



**Outil de data-visualisation**

**VISUCHIR**

Présentation générale

## Sommaire

1. Introduction.....	3
2. La nouvelle approche de l'Assurance Maladie.....	3
3. Le contexte du virage ambulatoire .....	4
4. Les objectifs et la finalité de l'outil.....	5
5. Ce que l'outil est et ce qu'il n'est pas.....	6
6. Les grands principes directeurs de la construction de l'outil.....	7
7. Les documents disponibles .....	8

## 1. Introduction

L'application VISUCHIR est un outil 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.

Cet outil a vocation à servir au dialogue de gestion à la fois interne (directeurs, médecins, soignants) et externe (Agences Régionales de Santé, Assurance Maladie et établissements de santé). Il permet de partager des constats entre les acteurs et de contribuer à l'élaboration de projets médicaux d'établissements ou de territoire.

Il résulte d'un travail commun entre la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et la Direction Régionale du Service médical de la région Bourgogne Franche Comté. Il s'est nourrit en outre des travaux d'experts en chirurgie ambulatoire, des travaux ATIH/ANAP sur l'Indicateur de performance et des travaux de l'ARS Bourgogne. Un partenariat entre la CNAM et l'ATIH est mis en place pour déposer l'outil sur la plate-forme Scan santé, afin d'en assurer l'accès le plus large à tous les utilisateurs.

## 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.

Ainsi, l'Assurance Maladie soutient le déploiement de la chirurgie ambulatoire en France en s'appuyant sur une double démarche :

- Poursuite des mises sous accord préalable à destination des établissements les plus en retrait
- Mise en place d'une démarche d'accompagnement pour faire évoluer les pratiques professionnelles et organisationnelles vers les 20% d'établissements français les plus performants.

Dans ce cadre, il est donc impératif de disposer d'outils presse bouton, interactifs, visuels et évolutifs, basés sur des données structurées, médicalisées et benchmarkées, permettant de combiner une vision synthétique au niveau d'un établissement de santé avec l'analyse d'une spécialité ou d'un acte chirurgical.

L'Assurance Maladie propose dans ses rapports annuels 2018, 2019 et 2020<sup>1</sup> de déployer une démarche novatrice au service d'une innovation organisationnelle, en mettant à disposition l'outil VISUCHIR destiné à favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire en France.

---

<sup>1</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 (loi du 13 août 2004) / 7 juillet 2017 (page 94)

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 2019 (loi du 13 août 2004) / juillet 2018 (pages 63 et 64)

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 2020 (loi du 13 août 2004) / juillet 2019 (pages 78 à 80)

Cette démarche d'offre de services vise à renforcer les liens avec les professionnels et à porter l'innovation organisationnelle que constitue la chirurgie ambulatoire dans un établissement de santé. Elle aboutit à mieux adapter l'organisation sanitaire aux besoins populationnels. Elle accompagne les professionnels de santé dans le changement, en restituant leurs données sous une forme organisée, traitée et porteuse de plus-value.

### **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.

Bien que la chirurgie ambulatoire soit restée dans les textes législatifs une alternative à l'hospitalisation complète, le changement de paradigme (« l'hospitalisation complète devient une alternative à la chirurgie ambulatoire ») s'est effectué 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 57.1% en 2018.

**Le nouvel objectif ministériel annoncé en octobre 2017 de fixer un taux cible national de 70% en 2022 impose une nouvelle dynamique qui ne peut plus être portée par les seuls dispositifs existants.**

Ainsi, pour arriver à ce taux cible de 70%, il faut transférer plus d'un million de séjours d'hospitalisation complète vers l'ambulatoire (le dispositif MSAP ne permet que d'en transférer environ un tiers) et augmenter le taux de progression ambulatoire d'environ 3 points par an, soit une accélération par rapport à la croissance moyenne de 2 points par an observée depuis 2008.

En conséquence, l'outil VISUCHIR est construit pour permettre d'arriver au taux cible national de 70%<sup>2</sup>. Il permettra à chaque établissement de s'auto-évaluer, d'analyser ses pratiques et d'estimer son potentiel de substitution en ambulatoire à partir de ses actes chirurgicaux. L'enjeu est de responsabiliser les établissements et les professionnels en les dotant d'un tableau de bord de pilotage.

Cet outil analyse les pratiques et compare les établissements de santé en prenant en compte leurs spécificités : case-mix de spécialités chirurgicales, niveaux de sévérité des patients, innovation chirurgicale ambulatoire...

Il apporte des éléments prospectifs et identifie pour chaque établissement son potentiel de développement en se basant sur les 20% d'établissements français les plus performants en ambulatoire, acte CCAM par acte CCAM.

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 objectifs et la finalité de l'outil**

L'outil VISUCHIR apporte un éclairage sur la situation chirurgicale d'un établissement de santé (photographie à un instant « t » avec une évolution sur 4 années) et propose une perspective d'évolution à terme avec plusieurs projections d'un potentiel de développement ambulatoire.

L'outil donne des clés de lecture sur les pratiques professionnelles et organisationnelles chirurgicales d'un établissement de santé : volume chirurgical, case-mix chirurgical, caractéristiques médicales des patients, taux ambulatoire et durées de séjour conventionnel, performance ambulatoire, potentiels de développement ambulatoire à partir d'analyse statistique et dires d'experts.

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 et de l'établissement de santé
- 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, directeurs d'établissements, assurance maladie régionale, agence régionale de santé...

---

<sup>2</sup> Sur la base des données PMSI 2018, le potentiel ambulatoire national en actes CCAM identifié dans l'outil VISUCHIR (pour chaque acte, à partir des 20% d'établissements les plus performants en ambulatoire en France) aboutit à un taux national ambulatoire de 78,6%. Ce taux national est calculé en prenant en compte les conditions médicales et psycho-socio-environnementales des patients. Cette méthode permet donc d'approcher la cible nationale ministérielle de 70% en 2022. Il est à signaler que les séjours non éligibles à l'ambulatoire selon les recommandations de la SFAR correspondent aux niveaux de sévérité 4 (soit 3.9% des séjours d'hospitalisation complète et 5.63% des actes CCAM d'hospitalisation complète en 2017) et aux enfants de moins de 3 mois (soit 0.17% des séjours d'hospitalisation complète et 0.15% des actes CCAM d'hospitalisation complète). Ces séjours non éligibles sont par construction déjà défalqués des 78.6%.

## 5. Ce que l'outil est et ce qu'il n'est pas

- **Ce qu'il est :**

- L'outil 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.

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

- L'outil 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 la qualité des pratiques, ni la pertinence des actes. Il n'y a pas d'indicateurs directs sur la qualité des soins, même si des liens existent entre activité 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 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* »<sup>3</sup>.

L'outil donne des informations sur les actes. Il donne des informations partielles sur les patients (conditions 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).

---

<sup>3</sup> [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Abecedaire\\_chir\\_ambu.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Abecedaire_chir_ambu.pdf)

## 6. Les grands principes directeurs de la construction de l'outil

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.**

L'outil 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.

## 7. Les documents disponibles

Pour permettre de s'appropriier plus facilement VISUCHIR, sont mis à disposition des utilisateurs :

- Un guide utilisateur qui présente les indicateurs disponibles dans l'outil (présentation globale et détaillée), ainsi que les comparaisons, les modes de représentations et les filtres disponibles dans l'outil
- Un mode d'emploi avec copies d'écran et éléments explicatifs en regard
- Un tutoriel vidéo d'une durée globale de 45 mn qui comprend :
  - 7 modules de lecture indépendante, chacun durant de 3 à 12 mn
    - Introduction
    - Interface
    - Diagnostic : taux ambulatoire
    - Diagnostic : performance
    - Prospectif : potentiel
    - Analyse stratégique performance/potentiel
    - Conclusion
  - des ressources (recommandations, clés de lecture...)
  - des renvois complémentaires à des sites internet
- des préconisations en vue d'optimiser la navigation et l'affichage au niveau de l'outil
  - en fonction de la version du navigateur internet
  - en fonction de l'affichage du rapport
  - par l'installation préalable d'un logiciel pour son utilisation en mode tablette et smartphone
  - par la vidange du cache du navigateur en cas de dysfonctionnement