



Clés de lecture

**de l'indicateur de performance chirurgie ambulatoire
pour l'interprétation du taux de chirurgie ambulatoire
d'un établissement de santé**

1. Pourquoi un indicateur supplémentaire pour interpréter le taux de chirurgie ambulatoire ?

Le taux de chirurgie ambulatoire ne peut, à lui seul, permettre l'interprétation de la performance de chirurgie ambulatoire d'un établissement de santé.

En effet, un établissement avec une faible activité chirurgicale peut présenter un taux de chirurgie ambulatoire élevé et ne pas pouvoir prétendre à avoir des pratiques ambulatoires performantes, car son volume d'activité ambulatoire peut se relever trop faible¹. A l'inverse, un taux faible de chirurgie ambulatoire peut masquer une réelle performance d'un établissement qui a su démontrer une maîtrise de son organisation du fait de sa pratique sur un volume important de chirurgie ambulatoire.

Ainsi, le volume de chirurgie ambulatoire est une première donnée à relever.

Ensuite, un établissement à case-mix ambulatoire étroit (mono-disciplinaire ou bi-disciplinaire) aura besoin d'une organisation spécifique et pointue pour se différencier en terme de performance, alors qu'un établissement avec un case-mix ambulatoire large (pluridisciplinaire) aura tendance à intégrer son organisation ambulatoire dans une organisation chirurgicale globalisée moins performante.

Ainsi, un indice d'organisation ambulatoire est une deuxième donnée à relever.

Enfin, des établissements et des équipes médico-chirurgicales étendent leurs indications ambulatoires sur des interventions chirurgicales de plus en plus « lourdes », traduisant une performance d'une autre nature.

Ainsi, la capacité d'innover en ambulatoire est une troisième donnée à relever.

Ces 3 composantes (volume ambulatoire, case-mix avec l'indice d'organisation, volume ambulatoire innovant) constituent donc des clés de lecture pour l'interprétation du taux de chirurgie ambulatoire.

2. Quel objectif pour cet indicateur ?

Pour la juste interprétation du taux global de chirurgie ambulatoire d'un établissement de santé, l'ANAP, en lien avec l'ATIH et 15 experts nationaux en chirurgie ambulatoire, a construit un **radar à trois branches** (« Indicateur de Performance chirurgie ambulatoire ») **donnant des clés de lecture** (sur le volume, sur le case-mix avec l'indice d'organisation, sur l'innovation) **aux différents acteurs** (professionnels de santé, directeurs d'établissements, agences régionales de santé, ...). Cet indicateur a pour **objectif d'améliorer le dialogue de gestion**.

Il a été officialisé dans l'instruction DGOS du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015/2020 « *Ce niveau de maturité organisationnelle peut être évalué via (...) l'indicateur de performance chirurgie ambulatoire ANAP/ATIH (volume, indice d'organisation, case-mix, innovation)* ».

¹ L'instruction DGOS du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015/2020 confirme « *il est important de rappeler que le développement de la chirurgie ambulatoire doit s'appuyer sur une masse critique d'activité. Il ne doit en aucun cas être un palliatif à une activité de chirurgie défailante* ».

Il constitue une **approche quantitative de la maturité organisationnelle d'un établissement de santé**, qu'il est nécessaire de compléter par une approche plus qualitative, qui peut être faite au travers de l'outil de diagnostic ANAP/HAS « Interdiag Chir ambu » (disponible dans « Itinéraire chir ambu ») ou d'indicateurs plus spécifiques sur la qualité/sécurité des soins.

3. Ce qu'est l'indicateur et ce qu'il n'est pas

a. Ce qu'il est :

- Une photographie précise du niveau de maturité de l'organisation ambulatoire d'un établissement de santé
- Une comparaison des établissements de santé entre eux sur des bases objectives
- Une mesure de la performance ambulatoire d'un établissement de santé à un temps T et une possibilité de la suivre dans le temps
- Une approche combinant plusieurs dimensions

b. Ce qu'il n'est pas :

- Un taux ajusté de chirurgie ambulatoire ou se substituant à lui
- Un moyen de déterminer le potentiel de développement ambulatoire
- Une vision directement qualitative des pratiques
- Une approche statique et figée

4. Champ et périmètre de l'indicateur

Les données sont issues de bases de données nationales PMSI 2013, 2014, 2015 et actualisées chaque année.

Les établissements publics et privés, sous FINESS PMSI, sont identifiés sous leur site géographique (FINESS géographique).

La classification permettant d'identifier la discipline chirurgie est issue de la classification CAS/GHM : GHM chirurgicaux en C (hors CMD 14 et 15) + 4 racines de GHM en K + 3 racines de GHM en Z (nouveau périmètre défini dans l'instruction DGOS du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015/2020).

Le séjour chirurgical est identifié à partir de la double condition : date entrée = date sortie et mode d'entrée = mode de sortie = domicile.

Un seuil minimal d'activité chirurgicale ambulatoire (plus de 100 actes CCAM annuels par établissement) a été défini pour ne pas perturber les statistiques d'ensemble. Ce seuil statistique ne peut être considéré comme un seuil réglementaire d'activité chirurgicale minimale, la chirurgie ambulatoire ne devant en aucun cas être le palliatif à une activité chirurgicale défaillante (instruction DGOS du 28 septembre 2015).

En 2013, le champ concerné était donc de 1026 établissements chirurgicaux publics et privés pratiquant plus de 100 actes chirurgicaux ambulatoires annuels, de 1005 établissements en 2014 et de 992 établissements en 2015.

5. Modalités de construction de l'indicateur

Les travaux de construction de cet indicateur ont rassemblé deux institutions ANAP (Dr Gilles Bontemps) et ATIH (Dr Max Bensadon), ainsi que 15 experts nationaux en chirurgie ambulatoire (Dr Guy Bazin, Dr M-L Cittanova, Dr Gilles Cuvelier, Dr Laurent Delaunay, Pr Claude Ecoffey, Dr Claire Gatecel, Dr Thierry Gazeau, Dr Anne Guidat-Tuilard, Pr J-M Malinowski, Dr Guy Raimbeau, Pr Marc Raucoules-Aime, Dr Didier Sciard, G Parmentier, Dr François Venutolo, Pr Corinne Vons).

Quatre variables explicatives ont été retenues pour interpréter le taux de chirurgie ambulatoire = volume chirurgical ambulatoire, indice d'organisation avec standardisation sur le case-mix, volume d'activité chirurgicale ambulatoire innovante et case-mix ambulatoire. Ces marqueurs permettent d'approcher la performance chirurgicale ambulatoire d'un établissement de santé. La chirurgie ambulatoire étant une modalité de prise en charge reposant exclusivement sur une organisation spécifique, on peut assimiler performance ambulatoire et performance organisationnelle.

6. Présentation des 3 variables explicatives de l'indicateur

a. Variable « volume d'activité ambulatoire »

- Le mode de construction retient le volume brut annuel de chirurgie ambulatoire produit par établissement (RSA ambulatoires).
- Le volume d'activité ambulatoire est relié à la performance selon les propos des experts : « **Un volume ambulatoire est corrélé à une performance organisationnelle pluri-professionnelle (médicale, soignante...) : plus le volume ambulatoire est important, plus l'organisation a du mettre en œuvre une politique de gestion des risques et des flux (distinction, anticipation optimisation et coordination de ses flux induisant une réduction des gaspillages).** »

b. Variable « indice d'organisation »

- Le mode de construction est basé sur 3 étapes successives :
 - 1^{ère} étape : construction du référentiel national par acte CCAM
Le calcul se fait acte CCAM par acte CCAM en définissant le taux moyen national ambulatoire (on prend tous les séjours de la base nationale contenant l'acte et on détermine un taux moyen national de pratique ambulatoire par acte)
 - 2^{ème} étape : application du taux national pour chaque établissement
Le traitement est différent si l'acte CCAM est isolé ou associé avec un ou plusieurs actes CCAM :
 - dans le cas d'un seul acte CCAM dans le séjour ambulatoire, on calcule le nombre de séjours attendus, après application du taux national moyen ;
 - dans le cas de plusieurs actes CCAM dans le séjour ambulatoire², on calcule le nombre de séjours attendus en

² L'analyse de la base a retrouvé plus de 10 800 combinaisons d'actes CCAM, obligeant de définir une règle de calcul du taux référentiel de chirurgie ambulatoire en cas de multi-actes. Par exemple, l'acte CCAM (Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil) est associé près de 80 000 fois avec l'acte CCAM (Injection de substance inerte ou organique dans la chambre antérieure de l'œil, par voie transcornéenne [Reformation de la chambre antérieure]).

prenant en compte le taux national moyen de l'acte le plus faiblement observé. *Exemple : Acte 1 (taux ambulatoire national : 50%), acte 2 (taux ambulatoire national 25%), acte 3 (taux ambulatoire national 10%) : on prend le taux le plus faible soit 10% pour identifier le nombre attendu. Ce choix peut amener une minoration du nombre attendus.*

- 3^{ème} étape : comparaison entre le nombre réalisé/observé et le nombre attendu/théorique

Le rapport IO (Indice d'Organisation) rapporte le nombre de séjours ambulatoires réalisés/observés par l'établissement sur le nombre de séjours ambulatoires attendus/théoriques. $IO = \text{réalisés} / \text{attendus}$.

Si le nombre réalisé est supérieur au nombre attendu, alors $IO > 1$ et l'établissement est plus performant à case-mix d'actes CCAM identiques ; dans le cas inverse, l'IO est inférieur à 1 et l'établissement est moins performant à case-mix d'actes CCAM identiques.

- L'Indice d'Organisation est relié à la performance selon les propos des experts : **« Une pratique ambulatoire plus fréquente que la moyenne nationale à case-mix comparable est une des composantes de la performance de l'organisation de la chirurgie ambulatoire. Cet indice d'organisation est l'écart à la moyenne nationale des pratiques ambulatoires à case-mix d'actes CCAM identiques. »**
- L'Indice d'Organisation présente deux limites d'utilisation :
 - La modalité de calcul de l'Indice d'Organisation en cas de séjours pluri-actes (sur le taux ambulatoire constaté le plus faible) fait qu'on peut sous-évaluer l'effectif attendu par l'établissement (qui est calculé sur le taux brut de chirurgie ambulatoire le plus faible) et donc qu'on sur-estime l'indice d'organisation.
 - Par construction, on sur-représente les établissements de faibles volumes ambulatoires et mono-disciplinaires (dans les 30 établissements qui ont l'indice d'organisation le plus élevé, plus de 50% ont moins de 2000 actes ambulatoires annuels et/ou ont un case-mix ambulatoire étroit d'une à trois CMD).
 - En conclusion, cet indice ne peut être utilisé seul et doit être complété par d'autres variables, sous la forme d'un indicateur composite.

c. Variable « volume ambulatoire innovant »

- Le mode de construction retient le volume brut annuel de chirurgie ambulatoire innovante produit par établissement (RSA ambulatoires avec acte innovant).

Les experts ont retenu ce mode de construction compte tenu de la difficulté de définir l'innovation en chirurgie ambulatoire :

- l'innovation en chirurgie ambulatoire est organisation-dépendante (ce qui peut être une innovation pour un établissement/équipe peut être une pratique courante/habituelle pour un autre établissement/équipe),
- l'innovation par définition est une rupture ou une transgression par rapport à une pratique professionnelle habituelle,

- les listes d'actes de chirurgie ambulatoire à dire d'experts ou sociétés savantes sont souvent contestées par les professionnels car limitatives et figées et risquant d'engendrer des comportements pervers.

Le choix des experts a donc été de définir statistiquement l'innovation sous la double condition : nombre de séjours dans la base nationale avec acte CCAM ayant un taux brut de chirurgie ambulatoire inférieur à 20% et présence d'un nombre d'actes CCAM supérieur à 10 (pour éviter les erreurs de codage). Une liste statistique de près de 600 actes CCAM innovants a donc été produite. Cette liste évolue dans le temps au fur et à mesure de l'évolution des taux brut nationaux des actes CCAM (en 2015, elle contient 550 actes CCAM).

- Le volume ambulatoire innovant est relié à la performance selon les propos des experts : « ***Un volume important d'activité ambulatoire innovante est une des composantes de la performance ambulatoire. Une pratique conséquente par un établissement d'actes non habituellement réalisés en ambulatoire traduit une extension des pratiques de l'équipe médico-chirurgicale vers des prises en charge plus lourdes et plus complexes et nécessitant donc une organisation plus performante. La pratique d'actes non classiques en ambulatoire renvoie vers l'optimisation de la gestion des flux et des risques.*** »

7. Présentation des 4 comparaisons disponibles

Chaque établissement de santé géographique est comparé pour chacune des 3 variables (volume ambulatoire, indice d'organisation, volume d'innovation ambulatoire) 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, SSA)
- Classe de case-mix ambulatoire : comparaison avec l'ensemble des établissements de santé géographiques publics et privés de sa classe de case-mix ambulatoire.

Il a été défini 4 classes de case-mix ambulatoires, nommées de A à D selon la diversité du case-mix de CMD ambulatoires. Ces classes ont 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.

- 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)

Le case-mix ambulatoire de CMD est relié à la performance selon les propos des experts : « ***Le case-mix est une variable explicative importante, mais sans rapport avec la performance. Les Etablissements de Santé mono-disciplinaires ne sont pas a priori plus ou moins performants que les ES pluridisciplinaires. C'est pourquoi cette variable n'est pas du même niveau que les autres variables (volume...) donc son mode de représentation doit être différent.*** »

8. Présentation des 2 modes de représentation disponibles

Pour faciliter l'appropriation par les acteurs, deux modes de représentation ont été retenus pour l'indicateur de performance chirurgie ambulatoire : représentation graphique sous forme de radars et indicateur composite mixant les variables explicatives.

a. La représentation graphique pour un établissement de santé combine un tableau de valeurs, des radars et des listes d'actes CCAM

- Un tableau comportant les valeurs de l'établissement selon 3 variables explicatives (volume ambulatoire, indice d'organisation et volume ambulatoire innovant) et des éléments de comparaison avec les 20% d'établissements les moins performants (le 2^{ème} décile correspond au plafond des 20% les moins performants) et les 20% les plus performants (le 8^{ème} décile correspond au plancher des 20% les plus performants) selon 4 niveaux (national, régional, catégorie d'établissements, classe de case-mix ambulatoire).
- Un radar à 3 axes représentant 3 variables explicatives (volume ambulatoire, indice d'organisation et volume ambulatoire innovant) décliné avec des comparaisons/benchmark selon 4 niveaux (national, régional, catégorie d'établissements, classe de case-mix ambulatoire).
- Des listes d'actes CCAM identifiant les 50 actes CCAM ambulatoires les plus fréquents³, les 20 actes CCAM ambulatoires les plus contributifs pour le calcul de l'indice d'organisation, les 20 actes CCAM ambulatoires les

³ La liste des 50 actes CCAM les + fréquents par établissement n'affiche, en cas de séjours avec plusieurs actes CCAM, que les seuls actes, dont le taux de chirurgie ambulatoire national est le plus faible. Le taux affiché peut donc être moindre que le décompte des actes CCAM réalisés. Cet affichage n'intervient pas dans les modalités de détermination de la variable « volume ambulatoire ».

moins contributifs pour le calcul de l'indice d'organisation, la totalité des actes CCAM ambulatoires innovants.

b. L'indicateur composite a pour objet de constituer un mode de représentation plus immédiatement accessible pour les professionnels.

- L'indicateur composite est constitué à partir des 3 variables et selon la pondération suivante : volume ambulatoire pour 50% du poids, indice d'organisation pour 30% et volume ambulatoire innovant pour 20%.
- L'indicateur composite a une valeur :
 - qui varie entre 0,3 (établissement de santé le moins performant) et 68,6 (établissement de santé le plus performant) pour 2013.
 - qui varie entre 1,1 (établissement de santé le moins performant) et 75,4 (établissement de santé le plus performant) pour 2014.
 - Qui varie entre 1,27 (établissement de santé le moins performant) et 65 (établissement de santé le plus performant) pour 2015.
- La modalité de calcul de l'indicateur composite est basée sur la valeur des indicateurs.
 - Pour chacune des variables, on range les établissements selon la valeur de la variable, en prenant en compte les écarts. On construit ainsi une échelle dont les barreaux ne sont pas équidistants.

(illustration : on range selon un ordre décroissant les 3 établissements A, B et C produisant respectivement 1588 actes ambulatoires innovants, 1584 ambulatoires innovants et 1155 ambulatoires innovants en prenant en compte les différences des écarts entre eux : écart de 4 entre le 1^{er} et le 2^{ème} et écart de 429 entre le 2^{ème} et le 3^{ème}).

- Du fait que les variables ont des échelles de grandeur différent, il est nécessaire de faire un changement d'échelle de manière à ce que, pour chaque indicateur, on ait la même plage de variation. On définit une plage de variation allant de 0 à 100. Si Maxi est la valeur maximale de l'indicateur i, mini est la valeur minimale, xi la valeur de l'indicateur observée, alors la valeur Xi de l'indicateur mis à l'échelle 0-100 est égale à :

$$Xi = (xi - \text{mini}) * 100 / \text{Maxi}$$

(illustration pour l'exemple précédent 3 établissements A, B et C : 1588 a une valeur à l'échelle de 100, 1584 a une valeur à l'échelle de 99.75 et 1155 a une valeur à l'échelle de 72.73)

- On applique ensuite les pondérations aux valeurs rééchelonnées des indicateurs des 3 variables.

*(illustration : un établissement qui aura comme valeur sur l'axe 1 : 60,02, sur l'axe 2 : 40,45 et sur l'axe 3 : 63,18 obtient comme valeur de l'indicateur composite : $IC=60,02*0,5 + 40,45*0,3 + 63,18*0,2 = 54,78$)*

- La valeur de l'indicateur composite est ensuite comparée avec le 2^{ème} et le 8^{ème} décile de l'ensemble des établissements de santé France entière, de la région, de la catégorie juridique et de la classe de case-mix ambulatoire.
- La représentation graphique pour un établissement de santé est constituée par un tableau de valeur avec les valeurs de l'indicateur composite de l'établissement des dernières années, ainsi que des éléments de comparaison de la dernière année avec les 20% d'établissements les moins performants (le 2^{ème} décile correspond au plafond des 20% les moins performants) et les 20% les plus performants (le 8^{ème} décile correspond au plancher des 20% les plus performants) selon 4 niveaux (national, régional, catégorie d'établissements, classe de case-mix ambulatoire).
- Elle associe un mode de représentation graphique selon des courbes temporelles.

Comme toujours en matière de gestion, un indicateur composite apparaît comme étant de lecture et d'appropriation simple. Mais, il doit toujours s'accompagner d'une analyse de ses composantes qui sont seules significatives d'une réalité et qui réduit les biais d'interprétation.

Il s'agit donc d'un outil d'alerte, en vue d'une analyse et non d'une fin en soi.