

**Outil de data-visualisation  
VISUCHIR**

**Guide utilisateur**

(Consultation recommandée du tutoriel vidéo)

## 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 l'outil.....	5
b. Modes de représentation et filtres disponibles dans l'outil .....	5
c. Comparaisons disponibles dans l'outil .....	7
4. Contenu de l'outil.....	8
a. Introduction : les 5 onglets disponibles dans l'outil :.....	8
b. Présentation générale des indicateurs disponibles dans l'outil.....	10
c. Présentation détaillée des indicateurs disponibles dans l'outil .....	11
a) TAUX AMBULATOIRE .....	12
b) INDICATEUR DE PERFORMANCE CHIRURGIE AMBULATOIRE.....	13
d) POTENTIEL AMBULATOIRE GLOBAL .....	17
e) POTENTIEL AMBULATOIRE PARTIEL .....	18
f) MATRICE PERFORMANCE/POTENTIEL.....	20
5. Annexe 1 : maitrise d'ouvrage et d'œuvre.....	21
6. Annexe 2 : champ et périmètre détaillés .....	22
7. Annexe 3 : méthodologie détaillée du potentiel ambulatoire global .....	23

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

Les données de l'outil sont issues des bases nationales PMSI 2015, 2016, 2017 et 2018 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. 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 hors CMD 14 et 15 et PIE + 7 racines K et Z).

Ce périmètre chirurgical contient à la fois des actes CCAM classants et opératoires, ainsi que des actes non classants. Les actes non classants ont été exclus du périmètre de VISUCHIR, ainsi que les IVG médicamenteuses (qui sont des séjours médicaux) par leur suppression dans la racine 14Z08.

Remarque : les endoscopies sont par définition exclues du périmètre de l'outil (car ce sont des séjours médicaux, même s'ils passent au niveau du bloc opératoire) et les actes d'urgence sont dans le périmètre de l'outil (mais non identifiés en tant que tel, sauf libellé CCAM spécifique).

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

La base nationale PMSI 2017 contient 6.3 millions de séjours chirurgicaux et 8.8 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 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. Un séjour peut contenir un acte CCAM (séjours mono-actes) ou plusieurs actes CCAM (séjours multi-actes). La base PMSI 2017 contient ainsi plus de 182 000 combinaisons différentes d'actes CCAM pour des séjours multi-actes<sup>1</sup>. 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<sup>2</sup>. Cet acte CCAM est dit « référent du séjour ». C'est à partir de cet acte que va être estimé le potentiel ambulatoire en séjours.

**Note 1** : En 2017, tous modes d'hospitalisation confondus, la proportion des séjours multi-actes/séjours mono-actes est de 36.1%. Mais cette proportion est plus élevée en ambulatoire qu'en hospitalisation traditionnelle. En hospitalisation traditionnelle, cette proportion n'est 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.

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

---

<sup>1</sup> 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)

<sup>2</sup> 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 l'outil

L'outil 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 (*disponible au niveau des onglets taux ambulatoire et performance*),
- palmarès classant l'établissement (*disponible au niveau des onglets taux ambulatoire et performance / sous-onglet palmarès*),
- histogramme représentant des volumes d'activité (*disponible au niveau des onglets taux ambulatoire, performance et potentiel / sous onglet détail par acte CCAM et potentiels ambulatoires spécifiques*),
- courbe représentant des évolutions temporelles (*disponible au niveau des onglets taux ambulatoire et performance / sous-onglet évolution*),
- camembert représentant des % de fréquence (*disponible au niveau de l'onglet potentiel / sous-onglet potentiels ambulatoires spécifiques*)
- mosaïque dynamique unidimensionnelle : la dimension explorée concerne des volumes d'activité (*disponible au niveau de l'onglet potentiel*),

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

- pyramide des âges croisant les deux données représentées par le volume et le mode d'hospitalisation (*disponible au niveau de l'onglet taux ambulatoire/ sous onglet détail par acte CCAM*)
- cartographie croisant les deux données représentées par le volume chirurgical et le taux de chirurgie ambulatoire, permettant de positionner les établissements d'une même région au travers de deux variables (*disponible au niveau de l'écran d'accueil*),
- mosaïque dynamique bidimensionnelle : les deux dimensions explorées concernent des volumes d'activité et des pourcentages de chirurgie ambulatoire (*disponible au niveau de l'onglet taux ambulatoire / sous onglet détail par acte CCAM*),
- box-plot ou boîte à moustaches<sup>3</sup> permettant de positionner un établissement dans une distribution d'un nombre important d'établissements (*disponible au niveau des onglets taux ambulatoire, performance et potentiel / sous onglet distribution et distribution de la différence taux observé/taux potentiel*)
- matrice BCG adaptée (Boston Consulting Group)<sup>4</sup> positionne l'établissement selon 2 indicateurs représentés par l'IPCA et le potentiel ambulatoire (*disponible au niveau de l'onglet matrice performance/potentiel*).

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

- un établissement et une année (*disponible au niveau de l'écran d'accueil*),
- un mode de comparaison avec 4 niveaux : national, régional, catégorie juridique, classe de case-mix ambulatoire (*disponible au niveau du taux ambulatoire/palmarès, performance/palmarès, potentiel/distribution de la différence, matrice performance/potentiel*)
- un focus sur un groupe d'établissements ciblés (*disponible au niveau de la matrice performance/potentiel*)
- une des 3 variables de l'indicateur composite (*disponible au niveau de performance/évolution*)

---

<sup>3</sup> Outil de représentation graphique de données statistiques inventé par John Tukey en 1977

<sup>4</sup> 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<sup>5</sup> 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)

---

<sup>5</sup> En 2018, la classe A comportait 215 établissements, la classe B 181 établissements, la classe C 215 établissements et la classe D comportait 349 établissements.

## 4. Contenu de l'outil

### a. Introduction : les 5 onglets disponibles dans l'outil :



#### Onglet Accueil :

**Chiffres clés** (green box)

**Menu d'accès aux 4 onglets** (orange box)

**Sélection année et établissement** (red box)

**Cartographie** (blue box)

The screenshot shows a dashboard titled 'PROFIL ETABLISSEMENT'. It features a navigation bar at the top with five tabs. Below the navigation bar, there are four circular gauges representing key metrics. A map of France is displayed in the center, with a red box highlighting the selection area for year and establishment. A green box highlights the key figures section. A blue box highlights the map. An orange box highlights the navigation menu on the right side of the dashboard.

#### Onglet Taux ambulatoire :

**Menu d'accès aux sous-onglets :**

- a. distribution
- b. palmarès
- c. évolution
- d. détail acte CCAM

**Jauges (4 comparaisons)** (red box)

The screenshot shows a dashboard titled '140018730 - POLYCLINIQUE DE LISIEUX' with the subtitle 'TAUX DE CHIRURGIE AMBULATOIRE DE L'ETABLISSEMENT = 65,9 %'. It features four circular gauges comparing the establishment's performance against 'FRANCE (Rang - 211 / 584)', 'SE - NORMANDIE (Rang - 7 / 51)', 'CLINIQUE (Rang - 167 / 474)', and 'CASE-MIX AMBULATOIRE CLASSE C (Rang - 41 / 74)'. A green box highlights the navigation menu on the right side of the dashboard, which includes options for 'Distribution', 'Palmarès', 'Évolution', and 'Détail par acte CCAM'. A red box highlights the four gauges.

**Onglet Performance :**

Jauges (4 comparaisons)

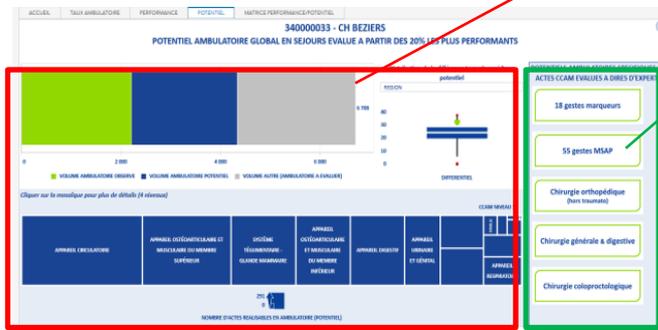


Menu d'accès aux sous-onglets

- a. distribution
- b. palmarès
- c. évolution

**Onglet Potentiel :**

Potentiel global (20% + performants)



Potentils spécifiques (dire d'expert)

- a. 18 GM
- b. MSAP
- c. orthopédie
- d. générale/digestive
- e. coloproctologie

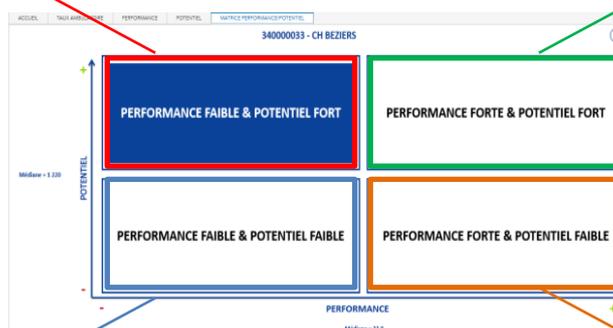
**Onglet Matrice Performance/Potentiel :**

Performance faible  
Potentiel fort

Performance forte  
Potentiel fort

Performance faible  
Potentiel faible

Performance Faible  
Potentiel faible



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

L'outil VISUCHIR comporte 2 séries d'indicateurs et une matrice :

- **Indicateurs de pratique ambulatoire :**
  - taux ambulatoire :
    - ➔ rapport en % entre le nombre de séjours chirurgicaux sans nuitée et le nombre de séjours chirurgicaux totaux
  - Indicateur de Performance de Chirurgie Ambulatoire (IPCA)
    - ➔ indicateur composite constitué par le volume de séjours ambulatoires (50% du poids du composite), pour 30% par l'Indice d'Organisation (30% du poids du composite), par le volume de séjours ambulatoires innovants (20% du poids du composite)
- **Indicateurs de potentiel ambulatoire :** volumes chirurgicaux avec nuitée transférables en ambulatoire (le calcul est effectué à partir des seuls actes CCAM<sup>6</sup>, indépendamment des durées de séjour observées)

Note : 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.

- 1<sup>ère</sup> méthode : calcul du potentiel ambulatoire global (concerne la totalité du champ de la chirurgie)
  - ➔ déterminés à partir des 20% d'établissements les plus performants
- 2<sup>ème</sup> méthode : calcul de potentiels ambulatoires spécifiques (concerne la seule partie du champ de la chirurgie contenue dans les 5 listes d'actes)
  - ➔ déterminés à dire d'experts : 5 listes d'actes CCAM
    - 18 gestes marqueurs,
    - 55 gestes MSAP (Mise Sous Accord Préalable),
    - 3 familles d'actes de chirurgie générale et digestive,
    - 3 familles d'actes de chirurgie orthopédique hors traumatologie,
    - 3 familles d'actes de chirurgie colo-proctologique

---

<sup>6</sup> 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 reconnaît 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

- **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 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<sup>7</sup>.

Les indicateurs d'estimation du potentiel ambulatoire sont de deux types basés sur deux méthodes différentes :

- La 1<sup>ère</sup> méthode est statistique, à partir des 20% d'établissements les plus performants en ambulatoire, acte CCAM par acte CCAM
- La 2<sup>ème</sup> méthode est à dire d'experts, à partir de listes d'actes éligibles ou non à la chirurgie ambulatoire

Ces 2 méthodes d'estimation sont basées sur les actes CCAM et prennent donc en compte la diversité des spécialités chirurgicales. Par construction, elles donnent des résultats différents pour les actes qui sont communs aux 2 méthodes.

La 1<sup>ère</sup> 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.

La 2<sup>ème</sup> méthode n'estime que des volumes d'actes CCAM éligibles à l'ambulatoire. Elle ne prend pas en compte l'éligibilité ambulatoire des patients. Il faut notamment soustraire les niveaux de sévérité 4 et les enfants de moins de 3 mois.

**Note :** 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* ».

---

<sup>7</sup> Il existe également une représentation par classe d'âge pour les séjours ambulatoires

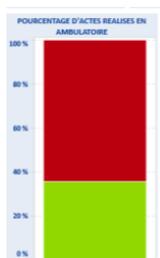
## a) TAUX AMBULATOIRE

Le taux de pratique de chirurgie ambulatoire est décliné en séjours et en actes :

→ Au niveau établissement



- Taux ambulatoire : nombre de séjours chirurgicaux sans nuitée sur le nombre de séjours chirurgicaux totaux au niveau de l'établissement



- % d'actes CCAM réalisés en ambulatoire : nombre d'actes CCAM pour les séjours chirurgicaux sans nuitée sur le nombre d'actes CCAM pour les séjours chirurgicaux totaux

→ Au niveau classification CCAM (depuis le 1<sup>er</sup> niveau-par grand appareil-jusqu'au 4<sup>ème</sup> niveau-par acte 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.

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

**Note 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<sup>8</sup> et officialisé dans 2 textes ministériels<sup>9</sup>.

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 (prenant en compte le case-mix) pour 30% du poids. L'indice d'organisation (IO) 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'indicateur de performance 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 : 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>).

Les valeurs de l'IPCA en 2018 se distribuaient sur une échelle entre 2.68 et 65.44.

<sup>8</sup> 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](http://www.scansante.fr/applications/indicateur-de-performance)).

<sup>9</sup> 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](http://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](http://www.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2-3_ambulatoire_chirurgie_et_medecine.pdf))

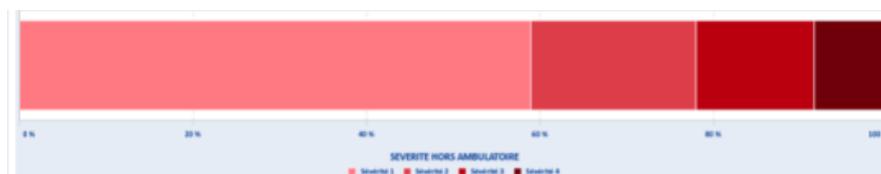
## c) AUTRES INFORMATIONS SUR LES ACTES CCAM

### → 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.

### → Niveau de sévérité hospitalisation complète



- 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<sup>10</sup>. 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.
- 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<sup>11</sup> apparaît comme une contre-indication à la pratique ambulatoire.

<sup>10</sup> 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

<sup>11</sup> Les niveaux de sévérité 4 représentent, France entière en 2017, 3.9% des séjours d'hospitalisation complète et 5.63% des actes CCAM d'hospitalisation complète.

## → 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.

- 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. »

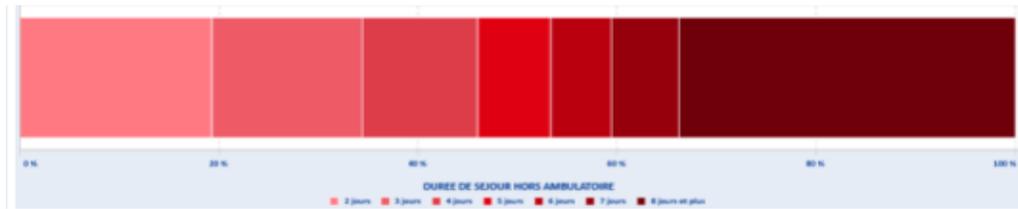
Gériatrie : « Le grand âge n'est pas une contre-indication en soi à l'ambulatoire. La prise en charge ambulatoire semble diminuer l'incidence des troubles du comportement postopératoire par rapport à une hospitalisation conventionnelle. Il est recommandé de faire bénéficier aux personnes âgées d'une 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<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> Les enfants de – de 3 mois représentent, France entière en 2017, 0.17% des séjours d'hospitalisation complète et 0.15% des actes CCAM d'hospitalisation complète.

## → Durée de séjours en hospitalisation complète ;



- 7 durées de séjour avec nuitée sont identifiées : 2 jours, 3 j, 4j, 5j, 6j, 7j, 8 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)<sup>13</sup>. 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).

<sup>13</sup> « 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).

« Le 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)

## d) POTENTIEL AMBULATOIRE GLOBAL



La 1<sup>ère</sup> méthode dite « globale » (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.

**Note 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, taux cible de 100% pour les séjours mono-actes comportant un geste marqueur ou MSAP, urgences, comptage de tops d'actes CCAM...).

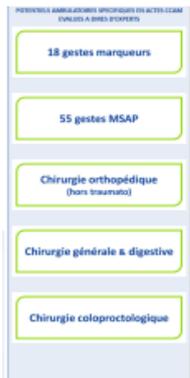
**Note 2 :** Cette méthode prend en compte l'éligibilité ambulatoire (médicale et psycho-socio-environnementale) des patients.

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.

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 PARTIEL



La 2<sup>ème</sup> méthode dite « partielle » (car concernant la seule partie du champ de la chirurgie couvert par les 5 listes) estime le volume d'hospitalisation traditionnelle transférable en ambulatoire sur certains actes à dire d'experts (« potentiels ambulatoires spécifiques »).

**Un certain nombre de listes d'actes ont été constituées en France depuis 20 ans, chaque liste ayant une finalité bien précise.**

Cinq de ces listes d'actes ont été retenues dans VISUCHIR. Elles ne représentent pas la totalité des actes CCAM, mais elles sont soit fréquemment connues par les professionnels de santé soit renvoient une image plus « clinique » de leur spécialité, et donc, plus facilement appropriable que la classification officielle CCAM, qui a une approche par systèmes :

- Liste des 18 Gestes Marqueurs (liste d'actes co-construite CNAM/AFCA en 2000), qui avait pour finalité d'étudier les conditions de développement de la chirurgie ambulatoire en France, en comparaison des autres pays de l'OCDE.
- Liste des 55 gestes MSAP (liste d'actes co-construite CNAM/sociétés savantes à partir de 2008), qui avait pour finalité de déployer la Mise Sous Accord Préalable avec justification de la prise en charge en hospitalisation complète.
- Liste de la chirurgie orthopédique hors traumatologique (sauf main) (liste d'actes AFCA en 2008), qui avait pour finalité de démontrer que la chirurgie ambulatoire n'était pas l'apanage des seules spécialités tête et cou et qu'une spécialité « lourde » comme l'orthopédie pouvait aussi comporter un potentiel de développement ambulatoire
- Liste de la chirurgie générale et digestive (liste d'actes AFCA en 2008), qui avait pour finalité de démontrer que la chirurgie ambulatoire n'était pas l'apanage des seules spécialités tête et cou et qu'une spécialité « lourde » comme la chirurgie viscérale pouvait aussi comporter un potentiel de développement ambulatoire
- Liste de la chirurgie colo-proctologique (liste d'actes élaborée par la Société Nationale Française de Coloproctologie en 2014) qui avait pour finalité d'impulser une dynamique ambulatoire en coloproctologie

Les listes des 18 Gestes Marqueurs et les 55 Gestes MSAP sont considérés par les experts comme ambulatoires à 100% (accord des sociétés savantes, procédure MSAP).

Les listes des chirurgies orthopédique, générale et digestive et coloproctologique classent les actes CCAM selon 3 niveaux d'éligibilité ambulatoire :

- gestes marqueurs ambulatoires (100% ambulatoires, il n'y a plus aucun débat sur la transférabilité de ces actes en ambulatoire),
- actes classiques potentiellement ambulatoires non identifiés historiquement comme marqueurs, mais que les experts considéraient dans l'ensemble que ces actes étaient réalisables à 100% en ambulatoire,
- actes lourds et urgences<sup>14</sup> dont le potentiel ambulatoire est à évaluer au cas par cas, car il n'y avait pas à l'époque de leur construction un consensus d'experts, mais des équipes françaises les plus avancées prenaient déjà en charge en ambulatoire une partie de ces actes.

Note 1 : cette méthode ne prend pas en compte l'éligibilité ambulatoire des patients. Il faut notamment soustraire les niveaux de sévérité 4 et les enfants de moins de 3 mois.

Note 2 : ces 5 listes d'actes sont historiques. De fait, elles ont été construites à partir des classifications existantes au moment de leur construction et à partir des dires d'experts de l'époque de leur construction. Ces listes ont pu évoluer dans le temps (disparition d'actes à la suite de l'évolution des classifications, évolution du périmètre de la chirurgie...).

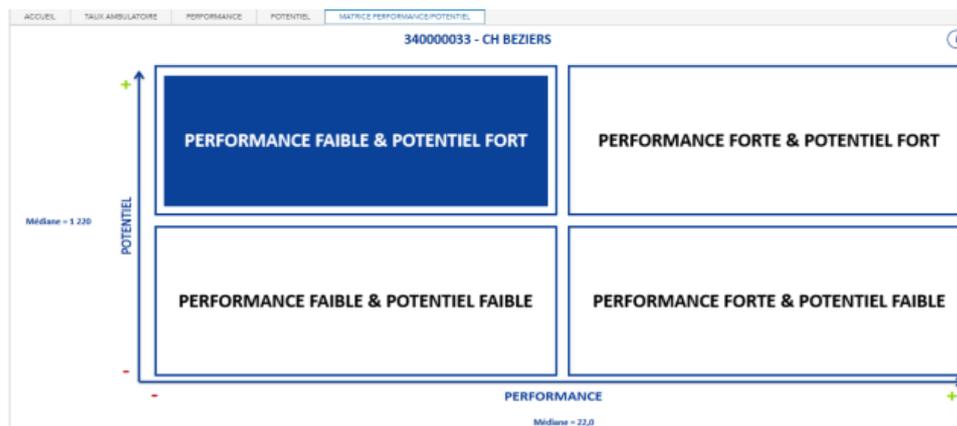
Pour illustrer cet impact de la disparition d'actes à la suite de l'évolution des classifications, le code FAF011 « amygdalectomie à l'amygdalotome » présent dans la liste des 18 gestes marqueurs n'est plus aujourd'hui codable.

---

<sup>14</sup> Les recommandations de la SFAR 2009 précisent « *il est possible d'intégrer certains actes urgents dans un programme ambulatoire, aux conditions de ne pas perturber le fonctionnement de l'unité ambulatoire et de garantir le même niveau de qualité et sécurité au patient* ».

Les recommandations organisationnelles ANAP/HAS 2013 précisent « *la chirurgie non programmée est éligible à l'ambulatoire, sous réserve d'une organisation formalisée (identification d'un flux)* »

## 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.

Il est également possible d'ouvrir chaque carré pour consulter les autres établissements.

Le nombre d'établissements est fixe par carré. En 2018, il y avait :

- 122 établissements dans le carré « performance faible et potentiel fort »,
- 358 établissements dans le carré « performance forte et potentiel fort »,
- 122 établissements dans le carré « performance forte et potentiel faible »,
- 358 établissements dans le carré « performance faible et potentiel faible »

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

### Equipe projet

#### CNAM

Dr Gilles BONTEMPS 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

#### SAS

Carole QUESNOT  
Guillaume CAPLOT

### Tutoriel vidéo DRSM Ile de France

Clément COMTE  
Nicolas REIGNER

### 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 V2017 (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 2017 (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.

**Note** : 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 et dires d'experts :

- 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).

*En 2017, il y avait dans la base 4.1 millions d'actes CCAM concernés (avec un taux moyen national de séjour en ambulatoire de 30%). L'application de ce référentiel aboutit à un taux moyen national de séjour en ambulatoire de 57%.*

- Il est déterminé un « taux référentiel ambulatoire national d'actes CCAM à dires d'experts » pour les actes CCAM relevant de la liste des 18 gestes marqueurs et/ou des 55 gestes MSAP. Ils sont considérés par les experts comme des actes éligibles à l'ambulatoire à 100%. Ce taux de 100% ne s'applique que dans le cas des séjours mono-actes.

*En 2017, il y avait dans la base 3.6 millions d'actes CCAM concernés (avec un taux moyen national de séjour en ambulatoire de 84%). L'application de ce référentiel pour les séjours mono-actes aboutit à 100% des actes éligibles. Dans le cas des séjours multi-actes, il est appliqué le taux ambulatoire de l'acte le plus bas.*

- 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).

*En 2017, il y avait dans la base 1.13 millions d'actes CCAM concernés (avec un taux ambulatoire nul).*