



Avril 2018

FICHE D'ANALYSE

LES DONNÉES

# LA CHIRURGIE AMBULATOIRE DANS LE CANCER

## ÉVOLUTION DE 2010 À 2015

**L**a chirurgie ambulatoire consiste à réaliser une chirurgie programmée sans nuitée. Elle permet ainsi au patient de quitter l'hôpital le jour même de son entrée (1) (2), sous réserve de présenter les mêmes conditions de sécurité que lors d'une hospitalisation complète (3).

Pour être réalisée en ambulatoire, la chirurgie doit répondre à des critères médicaux de faisabilité et nécessite une organisation dédiée, tant pour l'organisation intrahospitalière que pour l'articulation entre l'hôpital et la ville (3). Sa réalisation permet de réduire le risque d'infection associée aux soins (4), tout en préservant la satisfaction des patients (5) (6).

Le développement de l'ambulatoire figure parmi les axes prioritaires en santé afin d'optimiser l'utilisation des moyens techniques et humains et de renforcer la qualité de l'offre de soins sur le territoire (7) (8).

### AUTEURS

Vinh Phuc Luu<sup>1</sup>,  
Christine Le Bihan-Benjamin<sup>1</sup>,  
Philippe Jean Bousquet<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Département Observation, veille et évaluation, Pôle santé publique et soins  
Institut national du cancer

[e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)



## MÉTHODE

**SOURCE DES DONNÉES :** les données sont issues de la Cohorte cancer.

**LES SÉJOURS :** hospitalisations hors séances du champ Médecine-Chirurgie-Obstétrique mentionnant un acte d'exérèse et un diagnostic principal de cancer (*in situ*, invasif ou tumeur à évolution imprévisible), hors cancers cutanés et hématologiques, classés dans un groupement homogène de malades (GHM) de type C (chirurgical) ou K (interventionnel non opératoire) pour prendre en compte les exérèses par voie endoscopique, notamment pour la chirurgie ORL. Les séjours dont le diagnostic principal (DP) est une complication aiguë du cancer n'ont pas été inclus.

**LES SÉJOURS AMBULATOIRES :** séjour sans nuitée avec un mode de sortie « domicile ».

**LES COMORBIDITÉS :** elles ont été mesurées à l'aide des « top » de la cartographie de l'Assurance maladie : celle-ci permet de repérer pour les bénéficiaires du régime général (sections locales mutualistes comprises) les consommations de soins en s'appuyant des données issues du SNIIRAM (Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie) pour 56 groupes non exclusifs de pathologies. (9)

En 2010, la chirurgie ambulatoire était encore peu développée, avec par exemple, seulement 30 % de la chirurgie de la cataracte réalisée en ambulatoire, contre 60 % en moyenne pour les pays de l'OCDE (9).

La chirurgie ambulatoire carcinologique concerne environ 40 000 séjours en 2015 (hors cancers cutanés) (10). Afin de décrire la place de l'ambulatoire dans la chirurgie du cancer et d'identifier les cancers concernés, une étude a été réalisée à partir des données de la Cohorte cancer de 2010 à 2015, en se focalisant sur les exérèses de cancer (voir encadrés « Méthode »). Les résultats sont restitués au niveau national et régional.

## RÉSULTATS

La part des exérèses carcinologiques réalisées en ambulatoire progresse fortement depuis 2010, passant de 4,5 % des séjours (12 259/275 346) à 10,6 % séjours (30 800/289 672) en 2015.

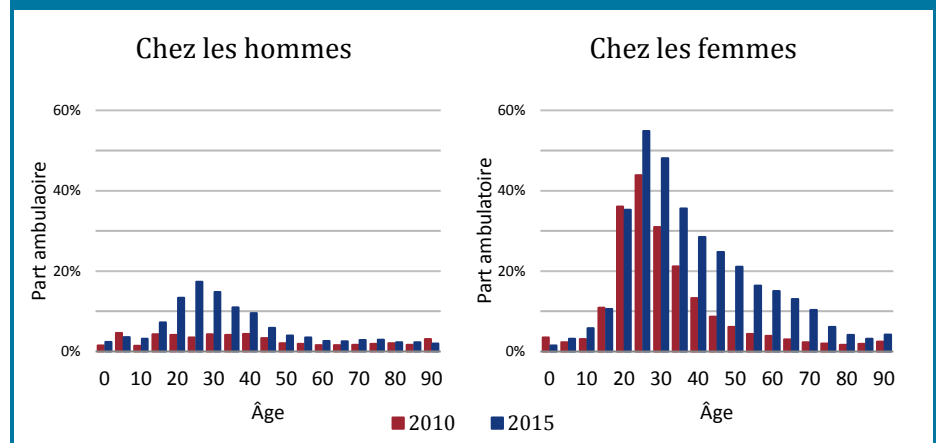
### ▲ Les femmes plus concernées que les hommes

La chirurgie ambulatoire concerne d'abord les femmes, avec une part de séjours ambulatoires plus importante et une progression plus rapide. Entre 2010 et 2015, la part ambulatoire évolue de 6,6 % des séjours avec exérèse (9 766/148 018 séjours) à 16,7 % (26 424/157 960), alors que chez les hommes, elle évolue de 2,0 % (2 493/127 328) à 3,3 % (4 376/131 712).

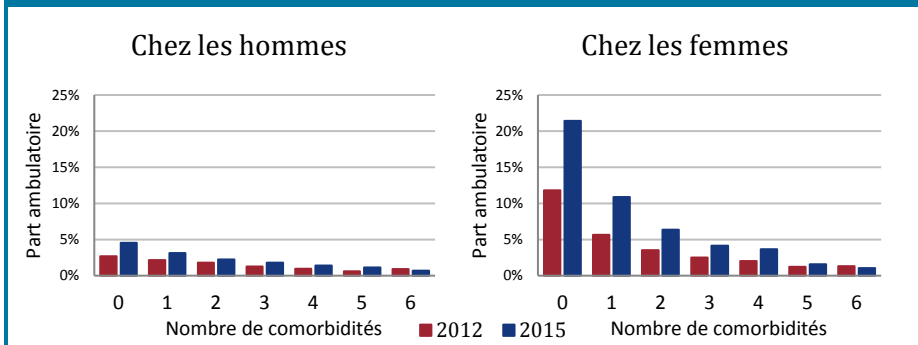
### ▲ Une modalité qui cible plutôt les personnes jeunes

La part ambulatoire est plus importante pour les populations jeunes (Figure 1). Chez les femmes, elle est importante chez les entre 20 et 35 ans et tend à se développer dans les populations plus âgées, les plus fortes évolutions s'observant entre 30 et 60 ans. Chez l'homme, elle progresse entre 20 et 40 ans.

**Figure 1.** Part ambulatoire des séjours d'exérèse en fonction de l'âge et du sexe en 2010 et 2015



**Figure 2.** Part ambulatoire des séjours d'exercice en fonction du sexe et du nombre de comorbidités en 2012 et 2015



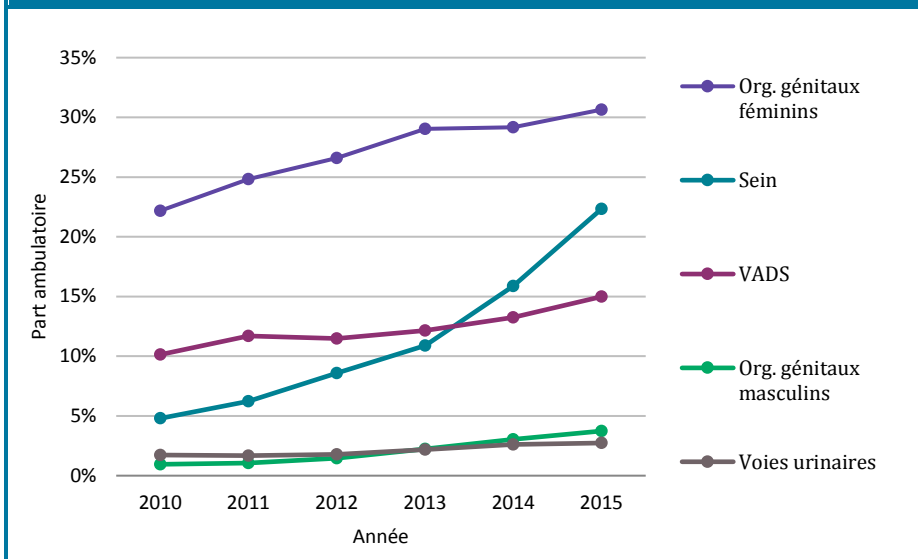
### ▲ La chirurgie ambulatoire est plus fréquente en l'absence de comorbidité (11)

L'ambulatoire intéresse principalement les personnes sans comorbidité pour les deux sexes, et devient deux à quatre fois moins fréquent en présence d'une ou deux comorbidités (Figure 2).

### ▲ Une modalité focalisée sur quelques organes...

L'activité ambulatoire concerne un nombre restreint de localisations de cancers et d'actes chirurgicaux : il s'agit principalement des cancers du sein (54,6 % de tous les séjours ambulatoires), des cancers des organes génitaux féminins (26,4 %) et des cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) (6,7 %) en 2015. De plus, ce sont les localisations où la part ambulatoire a le plus fortement progressé depuis 2010 (Figure 3, Annexe 1).

**Figure 3.** Évolution de la part ambulatoire pour les principaux cancers opérés en ambulatoire



## LA COHORTE CANCER

### Cohorte issue des données du SNDS

La Cohorte cancer est constituée de toutes les personnes atteintes d'un cancer (*in situ*, invasif ou tumeur à évolution imprévisible) depuis 2010, ayant entraîné des soins à l'hôpital ou en ville ou la mise en affection de longue durée (ALD). Elle a pour objet de suivre ces personnes sur une longue période (25 ans après leur inclusion) pour une meilleure connaissance du recours aux soins pouvant être utile en planification et organisation.

Les données sont issues du Système national des données de santé (SNDS) qui répertorie l'ensemble des consommations de soins de ville et hospitalières (via le programme médicalisé des systèmes d'information - PMSI) présentées au remboursement au titre de l'assurance obligatoire. Lors de l'inclusion, il n'est pas fait de distinction entre les cas incidents (nouvellement diagnostiqués) et les cas prévalents (diagnostiqués les années précédentes).

## Méthode

### LA LOCALISATION DU CANCER PRIMITIF OPÉRÉ :

elle est déterminée en s'appuyant sur le diagnostic principal (DP) du séjour. Si le DP est une métastase, la localisation du cancer primitif est recherchée dans les diagnostics associés. En cas de localisation du primitif incertaine à l'étude des diagnostics associés, le séjour était exclu.

## Méthode

**LES ACTES D'EXÉRÈSE DE CANCER** : une liste des codes de la Classification commune des actes médicaux (CCAM) correspondant à une exérèse par voie chirurgicale ou endoscopique, a été constituée pour chaque appareil.

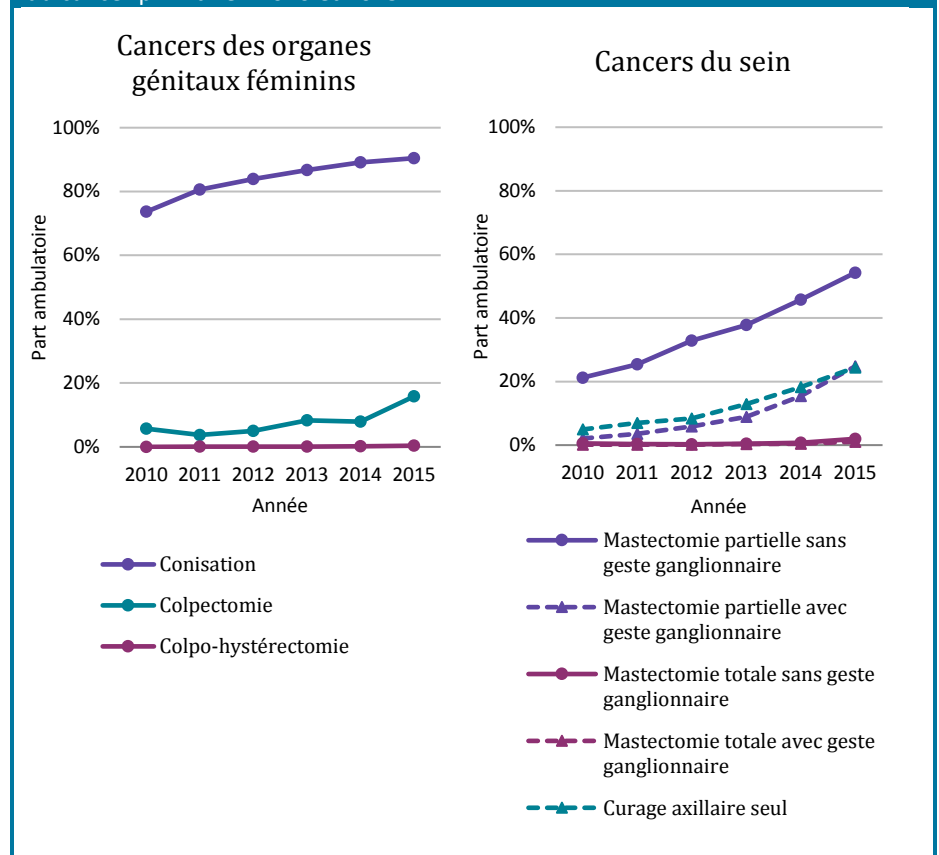
## ... et sur les actes moins complexes

Pour un organe donné, plus la chirurgie est complexe, moins elle est réalisée en ambulatoire (Annexe 2).

En 2015, 22,3 % (16 827/75 327) des séjours d'exérèse de cancer du sein étaient réalisés en ambulatoire, avec une forte progression pour les mastectomies partielles (de 21,1 % en 2010 à 54,1 % en 2015 en l'absence de geste ganglionnaire – curage axillaire ou ganglion sentinelle – et 2,0 % à 24,5 % en cas de geste ganglionnaire). Les mastectomies totales restent essentiellement réalisées en hospitalisation complète (environ 2 % des séjours).

Pour les cancers gynécologiques, 30,6 % (8 130/26 526) des séjours étaient réalisés en ambulatoire. Il s'agit principalement de conisations du col de l'utérus dont la réalisation ambulatoire était déjà largement répandue en 2010 (73,7 % (5 044/6 841) en 2010 contre 90,5 % (7 600/8 399) en 2015); les colpectomies et colpo-hystérectomies restant exceptionnellement réalisées en ambulatoire (0,7 % (72/10 419) des séjours en 2015) (Figure 4).

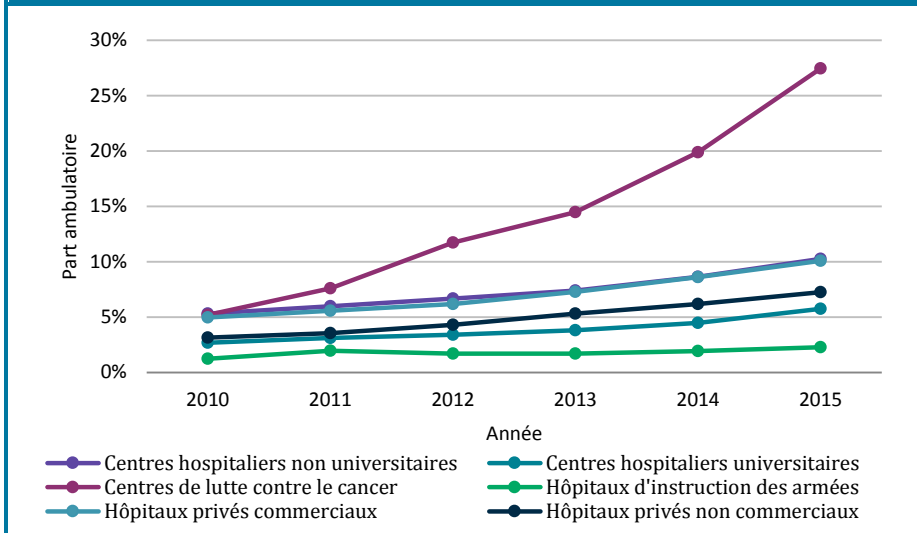
**Figure 4.** Part ambulatoire des séjours d'exérèse par localisation du cancer primitif en 2010 et 2015



## ▲ La chirurgie ambulatoire est plus habituelle dans les Centres de lutte contre le cancer

L'activité ambulatoire se développe pour toutes les catégories d'établissements, et tout particulièrement dans les Centres de lutte contre le cancer (CLCC), où 27,5 % des séjours avec exérèse étaient réalisés en ambulatoire en 2015 (Figure 5, Annexe 3). Pour le cancer du sein, elle représente 68,9 % des mastectomies sans geste ganglionnaire en CLCC alors qu'elle est d'environ 47 % en centre hospitalier public universitaire et non universitaire et clinique privée. Pour les cancers des organes génitaux, la part ambulatoire des conisations du col de l'utérus est élevée d'une manière homogène (environ 90 % des séjours).

**Figure 5.** Évolution de la part ambulatoire en fonction de la catégorie de l'établissement (tous cancers confondus)



## ▲ Un contraste marqué entre les régions

Des disparités entre les régions sont objectivées (Annexe 4). En 2015, pour les mastectomies partielles sans geste ganglionnaire, la part ambulatoire en Basse-Normandie (65,9 %) est deux fois plus importante qu'en Corse (30,3 %).

Pour les conisations du col de l'utérus, la part d'activité ambulatoire variait de 79 % à 96 %. Pour les exérèses des cancers des VADS, elle variait de 6 % à 15 % pour les abords ouverts alors qu'elle était proche de 100 % pour les exérèses par voie endoscopique seule (parmi les régions réalisant plus de 100 exérèses par an).

Après ajustement par un modèle multivarié (voir encadré), une hétérogénéité de la pratique entre les régions persiste pour les principales exérèses réalisées en ambulatoire. Cette variabilité persiste aussi lorsque l'analyse est restreinte aux séjours de durée inférieure ou égale à deux nuitées correspondant potentiellement aux séjours convertibles en hospitalisation ambulatoire.

## ANALYSES APPROFONDIES

Les facteurs associés à la réalisation ambulatoire de l'exérèse de cancers du sein ont été étudiés à l'aide de régressions logistiques incluant les covariables suivantes : la classe d'âge du patient, le nombre de comorbidités, le volume total de séjours réalisés pour l'exérèse étudiée dans l'établissement pour une année donnée, la catégorie de l'établissement de santé, la région et le type de chirurgie. Pour les variables catégorielles, la référence correspondait à la situation la plus fréquente. Pour les régions, la catégorie de référence était la région où le taux de chirurgie ambulatoire était minimum pour l'année étudiée.

## DISCUSSION

Le nombre de séjours ambulatoires est fonction de la part d'activité réalisée sans nuitée mais aussi de l'incidence des cancers. Ainsi, bien que la part de séjours ambulatoires soit plus importante autour de 30 ans chez les femmes, le nombre de séjours est maximum pour la tranche d'âge 50-75 ans où l'incidence des cancers est la plus importante (12).

### ▲ Qu'en est-il des cancers cutanés ?

Comme précisé par la circulaire de 2010, connue sous le nom de circulaire « frontière » (13), dans la plupart des cas, les actes d'exérèses ne nécessitant pas d'anesthésie générale ne relèvent pas d'une hospitalisation. Ceci concerne la plupart des exérèses de cancers cutanés, qui n'entrent donc pas dans le cadre de l'étude.

Toutefois, la localisation du cancer cutané ou son volume peuvent nécessiter une hospitalisation du fait d'une exérèse plus complexe parfois associée à une chirurgie réparatrice. Les données du SNDS (Système national des données de santé) ne permettant pas de distinguer les situations justifiant une hospitalisation, les cancers cutanés n'ont pas été inclus dans notre étude.

### ▲ Vers plus d'ambulatoire ?

Si toutes les exérèses ne peuvent être réalisées en ambulatoire, un objectif pour chaque région peut être de tendre vers le taux observé le plus élevé.

Plus précisément, l'objectif doit être défini par couples « localisation de cancer - type de chirurgie » puisque les données de notre étude indiquent que l'ambulatoire concerne un nombre restreint de cancers, avec une focalisation sur certains types d'exérèses : celles dont la durée d'intervention est plus courte et pour lesquelles le risque chirurgical ou les suites opératoires sont moins complexes.

De plus, il est souhaitable d'ajuster cet objectif sur l'état clinique du patient, car malgré le développement de l'ambulatoire pour des patients plus âgés qu'en 2010, la part des exérèses réalisées en ambulatoire reste plus faible en présence d'une ou plusieurs comorbidités.

Cette méthode permet de suivre l'évolution des pratiques par cancer et leur diffusion sur le territoire.

## CONCLUSION

L'activité ambulatoire s'est fortement développée depuis 2010, et représente 10,6 % des séjours d'exérèse de cancer en 2015. Elle se focalise sur certains cancers et dépend des caractéristiques du patient et de la complexité de l'acte chirurgical. Les disparités de pratique observées entre les régions et les différentes catégories d'établissements de santé justifient un suivi de cette activité et la fixation d'objectifs d'évolution.

Des innovations chirurgicales et organisationnelles pourraient permettre progressivement de proposer une exérèse en ambulatoire pour des types de chirurgies ou des patients actuellement en hospitalisation complète.

10,6 %

des séjours d'exérèse de cancer sont réalisés en ambulatoire en 2015

54,1 %

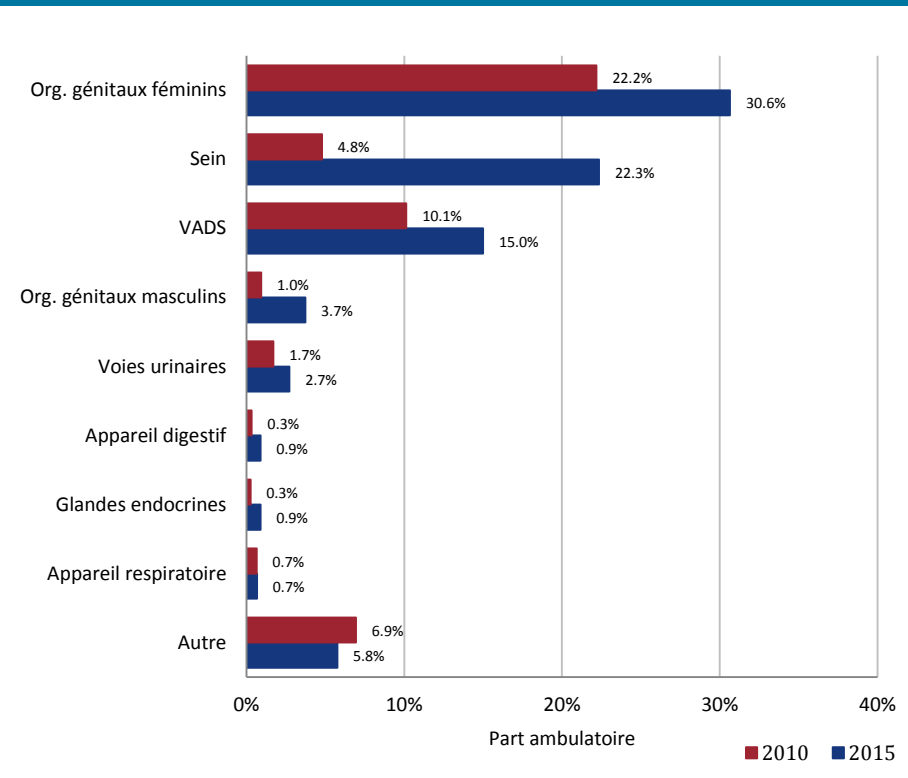
des séjours avec mastectomie sans acte ganglionnaire sont réalisés en ambulatoire en 2015

## BIBLIOGRAPHIE

1. Castoro C, Bertinato L, Baccaglini U, Drace CA, McKee M. Day Surgery: Making it Happen. WHO; 2017 mars.
2. Article D6124-301. Code de la santé publique.
3. Haute Autorité de santé. Recommandations organisationnelles de la chirurgie ambulatoire : guide méthodologique [Internet]. Mai 2013. [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1337911/fr/recommandations-organisationnelles-de-la-chirurgie-ambulatoire-outils-et-guide](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1337911/fr/recommandations-organisationnelles-de-la-chirurgie-ambulatoire-outils-et-guide)
4. Sewonou A, Rioux C, Golliot F, Richard L, Massault PP, Johanet H, et al. Incidence des infections du site opératoire en chirurgie ambulatoire : résultats du réseau de surveillance INCISO en 1999-2000.
5. Gaujal L, Renou M, Dujaric ME, Baffert S, Tardivon A, Kriegel I, et al. Première enquête de satisfaction dans une unité de chirurgie ambulatoire dédiée à la cancérologie. Bull Cancer (Paris). 1 avr 2016;103(4):330-5.
6. Guinaudeau F, Beurrier F, Rosay H, Carrabin N, Faure C, Ferraioli D, et al. Satisfaction des patientes opérées par tumorectomie-ganglion sentinelle pour cancer du sein en ambulatoire. Gynécologie Obstétrique Fertil. 1 mars 2015;43(3):213-8.
7. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Instruction N° DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020. 28 sep 2015.
8. Ministère des Solidarités et de la Santé. La stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. Déc 2017. <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>
9. OCDE (2017). Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en)
10. Institut national du cancer. Les cancers en France, édition 2016 [en ligne]. Boulogne-Billancourt, Institut national du cancer, 2017 [consulté le 20/01/2018]. [http://www.e-cancer.fr/ressources/cancers\\_en\\_france](http://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france)
11. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. Cartographie des pathologies et des dépenses [Internet]. Paris, Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, 2017 [consulté le 18 janv 2018]. <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/index.php>
12. Jéhannin-Ligier K, Dantony E, Bossard N, Molinié F, Defossez G, Daubisse-Marliac L, Delafosse P, Remontet L, Uhry Z. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2017.
13. Ministère de la Santé et des Sports. Instruction DGOS/R no 2010-201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). 15 juin 2010.



**Annexe 1. Part ambulatoire des séjours d'exérèse par localisation du cancer primitif en 2010 et 2015**



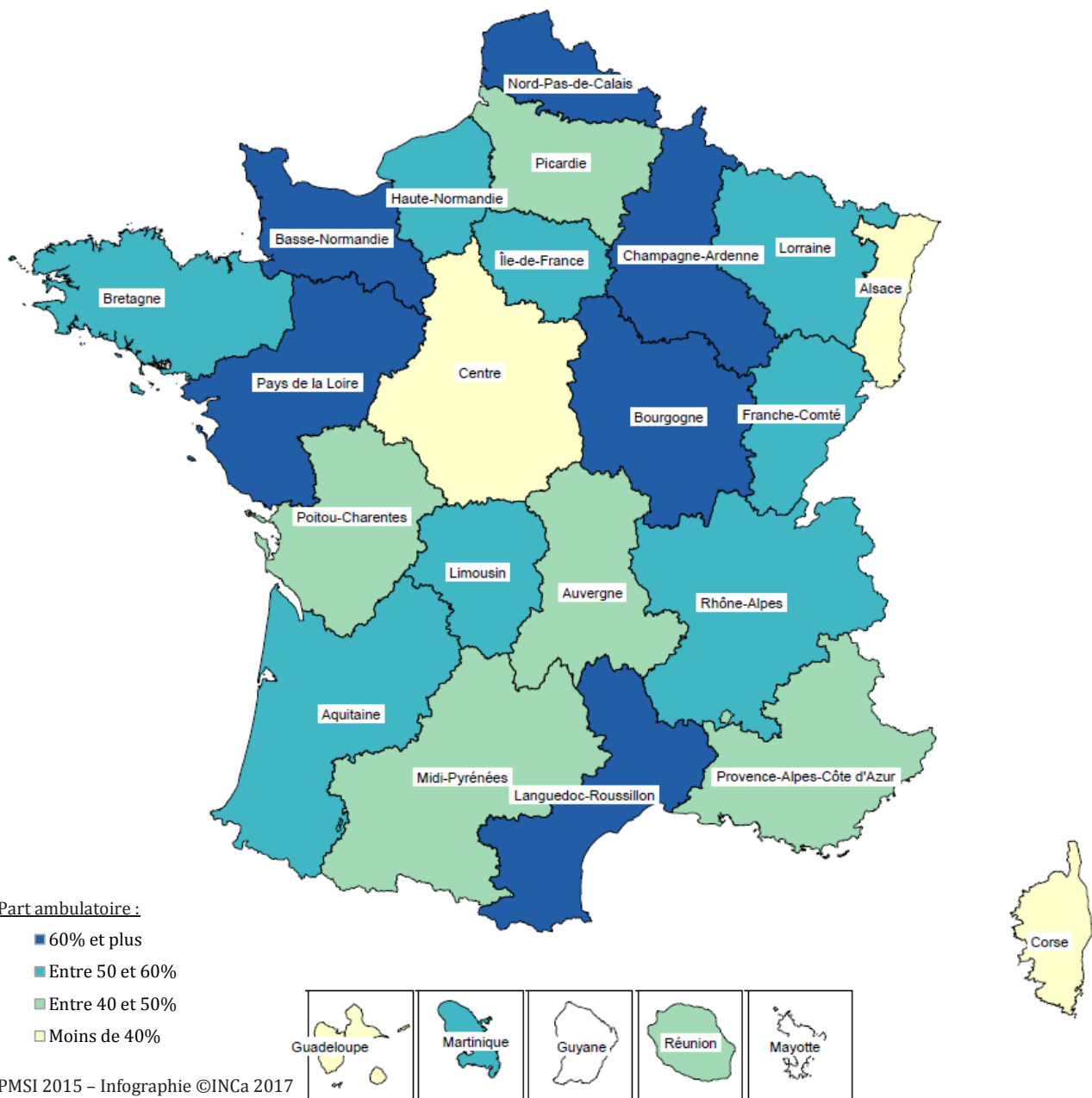
**Annexe 2. Part ambulatoire des séjours d'exérèses pour les cancers du sein, gynécologiques et des VADS**

	2010			2015		
	Effectif ambu	Effectif total	% ambu	Effectif ambu	Effectif total	% ambu
<b>Par localisation et chirurgie</b>						
<b>Cancers du sein</b>	<b>3 465</b>	<b>72 218</b>	<b>4,8 %</b>	<b>16 827</b>	<b>75 327</b>	<b>22,3 %</b>
- dont mastectomies partielles sans geste ganglionnaire	2 390	11 315	21,1 %	5 900	10 913	54,1 %
- dont mastectomies partielles avec geste ganglionnaire	751	36 811	2,0 %	9 758	39 866	24,5 %
- dont mastectomies totales avec ou sans geste ganglionnaire	38	20 131	0,2 %	266	20 803	1,3 %
<b>Cancers gynécologiques</b>	<b>5 331</b>	<b>24 034</b>	<b>22,2 %</b>	<b>8 130</b>	<b>26 526</b>	<b>30,6 %</b>
- dont conisations	5 044	6 841	73,7 %	7 600	8 399	90,5 %
- dont colpectomies et colpo-hystérectomies	11	10 292	0,1 %	74	10 419	0,7 %
<b>Cancers des VADS</b>	<b>1 384</b>	<b>13 653</b>	<b>10,1 %</b>	<b>2 059</b>	<b>13 735</b>	<b>15,0 %</b>
- dont chirurgies endoscopiques	627	644	97,4 %	955	966	98,9 %
- dont chirurgies conventionnelles	757	13 009	5,8 %	1 104	12 769	8,6 %

**Annexe 3. Part ambulatoire des séjours d'exercice en fonction de la catégorie de l'établissement en 2010 et 2015 (tous cancers confondus)**

Par catégorie d'établissement	2010			2015		
	Effectif ambu	Effectif total	% ambu	Effectif ambu	Effectif total	% ambu
Centres hospitaliers universitaires	1 485	55 291	2,7 %	3 561	61 985	5,7 %
Centres hospitaliers non universitaires	2 473	46 595	5,3 %	5 450	53 196	10,2 %
Centres de lutte contre le cancer	1 288	24 814	5,2 %	7 630	27 794	27,5 %
Hôpitaux d'instruction des armées	16	1 279	1,3 %	25	1 094	2,3 %
Hôpitaux privés commerciaux	6 441	129 771	5,0 %	12 748	126 516	10,1 %
Hôpitaux privés non commerciaux	556	17 596	3,2 %	1 386	19 087	7,3 %

**Annexe 4. Part ambulatoire dans les mastectomies partielles sans geste ganglionnaire par région en 2015**



Édité par l'Institut national du cancer

Siren 185 512 777

Conception : INCa

ISBN : 978-2-37219-378-8

ISBN net : 978-2-37219-379-5

DEPÔT LÉGAL MAI 2018

Ce document doit être cité comme suit : © La chirurgie ambulatoire dans le cancer – Évolutions de 2010 à 2015, Fiche d'analyse, collection Les Données, INCa, avril 2018

Ce document est publié par l'Institut national du cancer qui en détient les droits. Les informations figurant dans ce document peuvent être réutilisées dès lors que : (1) leur réutilisation entre dans le champ d'application de la loi N°78-753 du 17 juillet 1978 ; (2) ces informations ne sont pas altérées et leur sens dénaturé ; (3) leur source et la date de leur dernière mise à jour sont mentionnées.





52, avenue André Morizet  
92100 Boulogne-Billancourt

Tel. +33 (1) 41 10 50 00  
[diffusion@institutcancer.fr](mailto:diffusion@institutcancer.fr)