VISU CHIR

# VISUCHIR ETABLISSEMENT

# GUIDE UTILISATEUR

# Sommaire


1. Champ et périmètre de l'outil (cf. annexe2) ..... 3
2. Méthode (cf. annexe3) ..... 4
3. Structure de l'outil ..... 5
   a. Caractéristiques de VISUCHIR ..... 5
   b. Modes de représentation et filtres disponibles dans l'outil ..... 5
   c. Comparaisons disponibles dans l'outil ..... 6
4. Contenu de l'outil ..... 7
   a. Introduction : les 7 onglets disponibles dans l'outil ..... 7
   b. Présentation générale des indicateurs disponibles dans l'outil ..... 9
   c. Présentation détaillée des indicateurs disponibles dans l'outil ..... 9
      a) TAUX AMBULATOIRE ..... 10
      b) INDICATEUR DE PERFORMANCE CHIRURGIE AMBULATOIRE ..... 10
      d) POTENTIEL AMBULATOIRE GLOBAL ..... 14
      e) POTENTIEL AMBULATOIRE DES 5 SPECIALITES ..... 15
      f) MATRICE PERFORMANCE/POTENTIEL ..... 15
5. Annexe 1 : maitrise d'ouvrage et d'œuvre ..... 17
6. Annexe 2 : champ et périmètre détaillés ..... 18
7. Annexe 3 : méthodologie détaillée du potentiel ambulatoire global ..... 19

## 1. Champ et périmètre de l'outil (cf. annexe2)

Les données de l'outil sont issues des bases nationales PMSI et sont actualisées chaque année.

Chaque établissement de santé est identifié sous son Finess juridique et Finess géographique. Un Finess juridique peut comporter plusieurs sites géographiques (exemple : le CHRU de Toulouse comporte 5 Finess géographiques : Mère/Enfant, Larrey, Purpan, Rangueil et Oncopôle). Si un Finess géographique public est rattaché successivement au cours d'une même année à 2 établissements juridiques différents, on le rattache pour les résultats à celui auquel il était rattaché au 31/12 de l'année considérée (soit son dernier Finess PMSI).

L'information délivrée dans l'outil est au niveau du site géographique. L'outil contient environ 1000 sites géographiques chirurgicaux. Par convention, on utilise dans ce document le mot « établissement » pour désigner le site géographique. La totalité des établissements chirurgicaux français publics et privés est présente dans l'outil dès lors qu'ils ont un seuil minimal d'activité chirurgicale ambulatoire (au moins 100 séjours RSA ambulatoires annuels par établissement géographique).

La classification utilisée pour les séjours RSA est la classification CAS/GHM sur le nouveau périmètre chirurgical de l'instruction DGOS du 28 septembre 2015 (les GHM chirurgicaux en C « classants et opératoires » hors CMD 14 et 15 et PIE + 7 racines K et Z).

Des séjours ont été exclus de ce périmètre, car non chirurgicaux :

- les IVG médicamenteuses (qui sont des séjours médicaux) par leur suppression dans la racine 14Z08.
- les séjours sans acte classant chirurgical ou acte conduisant vers une racine K des 7 racines additionnelles

NB 1 : les endoscopies sont par définition exclues du périmètre de l'outil (car ce sont des séjours médicaux, même s'ils transitent au niveau du bloc opératoire ou dans des unités de chirurgie ambulatoire).

NB 2 : les actes d'urgence sont dans le périmètre de VISUCHIR, mais n'ont pas été identifiés en tant que tel, sauf libellé CCAM spécifique et/ou intégration dans une superfamille ou famille d'actes de chirurgie avec qualification d'urgence.

Les séjours ambulatoires sont identifiés sous la double condition : date d'entrée = date de sortie et mode d'entrée = mode de sortie = domicile.

En 2021, la base nationale PMSI contient environ 6,2 millions de séjours chirurgicaux et 8.1 millions d'actes CCAM chirurgicaux.

## 2. Méthode (cf. annexe3)

La démarche suivie dans VISUCHIR est identique à celle utilisée pour la construction de l'Indicateur de Performance Chirurgie Ambulatoire (IPCA), basée sur l'étude des actes CCAM.

L'IPCA, disponible depuis 2015, est aussi présent à deux niveaux dans Scan santé : onglet « indicateurs synthétiques » (HospiDiag) et onglet « Activité » (Analyse d'activités spécifiques/programme National Chirurgie Ambulatoire/Indicateur de performance).

La spécificité de l'outil est de travailler au niveau le plus fin (actes CCAM), donc au plus près des pratiques des professionnels de santé, tout en s'assurant de la correspondance entre les séjours et les actes. En effet, un séjour peut contenir un acte CCAM (séjours mono-actes) ou plusieurs actes CCAM (séjours multi-actes). La base PMSI 2017, première base utilisée pour la construction de VISUCHIR, contenait ainsi plus de 182 000 combinaisons différentes d'actes CCAM pour des séjours multi-actes[1]. L'outil différencie le traitement des séjours mono-actes de celui des séjours multi-actes pour l'estimation globale du potentiel ambulatoire.

Dans le cas de séjours mono-actes, un séjour est relié à un seul acte CCAM et donc l'estimation du potentiel ambulatoire d'actes CCAM est strictement superposable à l'estimation du potentiel ambulatoire en séjours.

Dans le cas de séjours multi-actes, il faut choisir parmi les actes CCAM celui qui, dans le séjour, est le plus pertinent pour estimer le potentiel ambulatoire : le choix a été fait de prendre celui qui a le taux moyen national ambulatoire le plus bas[2]. Cet acte CCAM est dit « référent du séjour ». C'est à partir de cet acte que va être estimé le potentiel ambulatoire en séjours.

NB 1 : En 2017, tous modes d'hospitalisation confondus, la proportion des séjours multi-actes dans la base était de 36.1%. Mais cette proportion est plus élevée en ambulatoire qu'en hospitalisation traditionnelle. En hospitalisation traditionnelle, cette proportion n'était que de 32%, contre 40% en ambulatoire. Donc le ressenti laissant à penser qu'il existe un lien entre proportion des séjours multi-actes, complexité des séjours et non éligibilité ambulatoire semble dénué de tout fondement.

NB 2 : Dans l'outil VISUCHIR ETABLISSEMENT, un code couleur (fond grisé) permet d'identifier tous les graphiques présentant des actes CCAM (mosaïque, histogrammes et pyramide). Les graphiques sur fond blanc présentent des chiffres sur les séjours de chirurgie.

NB 3 : un code couleur différencie la chirurgie ambulatoire de la chirurgie traditionnelle : la couleur rouge renvoie à l'hospitalisation complète, la couleur verte à la chirurgie ambulatoire (avec des dégradés orangés selon le taux de chirurgie ambulatoire)

[1] Exemple 1 : l'acte CCAM BFGA 004 (Extraction extra-capsulaire du cristallin par phako-émulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'oeil) est associé en 2017 plus de 750 000 fois avec l'acte CCAM BELB 001 (Injection de substance inerte ou organique dans la chambre antérieure de l'oeil, par voie transcornéenne [Reformation de la chambre antérieure]).
Exemple 2 : l'acte CCAM MEMC 005 (Acromioplastie sans prothèse avec arthroplastie acromioclaviculaire par résection de l'extrémité latérale de la clavicule, par arthroscopie) est associé en 2017 plus de 18 000 fois avec l'acte CCAM MJEC 002 (Réinsertion et/ou suture de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie)

[2] Dans le cas d'école, où un séjour multi-actes comprendrait une transplantation cardiaque et une intervention pour la cataracte, choisir l'acte dont le taux de chirurgie ambulatoire serait le plus haut, en l'occurrence celui de la cataracte (taux national de 94%) ou prendre une moyenne des 2 taux de chirurgie ambulatoire (taux de 47%) n'aurait pas de sens. C'est pourquoi la règle de gestion a choisi l'acte dont le taux est le plus bas (en l'occurrence le taux de la transplantation cardiaque soit 0%).

## 3. Structure de l'outil

### a. Caractéristiques de VISUCHIR

VISUCHIR présente comme caractéristiques globales d'être médicalisé avec un nombre restreint d'indicateurs, de proposer plusieurs benchmarks, d'être en open data, simple d'utilisation et interactif, de représenter les établissements graphiquement sous forme de data-visualisation et d'être disponible en presse bouton.

### b. Modes de représentation et filtres disponibles dans l'outil

L'outil de data-visualisation VISUCHIR illustre chaque établissement selon 2 modes de représentation (simples et complexes) et plusieurs filtres.

**Les modes de représentation simple** sont de plusieurs types :

- jauges comparant un établissement avec des référentiels statistiques
- palmarès classant l'établissement
- histogramme représentant des répartitions de volumes
- courbe représentant des évolutions temporelles
- mosaïque dynamique unidimensionnelle : la dimension explorée concerne des répartitions de volumes

**Les modes de représentation complexe** sont de plusieurs types :

- pyramide des âges croisant deux données (volume et mode d'hospitalisation)
- cartographie permettant de filtrer les établissements et de choisir un établissement
- cartographie permettant de positionner les établissements d'une même région au travers de deux variables (volume chirurgical et taux de chirurgie ambulatoire),
- mosaïque dynamique bidimensionnelle : les deux dimensions explorées concernent des volumes d'activité et des pourcentages de chirurgie ambulatoire
- box-plot ou boite à moustaches[3] permettant de positionner un établissement dans une distribution d'un nombre important d'établissements
- matrice BCG adaptée (Boston Consulting Group)[4] positionne l'établissement selon 2 dimensions représentées par la performance ambulatoire (IPCA) et le potentiel ambulatoire.

**L'outil présente aussi des filtres** permettant de choisir :

- une année
- un mode de comparaison avec 4 niveaux : national, régional, catégorie juridique, classe de case-mix ambulatoire
- un focus sur un groupe d'établissements ciblés à l'aide de réglettes
- une des 3 variables de l'indicateur composite

[3] Outil de représentation graphique de données statistiques inventé par John Tukey en 1977
[4] Outil d'analyse statistique inventé par Bruce Henderson fin des années 60

## c. Comparaisons disponibles dans l'outil

**Chaque établissement de santé géographique est comparé selon 4 niveaux de comparaison :**

- **National :** comparaison avec l'ensemble des établissements de santé géographiques publics et privés France entière

- **Régional :** comparaison avec l'ensemble des établissements de santé géographiques publics et privés de sa région

- **Catégorie d'établissements :** comparaison avec l'ensemble des établissements de santé géographiques de sa catégorie (CH, CHU, Espic, CLCC, privés lucratifs)

- **Classe de case-mix ambulatoire** : comparaison avec l'ensemble des établissements de santé géographiques publics et privés de sa classe de case-mix ambulatoire.

  A partir des travaux sur l'Indicateur de Performance en Chirurgie Ambulatoire, il a été défini 4 classes de case-mix ambulatoires, nommées de A à D[5] selon la diversité du case-mix de CMD ambulatoires (même méthodologie que pour l'Indicateur de Performance).

  Ces classes ont donc été construites à partir d'une liste de CMD (par ordre décroissant d'effectifs) représentant au moins 80% de RSA ambulatoires. L'objectif de ces classes est de permettre des comparaisons d'établissements à case-mix comparables. Les classes de case-mix ambulatoires n'ont pas été créées pour comparer l'activité des établissements entre eux, mais pour comparer leur mode d'organisation qui est souvent différent selon leur case-mix.

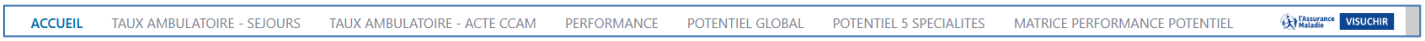
  Nonobstant cet objectif, on constate une certaine homogénéisation d'activité entre les classes, puisque quelle que soit la classe, les 4 spécialités les plus fréquemment retrouvées sont toujours l'ophtalmologie, l'ORL, l'orthopédie et sein/peau.

  - La classe A de case-mix de CMD ambulatoires rassemble les établissements de santé ayant 1 ou 2 ou 3 spécialités chirurgicales ambulatoires (1 à 3 CMD ambulatoires).
  - La classe B de case-mix de CMD ambulatoires rassemble les établissements de santé ayant 4 spécialités chirurgicales ambulatoires (4 CMD ambulatoires)
  - La classe C de case-mix de CMD ambulatoires rassemble les établissements de santé ayant 5 spécialités chirurgicales ambulatoires (5 CMD ambulatoires)
  - La classe D de case-mix de CMD ambulatoires rassemble les établissements de santé ayant 6 ou 7 ou 8 spécialités chirurgicales ambulatoires (6 à 8 CMD ambulatoires)

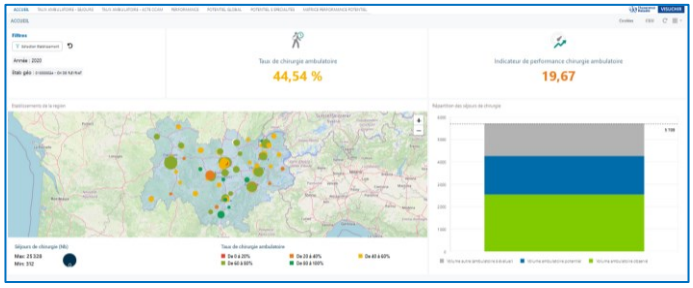
[5] En 2021, la classe A comportait 206 établissements, la classe B 167 établissements, la classe C 220 établissements et la classe D 326 établissements.

# 4. Contenu de l'outil

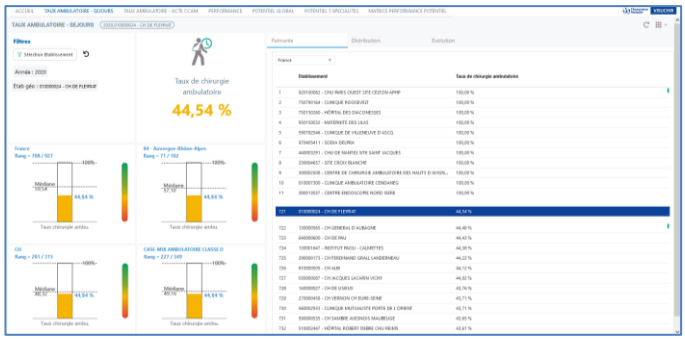
## a. Introduction : les 7 onglets disponibles dans l'outil




**Onglet Accueil :**

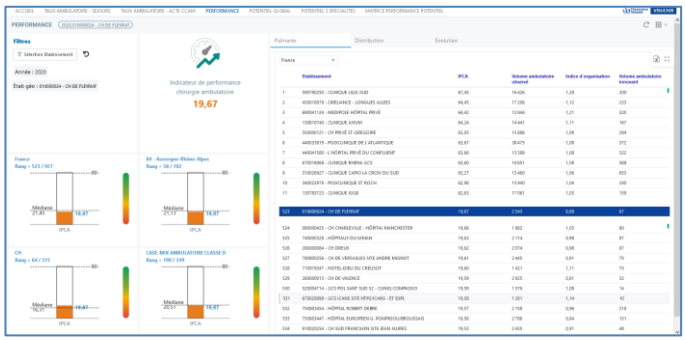



**Onglet Taux ambulatoire -séjours :**

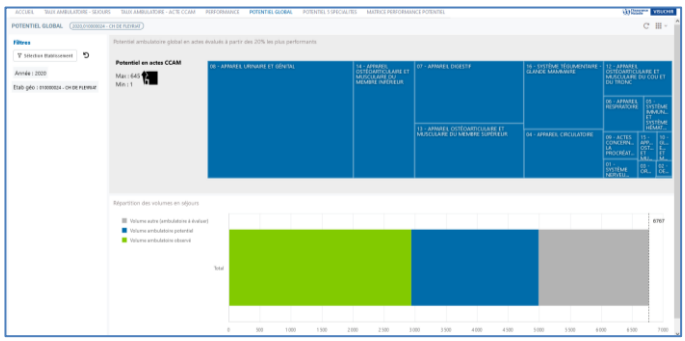



**Onglet Taux ambulatoire – actes CCAM :**

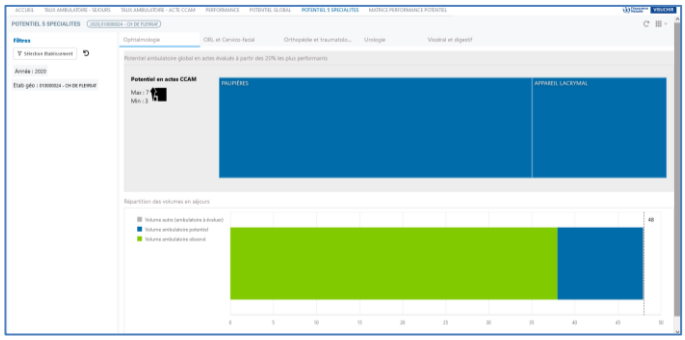
**Onglet Performance :**



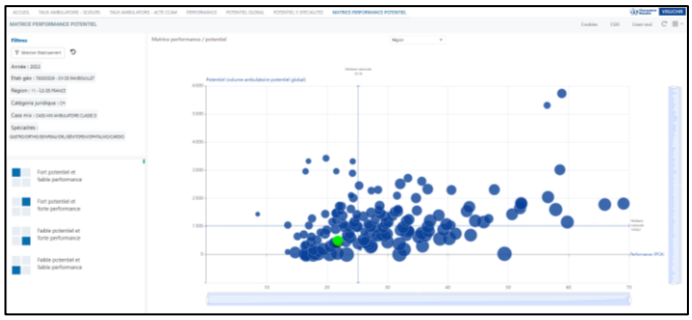
## Onglet Potentiel  Global :



## Onglet Potentiel 5 spécialités :



## Onglet Matrice Performance/Potentiel :



## b. Présentation générale des indicateurs disponibles dans l'outil

VISUCHIR ETABLISSEMENTS comporte 3 séries d'indicateurs et une matrice :

- **Indicateurs d'activité :** volume total, volume ambulatoire, volume ambulatoire innovant, volume potentiel ambulatoire, volume autre
- **Indicateurs patient :** niveau de sévérité (comorbidités), âge
- **Indicateurs d'organisation :** Indicateur de Performance de Chirurgie Ambulatoire (IPCA), indice d'organisation, taux ambulatoire, taux potentiel ambulatoire, durée moyenne de séjour

**La qualité est indirectement identifiée au travers des indicateurs d'activité et d'organisation.**

**La matrice de type BCG (Boston Consulting Group)** positionne les établissements selon 2 dimensions : la performance ambulatoire en abscisse (IPCA) et le volume potentiel ambulatoire global en ordonnée. Quatre carrés sont déterminés en fonction des médianes nationales des 2 indicateurs :

- Etablissements performants avec un potentiel ambulatoire
- Etablissements performants mais sans potentiel ambulatoire
- Etablissements sans performance mais avec du potentiel ambulatoire
- Etablissements sans performance ni potentiel ambulatoire

## c. Présentation détaillée des indicateurs disponibles dans l'outil

L'outil présente des indicateurs de pratique chirurgicale et des indicateurs d'estimation de potentiel ambulatoire.

Les indicateurs de pratique ambulatoire sont de deux types : taux ambulatoire, indicateur de performance de chirurgie ambulatoire. Ces deux indicateurs sont complétés par d'autres informations qui permettent de représenter pour un acte donné les conditions de sa réalisation en hospitalisation traditionnelle : niveau de sévérité, durée de séjour et classes d'âge[6].

Les indicateurs d'estimation du potentiel ambulatoire sont basés sur une méthode statistique, à partir des 20% d'établissements les plus performants en ambulatoire, acte CCAM par acte CCAM[7], indépendamment des durées de séjour observées.

Cette méthode d'estimation est basée sur les actes CCAM et prend donc en compte la diversité des spécialités chirurgicales.

Cette méthode estime des volumes d'actes CCAM éligibles à l'ambulatoire, puis transformés en séjours pour plus de lisibilité. Cette méthode prend en compte l'éligibilité ambulatoire (médicale et psycho-socio-environnementale) des patients.

NB : Il faut rappeler que l'éligibilité ambulatoire repose sur le triptyque patients / actes / organisation « *la décision d'une prise en charge ambulatoire ne doit se faire qu'au cas par cas après analyse du bénéfice risque du triptyque acte, patient et structure* ».

[6] Il existe également une représentation par classe d'âge pour les séjours ambulatoires

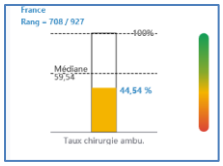
[7] rapport au ministre chargé de la Sécurité Sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2018 « *jusqu'à présent, l'estimation du potentiel de développement n'avait été faite qu'à partir de l'analyse administrative des durées de séjour, sans prise en compte d'éléments médicalisés comme les spécialités des établissements, les pratiques innovantes de la chirurgie ambulatoire lourde et les bonnes pratiques professionnelles* », 7 juillet 2017

Rapport IGAS/IGF « *la mission reconnait que les racines de GHM contiennent dans les faits des actes hétérogènes en terme de potentiel de transférabilité. Le niveau de granularité disponible (racine de GHM) pourrait être amélioré pour disposer d'une vision plus précise actes par actes* », juillet 2014

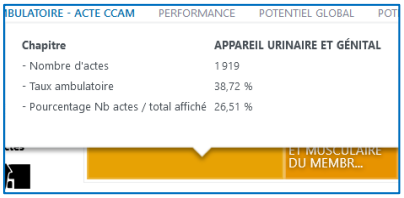
## a) TAUX AMBULATOIRE

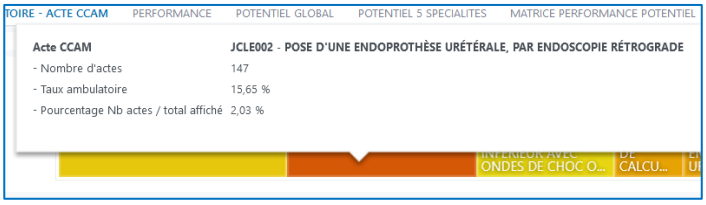
Le taux de pratique de chirurgie ambulatoire est décliné en séjours (fond blanc) et en actes CCAM (fond grisé) :

- Taux ambulatoire (en séjours) au niveau établissement : nombre de séjours chirurgicaux sans nuitée avec mode d'entrée et de sortie domicile (ou substitut de domicile) sur le nombre de séjours chirurgicaux totaux au niveau de l'établissement




- Taux ambulatoire (en actes) au niveau classification CCAM : % d'actes CCAM réalisés en ambulatoire (pour chaque niveau de la classification CCAM, dénombrement du nombre d'actes CCAM sans nuitée sur le nombre d'actes CCAM totaux, indépendamment d'une association éventuelle avec un autre acte CCAM dans un séjour).




NB 1 : le nombre de séjours est différent du nombre d'actes. Un séjour peut correspondre à un ou plusieurs actes CCAM.

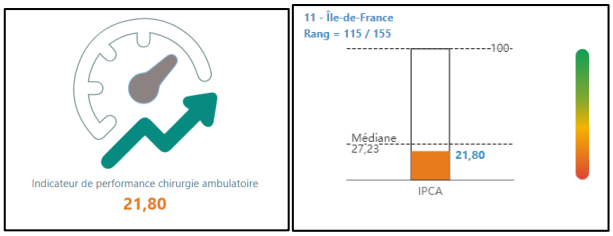
NB 2 : ces indicateurs sont des taux bruts ne prenant en compte ni les volumes, ni le case-mix, ni l'innovation. Ils ne peuvent prétendre illustrer la performance ambulatoire d'un établissement de santé et nécessitent donc l'interprétation concomitante de l'Indicateur composite de Performance de Chirurgie Ambulatoire (IPCA).

## b) INDICATEUR DE PERFORMANCE CHIRURGIE AMBULATOIRE

L'Indicateur de performance de chirurgie ambulatoire (IPCA) est un indicateur composite issu des travaux ANAP/ATIH/15 experts nationaux en chirurgie ambulatoire[8] et officialisé dans 2 textes ministériels[9].

[8] Clés de lecture de l'indicateur de performance chirurgie ambulatoire pour l'interprétation du taux de chirurgie ambulatoire d'un établissement de santé (www.scansante.fr/applications/indicateur-de-performance).

[9] 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 (www.solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-11/ste_20150011_0000_0062.pdf) et Fiches 2-3 L'ambulatoire en chirurgie et en médecine 2016 (www.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2-3_ambulatoire_chirurgie_et_medecine.pdf)




L'indicateur composite est constitué de 3 variables avec la pondération suivante :

- ➔ volume ambulatoire pour 50% du poids. Le volume ambulatoire correspond au volume brut annuel de chirurgie ambulatoire produit par l'établissement (séjours ambulatoires).

- ➔ Indice d'Organisation (IO) pour 30% du poids. L'IO, qui prend en compte l'effet case-mix, est l'écart à la moyenne nationale des pratiques ambulatoires à case-mix d'actes CCAM identiques. Si un établissement de santé a un IO>1, cela signifie qu'il produit plus d'ambulatoire qu'attendu au regard de son case-mix.

- ➔ volume ambulatoire innovant pour 20% du poids. Le volume ambulatoire innovant correspond au volume brut annuel de chirurgie ambulatoire innovant produit par l'établissement (séjours ambulatoires). Est considéré comme acte innovant ambulatoire tout acte dont le taux national moyen de chirurgie ambulatoire est inférieur à 20% (nombre d'actes CCAM ambulatoires supérieur à 10).

Plus l'IPCA est élevé, plus l'établissement est considéré comme performant en ambulatoire. L'IPCA mesure davantage la performance que le taux global de chirurgie ambulatoire car il prend notamment en compte des notions de volume et de case-mix. Il est construit à partir d'une base de séjours : pour chaque séjour a été retenu l'acte CCAM ayant le plus faible taux national au niveau national.

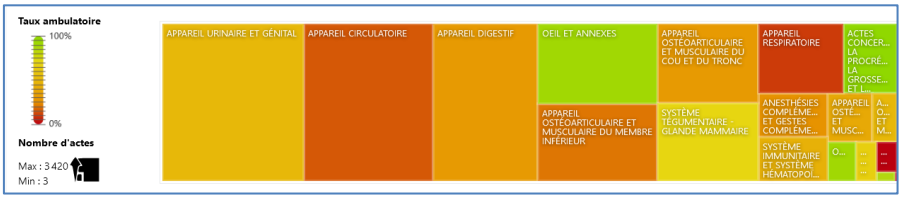
L'IPCA a été retenu dans l'outil VISUCHIR au niveau de la représentation du composite et de ses 3 variables. Le détail des actes CCAM reste disponible au niveau de Scan santé[10].

A partir de 2023 (chiffres VISUCHIR 2022), il a été effectué une modification de la méthodologie de construction de l'IPCA pour prendre en compte l'évolution à la hausse depuis 10 ans du volume ambulatoire des établissements aux plus forts volumes.
Jusqu'alors, le plus haut volume ambulatoire constaté en 2014 constituait la borne supérieure de la variable « volume ambulatoire » pour s'assurer de la stabilité de l'indicateur. Tous les établissements entre 2015 et 2021 dépassant cette borne avaient un rang identique, quel que soit leur niveau (à titre d'exemple, 32 établissements dépassaient cette valeur en 2022).
La nouvelle méthodologie prend dorénavant en compte pour le calcul de la variable de l'année N, non plus cette valeur fixe de 2014, mais une valeur mobile calculée à partir de la médiane des 10 établissements français ayant les plus gros volumes de l'année N-1.
Par ailleurs, la nouvelle méthodologie supprime pour la variable IO tous les établissements atypiques dépassant la valeur 2, qui sont des unités autonomes de dialyse, donc hors champ chirurgical.
Les valeurs de l'IPCA se distribuent sur une échelle entre 0 et 100.

[10] onglet « indicateurs synthétiques » (HospiDiag : http://hospidiag.atih.sante) et onglet « Activité » (Analyse d'activités spécifiques/programme National Chirurgie Ambulatoire/Indicateur de performance http://www.scansante.fr/applications/indicateur-de-performance).

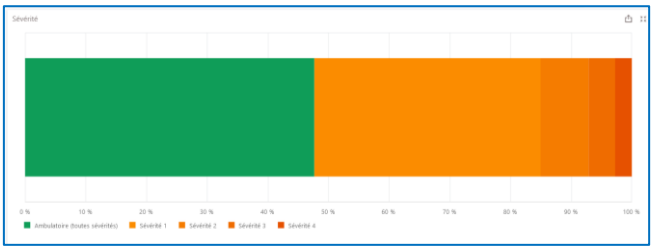
## c) AUTRES INFORMATIONS SUR LES ACTES CCAM

### ➔ Nombre d'actes CCAM totaux




Un dénombrement des actes CCAM totaux (prise en charge en hospitalisation ambulatoire et complète) est effectué pour chaque établissement selon les 4 niveaux de la classification CCAM (chapitre, sous chapitre, sous sous chapitre, acte CCAM).

### ➔ Niveaux de sévérité hospitalisation complète 1 à 4 (en ambulatoire, toutes sévérités confondues)




- Les niveaux de sévérité permettent d'apprécier l'éligibilité ambulatoire selon les recommandations des sociétés savantes et l'évolution des conditions de tarification.

- Les recommandations SFAR 2009 « prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire » précisent : *« Il est recommandé que les patients de statut ASA I, II et III stable soient éligibles à l'ambulatoire*[11]*. C'est l'analyse du rapport bénéfice/risque, au cas par cas, qui fonde le principe de cette sélection. »*

- Par assimilation, on pourrait donc rapprocher ASA III instable et ASA IV (qu'il n'est pas recommandé de prendre en charge en ambulatoire) avec les séjours de niveau de sévérité 4, ASA III stable avec le niveau de sévérité 3, ASA II avec le niveau de sévérité 2 et ASA I avec le niveau de sévérité 1).

- La suppression des bornes basses des tarifs pour les séjours d'hospitalisation conventionnelle de niveau de sévérité 2 et 3 officialise leur éligibilité ambulatoire.

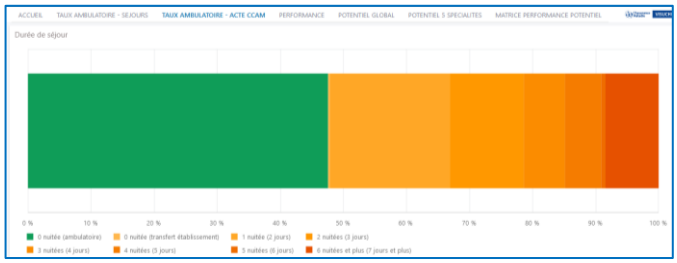
- En conséquence, seul le niveau de sévérité élevé 4[12] apparait comme une contre-indication à la pratique ambulatoire.

---

[11] Il s'agit ici de l'état de santé du patient suivant les critères retenus par l'American Society of Anesthesiologists.
Cinq niveaux existent :
ASA I : patient normal et en bonne santé
ASA II : patient avec une maladie générale modérée
ASA III : patient avec une maladie générale sévère mais non invalidante
ASA IV : patient avec une maladie générale invalidante mettant en jeu le pronostic vital
ASA V : patient moribond qui ne survivrait pas 24 heures

[12] Les niveaux de sévérité 4 représentaient, France entière en 2021, 6% des actes CCAM d'hospitalisation complète.

➔ **Durée de séjours en hospitalisation complète**

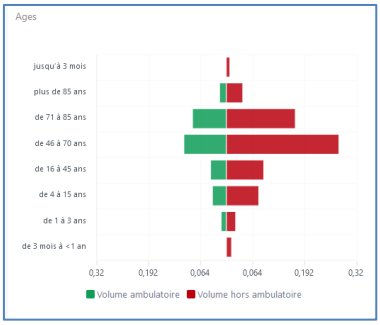



- 7 durées de séjour avec nuitée sont identifiées : 1 nuitée (2 jours) …6 nuitées et plus (7 jours et plus).

- Il n'y a pas de lien direct prouvé entre durée de séjour en hospitalisation complète et transférabilité ambulatoire. Il n'existe aucune publication scientifique reliant réduction progressive des durées de séjour et développement de la chirurgie ambulatoire. L'International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) a toujours différencié « day surgery » (chirurgie ambulatoire) de « short stay » (très courts séjours de 2 ou 3 jours)[13]. Les durées de séjour constatées ne permettent donc pas d'identifier les conditions d'éligibilité ambulatoires. Dans VISUCHIR, leur représentation a pour seul objet d'illustrer l'organisation de l'établissement dans la gestion de ses lits traditionnels, et aussi de constituer une aide dans le cadre d'une démarche RAAC (Récupération Améliorée Après Chirurgie).

  En effet, l'hospitalisation complète et l'ambulatoire sont deux modes d'organisation différents, la première plaçant le professionnel au centre de l'organisation (le patient est en attente des événements générés par les différents producteurs de soins), la seconde modifie l'organisation en replaçant le patient au centre du dispositif (les producteurs de soins s'organisent – flux courts, flux continus, flux tirés, marche en avant, by pass SSPI…- pour que le patient n'attende pas).

➔ **Distribution des classes d'âge en hospitalisation ambulatoire et complète**




- 7 classes d'âge sont constituées : moins de 3 mois, de 3 mois à 5 ans, de 6 à 18 ans, de 19 à 45 ans, de 46 à 70 ans, de 71 à 85 ans, plus de 85 ans.

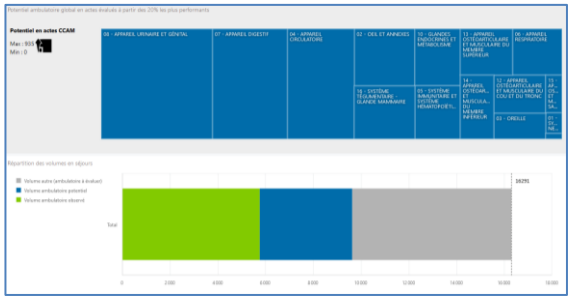
---

[13] « *La chirurgie ambulatoire moderne* ***n'est pas réductible à un séjour hospitalier raccourci*** *ou à un modèle architectural.* » (Déclaration liminaire des membres fondateurs IAAS, mars 1995).
« L*e short stay (très court séjour, jusqu'à 2 nuits) et l'inpatient (hospitalisation traditionnelle) ne changent fondamentalement ni l'organisation ni la culture des professionnels. La chirurgie ambulatoire change les deux. Elle s'en distingue donc fondamentalement. Il est important de distinguer la terminologie.* ***La chirurgie ambulatoire, c'est bien autre chose que le très court séjour. Ce qui la définit c'est l'organisation.*** *Le fait que le patient soit libéré le jour même est le fruit de l'organisation, il n'est pas le fait générateur »* (Suggested International Terminology and définitions, IAAS 2003)

- Les âges extrêmes ne sont pas une contre-indication en soi à l'ambulatoire, bien au contraire, puisque les recommandations SFAR 2009 « prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire » précisent : « *La prise en charge en hospitalisation ambulatoire est particulièrement adaptée aux patients qu'un éloignement du cadre de vie habituel perturbe.* »
  - ➔ Gériatrie : « *Le grand âge n'est pas une contre-indication en soi à l'ambulatoire. La prise en charge ambulatoire semble diminuer l'incidence des troubles du comportement postopératoire par rapport à une hospitalisation conventionnelle. Il est recommandé de faire bénéficier aux personnes âgées d'une prise en charge ambulatoire en fonction de l'analyse en fonction de l'analyse du bénéfice/risque pour le patient, la prévisibilité de sa prise en charge et de l'organisation mise en place.* »
  - ➔ Pédiatrie : « *Pour les enfants nés à terme : les patients de plus de trois mois sont éligibles. En fonction de l'expérience de l'équipe et la nature de l'intervention, certains patients de moins de trois mois peuvent être inclus après accord préalable anesthésiste/opérateur.* »

- En conséquence, la classe d'âge (enfants de moins de 3 mois) permet d'identifier les patients non éligibles à l'ambulatoire[14].

### d) POTENTIEL AMBULATOIRE GLOBAL



**La méthode du potentiel ambulatoire global (global car concernant la totalité du champ de la chirurgie)** estime le volume d'hospitalisation traditionnelle transférable en ambulatoire (« potentiel ambulatoire global »), basée sur les 20% d'établissements les plus performants en ambulatoires. Cf. méthodologie détaillée en annexe n°3.

> NB 1: Un potentiel ambulatoire global est déterminé pour chacun des établissements. Les choix méthodologiques qui ont été fait peuvent impacter le potentiel réel (avec une sur- ou une sous-estimation : choix du taux ambulatoire référentiel le plus bas en cas de séjours multi-actes, urgences, comptage de tops d'actes CCAM…).
>
> NB 2 : Cette méthode prend en compte l'éligibilité ambulatoire (médicale et psycho-socio-environnementale) des patients.

Cette méthode a pour avantages d'être médicalisée et évolutive avec mise à jour annuelle des échelles (cf. annexe n°3) et donc des potentiels ambulatoires en actes CCAM pour chaque établissement tenant compte des progrès ambulatoires : nouveaux actes ambulatoires et nouveaux établissements développant une pratique ambulatoire.

[14] Les enfants de – de 3 mois représentent, France entière en 2021, 5738 actes CCAM (573 en ambulatoire et 5165 en hospitalisation complète) et 0.15% des actes CCAM d'hospitalisation complète.

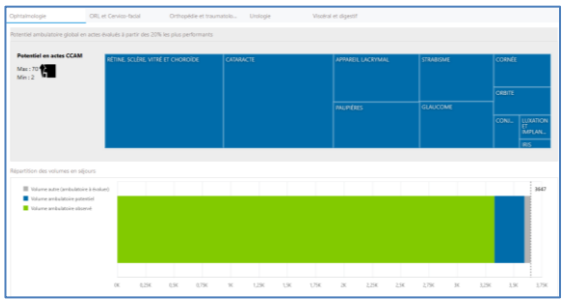
Cette méthode de calcul du « référentiel ambulatoire national statistique par acte CCAM » allie :

- ➔ Robustesse : en volumes d'actes CCAM, 65% des référentiels statistiques ambulatoires nationaux sont calculés en 2017 à partir d'un échantillon d'au moins 6 établissements de santé (France entière)

- ➔ Faisabilité : en volumes d'actes CCAM, seuls 24% des référentiels statistiques ambulatoires nationaux en 2017 sont supérieurs de 50 points au taux observé national

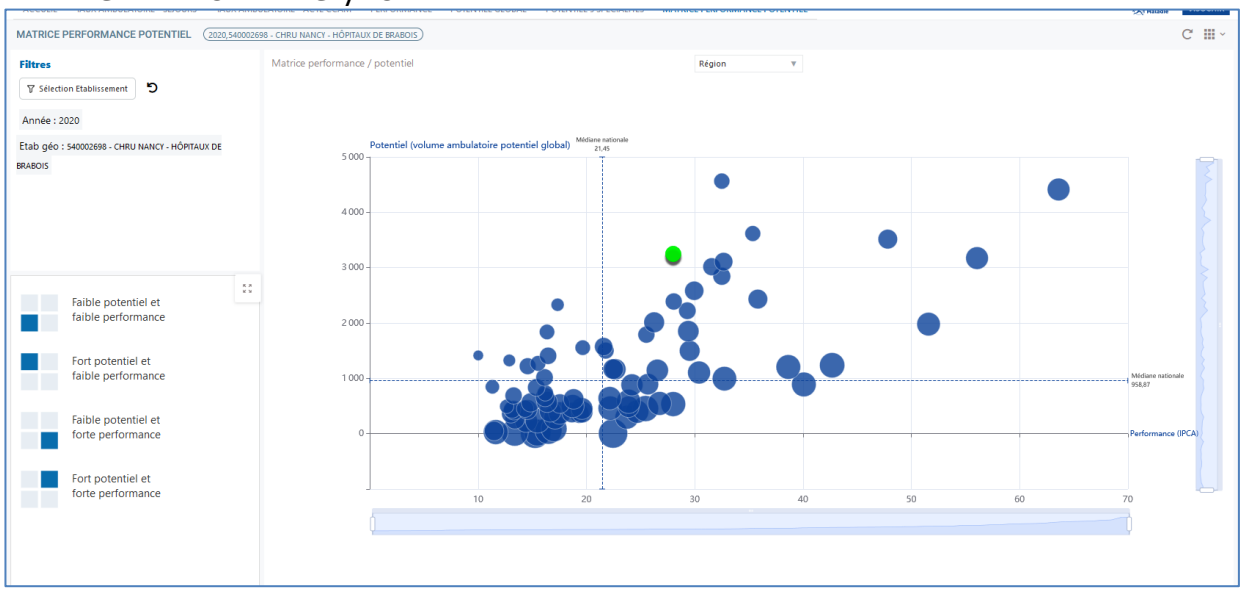
- ➔ Représentativité : en volumes d'actes CCAM, 79% des actes CCAM ont un référentiel statistique ambulatoire national en 2017 bâti avec cette méthode pour calculer leur potentiel

## e) POTENTIEL AMBULATOIRE DES 5 SPECIALITES



La méthode du potentiel ambulatoire global a été appliquée pour chacune des cinq spécialités (ophtalmologie, ORL et cervico-facilal, orthopédie et traumatologie, viscéral et digestif, urologie) qui ont fait l'objet de travaux de regroupement des actes CCAM en superfamilles et familles par les Conseils Nationaux Professionnels et Sociétés savantes pour VISUCHIR SPECIALITES.

## f) MATRICE PERFORMANCE/POTENTIEL




La matrice permet de positionner l'établissement dans un des quatre carrés selon sa performance et son potentiel ambulatoire global.

Le positionnement des établissements est calculé par rapport aux médianes nationales (potentiel et performance) et reste fixe quel que soit le filtre appliqué.

Le nombre d'établissements est fixe par carré. En 2021, il y avait :

- 137 établissements (soit 15%) dans le carré « performance faible et potentiel fort »,
- 324 établissements (soit 35%) dans le carré « performance forte et potentiel fort »,
- 136 établissements (soit 15%) dans le carré « performance forte et potentiel faible »,
- 322 établissements (soit 35%) dans le carré « performance faible et potentiel faible»

## 5. Annexe 1 : maitrise d'ouvrage et d'œuvre

**Equipe projet**

CNAM

Dr Gilles BONTEMPS pilotage national Cabinet DDGOS
Florence LALARDRIE DDGOS/DOS/DHOSPI
Nicolas DREWNIAK DDGOS/DOS/DHOSPI
Alice ATRAMONT DDGOS/DOS/DHOSPI
Thierry DELAUNAY DDGOS/DOS/DHOSPI

DRSM Bourgogne Franche Comté

Jean Baptiste BIARD
François RICHAUD

ATIH

Dr Max BENSADON
Nadine JACQUEMET
Marlène BERNARD

**Groupe test Réseau Assurance Maladie** (usages externes de l'outil, conditions d'appropriation, propositions d'évolution)

Linda BESNAINOU DCGDR Ile de France
Malika AISSANI DELAUNAY CPAM Calvados
Dr Michel MARTY DRSM Ile de France
Dr Dominique Ruchard DRSM Hauts de France

**Groupe test Etablissement de santé** (usages internes et externes de l'outil)

CHU Caen (Pr Christophe HULET, Brunehilde HUE, Aurore BOUQUEREL)
CH Bastia (Dr Patrick METAIS, Jean Luc PISELLA, Marie Laure FABER, Dr Dominique EOUZAN PIERI),
CHU Limoges (Dr Guillaume GSCHWIND, Dr Sylvie RESSIOT, Aurélie REJASSE, Rémi FAUQUEMBERGUE)
Centre Clinical Soyaux (Docteur SINGLEYN, Stéphane CHABANAIS, Olivier DELPECH, Dr Alain BENICHOU)
Centre médico-chirurgical du Mans (Caroline Jund)
CH Cornouailles (Dr Gilles CUVELIER, Hugo PALMARINI, Peggy LANCIEN, Matthias ABALLEA)

# 6. Annexe 2 : champ et périmètre détaillés

## GHM

regroupage en version la plus récente (pas d'utilisation du GHM de GENRSA)

## Finess géographique

Finess géographique = Finess géographique renseigné dans le RUM qui a fourni le DP

## Base PMSI

MCO (base SPDS)

## Sélection

**Etape 1** sélection GHM en C + 7 racines, hors reste CMD 14, CMD 15, PIE

| | |
|---|---|
| 03K02 | Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires |
| 05K14 | Mise en place de certains accès vasculaires pour des affections de la CMD 05, séjours de moins de 2 jours |
| 11K07 | Séjours de la CMD 11 comprenant la mise en place de certains accès vasculaires, en ambulatoire |
| 12K06 | Séjours comprenant une biopsie prostatique, en ambulatoire |
| 09Z02 | Chirurgie esthétique |
| 14Z08 | Interruptions volontaires de grossesse : séjours de moins de 3 jours |
| 23Z03 | Interventions de confort et autres interventions non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire |

**Etape 2** Suppression des IVG médicamenteuses dans la racine 14Z08
On ne garde que les RSA avec l'acte JNJD002 *Évacuation d'un utérus gravide par aspiration et/ou curetage, au 1er trimestre de la grossesse* dans la racine 14Z08

**Etape 3** Suppression des RSA avec aucun acte classant opératoire et aucun acte qui groupe dans l'une des 7 racines citées plus haut

**Etape 4** Suppression des Finess géographiques avec moins de 100 RSA de chirurgie en ambulatoire

## Finess exclus

Liste des Finess géographiques exclus selon l'étape (2, 3, 4) et les effectifs de RSA correspondants

## Méthode

**Notion d' "ambulatoire"**

durée = 0 ET mode de sortie = 8 ET mode d'entrée = 8

## 7. Annexe 3 : méthodologie détaillée du potentiel ambulatoire global

Le calcul du potentiel ambulatoire global requiert la construction de 2 échelles nationales et de quatre phases successives.

NB : Le potentiel ambulatoire est le potentiel de substitution calculé à partir des séjours d'hospitalisation complète qui, sous conditions, pourraient faire l'objet d'une prise en charge ambulatoire.

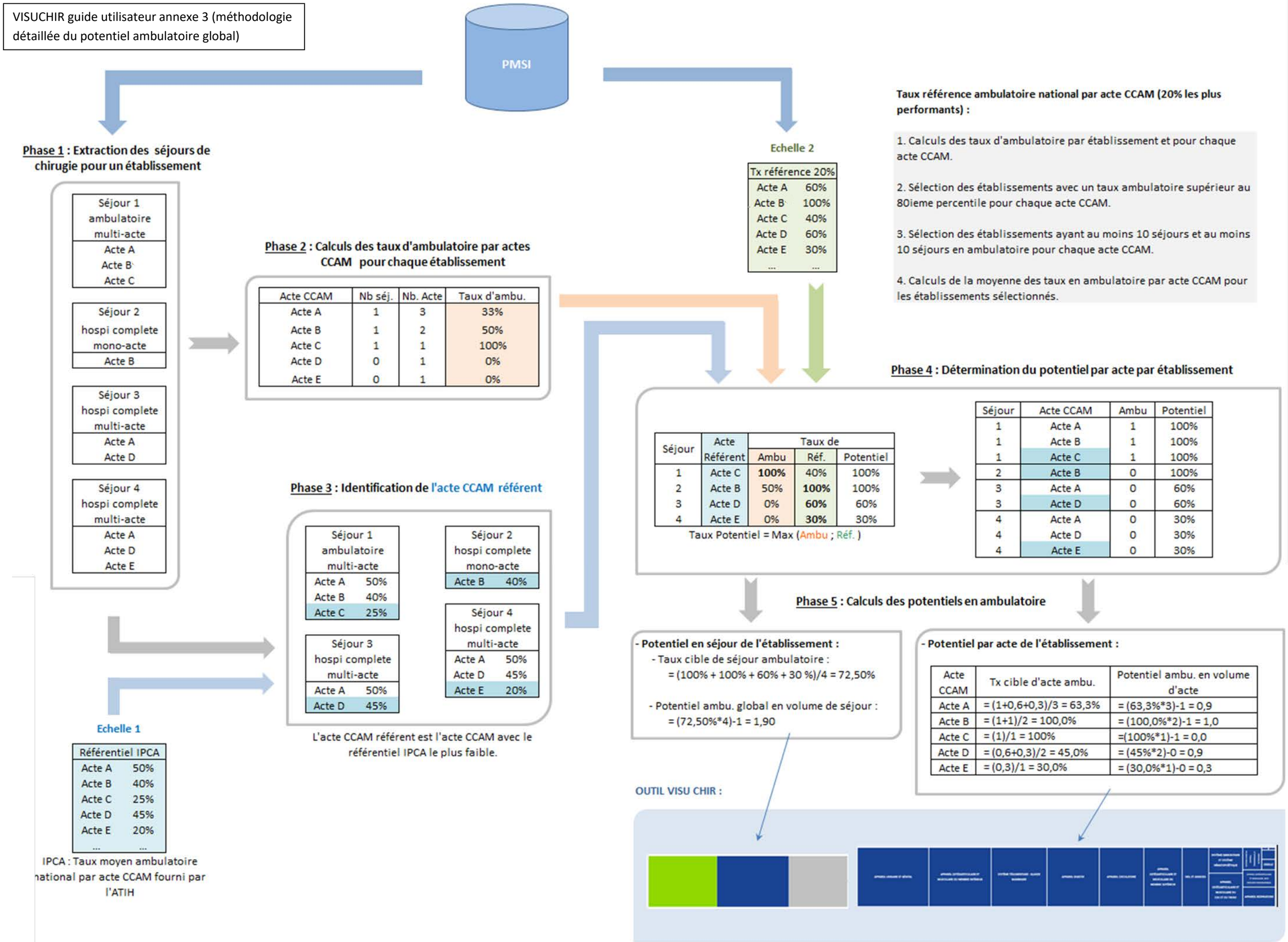
**Préalable : construction de 2 échelles nationales**

2 échelles nationales sont construites à partir de la base nationale des données PMSI : échelle 1 pour identifier l'acte « référent » et échelle 2 pour calculer le potentiel ambulatoire

L'échelle 1 pour identifier l'acte CCAM « référent » est construite à partir des taux moyens de chirurgie ambulatoire observés par acte CCAM en France.

L'échelle 2 pour calculer le potentiel ambulatoire global est construite à partir de travaux statistiques

- ➔ Il est calculé un « taux référentiel ambulatoire national d'actes CCAM statistique» pour l'ensemble des actes CCAM. Ce référentiel est calculé à partir de la moyenne des 20% d'établissements géographiques les plus performants pour chaque acte CCAM, avec la condition que l'établissement, pour être retenu dans les 20% les plus performants, pratique un nombre suffisant de séjours ambulatoires pour cet acte (soit au moins 10 actes CCAM ambulatoires/an dans l'établissement).

- ➔ Il n'est ni déterminé ni calculé de potentiel ambulatoire dans les autres cas (absence de référentiel ambulatoire national si l'acte CCAM n'est pas pratiqué en ambulatoire).

VISUCHIR guide utilisateur annexe 3 (méthodologie détaillée du potentiel ambulatoire global)