



VISUCHIR

PRESENTATION GENERALE

Sommaire

1. Introduction	3
2. La nouvelle approche de l'Assurance Maladie	3
3. Le contexte du virage ambulatoire	4
4. Les premiers indicateurs de résultats	5
5. Les objectifs et la finalité de VISUCHIR	5
6. Ce que VISUCHIR est et n'est pas.....	6
7. Les grands principes directeurs de la construction de l'outil	7
8. Maitrise d'ouvrage et maitrise d'œuvre	8

1. Introduction

L'application VISUCHIR se compose en une **gamme de trois outils mis à disposition des institutions, des établissements de santé et des professionnels de santé visant à leur apporter des éléments d'analyse et de prospective sur la chirurgie** en vue d'impulser une dynamique de développement de la chirurgie ambulatoire, de suivre une démarche de RAAC (Récupération Améliorée Après Chirurgie), d'évaluer les pratiques chirurgicales professionnelles et organisationnelles et d'aider à la recomposition de l'offre chirurgicale régionale. VISUCHIR couvre tout le périmètre chirurgical, il ne recouvre ni les soins externes ni les endoscopies ni la médecine interventionnelle.

VISUCHIR ETABLISSEMENT s'adresse plus particulièrement aux établissements de santé en vue de les aider au développement de la chirurgie ambulatoire.

VISUCHIR SPECIALITES s'adresse aux chirurgiens de terrain et sociétés savantes en vue de les aider à l'évaluation des pratiques professionnelles et organisationnelles.

VISUCHIR REGION s'adresse aux institutions régionales (assurance maladie et ARS) et aux groupements d'établissements (GHT, APHP, groupe Ramsay...) en vue d'aider à la recomposition chirurgicale.

Ces outils ont donc **vocation à nourrir le dialogue** de gestion à la fois interne en établissement (directeurs, médecins, soignants) et externe (Agences Régionales de Santé, Assurance Maladie, établissements de santé, Conseils Nationaux Professionnels, sociétés savantes). Ils permettent de partager des constats entre les acteurs et de contribuer à l'élaboration de projets chirurgicaux d'établissements ou de territoire.

Ils résultent de plusieurs travaux entre la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), la Direction Régionale du Service médical de la région Bourgogne Franche Comté, l'Agence Technique d'Information Médicale (ATIH), les Conseils Nationaux Professionnels (CNP) et sociétés savantes de six spécialités. Ils sont en accès libre sur le portail ameli.fr.

2. La nouvelle approche de l'Assurance Maladie

L'Assurance Maladie souhaite déployer auprès de professionnels de santé une **offre innovante de services en mettant à leur disposition des outils et des méthodes permettant de faire évoluer leurs pratiques professionnelles et organisationnelles**. Elle les accompagne dans le changement, en restituant leurs données sous une forme traitée, organisée, complétée en référentiels et accessible.

Plus particulièrement, l'Assurance Maladie soutient le déploiement de la chirurgie ambulatoire en France en s'appuyant sur VISUCHIR et son potentiel de développement estimé à 80%, référencé dans plusieurs rapports : rapports annuels Charges et Produits de l'Assurance Maladie 2018, 2019 et 2020 et 2023¹, rapport d'information de l'Assemblée Nationale du 23 septembre 2020 sur la chirurgie ambulatoire mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, rapport sur le virage ambulatoire pour un développement sécurisé du Haut Comité en Santé Publique du 1^{er} juin 2021 et rapport du Sénat du 29 mars 2022 sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France.

¹ 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 (publication 7 juillet 2017 : page 94), au titre de 2019 (publication juillet 2018 : pages 63 et 64), au titre de 2020 (publication juillet 2019 : pages 78 à 80), au titre de 2023 (publication juillet 2022 : pages 125 à 127)

3. Le contexte du virage ambulatoire

Le développement de la chirurgie ambulatoire, dont les bénéfices en termes de qualité et sécurité des prises en charge ne sont plus à démontrer, est une priorité nationale pour les pouvoirs publics depuis plusieurs années. De nombreux rapports, études, dispositifs législatifs et réglementaires ont impulsé et accompagné depuis 20 ans la prise de conscience de tous les acteurs, jusqu'à ne plus être considérée comme une alternative à l'hospitalisation complète mais bien comme la référence des pratiques chirurgicales dans le décret n°2022-1765 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des activités de soins de chirurgie.

Ce changement de paradigme s'est effectué progressivement au travers de quatre dispositions :

- La Mise Sous Autorisation Préalable (MSAP), introduite dans la loi de Financement de la Sécurité Sociale 2008. Un établissement soumis à cette procédure doit demander, avant toute hospitalisation traditionnelle l'accord préalable à l'Assurance Maladie, alors qu'il en est dispensé dans le cas où le patient est pris en charge en ambulatoire.
- L'Instruction ministérielle du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire avec l'inscription du principe de « la chirurgie ambulatoire devenant la référence ».
- La mise en place d'un tarif identique en 2014 entre la chirurgie ambulatoire et la chirurgie traditionnelle, quelle que soit la durée de séjour, pour les séjours de niveaux de sévérité 1.
- La suppression des bornes basses en 2019 des tarifs pour les séjours de niveau de sévérité 2 et 3.

La chirurgie ambulatoire est devenue à partir de 2016 la pratique majoritaire en France avec un taux national de chirurgie ambulatoire à 62,8% en 2022.

La préconisation de juin 2021 du Haut Conseil de Santé Publique d'atteindre 80% de chirurgie ambulatoire, impose une nouvelle dynamique, de nouveaux outils et des travaux des sociétés savantes.

VISUCHIR permet d'atteindre la cible nationale de 80% en se basant sur les 20% de meilleures pratiques ambulatoires françaises constatées. Chaque établissement peut ainsi s'auto-évaluer, analyser ses pratiques et estimer son potentiel de développement ambulatoire, acte CCAM par acte CCAM, en prenant en compte ses spécificités : case-mix de spécialités chirurgicales, niveaux de sévérité des patients, innovation chirurgicale ambulatoire... Il mixe performance et potentiel permettant un accompagnement individualisé de chaque établissement de santé et de chaque spécialité chirurgicale, jusqu'au niveau le plus fin.

4. Les premiers indicateurs de résultats

La qualité des pratiques professionnelles et organisationnelles est un enjeu de santé publique. Mettre en place et suivre des indicateurs de résultats devient une nécessité.

VISUCHIR, en lien avec les CNP et sociétés savantes des six spécialités, a souhaité s'inscrire dans cette priorité au travers la construction de taux et d'indices de ré-hospitalisation. Ces travaux se sont nourris des nombreux rapports publiés sur le sujet. Leur synthèse restitue les points suivants :

- les taux de ré-hospitalisation sont différents stricto sensu des taux de complications, mais couramment utilisés comme des indicateurs de vigilance,
- les ré-hospitalisations les plus précoces (moins de 7 jours) semblent plus liées à la qualité intra-hospitalière des soins (logique établissement), alors que les ré-hospitalisations à 30 j seraient plus le reflet de l'organisation du système de soins au niveau de la coordination des acteurs du 1^{er} recours et coordination Ville/Hôpital (logique de territoire),
- les données de routine (comme le PMSI) se prêtent au moins aussi bien à l'analyse de la qualité des prises en charge que des données spécialement collectées (comme les registres), avec notamment un coût/bénéfice plus favorable et une disponibilité immédiate,
- les taux de ré-hospitalisation sont à « nettoyer » des séjours n'ayant aucun lien avéré avec les séjours initiaux, comme les séances (chimio, dialyse...) ou les bilatéralités (interventions pour deux cataractes ou deux canaux carpiens) pour optimiser leur interprétation,
- il n'y a pas de consensus entre les spécialités sur un seul indicateur,
- il est nécessaire d'avoir des indicateurs simples, disponibles rapidement avec un mode de représentation graphique facilement compréhensible, prenant en compte les spécialités (case-mix), pouvant être suivi dans le temps et pour lesquels il existe une marge d'amélioration

VISUCHIR met à disposition des **premiers indicateurs de résultats au travers des taux de ré-hospitalisation (entre 1 et 30 jours) et des ratios standardisés sur les case-mix (Indices Globaux de Ré-hospitalisation 7 jours et 30 jours).**

5. Les objectifs et la finalité de VISUCHIR

VISUCHIR apporte un **éclairage sur la situation chirurgicale d'un établissement de santé ou sur une spécialité chirurgicale** (photographie à un instant « t » avec une évolution sur 4 années) et propose notamment une **perspective d'évolution à terme** (avec plusieurs projections d'un potentiel de développement ambulatoire) **ou des premiers indicateurs de résultats** (avec les taux de ré-hospitalisation ou les Indices Globaux de Ré-hospitalisation).

Il donne des **clés de lecture sur les pratiques professionnelles et organisationnelles existantes ou en devenir** : volume chirurgical, case-mix chirurgical, caractéristiques médicales des patients, taux ambulatoire et durées de séjour conventionnel, performance ambulatoire, potentiels de développement ambulatoire, taux et indices de ré-hospitalisation.

L'outil nourrit le **dialogue de gestion à deux niveaux** :

- externe entre les représentants de l'assurance maladie régionale, de l'agence régionale de santé, de l'établissement de santé, des CNP et des sociétés savantes
- interne entre les directeurs, médecins (chirurgiens et anesthésistes) et soignants d'un établissement de santé

Il s'adresse aux différents acteurs institutionnels et de terrain : professionnels de santé, sociétés savantes, directeurs d'établissements, assurance maladie régionale, agence régionale de santé...

6. Ce que VISUCHIR est et n'est pas

- **Ce qu'il est :**

- ➔ VISUCHIR met les mêmes informations à disposition de tous les acteurs pour nourrir leur dialogue.
- ➔ Il intègre une approche médicale prenant en compte le case-mix (éventail des cas chirurgicaux traités) de chaque établissement.
- ➔ Il propose des benchmarks multiples (national, régional, catégorie juridique, classes de case-mix ambulatoires).
- ➔ Il apporte une vision synthétique au niveau d'un établissement, mais permet aussi une approche analytique, au niveau d'une spécialité chirurgicale ou d'un acte CCAM.
- ➔ Il fournit des indicateurs de vigilance pour aller plus loin.

- **Ce qu'il n'est pas :**

- ➔ VISUCHIR n'est pas un outil normatif qui remplace le dialogue, c'est un outil d'aide à la décision qui ne se substitue pas à la propre réflexion des acteurs et à l'élaboration d'un plan d'action.
- ➔ Ce n'est pas un outil qui mesure directement la qualité des pratiques, ni la pertinence des actes, mais des liens existent entre activité et qualité² et entre ré-hospitalisation et qualité.
- ➔ Ce n'est pas un outil qui impose des taux cibles de développement de chirurgie ambulatoire ou qui définit une éligibilité ambulatoire. L'outil ne donne que des pourcentages d'actes CCAM dont la réalisation s'effectue déjà en ambulatoire au sein des établissements français les plus avancés dans ce domaine (ces actes sont ensuite transposés en séjours pour plus de lisibilité), ainsi que des informations partielles sur les patients et sur l'organisation.

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* »³.

L'outil donne des informations sur les actes. Il donne des informations partielles sur l'éligibilité ambulatoire des patients (contre-indications médicales : niveau 4 de sévérité, âge inférieur à 3 mois) et sur l'organisation (Indicateur de Performance pour la chirurgie ambulatoire, durées de séjour pour la chirurgie conventionnelle).

² Rapport HAS du 17 novembre 2022 sur les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé, www.has-sante.fr

³ http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Abecedaire_chir_ambu.pdf

7. Les grands principes directeurs de la construction de l'outil

VISUCHIR présente 4 spécificités qui ont structuré sa construction au service d'un dialogue de gestion renouvelé :

- **Médicalisation et nombre restreint d'indicateurs**

Cet outil organise la convergence des approches médicales et administratives. Une approche purement administrative basée sur la seule étude des durées de séjour apparaît restrictive car elle n'analyse que des durées de séjour sans prendre en compte des éléments médicalisés comme les spécialités chirurgicales, les pratiques innovantes en chirurgie ambulatoire, les bonnes pratiques professionnelles et organisationnelles. Les indicateurs dans l'outil ont été construits à partir des actes CCAM. Ils prennent donc en compte la diversité des spécialités chirurgicales et les case-mix chirurgicaux.

« *Trop d'informations tuent l'information* ». Pour optimiser l'analyse, l'outil propose un nombre restreint d'indicateurs. Cette réduction à quelques indicateurs n'est pas antinomique avec d'autres approches portées par d'autres outils et d'autres indicateurs (qualité des soins, définition capacitaire utile...).

- **Benchmark et open data.**

Chaque établissement de santé géographique est comparé selon 4 niveaux (national, régional, catégorie juridique, classe de case-mix ambulatoire) pour enrichir le dialogue entre les acteurs et avoir une vision complète.

L'open data, en apportant le même niveau d'information pour tous les acteurs, assure en toute transparence une meilleure appropriation des informations et contribue à un diagnostic et des perspectives partagés entre tous les acteurs.

- **Simplicité, interactivité et mobilité.**

Même si c'est un outil professionnel, il est d'utilisation simple, accessible à toutes les catégories d'utilisateurs (qu'ils possèdent ou non le langage médical). Il est interactif, naviguant entre les différents onglets et indicateurs pour permettre une analyse croisée de la situation d'un établissement. L'utilisateur devient acteur en modifiant à son gré le périmètre d'étude (acte, période...).

Son approche « nomade » permet d'utiliser un ordinateur, une tablette ou un smartphone.

- **Data-visualisation et presse bouton.**

« *Une image vaut 1000 mots* ». La citation de Confucius illustre la volonté de sortir du mode de représentation habituel basé sur des tableaux avec des lignes et des colonnes de chiffres, peu lisible et d'approche plus difficile.

Visualiser les données et les rendre intelligibles favorisent la prise de décision. Une capacité simple à présenter des chiffres et des modes de représentation diversifiés assurent la réussite du dialogue entre les acteurs.

L'outil est disponible en presse bouton (aucune information supplémentaire à saisir) avec un accès immédiat aux informations sans retraitement nécessaire.

8. Maitrise d'ouvrage et maitrise d'œuvre

Maitrise d'ouvrage : Dr Gilles BONTEMPS pilotage national (CNAM / Cabinet DDGOS)

Maitrise d'œuvre : Jean Baptiste BIARD et François RICHAUD (DRSM Bourgogne Franche Comté), Thibault Mulloni (CNAM / DDGOS / DSMOI)

VISUCHIR ETABLISSEMENT

- 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 : 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 : 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 BENICHO), Centre médico-chirurgical du Mans (Caroline Jund), CH Cornouailles (Dr Gilles CUVELIER, Hugo PALMARINI, Peggy LANCIEN, Matthias ABALLEA)

VISUCHIR SPECIALITES

- **UROLOGIE**
 - Coordonnateur de la spécialité : Pr Georges FOURNIER PUPH CHU Brest Président de l'AFU (Association Française d'Urologie)
 - Institution ayant validé la liste d'actes regroupés en superfamilles/familles : Association Française d'Urologie
 - Liste des experts : Pr Véronique Phe (PUPH CHU La pitié Paris, Responsable du comité de Neuro-urologie de l'AFU), Pr Yan Neuzillet (PUPH Hôpital Foch Suresnes, Responsable du comité de cancérologie sous-groupe vessie de l'AFU), Pr Pierre Bigot (PUPH CHU Angers, Responsable du comité de cancérologie sous-groupe rein de l'AFU), Dr Guillaume Ploussard (Urologue clinique la Croix du Sud, Quint-Fonsegrives, Responsable du comité de cancérologie sous-groupe prostate de l'AFU), Dr Thibaut Murez (CHU Montpellier, Responsable du comité de cancérologie sous-groupe organe génitaux externes de l'AFU), Pr Grégoire Robert (PUPH CHU Bordeaux, Responsable du comité des troubles mictionnels de l'AFU), Dr Christophe Almeras (Urologue clinique la Croix du Sud, Quint-Fonsegrives, Responsable du comité des troubles mictionnels de l'AFU), Pr Nicolas Cornu (PUPH CHU Rouen, Responsable du comité d'urologie et de périnéologie de la femme de l'AFU), Pr Eric Huygue (PUPH CHU Toulouse, Responsable comité d'andrologie de l'AFU), Pr Marc Olivier Timsit (PUPH HEGP, Responsable du comité de transplantation de l'AFU), Dr Gilles Cuvelier (Praticien hospitalier Centre Hospitalier Quimper membre du comité des pratiques professionnelles de l'AFU), Pr Luc Cormier (PUPH CHU Dijon responsable du comité des pratiques professionnelles de l'AFU), Dr Xavier Rebillard (Urologue Clinique Beausoleil Montpellier Vice-président délégué à la recherche de l'AFU), Pr Pierre MONGIAT-ARTUS (PUPH CHU Saint Louis Paris trésorier Adjoint de l'AFU)

- **OPHTALMOLOGIE**

- Coordonnatrices de la spécialité : Pr Béatrice Cochener-Lamard (Présidente du Conseil National Professionnel d'Ophtalmologie (CNPO) et de l'Académie Française d'Ophtalmologie- PUPH CHU Brest), Pr Catherine CREUZOT-GARCHER (responsable de la thématique ambulatoire en Ophtalmologie, PUPH-CHU Dijon)
- Institution ayant validé la liste d'actes regroupés en superfamilles/familles : conseil du CNPO : fédérant SFO (société savante), SNOF (syndicat national), COUF (collège universitaire) et COHF (Collège praticiens non universitaires)
- Liste des experts : Pr Béatrice Cochener-Lamard (Présidente du CNPO et de l'Académie Française d'Ophtalmologie- PUPH CHU Brest), Pr Catherine CREUZOT-GARCHER (responsable de la thématique ambulatoire en Ophtalmologie, PUPH-CHU Dijon),
 - SAFIR (Société Française de Cataracte et Chirurgie réfractive) : Pr Alexandre Denoyer PUPH Reims, Pr Béatrice Cochener – Lamard PUPH Brest, Dr Pascal Rozot (Marseille), Pr Marc Muraine Rouen (cornée), Pr Pierre Fournier (cornée)
 - SFG (Société Française de Glaucome) : Pr Philippe Denis PUPH Lyon, Pr Florent Aptel PUPH Grenoble
 - SFR (Société Française de Rétine) : Pr Jean François Korobelnik PUPH Bordeaux, Dr Yannick Le Mer (Paris), Pr Catherine Creuzot Garcher PUPH Dijon
 - Société Française de spécialité orbito-palpébral : Dr Jacques Lagier PH Marseille, Pr Frédéric Mouriaux PUPH Rennes
 - Société Française d'Ophtalmologie Pédiatrique : Pr Dominique Bremond Gignac PUPH Paris, Dr Pascal Dureau
 - Spécialiste de strabologie : Dr Alain Spielman (Nancy), Pr Pierre Lebranchu PUPH Nantes

- **VISCERAL ET DIGESTIF**

- Coordonnatrices de la spécialité : Pr Muriel Mathonnet, PUPH Limoges, Présidente du Conseil National Professionnel de Chirurgie Viscérale et Digestive (CNPCVD), Dr Béatrice Vinson Bonnet, PH CHI Poissy-St Germain, coordonnateur pour la colo-proctologie, Société Nationale Française de ColoProctologie (SNFCP)
- Institutions ayant validé la liste d'actes regroupés en superfamilles/familles : CNPCVD (Conseil National Professionnel de Chirurgie Viscérale et Digestive), AFC (Association Française Chirurgie), SFCD (Société Française de Chirurgie Digestive), SOFFCO (Société Française et Francophone de Chirurgie de l'Obésité et des maladies métaboliques), SFCP-CH (Société Française de Chirurgie Pariétale-Club Hernie), AFCA (Association Française de Chirurgie Ambulatoire), SNFCP (Société Nationale Française de ColoProctologie), AFCE (Association Francophone de Chirurgie Endocrinienne)
- Liste des experts : Pr Muriel Mathonnet (PUPH CHU Limoges, présidente CNPCVD, secrétaire général adjoint AFC, SFCD), Dr Hubert Johanet (Libéral Clinique Turin Paris, Vice-Président CNPCVD, membre du bureau SOFFCO, secrétaire général Académie Nationale de Chirurgie), Dr Jean François Gillion (Libéral Hôpital Privé d'Antony, membre du bureau AFC, Président du CLUB-HERNIE), Dr Jean Pierre Cossa (Libéral clinique Bizet Paris, Trésorier du CLUB-HERNIE), Pr Corinne Vons (PUPH Bondy, présidente AFCA), Dr Béatrice Vinson Bonnet (PH CHI Poissy-St Germain, SNFCP), Dr François Pigot (Maison de Santé Protestante de Bordeaux Bagatelle, SNFCP)

- **ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE**

- Coordonnateur de la spécialité : Pr Christophe HULET CHU Caen
- Institutions ayant validé la liste d'actes regroupés en superfamilles/familles : CNP-COT (Conseil National Professionnel de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (DR TRACOL), SOFCOT (SOciété Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique), SFA (Société Francophone d'Arthroscopie), SOFEC (SOciété Française de l'Epaule et du Coude), AFCP (Association Française de Chirurgie du Pied), SFCR (Société Française de Chirurgie Rachidienne), GSF-GETO (Groupe Sarcome Français – Groupe d'Etude des Tumeurs Osseuses), SOFOP (SOciété Française d'Orthopédie Pédiatrique), SFHG (Société Française de la Hanche et du Genou), GETRAUM (Groupe d'Etude de la TRAUMatologie), SFCM (Société Française de la Chirurgie de la Main)
- Liste des experts : Dr Philippe Tracol (Centre chirurgical Saint Roch, président CNP-COT), Pr Luc Favard (CHU Tours, président SOFCOT), Pr Carlos Maynou (CHU Lille, past president de l'AFCP), Dr Franck Remy (clinique Saint Omer, vice-président SFHG), Pr Jean Roger Werther (CHU Saint Antoine APHP, SFCM), Dr Damien Delgrande (Centre Epaule Main de Provence, Aix en Provence), Dr François Loubignac (CH intercommunal Toulon La Seyne sur Mer), Pr Franck Noel Fitoussi (CHU Trousseau APHP), Dr Johannes Barth (clinique des Cédres, Echirolles, président SFA), Pr Jean Charles Le Huec (Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine, past president Eurospine, ISASS, SFCR)

- **ORL ET CERVICO-FACIAL**

- Coordonnateur de la spécialité : Dr Jean-Baptiste Lecanu, Chef de service Institut Arthur Vernes, Paris, Professeur au collège de médecine des hôpitaux de Paris
- Institutions ayant validé la liste d'actes regroupés en superfamilles/familles : Conseil National Professionnel d'ORL et CCF, Société Française d'ORL et du Chirurgie cervico faciale (SFORL), Association Française de Rhinologie (AFR), Association Française d'ORL Pédiatrique (LAFOP), Association Française de Chirurgie Cervicale (AF2C), Association Française de Carcinologie CervicoFaciale (SFCCF), Association Française d'Otologie et d'Oto Neurologie (AFON), Société Française de Chirurgie Plastique et Esthétique de la Face (SFCPEF)
- Liste des experts : Pr Vincent Darrouzet (CHU Bordeaux, président CNP ORL), Pr Olivier Malard (CHU Nantes, secrétaire général SFCCF, secrétaire aux effectifs SFCPEF), Pr André Coste (CHI Créteil), Pr Denis Ayache (Fondation Rothschild, vice-président Collège Français ORL et CCF, trésorier CNP ORL), Pr Emmanuel Lescanne (CHU Tours, président Collège Français ORL et CCF), Dr Nils Morel (Grenoble, vice-président SNORL), Dr Erwan De Mones Del Pujol (CHU Bordeaux), Pr Sylvain Moriniere (CHU tours, président commission e-santé et robotique SFORL, trésorier SFCCF), Pr Antoine Giovanni (APHM), Pr Nicolas Fakhry (APHM, secrétaire AF2C), Pr Vincent Couloignier (Necker APHP, secrétaire général SFORL), Pr Beatrix Barry (Bichat APHP, présidente SFCCF), Pr Sébastien Schmerber (CHU Grenoble), Pr Philippe Boudard (CHU Bordeaux), président SFCPEF, Pr Justin Michel (APHM)

- **GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE**

- Coordonnateur de la spécialité : Dr Vincent Villefranque
- Institutions ayant validé la liste d'actes regroupés en superfamilles/familles : CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) Joelle Belaisch Allart présidente et Pierre Collinet secrétaire général ; SCGP (Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne) Jean Philippe Estrade président et Hervé Fernandez président honoraire
- Liste des experts : Dr Vincent Villefranque, Christophe Binelli, Olivier Toullalan, Nicolas Castaing, Dusan Toth, David Hamid, Alexandre Lazard, Jean Aucouturier, Jean Philippe Lucot, Jacques Meurette