgie ambulatoire ont sur la durée remis en cause également leur chirurgie en hospitalisation complète.

Des variations importantes d'activité - à la hausse comme à la baisse - ont été constatées dans certaines régions entre 1999 et 2001. Ces variations importantes nous ont amenés à procéder à des validations supplémentaires en croisant avec d'autres sources d'information (données SAE régionales, validation supplémentaire au niveau des régions...). Plusieurs hypothèses peuvent être émises pour expliquer ces variations : accroissement de la demande par vieillissement de la population, évolution des techniques chirurgicales, flux populationnels inter-régionaux avec une attractivité plus importante de certaines régions, évolution de la demande liée à un effet CMU, modification des pratiques du codage PMSI, évolution de l'exhaustivité des données recueillies, effet limitant des quotas d'activité, évolution des pratiques de facturation, transfert d'activité du cabinet libéral vers l'hôpital, variation de l'offre de soins...

Evolutions régionales de l'activité chirurgicale entre 1999 et 2001
au niveau des 18 types d'interventions chirurgicales

TOTAL région Ile de France				TOTAL région PACA			
	Total	ambulatoire	traditionnelle		Total	ambulatoire	traditionnelle
différentiel 2001/1999 en %	3%	19%	-5%	différentiel 2001/1999 en %	1%	14%	-8%

TOTAL région Champagnes Ardennes				TOTAL région Alsace			
	Total	ambulatoire	traditionnelle		Total	ambulatoire	traditionnelle
différentiel 2001/1999 en %	1%	15%	-3%	différentiel 2001/1999 en %	33%	65%	22%

TOTAL région Picardie				TOTAL région Franche Comté			
	Total	ambulatoire	traditionnelle		Total	ambulatoire	traditionnelle
différentiel 2001/1999 en %	23%	28%	20%	différentiel 2001/1999 en %	12%	24%	9%

TOTAL région Ht Normandie				TOTAL région Pays de Loire			
	Total	ambulatoire	traditionnelle		Total	ambulatoire	traditionnelle
différentiel 2001/1999 en %	9%	24%	4%	différentiel 2001/1999 en %	4%	18%	-2%

TOTAL région Bs Normandie				TOTAL région Poitou Charentes			
	Total	ambulatoire	traditionnelle		Total	ambulatoire	traditionnelle
différentiel 2001/1999 en %	2%	-1%	3%	différentiel 2001/1999 en %	-1%	22%	-15%

TOTAL région Centre				TOTAL région Aquitaine			
	Total	ambulatoire	traditionnelle		Total	ambulatoire	traditionnelle
différentiel 2001/1999 en %	4%	19%	-1%	différentiel 2001/1999 en %	7%	17%	1%

TOTAL région Bourgogne				TOTAL région Midi Pyrénées			
	Total	ambulatoire	traditionnelle		Total	ambulatoire	traditionnelle
différentiel 2001/1999 en %	13%	15%	12%	différentiel 2001/1999 en %	-3%	10%	-8%

TOTAL région Nord Pas de Calais				TOTAL région Limousin			
	Total	ambulatoire	traditionnelle		Total	ambulatoire	traditionnelle
différentiel 2001/1999 en %	1%	8%	-3%	différentiel 2001/1999 en %	-8%	12%	-19%

TOTAL région Lorraine				TOTAL région Rhones Alpes			
	Total	ambulatoire	traditionnelle		Total	ambulatoire	traditionnelle
différentiel 2001/1999 en %	5%	38%	-7%	différentiel 2001/1999 en %	32%	40%	28%

TOTAL région Languedoc Roussillon				TOTAL région Auvergne			
	Total	ambulatoire	traditionnelle		Total	ambulatoire	traditionnelle
différentiel 2001/1999 en %	8%	23%	-0,3%	différentiel 2001/1999 en %	-1%	38%	-13%

Source CNAMTS

Concomitamment, il apparaît une deuxième ligne de "fracture" entre le secteur public et privé (cf. pages 18 et 19).

Dans 60% des régions, le nombre d'interventions chirurgicales totales publiques diminue (jusqu'à 31%) alors qu'il augmente dans 40% des régions (augmentation entre 6 et 50%). A l'inverse, le nombre d'interventions chirurgicales totales privées ne diminue que dans 15% des régions (diminution entre 3 et 9%) alors qu'il augmente dans 85% des régions (jusqu'à 35%).

Dans 12 régions, la chute du nombre d'interventions chirurgicales totales publiques concerne principalement le nombre d'interventions en hospitalisation traditionnelle (jusqu'à -46%) non compensée en parallèle par un développement de l'ambulatoire. Dans quatre de ces douze régions, la situation apparaît encore plus critique puisque la chute concerne à la fois l'hospitalisation traditionnelle et l'ambulatoire (qui peut chuter jusqu'à 18%).

Dans 16 régions, les parts de marché chirurgicales du public évoluent défavorablement avec :

- une diminution à la fois au niveau de l'hospitalisation traditionnelle (chute des parts de marché entre -1% et -9%) et de l'ambulatoire (chute jusqu'à -5%) dans 11 régions,
- une diminution des parts de marché de l'hospitalisation traditionnelle non compensée totalement par une évolution positive en parallèle de l'ambulatoire dans 3 régions,
- une diminution des parts de marché de l'ambulatoire et une augmentation de l'hospitalisation traditionnelle dans 2 régions.

Les 4 régions qui ont des parts de marché chirurgicales totales du public en augmentation, ont une évolution favorable à la fois sur la chirurgie traditionnelle et ambulatoire.

Une deuxième ligne de "fracture" apparaît donc entre le public et le privé. La différence d'évolution entre le public et le privé apparaît très contrastée puisqu'on observe une augmentation des interventions chirurgicales totales dans le privé dans 85% des régions et une diminution des interventions chirurgicales totales dans le public dans 60% des régions. L'évolution défavorable des parts de marché du public au niveau national se retrouve au niveau des régions puisque 80% des régions françaises voient leur part de marché du public diminuer. Cette diminution concerne le plus souvent à la fois la chirurgie traditionnelle et l'ambulatoire confirmant l'articulation étroite entre l'évolution de la chirurgie ambulatoire et traditionnelle.

Evolutions régionales des parts de marché du secteur sous dotation globale entre 1999 et 2001
au niveau des 18 types d'interventions chirurgicales

	part de marché du secteur sous DG au niveau du total	part de marché du secteur sous DG au niveau de l'ambulatoire	part de marché du secteur sous DG au niveau de l'hospitalisation traditionnelle
région Ile de France			
1999	32,2%	23,3%	37,0%
2001	28,8%	20,7%	34,2%
différentiel 2001/1999	-3,4%	-2,6%	-2,8%

région Champagnes Ardennes			
1999	19,7%	19,3%	19,8%
2001	18,5%	19,6%	18,0%
différentiel 2001/1999	-1,2%	0,3%	-1,8%

région Picardie			
1999	44,6%	42,0%	45,9%
2001	45,1%	38,3%	48,7%
différentiel 2001/1999	0,4%	-3,7%	2,7%

région Haute Normandie			
1999	17,6%	25,1%	15,0%
2001	17,1%	23,5%	14,4%
différentiel 2001/1999	-0,5%	-1,6%	-0,5%

région Basse Normandie			
1999	26,4%	23,6%	27,5%
2001	22,7%	19,6%	24,0%
différentiel 2001/1999	-3,6%	-4,0%	-3,5%

région Centre			
1999	21,4%	23,5%	20,6%
2001	20,3%	22,6%	19,2%
différentiel 2001/1999	-1,1%	-1,0%	-1,4%

région Bourgogne			
1999	25,2%	16,7%	30,2%
2001	27,5%	18,0%	32,8%
différentiel 2001/1999	-2,2%	-0,4%	-3,1%

région Nord Pas de Calais			
1999	24,7%	18,7%	28,8%
2001	23,8%	17,0%	28,9%
différentiel 2001/1999	-0,9%	-1,7%	0,1%

région Lorraine			
1999	41,3%	44,0%	40,4%
2001	38,0%	40,0%	36,9%
différentiel 2001/1999	-3,4%	-4,0%	-3,5%

Source CNAMTS

Evolutions régionales des parts de marché du secteur sous dotation globale entre 1999 et 2001
au niveau des 18 types d'interventions chirurgicales

	part de marché du secteur sous DG au niveau du total	part de marché du secteur sous DG au niveau de l'ambulatoire	part de marché du secteur sous DG au niveau de l'hospitalisation traditionnelle
région Languedoc Roussillon			
1999	15,5%	14,6%	16,1%
2001	14,3%	11,6%	16,3%
différentiel 2001/1999	-1,2%	-3,0%	0,2%
région PACA			
1999	26,5%	21,1%	30,3%
2001	33,8%	22,3%	44,1%
différentiel 2001/1999	7,4%	1,2%	13,8%
région Alsace			
1999	56,4%	58,0%	55,8%
2001	58,8%	55,4%	60,4%
différentiel 2001/1999	2,4%	-2,6%	4,7%
région Franche Comté			
1999	41,7%	32,4%	44,0%
2001	48,1%	35,3%	51,4%
différentiel 2001/1999	-1,7%	-0,3%	-1,8%
région Pays de Loire			
1999	18,8%	18,4%	19,0%
2001	16,5%	14,4%	17,7%
différentiel 2001/1999	-2,3%	-4,0%	-1,3%
région Poitou Charentes			
1999	22,6%	24,4%	21,6%
2001	16,4%	19,6%	13,8%
différentiel 2001/1999	-6,2%	-4,7%	-7,8%
région Aquitaine			
1999	20,2%	16,2%	22,3%
2001	18,8%	16,5%	20,2%
différentiel 2001/1999	-1,4%	0,3%	-2,1%
région Midi Pyrénées			
1999	19,7%	15,8%	21,1%
2001	20,1%	16,3%	21,8%
différentiel 2001/1999	0,4%	0,5%	0,6%
région Limousin			
1999	23,6%	15,5%	27,6%
2001	20,0%	16,1%	22,6%
différentiel 2001/1999	-3,7%	0,6%	-5,1%
région Rhône Alpes			
1999	26,2%	19,5%	29,8%
2001	24,7%	17,3%	29,0%
différentiel 2001/1999	-1,5%	-2,2%	-0,8%
région Auvergne			
1999	24,1%	18,6%	25,9%
2001	16,7%	15,6%	17,3%
différentiel 2001/1999	-7,4%	-3,1%	-8,6%

Source CNAMTS

3.3

Evolution de l'activité et des parts de marché des grands groupes hospitaliers publics

Assistance Publique des Hôpitaux de Paris⁴

Les données de l'assurance maladie (1999 et 2001) ont été complétées par des données 2002 fournies par l'AP-HP dans le cadre d'un groupe de travail CNAMTS/AP-HP au cours du 1^{er} semestre 2004.

On observe au niveau de l'AP-HP une diminution de 19 % du nombre d'interventions chirurgicales entre 1999 et 2002. Cette chute concerne principalement le nombre d'interventions en hospitalisation traditionnelle (-25 %), non compensée en parallèle par un développement de la chirurgie ambulatoire (- 1 %). Cette baisse apparaît plus soutenue entre 2001 et 2002 qu'entre 1999 et 2001 (- 13 % contre - 8 % en taux annualisé).

La part de la chirurgie ambulatoire dans le total augmente entre 1999 et 2002 de 5%. Cette augmentation est plus soutenue entre 2001 et 2002 qu'entre 1999 et 2001.

L'AP HP perd des parts de marché entre 1999 et 2001 au niveau de la région Ile de France:

- ❑ *au niveau des interventions totales, chute de -1% pour l'APHP par rapport au public et de -2.5% par rapport au privé;*
- ❑ *au niveau de l'ambulatoire, chute de -2.7% pour l'AP-HP par rapport au public et de - 1.9% par rapport au privé;*
- ❑ *au niveau de l'hospitalisation traditionnelle, chute de -0.4% pour l'AP-HP par rapport au public et de -2,2% par rapport au privé;*

Assistance Publique Hôpitaux Paris				
	Total	ambulatoire	traditionnelle	% d'ambulatoire (ambu / total)
Source AM 1999	22467	5570	16897	25%
Source AM 2001	19969	5344	14625	27%
Source APHP 2002	18233	5503	12730	30%
différentiel 2001/1999	-11%	-4%	-13%	
différentiel 2002/1999	-19%	-1%	-25%	

source CNAMTS et AP-HP

	Parts de marché Assistance Publique Hôpitaux Paris		
	par rapport au secteur public IdF au niveau du total	par rapport au secteur privé IdF au niveau du total	par rapport au secteur public et privé IdF au niveau du total
Source AM 1999	29,7%	14,1%	9,6%
Source AM 2001	28,6%	11,6%	8,3%
différentiel 2001/1999	-1,0%	-2,5%	-1,3%
	par rapport au secteur public IdF au niveau de l'ambulatoire	par rapport au secteur privé IdF au niveau de l'ambulatoire	par rapport au secteur public et privé IdF au niveau de l'ambulatoire
Source AM 1999	29,5%	9,0%	6,9%
Source AM 2001	26,8%	7,0%	5,6%
différentiel 2001/1999	-2,7%	-1,9%	-1,3%
	par rapport au secteur public IdF au niveau de l'hosp. traditionnelle	par rapport au secteur privé IdF au niveau de l'hosp. traditionnelle	par rapport au secteur public et privé IdF au niveau de l'hosp. traditionnelle
Source AM 1999	29,7%	17,4%	11,0%
Source AM 2001	29,4%	15,3%	10,1%
différentiel 2001/1999	-0,4%	-2,2%	-0,9%

source CNAMTS

⁴ en 2001, 4466 lits de chirurgie et 109 places d'ambulatoire étaient autorisés avec un ratio places/lits de 2.4%

Hospices Civils de Lyon⁵

On observe au niveau des HCL une augmentation de 17% du nombre d'interventions chirurgicales totales mais seulement de 3% en ambulatoire.

La part de la chirurgie ambulatoire dans le total diminue entre 1999 et 2001 (de 24% à 21%).

Les HCL, bien qu'ils augmentent leur nombre d'interventions chirurgicales totales, perdent des parts de marché au niveau de la région Rhône Alpes :

- ❑ *au niveau des interventions totales, chute de -1.4% pour les HCL par rapport au public et de -1.1% par rapport au privé;*
- ❑ *au niveau de l'ambulatoire, chute de -3.6% pour les HCL par rapport au public et de -1.4% par rapport au privé;*
- ❑ *au niveau de l'hospitalisation traditionnelle, chute de -0.6% pour les HCL par rapport au public et de -0.6% par rapport au privé;*

Hospices Civils Lyon				
	Total	ambulatoire	traditionnelle	% d'ambulatoire (ambu / total)
Source AM 1999	7910	1866	6044	24%
Source AM 2001	9247	1921	7326	21%
différentiel 2001/1999	17%	3%	21%	

source CNAMTS

	Parts de marché Hospices Civils de Lyon		
	par rapport au secteur public RA au niveau du total	par rapport au secteur privé RA au niveau du total	par rapport au secteur public et privé RA au niveau du total
Source AM 1999	22,8%	8,1%	6,0%
Source AM 2001	21,4%	7,0%	5,3%
différentiel 2001/1999	-1,4%	-1,1%	-0,7%
	par rapport au secteur public RA au niveau de l'ambulatoire	par rapport au secteur privé RA au niveau de l'ambulatoire	par rapport au secteur public et privé RA au niveau de l'ambulatoire
Source AM 1999	20,8%	5,0%	4,0%
Source AM 2001	17,2%	3,6%	3,0%
différentiel 2001/1999	-3,6%	-1,4%	-1,1%
	par rapport au secteur public RA au niveau de l'hosp. traditionnelle	par rapport au secteur privé RA au niveau de l'hosp. traditionnelle	par rapport au secteur public et privé RA au niveau de l'hosp. traditionnelle
Source AM 1999	23,5%	10,0%	7,0%
Source AM 2001	22,8%	9,3%	6,6%
différentiel 2001/1999	-0,6%	-0,6%	-0,4%

source CNAMTS

⁵ en 2001, 1275 lits de chirurgie et 9 places d'ambulatoire étaient autorisés avec un ratio places/lits de 0.7%

Assistance Publique de Marseille⁶

On observe au niveau de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille une augmentation de 48% du nombre d'interventions chirurgicales totales, soit 132% en ambulatoire et 31% en hospitalisation complète.

La part de la chirurgie ambulatoire dans le total augmente entre 1999 et 2001 (de 17% à 27%). L'Assistance Publique de Marseille comble son retard de départ par rapport aux autres grands groupes hospitaliers publics.

L'AP de Marseille augmente ses parts de marché au niveau de la région PACA :

- ❑ *au niveau des interventions totales, augmentation de +2.3% pour l'APM par rapport au public et de +3.5% par rapport au privé;*
- ❑ *au niveau de l'ambulatoire, augmentation de +7.3% pour l'APM par rapport au public et de +2.3% par rapport au privé;*
- ❑ *au niveau de l'hospitalisation traditionnelle, chute de -0.4% de l'APM par rapport au public et augmentation de +6.4% par rapport au privé;*

Assistance Publique Marseille				
	Total	ambulatoire	traditionnelle	% d'ambulatoire (ambu / total)
Source AM 1999	4876	837	4039	17%
Source AM 2001	7229	1944	5285	27%
différentiel 2001/1999	48%	132%	31%	

Source CNAMTS

Parts de marché Assistance Publique de Marseille			
	par rapport au secteur public PACA au niveau du total	par rapport au secteur privé PACA au niveau du total	par rapport au secteur public et privé PACA au niveau du total
Source AM 1999	15,2%	5,5%	4,0%
Source AM 2001	17,5%	9,0%	5,9%
différentiel 2001/1999	2,3%	3,5%	1,9%
	par rapport au secteur public PACA au niveau de l'ambulatoire	par rapport au secteur privé PACA au niveau de l'ambulatoire	par rapport au secteur public et privé PACA au niveau de l'ambulatoire
Source AM 1999	7,9%	2,1%	1,7%
Source AM 2001	15,2%	4,4%	3,4%
différentiel 2001/1999	7,3%	2,3%	1,7%
	par rapport au secteur public PACA au niveau de l'hosp. traditionnelle	par rapport au secteur privé PACA au niveau de l'hosp. traditionnelle	par rapport au secteur public et privé PACA au niveau de l'hosp. traditionnelle
Source AM 1999	18,9%	8,2%	5,7%
Source AM 2001	18,5%	14,6%	8,2%
différentiel 2001/1999	-0,4%	6,4%	2,4%

Source CNAMTS

En conclusion, les trois plus grands groupes hospitaliers publics observent des évolutions différentes: d'une part, l'AP-HP et les HCL qui perdent des parts de marché dans leurs régions tant au niveau de l'hospitalisation traditionnelle qu'en ambulatoire et, d'autre part, l'AP de Marseille, qui avec le ratio "places de chirurgie ambulatoire/lits de chirurgie" le plus élevé des trois (3.5% pour l'AP de Marseille contre 0.7% pour les HCL et 2.4% pour l'AP-HP) a développé l'ambulatoire et a augmenté ses parts de marché chirurgicales pour rejoindre la moyenne de prise en charge ambulatoire des grands groupes hospitaliers publics.

⁶ en 2001, 1258 lits de chirurgie et 45 places d'ambulatoire étaient autorisés avec un ratio places/lits de 3.5%

Les autres CHU⁷

Les autres CHU ont une évolution plus contrastée : ils développent leur activité chirurgicale totale à un moindre rythme que l'ensemble du secteur public (+2% contre +6% pour le secteur public), ils voient leur activité traditionnelle décliner (-3% contre +3% pour le secteur public), ils développent plus fortement l'ambulatoire (+17% contre +14% pour le secteur public).

TOTAL CHU (hors AP-HP, HCL et AP Marseille)				
	Total	ambulatoire	traditionnelle	% d'ambulatoire (ambu / total)
Source AM 1999	54048	13391	40657	25%
Source AM 2001	54862	15606	39256	28%
différentiel 2001/1999	2%	17%	-3%	

Source CNAMTS

Parts de marché autres CHU			
	par rapport au secteur public 20 régions au niveau du total	par rapport au secteur privé 20 régions au niveau du total	par rapport au secteur public et privé 20 régions au niveau du total
Source AM 1999	15,4%	5,7%	4,1%
Source AM 2001	14,7%	5,3%	3,9%
différentiel 2001/1999	-0,6%	-0,4%	-0,2%
	par rapport au secteur public 20 régions au niveau de l'ambulatoire	par rapport au secteur privé 20 régions au niveau de l'ambulatoire	par rapport au secteur public et privé 20 régions au niveau de l'ambulatoire
Source AM 1999	13,8%	4,0%	3,1%
Source AM 2001	14,0%	3,7%	3,0%
différentiel 2001/1999	0,2%	-0,2%	-0,1%
	par rapport au secteur public 20 régions au niveau de l'hosp. traditionnelle	par rapport au secteur privé 20 régions au niveau de l'hosp. traditionnelle	par rapport au secteur public et privé 20 régions au niveau de l'hosp. traditionnelle
Source AM 1999	16,0%	6,6%	4,7%
Source AM 2001	15,0%	6,3%	4,4%
différentiel 2001/1999	-0,9%	-0,3%	-0,2%

Source CNAMTS

Les autres CHU observent une évolution contrastée en développant plus l'ambulatoire que le reste du secteur public (+0.2%) mais ils perdent des parts de marché chirurgicales par rapport au reste du public (-0.6% au niveau des interventions totales et -0.9% au niveau de l'hospitalisation traditionnelle) et par rapport au privé (-0.2 à -0.4%).

⁷ en 2001, la moyenne nationale du ratio places/lits autorisés des CHU était de 2.1% contre 3.2% pour l'ensemble du champ Dotation Globale

3.4

Evolution de l'activité et des parts de marché des spécialités chirurgicales

3.4.1 Evolution de la chirurgie ophtalmologique

L'évolution de la chirurgie ophtalmologique "classique" est vue au travers de deux types d'interventions chirurgicales : chirurgie de la cataracte et du strabisme.

Chirurgie de la cataracte⁸ :

En 2001, près de 400 000 interventions chirurgicales de la cataracte ont été pratiquées, ce qui en fait l'intervention chirurgicale française la plus fréquente. Du fait d'un vieillissement de la population, la chirurgie de la cataracte augmente de 17% entre 1999 et 2001, ce qui la place au 3^{ème} rang en pourcentage d'augmentation des interventions chirurgicales (après la chirurgie du canal carpien et les coélioscopies gynécologiques avec respectivement 37% et 23% d'augmentation). Elle explose en ambulatoire (près de 145 000 en 2001 soit +52% par rapport à 1999) tout en étant encore majoritairement réalisée en chirurgie traditionnelle (près des 2/3).

Seulement 21,3% des interventions chirurgicales de la cataracte sont réalisées en secteur public, les parts de marché du public diminuent tant globalement (-0.9%) qu'au niveau de l'ambulatoire (-0.7%). Le secteur privé est en position de quasi-monopole en ambulatoire avec près de 85% des cataractes opérées.

La chirurgie de la cataracte est la deuxième intervention chirurgicale majoritairement réalisée dans le privé (après les extractions dentaires) puisque près de 4 interventions sur 5 relèvent du privé. Près de 224 000 cataractes supplémentaires annuelles sont opérées dans le privé.

La chirurgie de la cataracte est la première intervention chirurgicale française. Le secteur privé a une situation de quasi-monopole (près de 79%) avec une tendance à l'accélération du processus. En ambulatoire, la part de marché du privé est proche de 85%.

cataracte			
	Total	ambulatoire	traditionnelle
Source AM 1999	332498	94576	237922
Source AM 2001	390130	144104	246026
différentiel 2001/1999	57632	49528	8104
différentiel en %	17%	52%	3%

Source CNAMTS

	part de marché DG total	part de marché DG ambulatoire	part de marché DG traditionnelle
cataracte			
1999	22,2%	15,3%	25,0%
2001	21,3%	14,6%	25,3%
différentiel 2001/1999	-0,9%	-0,7%	0,3%

⁸ la chirurgie de la cataracte correspond aux codes CdAM

H476	Extraction intracapsulaire du cristallin par voie supérieure
H477	Extraction intracapsulaire du cristallin par voie autre que supérieure
H478	Autres extractions intracapsulaires du cristallin
H485	Extraction extracapsulaire du cristallin par la technique d'aspiration simple et d'irrigation
H490	Phako-émulsification et aspiration de cataracte
H491	Phako-fragmentation mécanique et aspiration de cataracte par voie antérieure
H492	Phako-fragmentation mécanique et aspiration de cataracte par voie postérieure
H493	Phako-fragmentation mécanique et autre aspiration de cataracte
H496	Autres extractions extracapsulaires du cristallin
H504	Excision de membrane secondaire après cataracte
H505	Fragmentation mécanique de membrane secondaire après cataracte
H506	Autres extractions de cataracte
H511	Insertion de cristallin artificiel de chambre antérieure au moment d'une extraction de cataracte en un temps
H512	Insertion secondaire de cristallin artificiel de chambre antérieure
H513	Phako-exérèse S.A.I.
H514	Insertion de cristallin artificiel de chambre postérieure au moment d'une extraction de cataracte en un temps
H515	Explantation de cristallin artificiel
H516	Insertion secondaire de cristallin artificiel de chambre postérieure

Chirurgie du strabisme⁹ :

En 2001, plus de 11 000 interventions pour strabisme ont été réalisées (légère diminution par rapport à 1999) dont 41.1% dans le public et 18% en ambulatoire. Les parts de marché du public diminuent globalement de 2.8% entre 1999 et 2001, la chute du public en hospitalisation traditionnelle n'étant pas compensée par son développement en ambulatoire (la part de marché du public dans l'ambulatoire a pourtant augmenté de 7.9% mais sur des faibles effectifs).

Les parts de marché du secteur public pour la chirurgie du strabisme (41.1%) diminuent malgré la tendance inverse en ambulatoire (augmentation des parts de marché en ambulatoire de 7.9% mais sur des faibles effectifs).

strabisme			
	Total	ambulatoire	traditionnelle
Source AM 1999	11696	1543	10153
Source AM 2001	11228	2023	9205
différentiel 2001/1999	-468	480	-948
différentiel en %	-4%	31%	-9%

Source CNAMTS

	part de marché DG total	part de marché DG ambulatoire	part de marché DG traditionnelle
strabisme			
1999	43,9%	34,6%	45,3%
2001	41,1%	42,5%	40,8%
différentiel 2001/1999	-2,8%	7,9%	-4,6%

9 Chirurgie du strabisme correspond aux codes CdAM

- H610 Intervention simple sur un seul muscle oculaire
- H611 Intervention sur un oblique
- H612 Myopexie rétro-équatoriale, avec ou sans recul (Cuppers)
- H613 Autres interventions complexes sur un muscle oculaire
- H625 Intervention sur deux muscles droits ou plus : un ou deux yeux
- H630 Intervention complexe sur deux muscles droits ou plus : un ou deux yeux
- H631 Intervention sur deux muscles ou plus comportant au moins un oblique : un ou deux yeux
- H635 Transposition de muscles oculaires
- H650 Autres interventions sur les muscles et tendons oculaires

3.4.2 Evolution de la chirurgie orthopédique

L'évolution de la chirurgie orthopédique "classique" est vue au travers de trois types d'interventions chirurgicales : arthroscopie du genou, chirurgie du canal carpien et de la maladie de Dupuytren.

Arthroscopie du genou diagnostique ou thérapeutique ¹⁰:

En 2001, plus de 130 000 arthroscopies du genou ont été réalisées dont seulement 22.5% dans le public et 30,4% en ambulatoire. Les parts de marché du public diminuent tant en ambulatoire qu'en hospitalisation traditionnelle.

Le secteur privé a une situation de quasi-monopole pour l'arthroscopie du genou (près de 78%) avec une tendance à l'accélération du processus.

arthroscopie genou			
	Total	ambulatoire	traditionnelle
Source AM 1999	127924	35383	92541
Source AM 2001	130944	39822	91122
différentiel 2001/1999	3020	4439	-1419
différentiel en %	2%	13%	-2%

Source CNAMTS

	part de marché DG total	part de marché DG ambulatoire	part de marché DG traditionnelle
arthroscopie genou			
1999	23,2%	22,7%	23,3%
2001	22,5%	22,2%	22,6%
différentiel 2001/1999	-0,7%	-0,5%	-0,7%

¹⁰

Arthroscopie du genou, diagnostique ou thérapeutique correspond aux codes CdAM

- S251 Arthroscopie à visée diagnostique : genou
- S253 Arthroscopie pour réparation simple : ménisque
- W563 Arthroscopie pour autre traitement : genou
- W566 Arthrolyse simple avec ou sans capsulectomie opératoire ou sous arthroscopie : genou
- W822 Arthroscopie pour exérèse de corps étranger du genou ou ménisectomie
- W823 Arthroscopie pour réparation complexe, ligament : genou

Chirurgie du canal carpien¹¹ :

Du fait d'un vieillissement de la population, le nombre d'interventions a augmenté de 31% entre 1999 et 2001 avec 75 000 interventions annuelles. La part de marché du public est faible (27.1%) en légère augmentation mais elle augmente surtout en hospitalisation complète (5.3%) et reste stable en ambulatoire alors que la majorité des interventions chirurgicales relèvent pourtant de l'ambulatoire (près de 79%).

La chirurgie du canal carpien est la seule intervention chirurgicale pour laquelle l'augmentation des parts de marché du secteur public résulte plus d'un développement de l'hospitalisation traditionnelle que de l'ambulatoire. En terme de qualité des soins, on peut s'interroger sur l'opportunité pour le secteur public de développer l'hospitalisation traditionnelle sur cette intervention pour deux raisons : près de 79% de ces actes sont réalisés aujourd'hui en ambulatoire et plus de 88% des patients peuvent bénéficier d'une prise en charge ambulatoire de meilleure qualité d'après les résultats de l'enquête nationale sur la chirurgie ambulatoire¹² .

canal carpien			
	Total	ambulatoire	traditionnelle
Source AM 1999	57248	43089	14159
Source AM 2001	74784	58834	15950
différentiel 2001/1999	17536	15745	1791
différentiel en %	31%	37%	13%

Source CNAMTS

	part de marché DG total	part de marché DG ambulatoire	part de marché DG traditionnelle
canal carpien			
1999	26,1%	24,9%	29,7%
2001	27,1%	25,0%	35,0%
différentiel 2001/1999	1,1%	0,1%	5,3%

¹¹ Décompression du nerf médian au canal carpien correspond aux codes CdAM

F581 Décompression du nerf médian au canal carpien

¹² L'enquête « Conditions de développement de la chirurgie ambulatoire » est consultable en ligne sur le site de l'Assurance Maladie : www.ameli.fr, au niveau des "Publications" de la rubrique "Connaître l'Assurance Maladie".

Chirurgie de la maladie de Dupuytren¹³

Du fait d'un vieillissement de la population, le nombre d'interventions a augmenté de 16% entre 1999 et 2001 avec 12 000 interventions annuelles. Plus de 53% des interventions sont réalisées en ambulatoire. La part de marché du public est faible (25.4%) alors qu'elle diminue en hospitalisation complète (-1.9%) et en ambulatoire (-7.1%).

Alors que ces interventions chirurgicales vont augmenter dans les années à venir du fait d'un vieillissement de la population et que plus de 80% peuvent bénéficier d'une prise en charge de meilleure qualité en ambulatoire¹⁴, la part de marché du secteur public s'effondre en ambulatoire (18.7%).

dupuytren			
	Total	ambulatoire	traditionnelle
Source AM 1999	10283	5027	5256
Source AM 2001	11929	6339	5590
différentiel 2001/1999	1646	1312	334
différentiel en %	16%	26%	6%

Source CNAMTS

	part de marché DG total	part de marché DG ambulatoire	part de marché DG traditionnelle
dupuytren			
1999	30,5%	25,8%	35,0%
2001	25,4%	18,7%	33,0%
différentiel 2001/1999	-5,1%	-7,1%	-1,9%

13

Chirurgie de la maladie de Dupuytren correspond aux codes CdAM

- T810 Chirurgie de la maladie de Dupuytren, cure *a minima* par aponévrotomie percutanée
- T811 Chirurgie de la maladie de Dupuytren : aponévrectomie palmo-digitale d'un rayon sauf temps de plastie cutanée éventuelle
- T812 Chirurgie de la maladie de Dupuytren : aponévrectomie palmo-digitale de deux rayons ou plus sauf temps de plastie cutanée éventuelle
- T813 Chirurgie de reprise de la maladie de Dupuytren

¹⁴ L'enquête « Conditions de développement de la chirurgie ambulatoire » est consultable en ligne sur le site de l'Assurance Maladie : www.ameli.fr, au niveau des "Publications" de la rubrique "Connaître l'Assurance Maladie".

3.4.3 Evolution de la chirurgie vasculaire

L'évolution de la chirurgie vasculaire "classique" est vue au travers de la chirurgie des varices.

Chirurgie des varices¹⁵

Plus de 110 000 interventions chirurgicales pour varices sont réalisées chaque année. Seulement 19% des varices sont opérées en ambulatoire. La part de marché du secteur public est faible et évolue défavorablement (de 21.8% en 1999 à 21.1% en 2001). Le secteur public n'augmente ses parts de marché en ambulatoire que de 1.2% alors que le nombre d'interventions chirurgicales ambulatoires augmentent de 13%.

Le secteur privé a une situation de quasi-monopole pour la chirurgie des varices (78.9%) avec une tendance à l'accélération du processus.

varices			
	Total	ambulatoire	traditionnelle
Source AM 1999	105768	18936	86832
Source AM 2001	111356	21371	89985
différentiel 2001/1999	5588	2435	3153
différentiel en %	5%	13%	4%

Source CNAMTS

	part de marché DG total	part de marché DG ambulatoire	part de marché DG traditionnelle
varices			
1999	21,8%	12,0%	24,0%
2001	21,1%	13,2%	23,0%
différentiel 2001/1999	-0,7%	1,2%	-0,9%

15

Chirurgie des varices correspond aux codes CdAM

K780	Ligature isolée de veines superficielles des membres
K782	Crossectomie de la saphène interne unilatérale
K784	Crossectomie de la saphène externe unilatérale
K786	Eveinage saphène interne unilatéral
K788	Eveinage saphène externe unilatéral
K790	Exérèse de paquets veineux superficiels des membres
K792	Intervention pour récurrence de varices des membres
K793	Suppression de veine perforante des membres par voie sous-aponévrotique

3.4.4 Evolution de la chirurgie générale et digestive

L'évolution de la chirurgie générale et digestive "classique" est vue au travers de quatre types d'interventions chirurgicales : hernies ouvertes de l'adulte, hernies sous cœlioscopies, chirurgie anale et chirurgie des tumeurs anales.

Hernies ouvertes de l'adulte¹⁶ :

Près de 80 000 interventions chirurgicales sont réalisées par an avec une part de marché public/privé équilibrée. Les interventions augmentent entre 1999 et 2001 de 7% au total dont 87% en ambulatoire.

Le secteur public augmente ses parts de marché tant sur l'ambulatoire (2.8%) qu'au niveau de l'hospitalisation complète (0.7%). Moins de 6% des interventions sont prises en charge en ambulatoire. Il subsiste donc un potentiel de développement important en ambulatoire (84% selon les résultats de l'enquête nationale sur la chirurgie ambulatoire).

hernies ouvertes adulte			
	Total	ambulatoire	traditionnelle
Source AM 1999	73891	2347	71544
Source AM 2001	79364	4383	74981
différentiel 2001/1999	5473	2036	3437
différentiel en %	7%	87%	5%

Source CNAMTS

	part de marché DG total	part de marché DG ambulatoire	part de marché DG traditionnelle
hernies ouvertes adulte			
1999	46,3%	64,6%	45,7%
2001	47,5%	67,3%	46,4%
différentiel 2001/1999	1,2%	2,8%	0,7%

¹⁶

Hernies unilatérales ouvertes de l'adulte de plus de 14 ans correspondent aux codes CdAM

L020	Cure unilatérale de hernie inguinale S.A.I.
L021	Cure unilatérale de hernie inguinale directe
L022	Cure unilatérale de hernie inguinale oblique externe
L023	Cure unilatérale de hernie inguinale, avec prothèse, par voie inguinale
L024	Cure unilatérale de hernie inguinale, avec prothèse, par voie médiane
L025	Cure unilatérale de hernie inguinale, avec greffe, par voie médiane
L033	Cure unilatérale de hernies inguinale et crurale associées (distension de l'aîne), sans prothèse
L037	Cure unilatérale de hernie crurale, avec prothèse, par voie inguinale ou crurale
L039	Autres herniorraphies crurales unilatérales
L048	Cure unilatérale de hernie crurale, sans prothèse, par voie inguinale ou crurale
L093	Cure unilatérale de hernie inguinale mixte, directe et oblique externe
L836	Cure unilatérale de hernies inguinale et crurale associées, avec prothèse, par voie médiane
L844	Cure unilatérale de hernie inguinale ou crurale récidivée, sans prothèse, par voie inguinale
L845	Cure unilatérale de hernie inguinale ou crurale récidivée, avec prothèse, par voie inguinale
L043	Cure de hernie ombilicale de diamètre inférieur à 10 cm, avec prothèse
L044	Cure de hernie ombilicale de diamètre supérieur à 10 cm, avec prothèse
L045	Cure de hernie ombilicale de diamètre inférieur à 10 cm, avec plastie musculaire ou aponévrotique
L046	Cure de hernie ombilicale de diamètre supérieur à 10 cm, avec plastie musculaire ou aponévrotique
L047	Autres herniorraphies ombilicales

Hernies sous coelioscopies¹⁷ :

Les hernies sous coelioscopies sont en augmentation (+6%) globalement mais surtout au niveau de l'ambulatoire (+238%) alors que l'ambulatoire ne représente que 2% des prises en charge. Ce développement de l'ambulatoire s'observe sur des effectifs très réduits (500 interventions), probablement le fait d'équipes chirurgicales pionnières en ambulatoire.

Les parts de marché du public augmentent, principalement en ambulatoire (de 44.8% à 54%). Moins de 2% des interventions sont prises en charge en ambulatoire. Il subsiste donc un potentiel de développement important en ambulatoire (89% selon les résultats de l'enquête nationale sur la chirurgie ambulatoire¹⁸).

hernies sous coelioscopies			
	Total	ambulatoire	traditionnelle
Source AM 1999	30781	154	30627
Source AM 2001	32721	520	32201
différentiel 2001/1999	1940	366	1574
différentiel en %	6%	238%	5%

Source CNAMTS

	part de marché DG total	part de marché DG ambulatoire	part de marché DG traditionnelle
hernies sous coelioscopies			
1999	23,2%	44,8%	23,1%
2001	23,9%	54,0%	23,4%
différentiel 2001/1999	0,6%	9,2%	0,3%

¹⁷ **Hernies sous coelioscopie correspondent aux codes CdAM**

L872 Cure unilatérale de hernie inguinale, avec prothèse, sous coelioscopie

L190 Cure bilatérale de hernie inguinale, avec prothèse, sous coelioscopie

¹⁸ L'enquête « Conditions de développement de la chirurgie ambulatoire » est consultable en ligne sur le site de l'Assurance Maladie : www.ameli.fr, au niveau des "Publications" de la rubrique "Connaître l'Assurance Maladie".

Chirurgie anale hors destruction des tumeurs anales¹⁹

Environ 50 000 patients sont opérés pour une chirurgie anale et moins de 9% sont réalisés en ambulatoire. Le secteur public augmente légèrement ses parts de marché (31.7% en 2001) principalement en ambulatoire (+7.1% entre 1999 et 2001). Cette augmentation n'est pas très significative du fait du faible volume opéré en ambulatoire.

Le secteur public augmente ses parts de marché principalement en ambulatoire mais sur des faibles effectifs. Seulement 9% des interventions sont prises en charge en ambulatoire. Il subsiste donc un potentiel de développement important en ambulatoire puisque 84% des patients peuvent bénéficier d'une prise en charge ambulatoire de meilleure qualité d'après les résultats de l'enquête nationale sur la chirurgie ambulatoire²⁰.

chirurgie anale			
	Total	ambulatoire	traditionnelle
Source AM 1999	50159	3622	46537
Source AM 2001	49421	4212	45209
différentiel 2001/1999	-738	590	-1328
différentiel en %	-1%	16%	-3%

Source CNAMTS

	part de marché DG total	part de marché DG ambulatoire	part de marché DG traditionnelle
chirurgie anale			
1999	30,7%	16,8%	31,8%
2001	31,7%	23,9%	32,4%
différentiel 2001/1999	1,0%	7,1%	0,7%

19

Chirurgie anale hors destruction de tumeur anale correspond aux codes CdAM

- L387 Excision locale d'une tumeur du rectum par voie transanale
- L430 Excision simple de fissure anale
- L431 Excision de fissure anale avec sphinctérotomie et anoplastie
- L433 Sphinctérotomie anale isolée
- L439 Hémostectomie chirurgicale avec ou sans plastie associée
- L440 Mise à plat de fistule anale
- L441 Excision du trajet fistuleux anal avec traction élastique
- L442 Traitement d'une fistule anale intramurale
- L443 Traitement des fistules anales complexes ou récidivées
- L457 Cerclage anal
- L465 Léiomyotomie anale
- L471 Anoplastie pour sténose de l'anus

²⁰ L'enquête « Conditions de développement de la chirurgie ambulatoire » est consultable en ligne sur le site de l'Assurance Maladie : www.ameli.fr, au niveau des "Publications" de la rubrique "Connaître l'Assurance Maladie".

Destruction des tumeurs anales²¹

Près de 5000 tumeurs anales sont opérés chaque année, dont plus de 47% en ambulatoire. Le secteur public augmente ses parts de marché de 3% en ambulatoire et de 2.1% en hospitalisation traditionnelle.

Comme pour la chirurgie anale, le secteur public augmente ses parts de marché mais sur des faibles effectifs.

tumeurs anales			
	Total	ambulatoire	traditionnelle
Source AM 1999	4485	1739	2746
Source AM 2001	4742	2243	2499
différentiel 2001/1999	257	504	-247
différentiel en %	6%	29%	-9%

Source CNAMTS

	part de marché DG total	part de marché DG ambulatoire	part de marché DG traditionnelle
tumeurs anales			
1999	35,0%	20,1%	44,4%
2001	35,4%	23,1%	46,5%
différentiel 2001/1999	0,4%	3,0%	2,1%

21 Destruction de tumeurs anales correspond aux codes CdAM

- L395 Destruction ou ablation des tumeurs bénignes ou malignes de l'anus
- L396 Destruction ou ablation des tumeurs bénignes ou malignes de l'anus par les agents physiques (électrocoagulation, photocoagulation, cryochirurgie, LASER) ou chimiques
- L445 Destruction ou ablation d'une tumeur du canal anal par électrocoagulation, photocoagulation

3.4.5 Evolution de la chirurgie ORL et maxillo-faciale

L'évolution de la chirurgie ORL et maxillo-faciale "classique" est vue au travers de trois types d'interventions chirurgicales : adénoïdectomie et amygdalectomie, chirurgie de la cloison nasale et les extractions dentaires.

Adénoïdectomie et amygdalectomie²²

L'adénoïdectomie et l'amygdalectomie est l'intervention chirurgicale la plus fréquente après la chirurgie de la cataracte et les extractions dentaires. Entre 1999 et 2001, le nombre d'interventions chirurgicales pour adénoïdectomie et amygdalectomie diminue fortement (près de 15 000 opérations en moins soit -9%). Près de 3/4 des interventions chirurgicales relèvent du secteur privé. 58% sont réalisés en ambulatoire. Le secteur public évolue négativement au niveau des parts de marché tant au niveau des interventions globales qu'ambulatoires.

Le secteur public perd des parts de marché en ambulatoire (-1.4%) et au total (-0.6%) sur des volumes significatifs.

adénoïdectomie et amygdalectomie			
	Total	ambulatoire	traditionnelle
Source AM 1999	168966	98796	70170
Source AM 2001	154408	89669	64739
différentiel 2001/1999	-14558	-9127	-5431
différentiel en %	-9%	-9%	-8%

Source CNAMTS

	part de marché DG total	part de marché DG ambulatoire	part de marché DG traditionnelle
adénoïdectomie et amygdalectomie			
1999	25,3%	21,6%	30,4%
2001	24,7%	20,2%	30,9%
différentiel 2001/1999	-0,6%	-1,4%	0,5%

22

Adénoïdectomie et/ou Amygdalectomies correspond aux codes CdAM

J359	Adénoïdectomie seule
J360	Amygdalectomie uni ou bilatérale avec adénoïdectomie
J380	Amygdalectomie uni ou bilatérale au Sluder
J381	Amygdalectomie uni ou bilatérale par dissection ou tout autre procédé
J384	Exérèse de moignon amygdalien
J386	Exérèse d'amygdale linguale

Chirurgie ORL (cloison nasale)²³

Le nombre d'interventions chirurgicales sur la cloison nasale augmente entre 1999 et 2001 de 8% globalement et de 18% en ambulatoire alors que seulement 15% des opérés sont pris en charge en ambulatoire.

Les parts de marché du secteur public augmentent tant en ambulatoire (1.2%) qu'en hospitalisation complète (0.6%).

chirurgie ORL			
	Total	ambulatoire	traditionnelle
Source AM 1999	29073	3845	25228
Source AM 2001	31277	4545	26732
différentiel 2001/1999	2204	700	1504
différentiel en %	8%	18%	6%

Source CNAMTS

	part de marché DG total	part de marché DG ambulatoire	part de marché DG traditionnelle
chirurgie ORL			
1999	33,1%	29,3%	33,7%
2001	33,7%	30,5%	34,3%
différentiel 2001/1999	0,6%	1,2%	0,6%

23 Chirurgie ORL (nasale) correspond aux codes CdAM

J248	Septoplastie réparatrice pour déformation ostéo-cartilagineuse complexe avec greffe
J249	Septoplastie S.A.I.
J250	Résection sous-muqueuse du septum nasal
J251	Reposition sous-muqueuse du septum nasal (septoplastie)
J253	Plastie sur perforation de cloison
J256	Dermoplastie du septum nasal
J266	Réduction de fracture du nez par voie chirurgicale
J270	Rhinoplastie correctrice
J271	Rhinoplastie réparatrice
J272	Rhino-septoplastie
J273	Rhinoplastie avec lambeau
J274	Rhinoplastie avec greffe osseuse

Extractions dentaires²⁴

Intervention chirurgicale la plus fréquemment pratiquée après les interventions sur la cataracte et réalisée dans plus de 48% des cas en ambulatoire, le nombre global d'interventions augmente de 8% soit près de 15 000 interventions supplémentaires en deux ans. La chirurgie ambulatoire se développe fortement avec plus de 20% d'augmentation alors que la chirurgie traditionnelle diminue de 2%. Le secteur public observe une évolution inverse avec une diminution des parts de marché globalement (-0.4%) et en ambulatoire (-2.1%) alors que les parts de marché en hospitalisation traditionnelle évoluent positivement (1.2%).

Le secteur public perd des parts de marché sur les extractions dentaires dans des volumes significatifs. Le secteur privé a une situation de quasi-monopole avec tendance à l'aggravation du processus. En terme de qualité des soins, on peut s'interroger sur l'opportunité pour le secteur public de développer l'hospitalisation traditionnelle sur cette intervention pour deux raisons : plus de 48% de ces actes sont réalisés aujourd'hui en ambulatoire et plus de 95% des patients peuvent bénéficier d'une prise en charge ambulatoire de meilleure qualité d'après les résultats de l'enquête nationale sur la chirurgie ambulatoire²⁵.

extractions dentaires			
	Total	ambulatoire	traditionnelle
Source AM 1999	191133	82994	108139
Source AM 2001	205918	99727	106191
différentiel 2001/1999	14785	16733	-1948
différentiel en %	8%	20%	-2%

Source CNAMTS

	part de marché DG total	part de marché DG ambulatoire	part de marché DG traditionnelle
extractions dentaires			
1999	19,0%	18,6%	19,3%
2001	18,5%	16,5%	20,5%
différentiel 2001/1999	-0,4%	-2,1%	1,2%

24 Extractions dentaires correspondent aux codes CdAM

- Q324 Avulsions dentaires multiples en une séance, avec ou sans alvéolectomie, avec ablation des granulomes éventuels : 7 à 14 dents
- Q325 Avulsions dentaires multiples en une séance, avec ou sans alvéolectomie, avec ablation des granulomes éventuels : plus de 14 dents
- Q420 Ostéoplastie de comblement par biomatériau : par dent
- Q435 Ablation d'un odontoïde inclus
- Q436 Ablation d'une dent incluse autre qu'une dent de sagesse, enclavée ou à l'état de germe : par dent
- Q437 Ablation d'un germe dentaire projeté dans les parties molles : radiographie préopératoire obligatoire
- Q439 Transplantation dentaire
- Q442 Drainage d'un abcès d'origine dentaire par voie alvéolaire : avulsion comprise
- Q488 Ablation de matériel dentaire dans le canal dentaire inférieur
- Q760 Ablation d'une racine incluse
- Q763 Ablation d'une dent de sagesse incluse, enclavée ou à l'état de germe : par dent
- Q764 Ablation d'une dent ectopique
- Q765 Désinclusion chirurgicale d'une dent

²⁵ L'enquête « Conditions de développement de la chirurgie ambulatoire » est consultable en ligne sur le site de l'Assurance Maladie : www.ameli.fr, au niveau des "Publications" de la rubrique "Connaître l'Assurance Maladie".

3.4.6 Evolution de la chirurgie infantile

L'évolution de la chirurgie infantile "classique" est vue au travers de trois types d'interventions chirurgicales : chirurgie du phimosis, testiculaire et des hernies de l'enfant.

Chirurgie du phimosis²⁶ :

La chirurgie du phimosis augmente de 10% entre 1999 et 2001 avec une augmentation plus prononcée en ambulatoire (+14%) alors que près de 85% des cures de phimosis sont réalisées en ambulatoire. Le secteur public perd des parts de marché sur des volumes importants, principalement en ambulatoire (-4%).

Le secteur public perd des parts de marché sur les cures de phimosis dans des volumes significatifs. En terme de qualité des soins, on peut s'interroger sur l'opportunité pour le secteur public de développer l'hospitalisation traditionnelle sur cette intervention pour deux raisons : plus de 85% de ces actes sont réalisés aujourd'hui en ambulatoire et plus de 95% des patients peuvent bénéficier d'une prise en charge ambulatoire de meilleure qualité d'après les résultats de l'enquête nationale sur la chirurgie ambulatoire²⁷.

phimosis			
	Total	ambulatoire	traditionnelle
Source AM 1999	35736	29164	6572
Source AM 2001	39486	33391	6095
différentiel 2001/1999	3750	4227	-477
différentiel en %	10%	14%	-7%

source CNAMTS

	part de marché DG total	part de marché DG ambulatoire	part de marché DG traditionnelle
phimosis			
1999	41,1%	38,4%	53,4%
2001	38,0%	34,4%	57,9%
différentiel 2001/1999	-3,1%	-4,0%	4,5%

²⁶ **Phimosis de l'enfant de moins de 15 ans correspond aux codes CdAM**
 N358 Cure de phimosis ou circoncision par posthectomie
 N557 Cure de phimosis avec reconstitution du prépuce

²⁷ L'enquête « Conditions de développement de la chirurgie ambulatoire » est consultable en ligne sur le site de l'Assurance Maladie : www.ameli.fr, au niveau des "Publications" de la rubrique "Connaître l'Assurance Maladie".

Chirurgie testiculaire²⁸ :

Alors que le nombre d'interventions chirurgicales diminue entre 1999 et 2001 de 4% du fait de la diminution de l'hospitalisation traditionnelle (-11%) non compensée par le développement de l'ambulatoire (+10%), le secteur public perd des parts de marché tout en restant dominant avec 56.9% des interventions chirurgicales. 37% des interventions chirurgicales sont par ailleurs réalisées en ambulatoire.

La chirurgie testiculaire est l'une des trois interventions chirurgicales (avec les cœlioscopies gynécologiques et les cures de hernies de l'enfant) où le secteur public est prédominant mais sa part de marché diminue principalement sur l'ambulatoire (-2.8%) alors que l'ambulatoire s'est développée de 10%.

chirurgie testiculaire			
	Total	ambulatoire	traditionnelle
Source AM 1999	9015	2931	6084
Source AM 2001	8639	3221	5418
différentiel 2001/1999	-376	290	-666
différentiel en %	-4%	10%	-11%

Source CNAMTS

	part de marché DG total	part de marché DG ambulatoire	part de marché DG traditionnelle
chirurgie testiculaire			
1999	57,9%	63,3%	55,2%
2001	56,9%	60,4%	54,9%
différentiel 2001/1999	-0,9%	-2,8%	-0,4%

²⁸ Chirurgie testiculaire de l'enfant de moins de 15 ans correspond aux codes CdAM

- N347 Cure chirurgicale unilatérale de varicocèle
- N372 Cure chirurgicale bilatérale de varicocèle
- N796 Orchidopexie unilatérale pour cryptorchidie ou ectopie palpable
- N797 Orchidopexie unilatérale pour cryptorchidie ou ectopie non palpable
- N798 Orchidopexie bilatérale pour cryptorchidie ou ectopie palpable
- N799 Orchidopexie bilatérale pour cryptorchidie ou ectopie non palpable
- N807 Orchidopexie isolée

Hernies ouvertes de l'enfant²⁹ :

Le nombre d'interventions chirurgicales diminuent de 4% entre 1999 et 2001, principalement liée à la diminution en hospitalisation complète (-13%) non compensée par de l'ambulatoire (+11%). Près de 42% des interventions sont réalisées en ambulatoire.

Le secteur public est en position dominante (avec près de 70% des parts de marché) avec une tendance à l'augmentation, tant au niveau de l'ambulatoire (2.6%) que de l'hospitalisation complète (2.5%).

hernies enfant			
	Total	ambulatoire	traditionnelle
Source AM 1999	13041	4711	8330
Source AM 2001	12492	5236	7256
différentiel 2001/1999	-549	525	-1074
différentiel en %	-4%	11%	-13%

Source CNAMTS

	part de marché DG total	part de marché DG ambulatoire	part de marché DG traditionnelle
hernies enfant			
1999	66,8%	70,2%	65,0%
2001	69,7%	72,7%	67,5%
différentiel 2001/1999	2,8%	2,6%	2,5%

29 Hernies de l'enfant de moins de 15 ans correspondent aux codes CdAM

- L020 Cure unilatérale de hernie inguinale S.A.I.
- L021 Cure unilatérale de hernie inguinale directe
- L022 Cure unilatérale de hernie inguinale oblique externe
- L023 Cure unilatérale de hernie inguinale, avec prothèse, par voie inguinale
- L024 Cure unilatérale de hernie inguinale, avec prothèse, par voie médiane
- L025 Cure unilatérale de hernie inguinale, avec greffe, par voie médiane
- L033 Cure unilatérale de hernies inguinale et crurale associées (distension de l'aîne), sans prothèse
- L037 Cure unilatérale de hernie crurale, avec prothèse, par voie inguinale ou crurale
- L039 Autres herniorraphies crurales unilatérales
- L048 Cure unilatérale de hernie crurale, sans prothèse, par voie inguinale ou crurale
- L093 Cure unilatérale de hernie inguinale mixte, directe et oblique externe
- L836 Cure unilatérale de hernies inguinale et crurale associées, avec prothèse, par voie médiane
- L844 Cure unilatérale de hernie inguinale ou crurale récidivée, sans prothèse, par voie inguinale
- L845 Cure unilatérale de hernie inguinale ou crurale récidivée, avec prothèse, par voie inguinale
- L043 Cure de hernie ombilicale de diamètre inférieur à 10 cm, avec prothèse
- L044 Cure de hernie ombilicale de diamètre supérieur à 10 cm, avec prothèse
- L045 Cure de hernie ombilicale de diamètre inférieur à 10 cm, avec plastie musculaire ou aponévrotique
- L046 Cure de hernie ombilicale de diamètre supérieur à 10 cm, avec plastie musculaire ou aponévrotique
- L047 Autres herniorraphies ombilicales
- L077 Cure de hernie ombilicale de diamètre inférieur à 3 cm chez l'enfant
- L078 Cure de hernie ombilicale de diamètre supérieur à 3 cm chez l'enfant, avec ou sans plastie musculaire ou cutanée

3.4.7 Evolution de la chirurgie gynécologique

L'évolution de la chirurgie gynécologique "classique" est vue au travers de deux types d'interventions chirurgicales : cœlioscopies gynécologiques et chirurgie du sein

Cœlioscopies gynécologiques³⁰ :

Les cœlioscopies gynécologiques sont l'une des interventions chirurgicales qui augmentent le plus avec +23% globalement, +87% en ambulatoire et +22% en hospitalisation traditionnelle. Mais 3% seulement des interventions sont réalisées en ambulatoire.

La cœlioscopie gynécologique est l'une des trois interventions chirurgicales (avec la chirurgie testiculaire et les cures de hernies de l'enfant) où le secteur public est prédominant avec une part de marché qui augmente en ambulatoire (+19.2%) mais sur des très faibles effectifs. Seulement 3% des interventions sont prises en charge en ambulatoire. Il subsiste donc un potentiel de développement important en ambulatoire (86% selon les résultats de l'enquête nationale sur la chirurgie ambulatoire³¹).

coelioscopies gynécologiques			
	Total	ambulatoire	traditionnelle
Source AM 1999	8909	185	8724
Source AM 2001	10951	346	10605
différentiel 2001/1999	2042	161	1881
différentiel en %	23%	87%	22%

Source CNAMTS

	part de marché DG total	part de marché DG ambulatoire	part de marché DG traditionnelle
coelioscopies gynécologiques			
1999	59,0%	63,8%	58,8%
2001	59,2%	82,9%	58,4%
différentiel 2001/1999	0,2%	19,2%	-0,5%

³⁰

Cœlioscopies gynécologiques correspondent aux codes CdAM

- N940 Cœlioscopie simple en gynécologie
- N941 Cœlioscopie avec ponction de kyste ovarien
- N942 Cœlioscopie avec biopsies ovariennes
- N945 Cœlioscopie avec épreuves au bleu

³¹ L'enquête « Conditions de développement de la chirurgie ambulatoire » est consultable en ligne sur le site de l'Assurance Maladie : www.ameli.fr, au niveau des "Publications" de la rubrique "Connaître l'Assurance Maladie".

Chirurgie du sein³² :

Plus de 50 000 interventions chirurgicales ont été pratiquées en 2001 avec une augmentation de 13% en global, de 22% en ambulatoire et de 11% en hospitalisation traditionnelle.

Les parts de marché du public sont stables. Seulement 15% des interventions sont prises en charge en ambulatoire. Il subsiste donc un potentiel de développement important en ambulatoire (80% selon les résultats de l'enquête nationale sur la chirurgie ambulatoire³³).

chirurgie du sein			
	Total	ambulatoire	traditionnelle
Source AM 1999	46954	6533	40421
Source AM 2001	52973	7940	45033
différentiel 2001/1999	6019	1407	4612
différentiel en %	13%	22%	11%

Source CNAMTS

	part de marché DG total	part de marché DG ambulatoire	part de marché DG traditionnelle
chirurgie du sein			
1999	44,8%	46,2%	44,6%
2001	44,8%	46,0%	44,6%
différentiel 2001/1999	0,0%	-0,2%	0,0%

³² Chirurgie du sein correspond aux codes CdAM

Q003	Biopsie-exérèse d'une lésion du sein
Q006	Exérèse d'une glande mammaire aberrante
Q008	Exérèse ou destruction de tissu mammaire S.A.I.
Q009	Tumorectomie du sein
Q010	Exérèse de tissu ectopique du sein
Q011	Mastectomie partielle
Q012	Exérèse unilatérale d'une gynécomastie
Q069	Exérèse bilatérale d'une gynécomastie

³³ L'enquête « Conditions de développement de la chirurgie ambulatoire » est consultable en ligne sur le site de l'Assurance Maladie : www.ameli.fr, au niveau des "Publications" de la rubrique "Connaître l'Assurance Maladie".

3.4.8 Synthèse de l'évolution des parts de marché des spécialités chirurgicales

Sur les 18 types d'interventions chirurgicales étudiées, trois interventions chirurgicales (chirurgie de la cataracte, du canal carpien et extractions dentaires) sont responsables de 86% de l'augmentation des interventions entre 1999 et 2001.

Sur les 18 types d'interventions chirurgicales explorées, le secteur public perd entre 1999 et 2001 des parts de marché au niveau de 9 types d'interventions chirurgicales (entre -1 et -5%). Cinq des huit spécialités chirurgicales sont touchées par cette perte de parts de marché.

Une position dominante du secteur privé, avec plus de 70% du marché, apparaît sur la chirurgie du canal carpien, de la maladie de Dupuytren et des hernies sous coelioscopie. Sur d'autres actes (chirurgie de la cataracte, de l'arthroscopie du genou, de la chirurgie des varices, des végétations et amygdales et des extractions dentaires), la position du secteur privé, avec près de 80% de marché, pourrait conduire à une situation de monopole.

Même si le secteur public gagne des parts de marché sur l'autre moitié des interventions chirurgicales, ce gain se limite à certaines spécialités principalement celles relevant de la chirurgie digestive, gynécologique et abdominale.

De plus, il faut signaler que le gain des parts de marché du public se fait sur des effectifs modérés puisque, hormis la chirurgie de la hernie de l'adulte et du canal carpien, ces interventions chirurgicales concernent moins de 50 000 actes par an. A l'inverse, l'augmentation des parts de marché du privé se fait sur des volumes importants voire très importants, en dépassant le plus souvent les 100 000 actes par an et pouvant aller jusqu'à 400000 actes par an pour la chirurgie de la cataracte.

La ligne de "fracture" (ambulatoire/public) observée au niveau national, régional et grands groupes hospitaliers se retrouve au niveau des spécialités chirurgicales puisque la diminution des parts de marché chirurgicales du public est liée soit à une chute de l'ambulatoire soit à un développement insuffisant de l'ambulatoire ne compensant pas la diminution de l'activité traditionnelle. Dans sept cas sur huit, l'augmentation des parts de marché chirurgicales du public résulte d'une augmentation notable de l'ambulatoire.

On peut aussi s'interroger sur des parts de marché du public qui augmentent isolément en chirurgie traditionnelle sur certains gestes. Ces gestes requèrent pourtant une prise en charge relevant à la fois d'un faible niveau d'environnement hospitalier avec une anesthésie le plus souvent locale et d'un faible niveau de suivi avec des complications post-opératoires rares. Cette augmentation en chirurgie traditionnelle apparaît isolée car elle s'accompagne d'une diminution des parts de marché en ambulatoire ou tout du moins d'une moindre augmentation de l'ambulatoire. Ces gestes (chirurgie du canal carpien, des tumeurs anales, du phimosis, extractions dentaires, adénoïdectomie) sont aujourd'hui fréquemment réalisés en chirurgie ambulatoire. L'enquête nationale sur la chirurgie ambulatoire a aussi confirmé l'important potentiel de développement en ambulatoire subsistant (80 à 95%). Cette augmentation isolée de la chirurgie traditionnelle dans le public semble plus participer d'une logique d'amélioration des taux d'occupation de lits de chirurgie que d'une augmentation réelle des besoins. Elle peut amener une moindre qualité dans la prise en charge des patients en augmentant les risques d'exposition aux infections nosocomiales du fait d'un allongement de la durée de séjour.

4.

Conclusion :

synthèse et perspectives

Cette étude s'attache à explorer dans 20 régions françaises **les 80 % de l'activité chirurgicale correspondante aux interventions dites "classiques" ou "de proximité" qui relèvent d'une prise en charge programmée et non urgente**. Elle n'a donc pour vocation d'étudier l'activité d'urgence ni l'activité chirurgicale dite "de recours" c'est à dire la chirurgie "lourde" nécessitant des compétences et des plateaux techniques hyper spécialisés et associée ou non à une démarche de recherche voire d'enseignement.

La part de chirurgie "classique" dans l'activité d'un établissement peut être variable selon le secteur (public/privé), selon ses missions, selon sa place dans l'organisation sanitaire... Elle représente environ 80% de la totalité de l'activité chirurgicale des grands groupes hospitaliers publics (CHU) et plus de 80% de l'activité chirurgicale des autres structures publiques ou privées. Elle peut le plus souvent faire l'objet d'une prise en charge ambulatoire dans la mesure où l'hôpital ou la clinique sont organisés en conséquence.

Le rapport cible plus particulièrement l'évolution des parts de marché chirurgicales entre les années 1999 et 2001 à partir d'une **liste limitée mais significative de 18 interventions chirurgicales relevant d'une prise en charge programmée**. Cette liste de 18 actes, qui sont autant d'indicateurs de cette chirurgie "classique", dérive d'une liste internationale d'actes chirurgicaux publiée dès 1995 par l'Association Internationale de Chirurgie Ambulatoire pour répondre à une demande de l'OCDE de pouvoir comparer les pratiques chirurgicales entre les différents pays de l'OCDE³⁴.

Près de **1,5 millions d'interventions concernant huit spécialités chirurgicales** sont ainsi explorées. En particulier, l'intervention chirurgicale la plus fréquemment pratiquée en France dans chaque spécialité étudiée (hormis la spécialité gynécologique), fait l'objet d'une analyse : chirurgie de la cataracte (400 000 interventions annuelles), arthroscopie du genou (130 000), chirurgie des varices (110 000), cures de hernies abdominales (110 000), adénoïdectomie et amygdalectomie (150 000), extractions dentaires (200 000).

Les 18 types d'interventions chirurgicales étudiées représentent en moyenne un tiers de l'activité chirurgicale "classique", soit la moitié de cette activité pour le secteur sous Objectif Quantifié National et un quart pour le secteur sous Dotation Globale. La différence entre les deux secteurs peut trouver une explication dans les variations de proportions d'actes non considérés comme relevant de la chirurgie "classique" et "qualifiée" : actes ne relevant pas d'un plateau technique chirurgical, actes relevant de soins externes, endoscopies digestives...

Cette étude confirme, par ses aspects quantitatifs et évolutifs, plusieurs constats déjà révélés par l'enquête nationale de l'Assurance maladie sur la chirurgie ambulatoire.

Elle révèle l'augmentation de l'activité chirurgicale de 8% entre 1999 et 2001. Cette augmentation est principalement marquée dans le **secteur privé sous Objectif Quantifié National** (80% de l'augmentation de l'activité chirurgicale provient du secteur privé sous Objectif Quantifié National contre 20% pour le public sous Dotation Globale). Cette augmentation est principalement le fait **des interventions en ambulatoire** : 21% d'augmentation en ambulatoire contre 1% en hospitalisation traditionnelle. Le secteur privé a répondu à l'augmentation de la demande de soins en orientant ses patients vers une prise en charge ambulatoire.

³⁴ LATHOUWER C. de, POULLIER J. P., "How much ambulatory surgery in the world in 1996-97 and trends?", *Ambulatory surgery* 8 (2000)

Une **ligne de "fracture"** se matérialise entre ceux qui ont développé l'ambulatoire et ceux qui ne l'ont pas fait, donc entre le secteur privé sous OQN et le secteur public et privé sous DG.

La part de marché du secteur public, déjà faible au niveau de cette chirurgie "classique" (26%), évolue défavorablement sur la période étudiée confirmant le **parallélisme et l'articulation entre "chute de parts de marché chirurgicales en ambulatoire et en hospitalisation traditionnelle" et "moindre développement de la chirurgie ambulatoire"**.

Cette ligne de "fracture" se retrouve à tous les niveaux étudiés : national, régional, grands groupes hospitaliers publics, spécialités chirurgicales. En d'autres termes, les structures qui ont négligé leur potentiel de développement en ambulatoire ont sur la durée remis en cause également leur chirurgie en hospitalisation complète. Autrement dit, **une structure, qui n'a pas développé l'ambulatoire alors qu'elle en possède le potentiel, est une anomalie qui met en jeu à court ou moyen terme sa survie chirurgicale.**

Le secteur public apparaît en position prédominante uniquement sur trois types d'interventions chirurgicales étudiées (chirurgie testiculaire, hernies de l'enfant et cœlioscopies gynécologiques), et ce, sur des effectifs faibles (- de 13 000 actes annuels).

A l'inverse, le secteur privé est prédominant sur les quinze autres types d'interventions chirurgicales explorées avec :

- ❑ une situation dominante (plus de 70% des parts de marché) sur la chirurgie du canal carpien, de la maladie de Dupuytren et des hernies sous cœlioscopie
- ❑ une situation très dominante (près de 80% des parts de marché) sur les cinq interventions chirurgicales les plus fréquentes (chirurgie des varices, de la cataracte, adénoïdectomie et amygdalectomie, arthroscopie du genou, extractions dentaires), et ce, sur des effectifs très importants (entre 110 000 et 390 000 actes annuels). Avec de tels taux, cette situation ne conduit-elle pas vers une situation de monopole du secteur privé ?

Parallèlement, on peut s'interroger sur l'augmentation isolée des parts de marché du secteur public en hospitalisation traditionnelle sur certaines interventions qui sont aujourd'hui majoritairement pratiquées en ambulatoire (chirurgie du canal carpien, du phimosis, extractions dentaires...). **Cette augmentation constitue-t-elle une variable d'ajustement pour l'établissement dans le cadre de son équilibre financier ?** En effet, développer l'ambulatoire peut fragiliser un secteur d'hospitalisation complète qui a une faible activité chirurgicale. **Mais, cela ne risque-t-il pas d'entraîner une moindre qualité des soins, dès lors qu'on augmente le risque d'exposition aux infections nosocomiales ?**

Si le marché de la santé n'était pas une économie administrée mais une économique pure, on pourrait s'interroger sur l'avenir d'une partie de la chirurgie française "classique". En effet, le marché de la santé, pour ce qui concerne la chirurgie "classique", apparaît de plus en plus comme un marché sans concurrence avec une position dominante du secteur privé sur les interventions chirurgicales les plus fréquentes. **Une situation de monopole du secteur privé se met en place.** Or, les risques d'un monopole sont bien connus : production de biens et de services inférieure à ce qu'ils seraient dans des conditions concurrentielles et tarifs supérieurs.

L'exemple de la chirurgie de la cataracte mérite d'être exploré. En 2001 en France, 79% des opérations de la cataracte et 85 % des cataractes opérés en ambulatoire relèvent du secteur privé. Cette chirurgie de la cataracte va évoluer vers une forte augmentation des besoins du

fait de l'effet mécanique du vieillissement de la population. Une projection³⁵ en 2020 révèle que la demande supplémentaire avoisinera 30 à 40 % alors qu'en l'absence de flux de réentrée, l'évolution démographique des ophtalmologistes sera défavorable. Or, on constate qu'il existe des différences d'activité voire de productivité entre les établissements : des établissements privés de faible capacité chirurgicale (exemple d'établissements privés opérant 500 cataractes par an avec 30 lits de chirurgie) prennent en charge autant ou voire plus de cataractes que des établissements publics de plus forte capacité chirurgicale (exemple de certains établissements publics opérant moins de 200 cataractes annuelles avec 100 lits de chirurgie ou de certains CHU opérant moins de 500 cataractes annuelles avec 500 lits de chirurgie). Quelle sera la réactivité de ces différentes structures face à l'augmentation inéluctable des besoins ? Ces différents éléments amèneront-ils le secteur privé à développer ses parts de marché vers une position encore plus monopolistique ?

La question du développement de la chirurgie ambulatoire est bien au centre des débats. L'enquête nationale sur la chirurgie ambulatoire³⁶ constate que 80 à 95% des patients opérés pourraient bénéficier d'une prise en charge en ambulatoire de meilleure qualité avec un taux de satisfaction élevé et des économies importantes. Elle constitue selon le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie une "marge de progrès dans l'organisation" pour améliorer la "déperdition d'efficacité" du système des soins³⁷.

La question de la qualité et de l'accessibilité aux soins reste néanmoins posée. Qualité des soins, car on sait qu'un seuil d'activité minimal est requis pour s'assurer d'une certaine qualité de la prise en charge. Accessibilité aux soins, car toute réflexion doit s'envisager au cas par cas à la lumière du contexte géographique, du paysage sanitaire et du maintien de la permanence des soins.

Peut-on envisager qu'une **nouvelle ligne de "fracture"** apparaisse entre, d'une part, la chirurgie "classique" programmée non urgente qui ne relèverait que du secteur privé et, d'autre part, la chirurgie "lourde" ou d'urgence qui relèverait d'une prise en charge prépondérante, mais non exclusive, du secteur public ? L'hôpital public verra-t-il sa chirurgie programmée disparaître ?

Une **véritable révolution culturelle semble devoir être menée dans le secteur public** où les notions d'organisation plus optimale, de développement de la chirurgie ambulatoire ou d'accroissement de la productivité seraient partagées avec le secteur privé.

³⁵ La démographie en ophtalmologie 2000-2020, rapport au Conseil scientifique de la CNAMTS le 24 septembre 2003

³⁶ Conditions de développement de la chirurgie ambulatoire, PNIR, CNAMTS, 26 septembre 2003

³⁷ Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie, 23 janvier 2004.