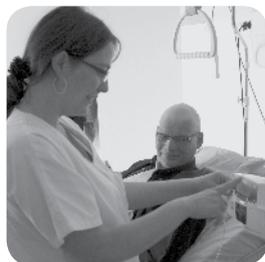


#23



# INFO EN SANTÉ

MAI 2014

SYSTÈME D'INFORMATION ■ STRATÉGIE ■ QUALITÉ

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE ■ [WWW.FHF.FR](http://WWW.FHF.FR)

## SOMMAIRE

- 1** **ÉDITORIAL**
- 2** **CHIFFRES CLÉS.  
TAUX DE RECOURS  
À L'HOSPITALISATION  
EN 2012**  
Stéphane Finkel (FHF)
- 9** **CHIRURGIE AMBULATOIRE**
  - 9** **CHIRURGIE AMBULATOIRE :  
DÉFINITIONS, PÉRIMÈTRE  
ET TAUX**  
Dr Gilles Bontemps (Anap)
  - 14** **L'AMBULATOIRE À TOUT  
PRIX : JUSQU'OU PEUT-ON  
ALLER DANS LES CHU ?**  
Pr Dominique Dallay  
(CHU Bordeaux)
  - 15** **ESTIMATION  
DU POTENTIEL  
DE CHIRURGIE  
AMBULATOIRE**  
Stéphane Finkel (FHF),  
Dr Bernard Garrigues  
(CH d'Aix-en-Provence),  
Yves Gaubert (FHF)
- 21** **BDHF : UN NOUVEAU MODULE  
CONCERNANT LE CHAMP  
DE LA PSYCHIATRIE**  
Stéphane Finkel (FHF)

## ÉDITORIAL

### POUR UN PILOTAGE BASÉ SUR DES DONNÉES OBJECTIVES

Ce numéro de mai d'*Info en santé* traditionnellement associé aux salons HopitalExpo et Health-ITExpo devenus, avec GerontHandicapExpo, les Salons de la santé et de l'autonomie est consacré, dans la première partie « Chiffres clés », à la présentation de quelques chiffres sur les taux de recours standardisés de l'ensemble des champs de l'hospitalisation et, dans un second temps, à la question de la chirurgie ambulatoire.

Les chiffres clés sur les taux de recours montrent à la fois que les situations sont très différentes d'un champ à l'autre et qu'il existe des singularités importantes dans certaines zones géographiques (concernant le SSR ou l'HAD par exemple). Il est également important de garder à l'esprit à quel point la standardisation des données par la structure de la population est essentielle. Comparer des taux bruts sans prendre en compte certains particularismes des pyramides des âges, comme c'est le cas dans de nombreuses publications, n'a que peu de sens. Le dossier proposé sur la chirurgie ambulatoire, thème principal du numéro, permet de contredire certains objectifs — récemment diffusés — pour le moins optimistes, pour ne pas dire utopistes. En effet, les chiffres avancés par d'aucuns sont illusoire dans le contexte péri-hospitalier français actuel. Celui-ci est peu structuré et donc très différent de ce qu'on peut trouver dans d'autres pays où la définition de l'hospitalisation est très restrictive, voire limitée aux plateaux techniques. Certains taux diffusés ne s'intéressent qu'à la technique opératoire sans prendre en compte des éléments, pourtant essentiels, tels que le caractère non programmé d'une part importante des prises en charge, la lourdeur très conséquente de certains actes impliquant des suites opératoires complexes ou la gravité de l'état de certains patients appréciée notamment au travers de leurs comorbidités.

Par ailleurs, certaines décisions de la campagne budgétaire 2014 sont malheureusement regrettables. On citera d'une part l'attribution de tarifs uniques en chirurgie ambulatoire et en GHM d'hospitalisation complète de niveau 1, et ce dans la totalité des 111 racines de GHM concernées. Cela néglige le caractère très différent dans certaines de ces racines des GHM en « J » (ambulatoire) et des niveaux 1 correspondants, dont il était pourtant impossible de penser, sur des données objectives issues de la classification GHM elle-même et de l'Étude nationale de coûts (ENC), qu'il puisse s'agir de types de patients et de prises en charge similaires. On mentionnera aussi la suppression des bornes basses dans l'ensemble des GHM chirurgicaux de niveau 1, ce qui va conduire principalement à surpayer les atypies que constituent les séjours courts dans certains GHM et à sous-payer l'activité principale de chirurgie en hospitalisation complète de niveau 1.

Dans le contexte très probablement encore plus difficile de la campagne budgétaire suivante (2015), l'équité et la logique rendront indispensables le retour à des décisions s'appuyant exclusivement sur des données objectives et sur des priorités de santé publique. ■

**Gérard Vincent**, délégué général,  
**Bernard Garrigues**, médecin des hôpitaux, conseiller médical à la FHF

# 1 ■ CHIFFRES CLÉS. TAUX DE RECOURS À L'HOSPITALISATION EN 2012 - Stéphane Finkel, FHF

## 1\* Taux de recours bruts et standardisés\* par région en 2012

Sources : PMSI MCO-SSR-HAD RIM-Psy, données de chaînage, Atih 2012 - Insee - FHF - BDHF

Région	MCO		SSR	HAD	PSYCHIATRIE EN HOSPITALISATION	
	Nbre séjours standardisés en HC/1000 hab.	Nbre séjours standardisés en HJ**/1000 hab.	Nbre journées standardisées /1000 hab.	Nbre journées standardisées /1000 hab.	File active*** standardisée /1000 hab.	Nbre journées standardisées**** /1000 hab.
Alsace	166	156	579	49	8,3	399
Aquitaine	165	149	516	73	7,9	495
Auvergne	162	135	487	49	8,8	582
Basse-Normandie	174	119	504	73	6,3	407
Bourgogne	179	135	536	39	7,0	368
Bretagne	165	126	519	50	10,4	557
Centre	163	128	484	57	6,0	446
Champagne-Ardenne	178	143	406	51	6,1	415
Corse	179	152	632	86	5,6	548
Franche-Comté	170	129	528	47	7,4	455
Guadeloupe	173	126	743	333	4,5	258
Guyane	159	69	411	468	0,1	7
Haute-Normandie	173	148	526	46	6,4	412
Île-de-France	157	154	649	84	5,2	378
Languedoc-Roussillon	161	152	579	40	7,9	471
Limousin	168	116	434	62	9,9	526
Lorraine	181	146	526	37	6,9	392
Martinique	149	96	465	62	4,5	496
Midi-Pyrénées	164	139	546	46	8,1	524
Nord-Pas-de-Calais	188	163	528	88	7,3	382
Pays de la Loire	162	131	490	47	7,0	382
PACA	168	169	668	57	7,2	479
Picardie	187	145	547	79	5,9	501
Poitou-Charentes	165	134	408	51	5,9	348
Rhône-Alpes	166	131	545	66	6,5	397
Réunion	171	112	466	167	3,2	204
	167	143	548	64	6,8	426

\* La standardisation sert à s'affranchir de la structure de la population du département : elle est réalisée par âge et sexe. Les taux standardisés sont davantage comparables entre eux que les taux bruts dès lors qu'on fait l'hypothèse raisonnable que le sexe et l'âge ont une influence sur les taux de recours.

\*\* HJ = hospitalisation sans nuitée y compris les séances en dehors de la radiothérapie et de la dialyse.

\*\*\* En psychiatrie, le nombre d'individus correspond au nombre d'individus résidents de la région ayant été hospitalisés dans un établissement psychiatrique (quel que soit le lieu) au moins une fois dans l'année. Ces calculs sont réalisés à l'aide des données de chaînage. L'activité ambulatoire n'est pas comprise du fait de l'absence des données du privé sur cette activité.

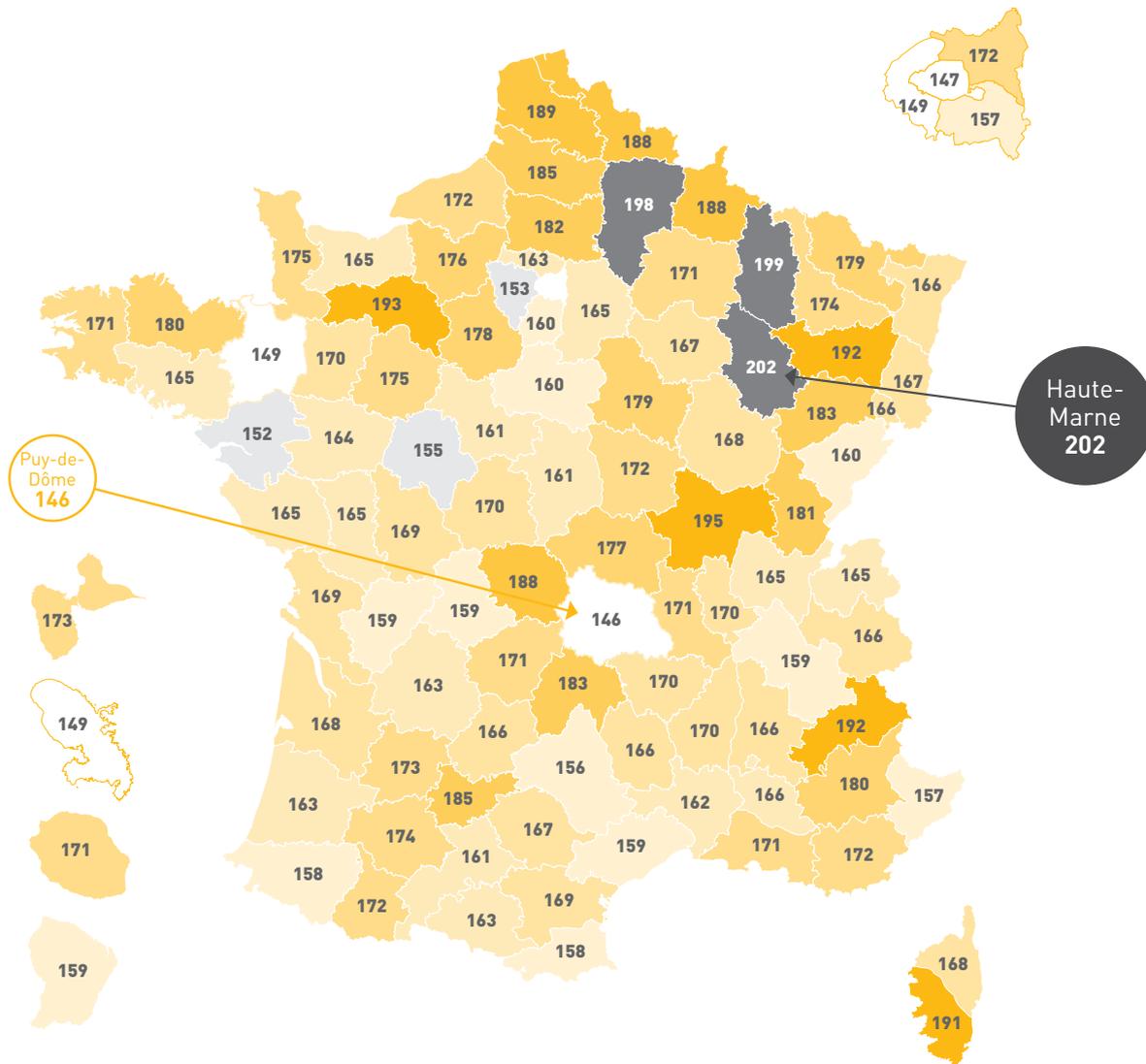
\*\*\*\* Les demi-journées (unités de compte pour les activités à temps partiel ou en centre d'activités ou en ateliers thérapeutiques) sont comptées pour 1, comme les journées.

## MCO : taux de recours à l'hospitalisation

2\* Taux de recours standardisés\* en hospitalisation complète MCO/1 000 habitants - Année 2012

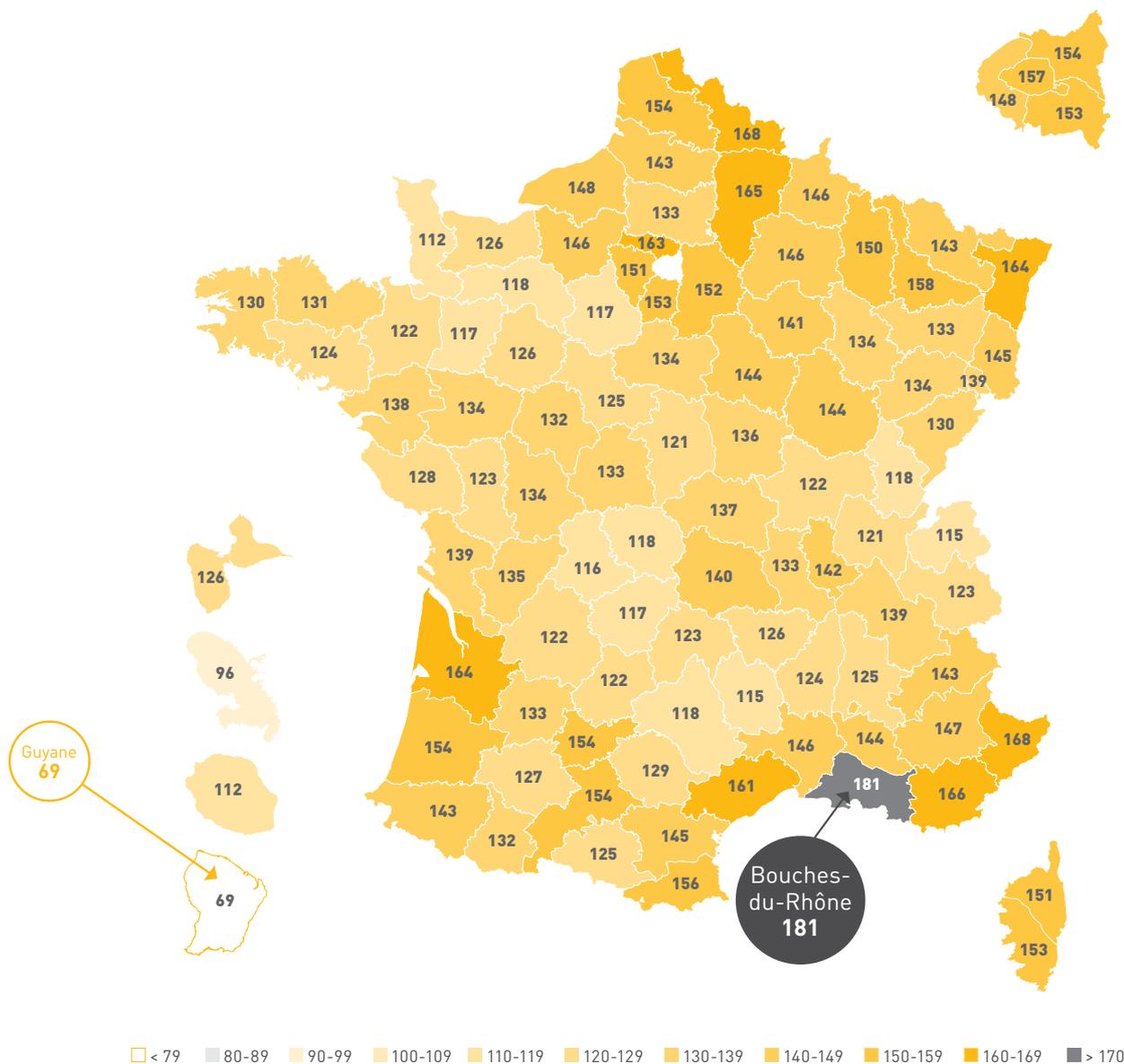
Moy. nat. = 167,1 - Sources : PMSI MCO Atih 2012 - Insee - FHF - BDHF

\* Standardisation par sexe et âge



**3\* Taux de recours standardisés\* en hospitalisation sans nuitée MCO/1000 habitants** - Année 2012 - hors dialyse et radiothérapie  
 Moy. nat. = 143 - Sources : PMSI MCO Atih 2012 - Insee - FHF - BDHF

\* Standardisation par sexe et âge



**Commentaire concernant les cartes 2\* et 3\* :**

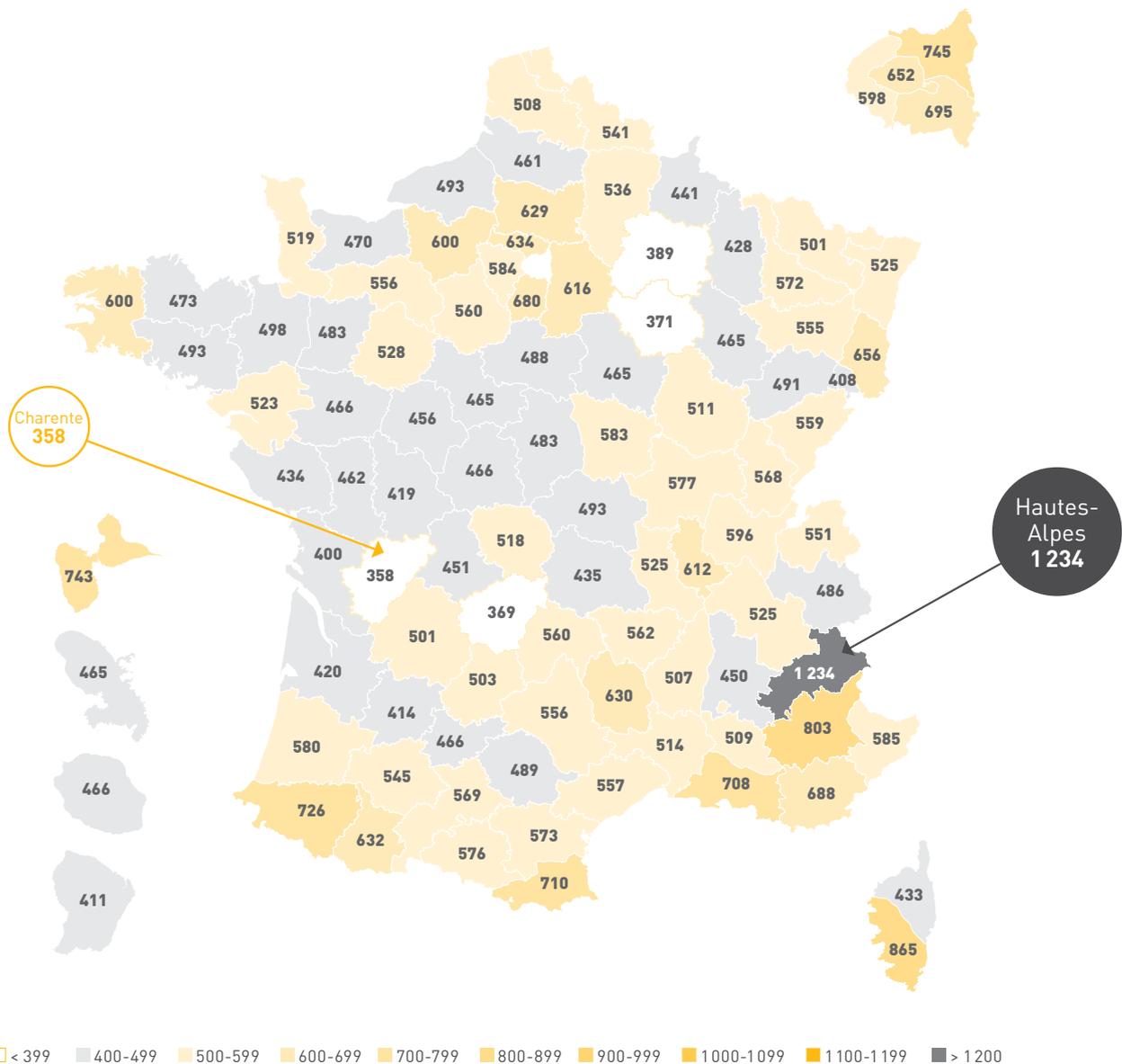
Le recours à l'hospitalisation est assez hétérogène sur le territoire y compris en standardisant par sexe et âge, comme c'est le cas ici. En hospitalisation complète, le taux de recours va de 146 hospitalisations pour 1000 habitants dans le département du Puy-de-Dôme à 202 dans celui de la Haute-Marne. On peut constater que les régions du nord-est de la France (Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Lorraine) sont celles pour lesquelles les taux de recours en hospitalisation complète comme en hospitalisation de jour sont les plus élevés. Le sud de la France, qui possède des taux importants en hospitalisation sans nuitée, se maintient à des niveaux contenus en hospitalisation complète. Les départements d'outre-mer possèdent quant à eux des taux dans la norme en matière d'hospitalisation complète. En revanche, on constate que l'hospitalisation de jour y est très peu développée à l'inverse de la région parisienne qui se distingue par des taux de recours très faibles en hospitalisation traditionnelle et des taux plutôt élevés en hospitalisation de jour.

## SSR : journées consommées

4\* Taux de recours standardisés\* en SSR journées/1 000 habitants - Année 2012

Moy. nat. = 548,3 - Sources : PMSI SSR Atih 2012 - Insee - FHF - BDHF

\* Standardisation par sexe et âge



### Commentaire :

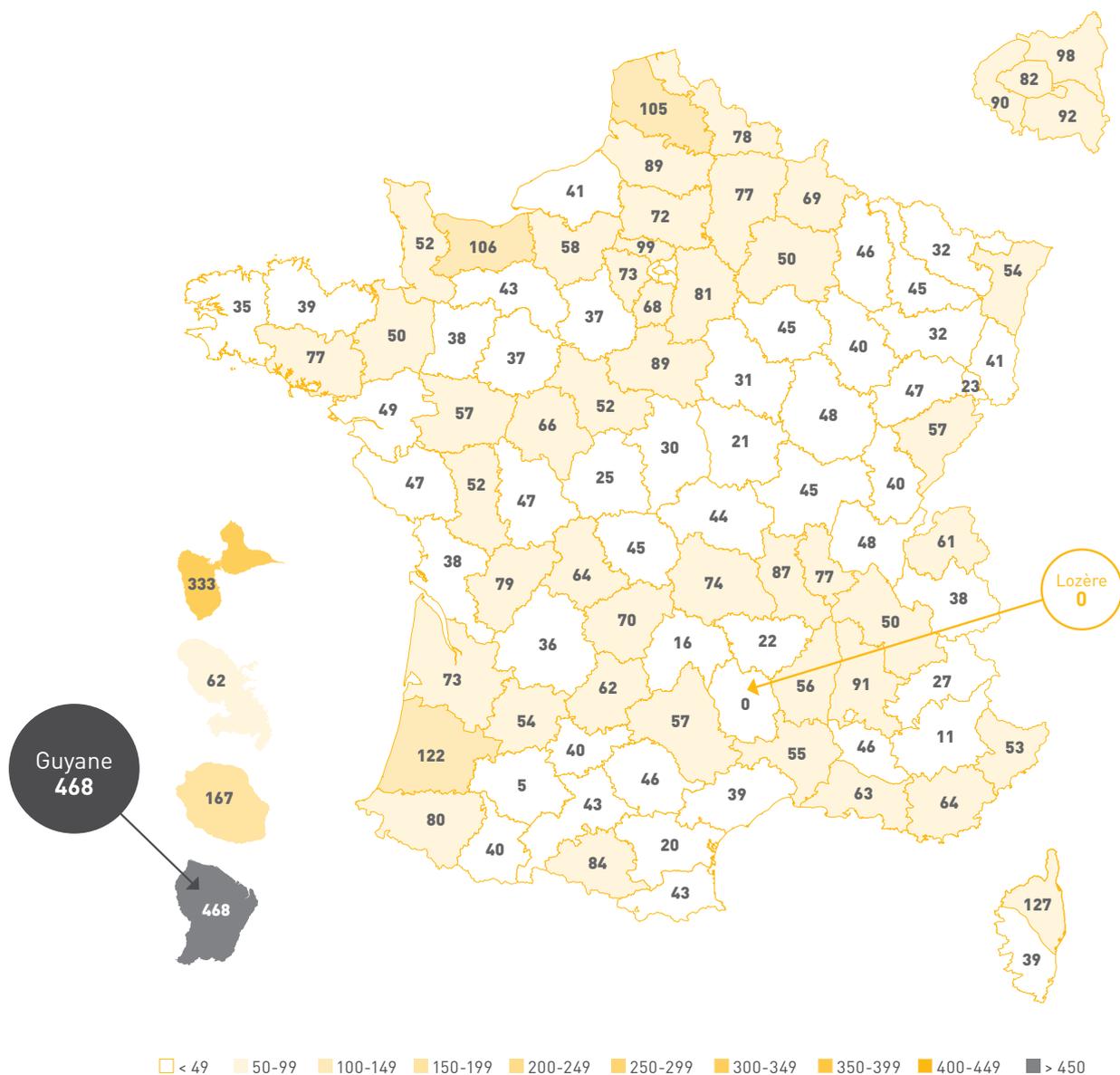
Alors que les deux tiers des départements français possèdent des taux de recours standardisés situés à plus ou moins 15 % autour de 550 journées/1 000 habitants, on notera les taux extrêmes pour les départements Alpes-de-Haute-Provence et, surtout, Hautes-Alpes avec, respectivement, 865 et 1 234 journées pour 1 000 habitants. Ces deux départements possèdent une offre très importante qui ne profite certes pas uniquement aux résidents locaux mais qui induit auprès d'eux une consommation nettement plus élevée qu'ailleurs. Cela n'implique aucun jugement de valeur quant à savoir quel est le « bon » taux. En revanche, on constate que le lieu de résidence est un facteur d'inégalités en termes de prise en charge sachant qu'à l'autre bout du spectre se trouvent des départements qui possèdent des taux de recours jusqu'à trois fois moins élevés.

## HAD : journées consommées

### 5\* Taux de recours standardisés\* en HAD journées/1 000 habitants - Année 2012

Moy. nat. = 64,2 - Sources : PMSI HAD Atih 2012 - Insee - FHF - BDHF

\* Standardisation par sexe et âge



#### Commentaire :

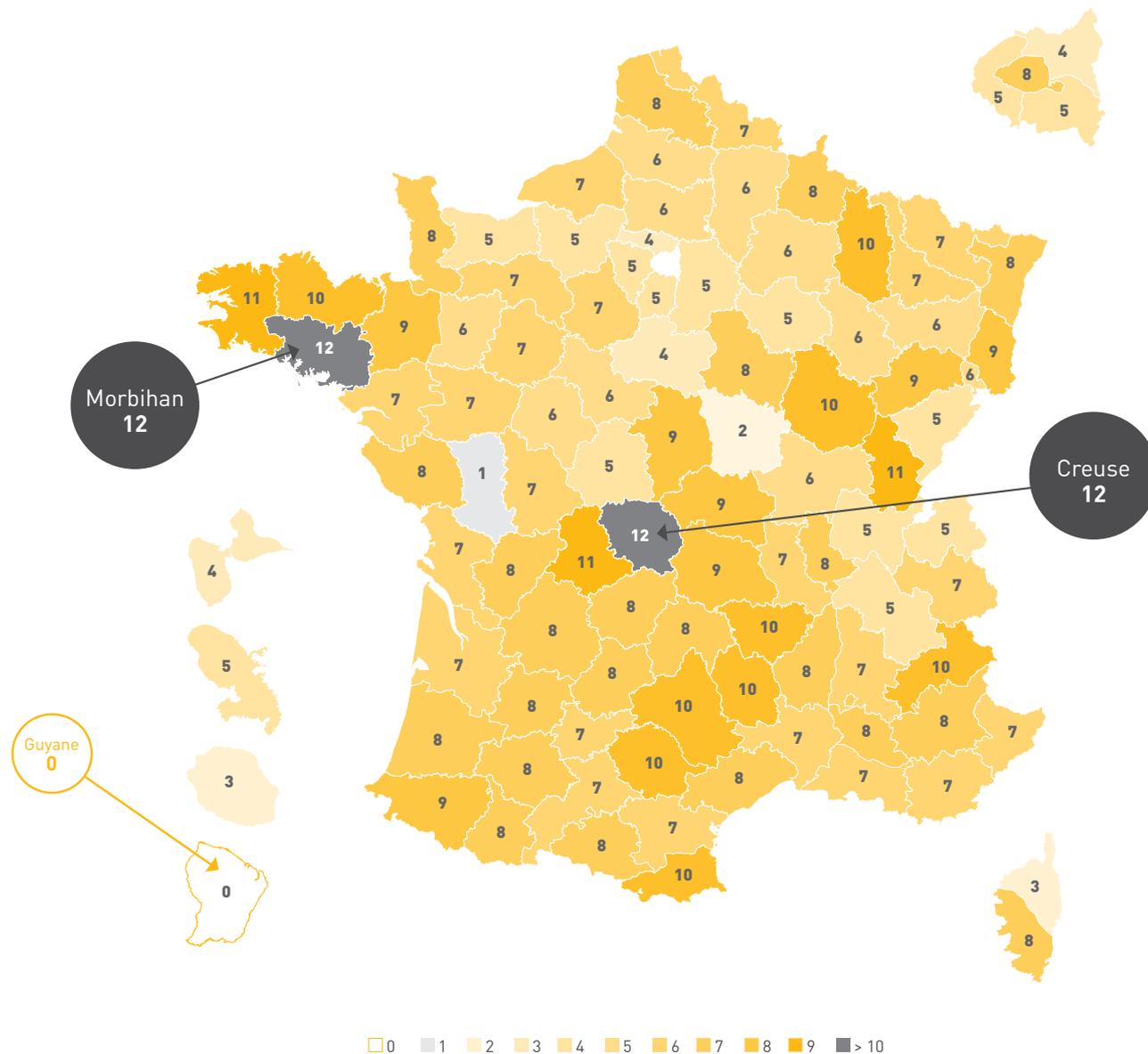
Les inégalités territoriales sont très importantes en matière de taux de recours standardisés en hospitalisation à domicile (HAD). On constate que les taux de recours dans les départements d'outre-mer (DOM) — hormis en Martinique — sont très importants. Ils sont jusqu'à 7 fois plus importants — comme en Guyane — que la moyenne nationale. Sur le continent, c'est plutôt la partie nord de la France (Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Île-de-France) qui se distingue avec des taux de recours situés autour de 80 à 90 journées pour 1 000 habitants (la moyenne nationale est de 64) alors qu'à l'autre extrémité du spectre on trouve le département de la Lozère dont le taux de recours en 2012 est de 0 !

## Psychiatrie : file active départementale en hospitalisation

### 6\* Taux de recours standardisés\* en psychiatrie : file active départementale en hospitalisation/1 000 habitants

Année 2012 - Moy. nat. = 6,8 - Sources : RIM-Psy Atih 2012 - Insee - FHF - BDHF

\* Standardisation par sexe et âge



**!** **Note :** le champ de la psychiatrie souffre encore, çà et là, de défauts d'exhaustivité dans la remontée des informations. Ceci peut rendre certains chiffres aberrants comme celui de la Guyane. Il convient donc de rester prudent sur les interprétations.

#### Commentaire :

Les données de chaînage accompagnant les bases de données des champs de l'hospitalisation permettent désormais de faire des calculs de file active. On restera néanmoins prudent quand à la fiabilité et l'exhaustivité des données colligées en psychiatrie qui peuvent avoir un impact important sur ces indicateurs.

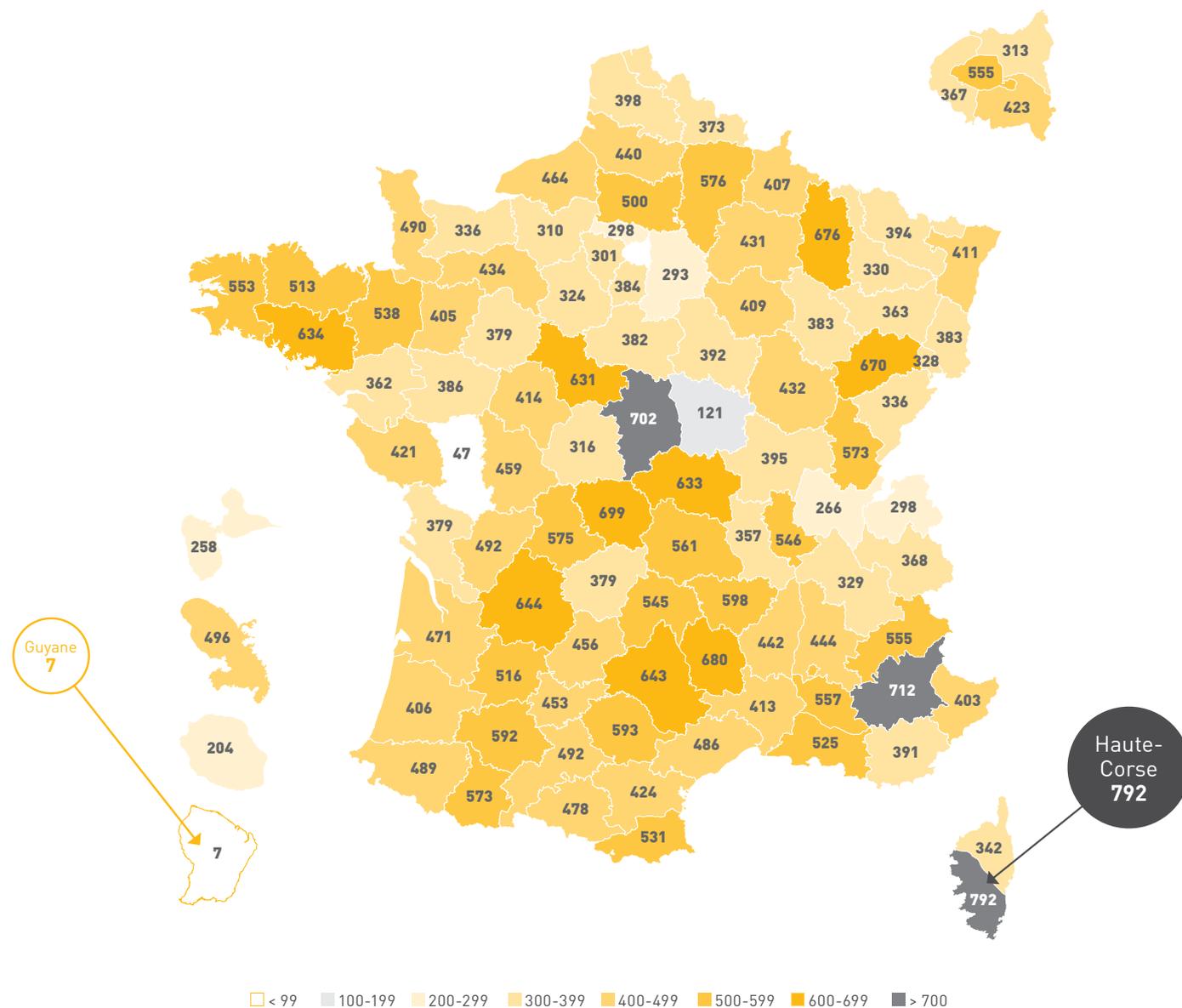
En dehors des DOM, on constate que les taux standardisés s'étalent environ sur une plage de 5 patients différents hospitalisés dans l'année/1 000 habitants (Île-de-France) à 10 patients différents hospitalisés dans l'année pour 1 000 habitants (Bretagne et Limousin).

## Psychiatrie : journées en hospitalisation

### 7\* Taux de recours standardisés\* en psychiatrie : journées en hospitalisation/1 000 habitants

Année 2012 - Moy. nat. = 425,8 - Sources : RIM-Psy Atih 2012 - Insee - FHF - BDHF

\* Standardisation par sexe et âge



**!** **Note :** le champ de la psychiatrie souffre encore, çà et là, de défauts d'exhaustivité dans la remontée des informations. Ceci peut rendre certains chiffres aberrants comme celui de la Guyane. Il convient donc de rester prudent sur les interprétations.

#### Commentaire :

La hiérarchie du taux de recours en hospitalisation de psychiatrie est sensiblement différente lorsqu'on l'observe via les journées consommées par rapport à l'observation de la file active. En effet, dans le cas des journées, on trouve des régions qui ont des taux de recours importants alors qu'en termes de file active, ces régions sont en dessous de la moyenne (Corse, Picardie). On trouve à l'inverse, des régions avec des files actives plus élevées que la moyenne mais avec des volumes de journées moindres (par exemple en régions Alsace, Bourgogne, Pays de la Loire ou Nord-Pas-de-Calais). C'est dans la région Auvergne que l'on trouve les taux les plus importants avec des chiffres standardisés autour de 580 journées/1 000 habitants alors que certaines régions ont des valeurs plutôt en dessous des 400. On restera néanmoins prudents car l'exhaustivité des données n'est pas garantie.

**Quelle est la définition de la chirurgie ambulatoire en France ? Est-elle proche des standards internationaux ? Les comparaisons internationales des pratiques ambulatoires sont-elles justes et pertinentes ? Quel est le vrai taux de la chirurgie ambulatoire en France ? Quels en sont ses impacts ? Quel périmètre pour la chirurgie ? Quelle définition même de la chirurgie ?**

**Une définition française de la chirurgie ambulatoire stabilisée et superposable à la définition internationale. Des comparaisons internationales plus pertinentes.**

En France, après avoir fait débat pendant 20 ans, la définition de la chirurgie ambulatoire est enfin stabilisée depuis le décret du 20 août 2012.

Initialement fondée sur les conditions de fonctionnement des structures pratiquant la chirurgie ambulatoire dans les décrets de 1992 (« durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à 12 heures »<sup>1</sup>), remise en cause par la politique tarifaire entre 2004 et 2008 (avec une politique et des objectifs régionaux de développement de la chirurgie ambulatoire basés sur les hospitalisations de courte durée de moins de 48 heures<sup>2</sup>), **la définition réglementaire française, à savoir la « prise en charge d'une durée inférieure ou égale à douze heures, ne comprenant pas d'hébergement »<sup>3</sup>, est enfin à l'identique du standard international.**

De nombreux pays s'étant dotés de leur propre définition de l'expression « chirurgie ambulatoire » dans les années quatre-vingt-dix, la nécessité d'un travail d'harmonisation des définitions s'est très vite imposée pour s'assurer de la fiabilité des comparaisons internationales sur les pratiques ambulatoires. Déclaration liminaire en mars 1995 des membres fondateurs de l'IAAS<sup>4</sup>, première codification internationale de la terminologie à partir du modèle australien en avril 1998, adoption d'une première version de vocabulaire standard et traduction dans les différentes langues en octobre 1999... Quinze ans se sont écoulés entre la demande de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) de clarifier et d'unifier les concepts pour pouvoir procéder aux comparaisons internationales et l'adoption formelle de la définition internationale en 2003.

La définition internationale, définitivement adoptée donc en septembre 2003 par l'IAAS<sup>5</sup>, a été reprise dans la réglementation des différents pays selon des adjectifs variables<sup>6</sup>. Néanmoins, **le concept organisationnel centré sur le patient est le même dans tous les pays.** La définition internationale comporte les synonymes suivants : « *day surgery* », « *same day* », « *day only* », « *working day* », « *non overnight stay* ». Elle exclut les séjours de moins de 24 heures (« *extended surgery* »), ceux de moins de 72 heures (« *short stay* ») et la chirurgie de cabinet (« *office based surgery* »).

**La similitude entre les définitions française et internationale ne devrait plus autoriser de débat en France et conforte la pertinence des comparaisons internationales.** La chirurgie ambulatoire n'est ni de la chirurgie de cabinet, ni un hôtel médicalisé, elle ne relève pas non plus de l'hospitalisation à domicile, ni des séjours avec une nuit d'hébergement. Les statistiques internationales montrent invariablement le retard ambulatoire français, ainsi que la moindre progression de la France au regard des autres pays latins.

**Des modes de calcul de l'indicateur « taux global de chirurgie ambulatoire » encore à stabiliser. La nécessité d'une approche complémentaire par la performance.**

Alors que la définition de la chirurgie ambulatoire est unique en France, **les modes de calcul de l'indicateur « taux global de chirurgie ambulatoire » ne sont pas encore unifiés** entre Hospi Diag, les CPOM<sup>7</sup> et la SAE<sup>8</sup>.

Hospi Diag, en tant que « socle commun d'indicateurs partagés et validés par tous », est à l'origine, en 2009, d'un important travail d'harmonisation des définitions des indicateurs, dont celle sur le taux global de chirurgie ambulatoire. Hospi Diag a beau être référencé dans quatre textes ministériels<sup>9</sup>, la définition du taux apparaît pourtant différente entre la circulaire sur le guide CPOM et celle sur la mise en place du Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (Copermo). Ceci a conduit le comité de pilotage Hospi Diag<sup>10</sup> à mettre en place, en 2013, un groupe de travail piloté par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) portant sur le « taux global harmonisé de chirurgie ambulatoire »<sup>11</sup>.

1. Décret du 2 octobre 1992 sur les conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation.

2. Circulaire de la DHOS du 29 avril 2008 relative au développement de la chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé.

3. Décret du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation.

4. International Association for Ambulatory Surgery.

5. *In Policy Brief. Day Surgery: making it Happen*, World Health Organization (WHO), Pan American Health Organization, European Observatory on Health systems and Policies, International Association for Ambulatory Surgery, 2007.

6. On parle d'*ambulatory surgery* aux États-Unis, de chirurgie ambulatoire « qualifiée et substitutive » en France, de *tageschirurgisch* (chirurgie de jour) en Allemagne, de *cirugía mayor ambulatoria* (chirurgie majeure ambulatoire) en Espagne, etc.

7. Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

8. Statistique annuelle des établissements.

9. À savoir la circulaire de la DGOS du 10 janvier 2012 relative au guide d'élaboration des CPOM, l'instruction de la DGOS du 2 janvier 2013 relative au bilan social, la circulaire interministérielle DGOS/DSS/DGFIP du 5 juin 2013 relative à la mise en place du Copermo et l'instruction ministérielle Igas/Secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales du 20 mars 2013 relative à l'outil de ciblage des contrôles des établissements de santé par analyse de risques.

10. Le comité de pilotage Hospi Diag comporte les cinq partenaires fondateurs d'Hospi Diag (Anap, DGOS, Atih, HAS, Igas), la CNAMTS, le Secrétariat général des ministères sociaux et les fédérations représentatives de l'hospitalisation.

11. *Taux global harmonisé de chirurgie ambulatoire*, rapport Anap/Atih au comité de pilotage Hospi Diag du 6 décembre 2013.

La différence entre les modes de calcul repose en réalité sur l'utilisation de deux nomenclatures couvrant des périmètres distincts et répondant à des finalités différentes :

- la Catégorie d'activités de soins (CAS) dont le GHM « C » (chirurgical) identifie un séjour chirurgical à la double condition statistique d'un acte classant et opératoire ;
- l'Activité de soins (ASO) dont l'ASO « C » (chirurgical) est plus large dans sa définition du séjour chirurgical et renvoie davantage aux pratiques professionnelles et organisationnelles constatées (services de chirurgie, etc.).

C'est cette dernière nomenclature qui a été retenue dans Hospi Diag dans la mesure où l'objectif était de se rapprocher le plus possible des pratiques professionnelles (médicales et soignantes) et organisationnelles (gestion des lits), alors que la nomenclature CAS, renvoyant aux séjours chirurgicaux définis statistiquement, est utilisée dans la tarification et le support de la contractualisation État/ARS et ARS/établissement de santé.

**Le différentiel entre ces deux nomenclatures est de 900 000 séjours annuels** (cf. tableau 8\*). Par exemple, les 270 000 extractions dentaires, 80 000 accès vasculaires, 357 000 traumatismes, 46 000 interventions chirurgicales esthétiques sont considérés comme des séjours chirurgicaux dans Hospi Diag et comme des séjours non chirurgicaux dans les CPOM.

**Ce différentiel impacte la valeur du taux global de chirurgie ambulatoire** : 40,7 % dans le GHM « C » versus 42,9 % dans l'ASO « C » en 2012. Le taux issu d'Hospi Diag reste cependant plus proche des comparaisons internationales puisqu'il prend en compte, par exemple, les extractions dentaires.

**Or l'impact du choix de nomenclature ne concerne pas seulement le taux global de chirurgie ambulatoire, mais aussi d'autres indicateurs** : 23 indicateurs d'Hospi Diag, des indicateurs Atih, etc. Ces impacts ne sont pas négligeables. Par reconstitution d'un établissement fictif « France » qui représenterait 10 % de l'activité chirurgicale française et 10 % des capacités chirurgicales françaises avec un case-mix identique à celui observé au niveau national, on peut ainsi modifier, selon la nomenclature choisie (CAS ou ASO), les valeurs des indicateurs : les « parts de marché chirurgie complète » et « parts de marché chirurgie ambulatoire » varient de 10 % à 12 %, le « taux d'occupation des lits de chirurgie » de 73 % à 85 % et le « taux d'occupation des places de chirurgie ambulatoire » de 75 % à 89 %.

**De fait, cette problématique provient de l'absence de définition réglementaire française du champ de l'activité de soins de chirurgie.** Le taux global de chirurgie ambulatoire est défini comme le rapport entre un numérateur (volume de chirurgie ambulatoire) et un dénominateur (volume de chirurgie traditionnelle + volume de chirurgie ambulatoire). Alors qu'il existe une définition réglementaire de la chirurgie ambulatoire (« actes chirurgicaux avec recours à un secteur opératoire »), il n'existe pas de définition réglementaire de la chirurgie — une conséquence de la non publication des projets de décrets portant sur les conditions d'autorisation de l'activité de soins de chirurgie. La problématique essentielle dans l'harmonisation des taux de chirurgie ambulatoire vient donc de la définition du périmètre de la chirurgie.

Dans le cas où cette définition serait basée sur les pratiques professionnelles des chirurgiens, l'ASO « C » répond à cette définition. Dans le cas inverse, c'est-à-dire avec une définition de la chirurgie fondée sur le seul passage au bloc opératoire, aucune des deux nomenclatures existantes ne peut répondre totalement au besoin légitime d'un indicateur harmonisé en matière de chirurgie ambulatoire. En conséquence, il apparaît nécessaire d'envisager une troisième voie : la construction d'une nouvelle nomenclature à partir des deux existantes en explorant, à l'aide de travaux statistiques et d'avis d'experts, les 900 000 séjours différentiels, voire d'autres séjours (actes obstétricaux, actes interventionnels, etc.). Le choix de cette nouvelle nomenclature commune est de la seule responsabilité des pouvoirs publics, en lien avec les sociétés savantes, car **les choix d'intégration en chirurgie (de telle ou telle racine de GHM) ne sont pas neutres**. Ainsi, une intégration préférentielle des seules racines de GHM à forts volumes de pratiques ambulatoires (par exemple, l'interruption volontaire de grossesse) en lieu et place d'une intégration des racines de GHM à forts volumes de pratiques traditionnelles (par exemple, la réduction orthopédique) peut augmenter la valeur de l'indicateur de près de 5 points (cf. tableau 9\*). Mais il faut aussi signaler que ces 5 points sur le taux de chirurgie ambulatoire sont un différentiel faible par rapport aux 30 points qui sépare la France des pays du nord de l'Europe.

Par ailleurs, la refonte SAE 2013 donne à voir une définition encore différente du taux de chirurgie ambulatoire. Cette définition repose sur une liste d'actes chirurgicaux CCAM<sup>12</sup> définis par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Cette refonte SAE a pour objectif de faire converger les statistiques issues du PMSI et de la SAE, en important des données PMSI en pré-remplissage dans le questionnaire SAE. Mais elle laisse aussi la possibilité aux établissements de modifier a posteriori ces chiffres PMSI pré-remplis, s'ils les considéreraient comme des erreurs.

12. Classification commune des actes médicaux.

13. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire, recommandations organisationnelles Anap/HAS, Interdiag Chir Ambu, outil de diagnostic interne de chirurgie ambulatoire, mai 2013.

**Ce seul indicateur de taux global de chirurgie ambulatoire ne peut suffire à approcher la performance organisationnelle ambulatoire des établissements de santé.** D'autres approches qualitatives et quantitatives sont à rechercher et à mettre en œuvre :

- une approche qualitative via l'outil « Interdiag Chir Ambu » diffusé dans le cadre des recommandations organisationnelles Anap/HAS sur la chirurgie ambulatoire<sup>13</sup> (questionnaire autoportant permettant d'évaluer la maturité organisationnelle d'un établissement de santé en miroir de chacune des recommandations Anap/HAS) ;
- quantitative via d'autres indicateurs (volumes d'activité, parts de marché, case-mix, taux de rotation, volume de gestes innovants, etc.).

---

**Un avenir chirurgical se dessinant sur les niveaux d'environnement requis.**

En conclusion, il apparaît important **d'harmoniser le mode de calcul du taux global de chirurgie ambulatoire en l'approchant le plus possible des comparaisons internationales.** Et ce même si, en France, la question devrait porter davantage sur la manière d'atteindre des taux de 70 % à 80 % observés dans les autres pays et sur la manière d'améliorer la qualité de prise en charge des patients que sur la différence — qui est au maximum de 5 % — entre les modes de calcul de l'indicateur.

**Or la question essentielle reste celle de la définition du périmètre de chirurgie** qu'il importe de préciser au même titre que la définition maintenant stabilisée de la chirurgie ambulatoire. Et ce, d'autant plus que, du fait de l'évolution des techniques, la question se posera aussi sur les actes interventionnels de cardiologie, d'imagerie, etc.

**Devra-t-on, à l'avenir, encore parler de chirurgie, d'actes chirurgicaux et de chirurgiens ou conduira-t-on davantage la réflexion sur les niveaux d'environnement techniques requis pour le soin le plus adapté en termes d'équipement, de personnel ou d'organisation ? ■**



**Il apparaît important d'harmoniser le mode de calcul du taux global de chirurgie ambulatoire en l'approchant le plus possible des comparaisons internationales.**



## 8\* Différentiel en nombre de séjours PMSI 2009 entre les GHM « C » et ASO « C »

Source : Taux global harmonisé de chirurgie ambulatoire, rapport Anap/Atih au comité de pilotage Hospi Diag du 6 décembre 2013.

Racine	Libellé racine	ASO	CAS / GHM	Séjours 2009
09Z02	Chirurgie esthétique	C	Z	42 696
23Z03	Interventions de confort et autres interventions non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire	C	Z	3 630
22Z03	Brûlures avec transfert vers un autre établissement MCO, séjours de moins de 2 jours	C	Z	762
22Z02	Brûlures étendues	C	Z	457
01M20	Commotions cérébrales	C	M	79 191
09M03	Traumatismes de la peau et des tissus sous-cutanés, âge supérieur à 17 ans	C	M	65 486
06M06	Occlusions intestinales non dues à une hernie	C	M	50 659
08M37	Fractures du bras et de l'avant-bras, âge supérieur à 17 ans	C	M	23 128
08M20	Fractures, entorses, luxations et dislocations du bras et de l'avant-bras, âge inférieur à 18 ans	C	M	17 460
08M04	Fractures de la hanche et du bassin	C	M	16 372
08M07	Fractures, entorses, luxations et dislocations de la jambe, âge supérieur à 17 ans	C	M	16 026
09M02	Traumatismes de la peau et des tissus sous-cutanés, âge inférieur à 18 ans	C	M	15 783
01M19	Autres lésions traumatiques intracrâniennes, sauf commotions	C	M	13 986
03M02	Traumatismes et déformations du nez	C	M	13 816
03M06	Epistaxis	C	M	13 014
04M16	Traumatismes thoraciques	C	M	12 877
08M21	Entorses, luxations et dislocations du bras et de l'avant-bras, âge supérieur à 17 ans	C	M	10 048
08M31	Ostéomyélites aiguës (y compris vertébrales) et arthrites septiques	C	M	9 263
08M33	Ablation de matériel sans acte classant	C	M	7 972
08M22	Fractures, entorses, luxations et dislocations de la main	C	M	7 492
21M07	Traumatismes imprécis, âge supérieur à 17 ans	C	M	7 441
22M02	Brûlures et gelures non étendues sans intervention chirurgicale	C	M	6 453
01M18	Lésions traumatiques intracrâniennes sévères	C	M	6 074
11M10	Rétrécissement urétral	C	M	5 671
08M06	Fractures, entorses, luxations et dislocations de la jambe, âge inférieur à 18 ans	C	M	3 817
26M02	Traumatismes multiples graves	C	M	3 536
08M05	Fractures de la diaphyse, de l'épiphyse ou d'une partie non précisée du fémur	C	M	3 066
08M08	Entorses et luxations de la hanche et du bassin	C	M	2 513
21M06	Traumatismes imprécis, âge inférieur à 18 ans	C	M	2 215
08M23	Fractures, entorses, luxations et dislocations du pied	C	M	2 112
03K02	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires	C	K	270 239
05K14	Mise en place de certains accès vasculaires pour des affections de la CMD 05, séjours de moins de 2 jours	C	K	79 434
08K02	Affections de l'appareil musculosquelettique sans acte opératoire de la CMD 08, avec anesthésie, en ambulatoire	C	K	36 693
12K06	Séjours comprenant une biopsie prostatique, en ambulatoire	C	K	28 787
13K06	Affections de l'appareil génital féminin sans acte opératoire de la CMD 13, avec anesthésie, en ambulatoire	C	K	8 487
21K02	Traumatismes, allergies et empoisonnements sans acte opératoire, avec anesthésie, en ambulatoire	C	K	2 538
22K02	Brûlures sans acte opératoire, avec anesthésie, en ambulatoire	C	K	2 412
08K04	Tractions continues et réductions progressives : hanche et fémur	C	K	2 217
08K03	Tractions continues et réductions progressives : autres que hanche et fémur	C	K	2 041
11K07	Séjours de la CMD 11 comprenant la mise en place de certains accès vasculaires, en ambulatoire	C	K	1 167
<b>Total</b>				<b>897 031</b>

**9\* Variation du taux de chirurgie ambulatoire au niveau national, régional et catégorie d'établissements selon les classifications CAS/GHM, ASO et troisième voie** - Source : *Taux global harmonisé de chirurgie ambulatoire*, rapport Anap/Atih au comité de pilotage Hospi Diag du 6 décembre 2013.

Code région	Libellé de la région	Catégorie	GHM C	ASO C	3 <sup>e</sup> voie					
					tx CA (%)	tx CA (%)	GHM C + 4 racines (dents, accès vasculaires, prostate)	GHM C + 6 racines (dents, accès vasculaires, prostate, esthétique)	GHM C + 5 racines (dents, accès vasculaires, prostate, IVG)	GHM C + 7 racines (dents, accès vasculaires, prostate, esthétique, IVG)
							tx CA (%)	tx CA (%)	tx CA (%)	tx CA (%)
BN	Base nationale	NATIONAL	40,7	42,9	44,4	44,4	46,1	46,0		
11	Île-de-France	RÉGION	43,3	45,2	46,5	46,4	48,6	48,4		
12	Service de Santé des Armées	RÉGION	24,7	27,4	28,1	28,2	28,1	28,2		
21	Champagne-Ardenne	RÉGION	39,3	42,2	43,8	43,8	45,0	44,9		
22	Picardie	RÉGION	40,2	42,0	44,2	44,1	46,1	46,0		
23	Haute-Normandie	RÉGION	40,4	42,3	43,9	43,8	45,4	45,3		
24	Centre	RÉGION	40,4	42,3	44,1	44,0	45,6	45,5		
25	Basse-Normandie	RÉGION	39,9	40,3	42,6	42,6	44,0	43,9		
26	Bourgogne	RÉGION	39,8	41,6	43,4	43,4	44,8	44,7		
31	Nord-Pas-de-Calais	RÉGION	41,9	45,0	46,1	46,1	47,7	47,7		
41	Lorraine	RÉGION	39,5	40,9	42,6	42,6	44,2	44,1		
42	Alsace	RÉGION	40,9	41,5	42,5	42,6	43,9	43,9		
43	Franche-Comté	RÉGION	36,2	37,1	39,3	39,3	40,8	40,8		
52	Pays de la Loire	RÉGION	41,0	43,7	45,1	45,0	46,4	46,3		
53	Bretagne	RÉGION	40,2	40,8	42,8	42,7	44,2	44,1		
54	Poitou-Charentes	RÉGION	41,7	43,8	45,8	45,7	47,1	47,0		
72	Aquitaine	RÉGION	40,0	43,0	44,3	44,1	45,6	45,4		
73	Midi-Pyrénées	RÉGION	37,1	40,4	41,0	41,0	42,6	42,6		
74	Limousin	RÉGION	37,1	39,3	41,2	41,2	42,6	42,6		
82	Rhône-Alpes	RÉGION	38,7	41,3	42,8	42,7	44,3	44,2		
83	Auvergne	RÉGION	36,8	40,2	41,8	41,9	43,1	43,3		
91	Languedoc-Roussillon	RÉGION	41,0	44,4	45,0	45,0	46,8	46,7		
93	PACA	RÉGION	43,4	46,2	47,8	47,8	49,4	49,3		
94	Corse	RÉGION	45,9	46,8	50,0	50,0	50,9	50,9		
971	Guadeloupe	RÉGION	42,8	42,1	44,6	44,5	48,3	48,2		
972	Martinique	RÉGION	36,6	40,9	42,1	42,4	46,8	47,0		
973	Guyane	RÉGION	19,3	19,2	20,3	20,3	26,5	26,5		
974	La Réunion	RÉGION	46,0	47,5	49,1	49,2	53,1	53,1		
BN	Base nationale	CH	32,6	32,6	35,8	35,8	40,6	40,6		
BN	Base nationale	CHR/U	23,3	25,1	25,0	25,1	29,1	29,1		
BN	Base nationale	CLCC	15,4	31,8	32,0	32,0	32,0	32,0		
BN	Base nationale	PSPH/EBNL	38,4	40,0	40,9	40,9	42,4	42,5		
BN	Base nationale	Privé	49,0	52,6	53,0	52,8	53,3	53,1		
BN	Base nationale	SSA	24,7	27,4	28,1	28,2	28,1	28,2		

**Les exigences économiques, les progrès techniques, le souhait des patients imposent et rendent possible le développement de la chirurgie ambulatoire.**

Des efforts importants ont déjà été faits pour changer nos pratiques et adapter les structures de soins en diminuant les secteurs d'hospitalisation conventionnelle et en développant des plateaux techniques dédiés à l'ambulatoire. De mauvaises habitudes liées à des défauts d'organisation mais aussi à la crainte des complications et à ce que nous pensions être le confort des patients existaient. Nous les avons en partie corrigées.

Il reste cependant des éléments incontournables qui viennent pondérer les espoirs excessifs du « tout ambulatoire ». L'étude « Estimation du potentiel de chirurgie ambulatoire » publiée ci-après par la FHF identifie les facteurs qui empêchent le développement plus rapide de ces prises en charge : l'accès par les urgences, l'éloignement des patients, les pathologies associées pour ne citer que quelques facteurs. À cela il convient d'ajouter la nécessité de restructurer les plateaux techniques et de transformer les secteurs d'hospitalisation dans un contexte financier difficile où les priorités des hôpitaux publics sont multiples. À court terme, la fermeture de lits et la redistribution partielle des effectifs apparaissent comme une solution. Il est cependant peu probable que ces ajustements suffisent à financer rapidement les restructurations.



**Il faut tout faire pour maintenir la qualité des soins.**



**Il faut bien organiser les soins d'aval dès l'amont.**



Dans ce contexte, il faut tout faire pour maintenir la qualité des soins. L'organisation du postopératoire, surtout si nous faisons de la chirurgie avancée, doit être pensée avant l'intervention. Il est illusoire de dire que tout doit être réglé par la perfection de l'acte opératoire et de la prise en charge hospitalière. En principe, le médecin traitant ne doit pas assurer les suites mais il doit au moins être tenu au courant de l'intervention, disposer de son compte-rendu. Il faut donc bien organiser les soins d'aval dès l'amont.

Le secteur public est déjà fortement impliqué dans cette évolution et nous devons penser pour tout acte à l'ambulatoire en priorité. Il faut défendre et promouvoir l'ambulatoire dans une politique coordonnée des soins, sans isoler l'acte de son contexte. Si la performance peut être financière pour un établissement et technique pour un acte chirurgical, elle ne doit en aucun cas se limiter à cela pour le patient. ■

Divers chiffres, plus ou moins fantaisistes, circulent sur ce que devrait être le taux cible de chirurgie ambulatoire. La plupart des résultats émis ne prennent d'ailleurs pas la même définition associée au chiffre émis (certains parlent de taux global, d'autres de taux sur des gestes cibles) et, pourtant, ils sont mélangés sans vergogne dans des rapports d'organismes qui font autorité. On trouve même parfois des calculs concernant les conséquences économiques dont la médiocrité méthodologique est à l'image de celle utilisée pour obtenir les taux cibles préalables. Cela n'aurait guère de conséquences si ces études et rapports hautement contestables n'étaient repris pour asseoir la stratégie politique des uns et des autres.

C'est pour cette raison qu'il a paru utile d'essayer de travailler sur la base nationale d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) pour tenter d'approcher ce qu'il est raisonnable d'espérer au sujet de l'évolution de ce « fameux » taux de chirurgie ambulatoire.

### Définition

**Le taux de chirurgie ambulatoire** est entendu dans cette étude comme le rapport « nombre de séjours dans un GHM « C » sans nuitée » / « nombre total de séjours dans un GHM « C » », les GHM « C » étant les GHM dont le 3<sup>e</sup> digit est un « C ».

### Base de travail

La base de données explorée est la base nationale PMSI 2012 (Atih).

### Résultats préliminaires

On trouve 5 611 565 séjours dans un GHM « C » de chirurgie en 2012, dont 2 231 872 avec 0 nuit (39,8 %).

Les taux bruts d'ambulatoire vont de 15 % pour les centres de lutte contre le cancer (CLCC) à 49 % pour les cliniques lucratives. Les établissements publics ont des taux bruts moyens de 23 % pour les CHU et de 31 % pour les CH. Les établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) ont un taux brut de 37 % et les hôpitaux militaires (HIA) ont un taux brut de 25 %. À ce stade, il apparaît extrêmement important d'indiquer que **ces taux ne peuvent pas être comparés les uns aux autres** étant donné la **diversité des profils de natures d'activité chirurgicale**.

### Objectifs, conditions préalables

L'objectif de cette étude est de réaliser une **estimation du taux d'ambulatoire plafond** atteignable à moyen terme dans l'hypothèse selon laquelle les pratiques médicales continuent de progresser rapidement et dans celle selon laquelle **les établissements modifient leurs standards pour adopter une organisation centrée sur la prise en charge ambulatoire**. On précise à ce stade qu'une

évolution importante et rapide des pratiques — si cela est possible — entraînerait non seulement des évolutions organisationnelles majeures mais ne pourrait avoir lieu qu'à condition que les nombreux obstacles actuels au développement de la chirurgie ambulatoire soient contournés comme, par exemple, la question de l'aval. En effet, aujourd'hui, contrairement à ce qui a été développé dans d'autres pays comme aux États-Unis par exemple, **les solutions d'aval sont très peu adaptées** aux cas des patients nécessitant une assistance postopératoire importante, une surveillance spécifique ou une rééducation postopératoire et, lorsqu'il existe des solutions, on constate un important engorgement. Le **développement d'une véritable filière d'aval fluide et efficace est une condition nécessaire** à la réalisation d'objectifs ambitieux en termes de développement de la chirurgie ambulatoire.

### Méthode/résultats

Pour réaliser des estimations raisonnables à partir de l'activité 2012, l'activité de chirurgie observée est segmentée — par ordre de priorité décroissant — en plusieurs catégories :

- 1 La chirurgie prise en charge sans nuitée en 2012 (ce qu'on a appelé la chirurgie ambulatoire) ;
- 2 La chirurgie au profit d'un séjour arrivé par les urgences ;
- 3 La chirurgie intégrée dans un processus de soin multi-établissement (entrée et/ou sortie par transfert) ;
- 4 La chirurgie qui se termine par un décès au cours du séjour ;
- 5 La chirurgie au bénéfice de patients de plus de 90 ans ;
- 6 Le reste de la chirurgie est classé selon la présence d'une comorbidité associée (CMA), selon le niveau de sévérité (absence de CMA ou CMA de niveaux 2 à 4) et selon l'appartenance à une catégorie typant la chirurgie entre « lourde », « intermédiaire » ou « courante ».

**La catégorie 1** est composée de tous les séjours actuellement pris en charge sans nuitée. Ils représentent aujourd'hui 39,8 % de la base de chirurgie. C'est le taux actuel de chirurgie ambulatoire — tel qu'on l'a défini — et on fait l'hypothèse que le caractère ambulatoire de la prise en charge de ces séjours ne sera pas remis en cause à l'avenir.

**La catégorie 2** concerne les séjours **arrivés dans l'établissement par les urgences** et qui ne sont pas déjà inclus d'emblée en catégorie 1. Ils représentent, en 2012, 15,6 % de la base de chirurgie. Il est probable que ce taux soit légèrement sous-estimé car quelques établissements sont défaillants dans le recueil de cette caractéristique mais l'important, dans ce travail, n'est pas tant l'ultra précision que les ordres de grandeur. Le taux est très dépendant de la catégorie d'établissement (34 % pour les CH, 21 % pour les CHU, 27 % pour les HIA, 11 % pour les Espic, 0 % pour les CLCC et 5 % pour le privé

commercial]. On fait le choix **d'exclure cette catégorie de séjours dans les candidats à la prise en charge ambulatoire**. En effet, par définition, la chirurgie ambulatoire ne peut être organisée efficacement que sur des interventions programmées et ce à quelques rares exceptions près dont l'impact est extrêmement faible comme, par exemple, certaines chirurgies de la main.

**La catégorie 3** concerne **les séjours intégrés dans un processus de prise en charge multi-établissement** : il est difficile d'envisager une prise en charge ambulatoire pour les patients transférés, qu'ils soient en provenance ou à destination d'autres structures. En effet, la présence d'un transfert indique généralement une prise en charge complexe incompatible avec les notions de programmation d'un acte et de prise en charge courte. Cela représente 2,1 % de séjours dans la base nationale des séjours de chirurgie actuellement pris en charge en hospitalisation complète et non rentrés par les urgences déjà comptabilisés dans l'item précédent. Ce taux va de 1,0 % pour la chirurgie réalisée en CLCC à 3,1 % pour les séjours en CHU et en HIA.

**Les catégories 4 et 5** concernent respectivement **les séjours se terminant par un décès et les séjours des patients de 90 ans et plus**. Le premier cas indique probablement dans la majorité des situations une sévérité incompatible avec l'ambulatoire. Pour les patients très âgés, même si, de temps en temps, l'ambulatoire peut s'envisager, on retiendra l'hypothèse selon laquelle l'organisation globale efficace de la chirurgie ambulatoire est incompatible avec la prise en charge généralisée de patients souvent fragiles (d'un point de vue sanitaire et, parfois, d'un point de vue social).

**Les catégories 2, 3, 4 et 5 représentent au total 15,3 % de la base. Ces séjours sont d'emblée exclus des candidats potentiels à la chirurgie ambulatoire.**

À ce stade, il convient de discuter des séjours restants (44,9 % des séjours de chirurgie en 2012) qui constituent, d'après les hypothèses évoquées, la marge de progression potentielle du taux global. Les séjours restants sont triés selon le croisement de deux caractéristiques : d'une part la sévérité du cas approché par la présence d'une CMA de niveau 2 à 4 et, d'autre part, le type d'acte (lourd, intermédiaire, courant) comme on le verra plus loin.

#### La sévérité du cas

La prise en charge ambulatoire est parfois incompatible avec l'état général du patient (terrain). Ainsi, pour un acte particulier, le taux d'ambulatoire plafond atteignable dépend de l'état de santé de la cohorte de patients, les plus fragiles devant faire l'objet d'attentions accrues. C'est la raison pour laquelle, parmi les séjours actuellement pris en charge en hospitalisation complète (HC), certains d'entre eux ne pourront raisonnablement jamais être pris en charge en ambulatoire sans augmenter le risque d'accident de façon importante. Pour approcher l'état de santé des patients opérés en hospitalisation complète, on dispose essentiellement des CMA classées par niveau de sévérité de 2 à 4. À cet indicateur de sévérité s'ajoute le critère d'âge extrême déjà pris en compte précédemment dans la catégorie 5 et ce bien que l'âge ne soit pas un facteur réhibitoire pour une prise en charge ambulatoire. Le décès est un autre indicateur de la sévérité qui a également été pris en compte dans la catégorie 4.

#### Le type d'acte

Certaines activités lourdes ne peuvent pas être envisagées en ambulatoire. Ainsi, les prises en charge sont groupées par racines de GHM et classées, à dire d'expert, en trois catégories :

- les actes contenus dans les GHM pour lesquels **il n'est pas envisageable de généraliser la prise en charge ambulatoire** : il s'agit par exemple de la chirurgie cardiaque, de certaines chirurgies majeures ou d'interventions lourdes (« **chirurgie lourde** ») ;
- les actes contenus dans les GHM pour lesquels la **généralisation de l'ambulatoire est incertaine** ou partiellement envisageable : il s'agit par exemple de GHM dont le contenu est très large et pour lesquels certains actes sont probablement possibles en ambulatoire et d'autres non (« **chirurgie intermédiaire** ») ;
- les GHM contenant des actes qui, dans l'absolu, sont réalisables en ambulatoire pour les cas favorables et donc pour lesquels **on pourrait envisager une généralisation de la prise en charge ambulatoire dans un grand nombre de cas** (« **chirurgie courante** »).

Le croisement de ces deux caractéristiques que sont la sévérité du cas et le type d'acte est décrit dans le graphique **10\***.

Il faut néanmoins ajouter que **de nombreux autres facteurs agissent sur le taux d'ambulatoire**, comme **le statut social** du patient (une personne isolée ne peut être prise en charge comme une personne entourée, une personne vivant dans des conditions incertaines comme un sans-abri par exemple ne peut pas être prise en charge comme une personne vivant dans des conditions matérielles normales, etc.) ou comme **l'éloignement géographique** du patient (un lieu de résidence éloigné peut être une contre-indication à la sortie rapide d'un patient opéré). Ces facteurs ne sont pas directement pris en compte dans cette étude. Néanmoins, on peut penser qu'ils agissent de façon marginale au regard du degré d'incertitude qu'il faut conserver à la lecture des résultats globaux de cette étude mais il faut tout de même se souvenir qu'ils sont susceptibles de minorer quelque peu les résultats si on détaille par activité, par catégorie d'établissement ou par zone géographique.

Le graphique **10\*** résume l'ensemble des situations évoquées. La catégorie 1 est figurée à gauche, les catégories 2, 3, 4 et 5 constituent le bandeau du dessus. Il importe donc de discuter à ce stade du sort des séjours contenus dans le rectangle restant qui indique le croisement entre le type d'acte (lourd/intermédiaire/courant) et la sévérité (pas de CMA ou bien CMA de niveau 2, 3 ou 4). Comme évoqué plus haut, ces séjours représentent 44,9 % des séjours de chirurgie en 2012.

On fait l'hypothèse que **le taux de conversion des prises en charge en hospitalisation complète en prises en charge en ambulatoire est gradué** selon l'appartenance à l'un de ces croisements (plus le cas est sévère, moins on peut espérer de conversion ; plus le type de chirurgie est lourd, moins la conversion est possible). On fait également l'hypothèse qu'il sera **d'autant plus facile d'obtenir un taux de conversion élevé que les séjours se rapprochent déjà aujourd'hui de l'ambulatoire** (durées courtes) et qu'à

l'inverse, si les séjours sont actuellement pris en charge avec des durées élevées, il existe probablement des raisons objectives limitant fortement le taux de conversion.

D'une part, on fait **l'hypothèse qu'aucun des séjours actuellement en chirurgie qualifiée de lourde ne sera pris en charge en ambulatoire à moyen terme ni aucun séjour avec un CMA de niveau 3 ou 4**. Cela représente 19,5 % de séjours supplémentaires qu'il est inimaginable de convertir en ambulatoire. On précise qu'il n'est pas question, à ce stade, de discuter des interventions lourdes qui ont fait l'objet d'une première mondiale en ambulatoire sur des cas particulièrement bien choisis dans des conditions optimales non reproductibles sur la masse dans un terme raisonnable. Ces exemples exceptionnels sont souvent cités par les défenseurs du développement extrême de la chirurgie ambulatoire mais, même si ce sont des avancées qui permettent d'entrevoir une évolution à long terme, il n'est pas raisonnable d'ériger ces exemples exceptionnels en cas communs dans un terme trop rapide étant donné toutes les mutations préalables en termes d'organisation que cela susciterait en amont.

Les séjours restants sont classés en deux catégories (chirurgie courante ou intermédiaire) et possèdent soit une CMA de niveau 2 soit pas de CMA sévère du tout : ce sont les zones 1 à 4 sur le graphique 10\*.

Cette zone de potentiel de conversion est plus ou moins importante selon le type d'établissement. Pour le secteur public (CHU/CH/HIA), cette zone concerne 24 %

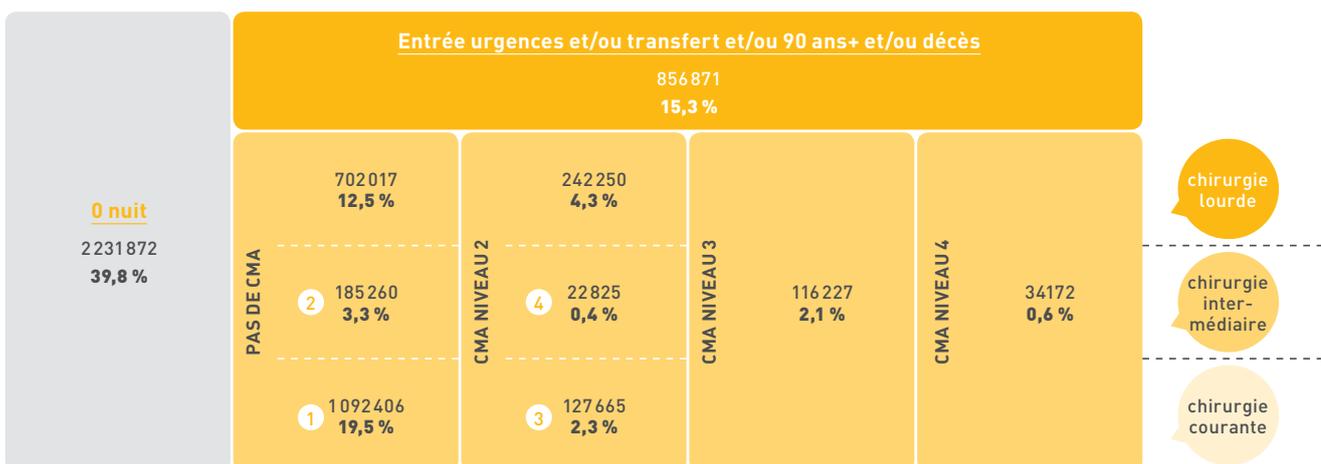
des séjours de chirurgie (22 % en CH, 26 % en CHU, 31 % en HIA) tandis que, pour le privé non lucratif, cela représente 26 % (26 % en Espic ; 22 % en CLCC) et, pour le privé commercial, 27 %.

On remarque d'emblée que, contrairement aux idées reçues, **le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire est plus élevé dans les cliniques privées que dans le secteur public**. Cela montre que l'appréciation du taux d'ambulatoire brut est insuffisant puisque cela donne à penser que le public est en retard sur le développement de l'ambulatoire (il possède des taux moins élevés). Or, on montre ici que **le potentiel qu'il reste à exploiter est moindre dans le public, ceci étant bien entendu le corollaire du fait que la nature d'activité chirurgicale, les patients et les contraintes de prise en charge sont très différents entre les secteurs**.

Selon les hypothèses que l'on va formuler pour la conversion des séjours des groupes 1 à 4 du schéma précédent, le taux d'ambulatoire variera entre le taux actuel et le taux où 100 % de ces séjours sont convertis. Ceci permet d'encadrer d'un premier intervalle le taux d'ambulatoire cible. Celui-ci se trouve donc entre 40 % et 65 % au niveau national : on insiste ici sur le fait que cela ne veut pas dire que le taux peut atteindre 65 % mais bien qu'en tout état de cause et quel que soit le volontarisme des hypothèses de taux de conversion, il ne pourra jamais aller au-delà.

### 10\* Répartition des séjours de chirurgie en 2012 - Tous établissements (5 611 565 séjours)

Source : PMSI MCO Atih 2012 - FHF - BDHF



À lui seul, le schéma 11\* montre à quel point **parler d'un taux brut de chirurgie ambulatoire n'a aucun sens sans prendre en compte le type d'activité chirurgicale** (chirurgie traumatologique ou de la cataracte par exemple), **le profil des patients** (sévérité par exemple) ou bien **le caractère programmé ou urgent des prises en charge**.

La répartition des durées de séjour des quatre groupes présentés dans le graphique 10\* est décrite sur le graphique 12\*.

On constate, comme on s'y attendait, que les durées s'allongent lorsque l'on passe de la chirurgie courante (groupes 1 et 3) à la chirurgie intermédiaire (groupes 2 et 4) ou si l'on passe du groupe sans CMA (groupes 1 et 2) à celui avec CMA de niveau 2 (groupes 3 et 4).

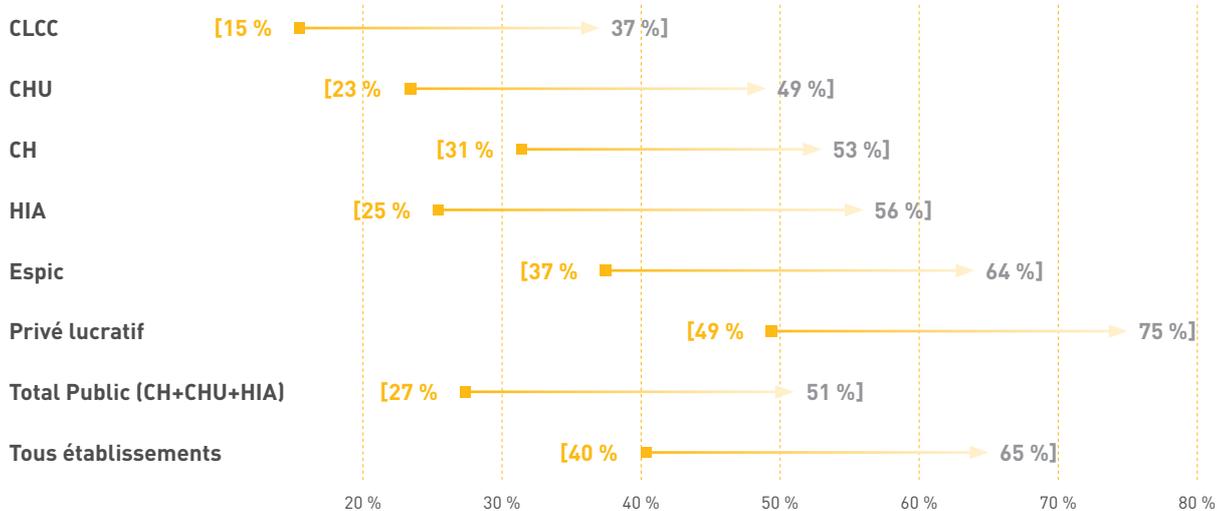
On voit aisément que la migration vers l'ambulatoire ne peut pas être aussi rapide et complète dans le groupe 4 (où seuls 25 % des séjours sont actuellement pris en charge en une nuit ou deux) que dans le groupe 1 (où 73 % des séjours sont pris en charge en une nuit ou deux).

On fait alors des hypothèses de conversion dans chaque groupe en fonction de la durée du séjour observée en 2012.

Pour chacun des groupes, les hypothèses de migration retenues après divers essais et tests sont résumées dans le tableau 13\*. Ces hypothèses sont celles qui ont paru les plus vraisemblables dans une démarche volontariste.

### 11\* Intervalle dans lequel se situe le taux maximum envisageable de chirurgie ambulatoire

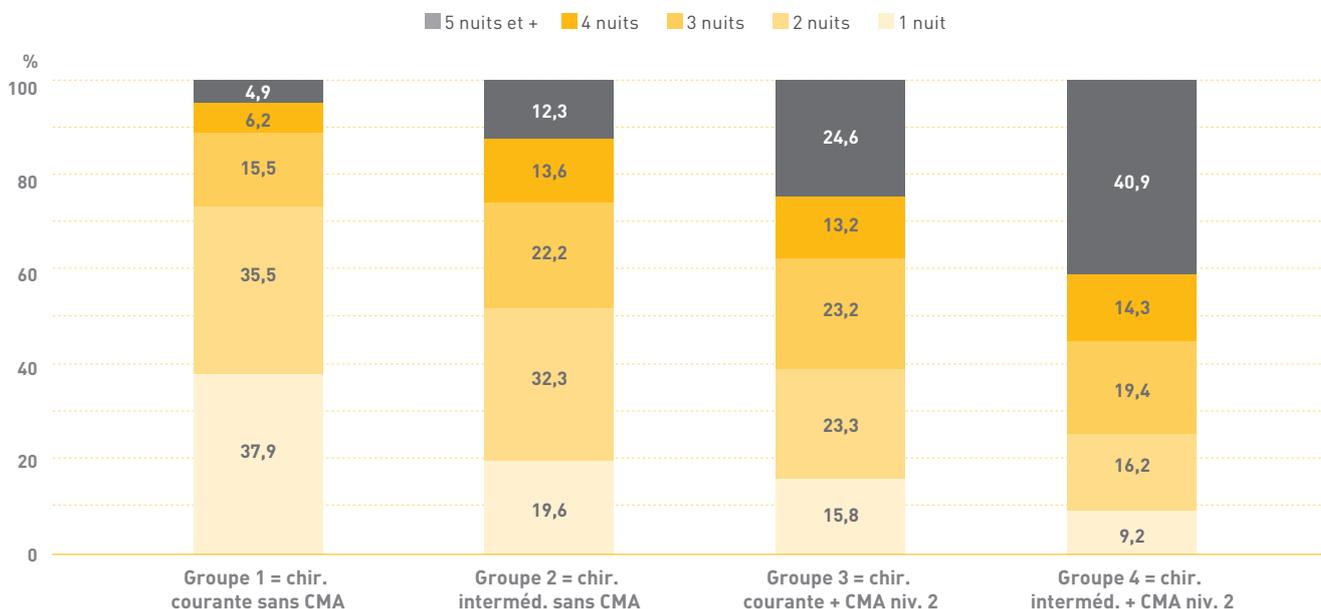
Source : PMSI MCO Atih 2012 - FHF - BDHF



**Note :** la gauche de l'intervalle représente le taux 2012, la droite de l'intervalle représente le taux atteignable si 100 % des cas non exclus d'emblée migrent vers l'ambulatoire (hypothèse utopique).

### 12\* Répartition des durées de séjours selon le groupe (croisement type chirurgie/CMA)

Source : PMSI MCO Atih 2012 - FHF - BDHF

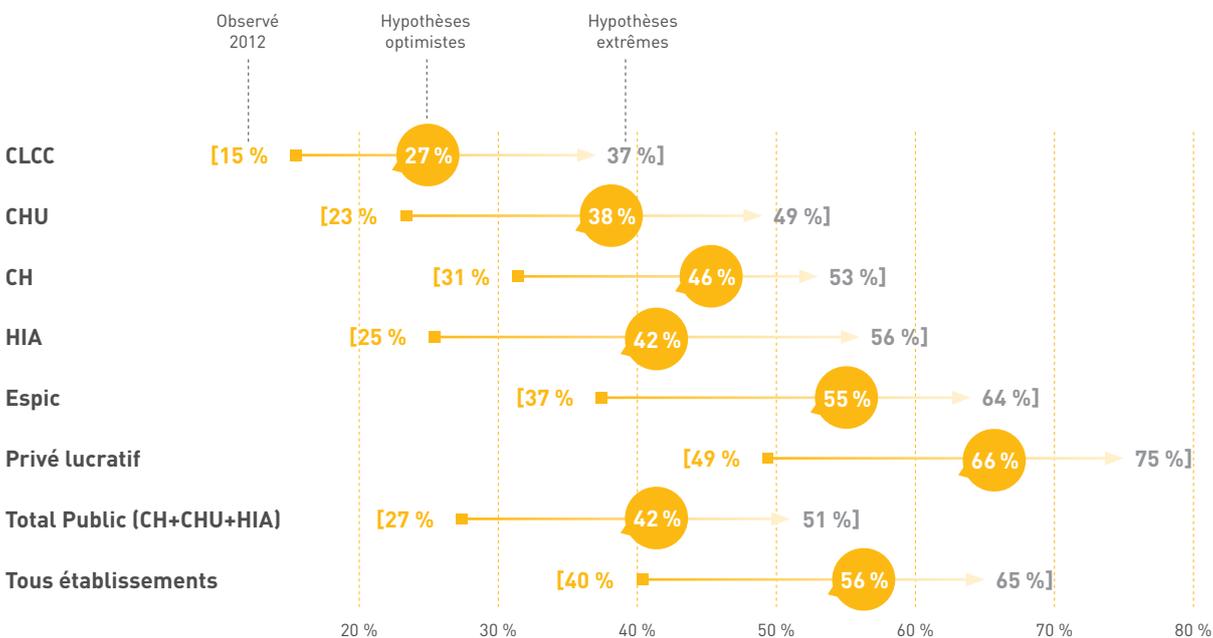


### 13\* Répartition des séjours à haut potentiel ambulatoire selon leur durée, et taux de conversion retenus vers l'ambulatoire

Source : PMSI MCO Atih 2012 - FHF - BDHF

	Répartition des séjours selon la durée observée en 2012				Hypothèse du taux de conversion vers la chirurgie ambulatoire				
	Groupe 1 = chir. courante sans CMA	Groupe 2 = chir. interméd. sans CMA	Groupe 3 = chir. courante + CMA niv. 2	Groupe 4 = chir. interméd. + CMA niv. 2	Groupe 1 = chir. courante sans CMA	Groupe 2 = chir. interméd. sans CMA	Groupe 3 = chir. courante + CMA niv. 2	Groupe 4 = chir. interméd. + CMA niv. 2	Total
1 nuit	413990	36234	20135	2101	95 %	70 %	70 %	50 %	92 %
2 nuits	388201	59818	29710	3707	80 %	50 %	50 %	30 %	74 %
3 nuits	169072	41211	29560	4426	50 %	30 %	30 %	20 %	44 %
4 nuits	67736	25192	16801	3262	20 %	20 %	20 %	10 %	20 %
5 nuits et +	53407	22805	31459	9329	10 %	10 %	10 %	5 %	10 %
<b>Total</b>	<b>1 092 406</b>	<b>1 852 600</b>	<b>1 276 665</b>	<b>22 825</b>	<b>74 %</b>	<b>40 %</b>	<b>35 %</b>	<b>17 %</b>	<b>65 %</b>

### 14\* Taux de chirurgie ambulatoire - Source : PMSI MCO Atih 2012 - FHF - BDHF



Par définition, une hypothèse maximale (extrême) serait constituée par un taux de conversion de l'hospitalisation complète (HC) vers l'ambulatoire de 100 % pour chacune des catégories (quelle que soit la durée actuelle et quelle que soit la situation — chirurgie courante/intermédiaire ou pas de CMA/CMA niveau 2 —).

Selon ces hypothèses très volontaristes, 92 % des séjours d'une nuit actuellement en HC (chirurgie courante ou intermédiaire, sans CMA ou avec une CMA de niveau 2) sont basculés en chirurgie ambulatoire, 74 % des séjours de deux nuits, 44 % des séjours de trois nuits, 20 % des séjours de quatre nuits et 10 % des séjours de cinq nuits et plus. On rappelle que ces séjours ne sont pas arrivés par les urgences ni par transfert, ne sont pas sortis par transfert ou décès et ne concernent pas les patients de plus de 90 ans.

Le schéma 14\* résume les résultats par type d'établissement.

On constate que, d'après les hypothèses émises dans cette étude, le taux global de chirurgie ambulatoire atteignable à moyen terme se situe quelque part entre 40 % (taux actuel) et 65 % (taux extrême utopique) et est probablement proche de 56 % (cible optimiste).

## Conclusion

**Le taux de chirurgie ambulatoire raisonnablement atteignable à moyen terme ne saurait dépasser 56 % au niveau national**, soit un gain déjà appréciable de 16 % mais très éloigné des chiffres avancés par certains dont les propos ne s'appuient sur aucun élément sérieux et qui ne prennent pas en compte le fait que plus d'un cas sur trois concerne des prises en charge en urgence, de la chirurgie lourde ou des patients poly-pathologiques.

On constate aussi que **les catégories d'établissements** — et, par extension, les établissements eux-mêmes — **ne sont pas égales devant les possibilités de ce développement**. En effet, cela dépend bien entendu beaucoup de la nature d'activité et, à ce titre, par exemple, on constate qu'avec les mêmes critères on peut espérer atteindre 27 % de chirurgie ambulatoire dans les CLCC et 66 % dans le privé lucratif. Toujours selon ces hypothèses, **on voit la grande différence de nature d'activité entre le public avec un potentiel de chirurgie ambulatoire global situé à 42 % (et 38 % pour les seuls CHU), et le privé lucratif avec un potentiel situé à 66 %**.

Enfin, on entend parfois que le public a beaucoup de retard de développement en matière de chirurgie ambulatoire, ce qui peut se comprendre quand on n'analyse que les taux bruts. Mais, en réalité, lorsque l'on prend en compte les critères déjà énoncés (urgences, CMA, lourdeurs des actes notamment) on constate que le potentiel de conversion « HC vers ambulatoire » le plus important se situe dans le champ du privé commercial. En effet, **les hypothèses énoncées conduisent à basculer 18 % des séjours de chirurgie du privé de l'hospitalisation complète vers l'ambulatoire alors que ce chiffre est de 15 % pour le public et de 11 % pour les CLCC**.



**Le taux de chirurgie ambulatoire raisonnablement atteignable à moyen terme ne saurait dépasser 56 % au niveau national.**



## Discussion

**Cette étude de potentiel s'appuie sur de nombreuses hypothèses discutables**. Néanmoins, à chaque stade, une étude de **sensibilité** des choix a été réalisée et il s'avère que **le modèle semble être assez robuste**. Par exemple, la réintégration ou non de la chirurgie de la main dans ce qui est convertible en ambulatoire y compris quand le patient arrive par les urgences n'a qu'un impact de +/- 0,3 % sur le chiffre final obtenu. Autre exemple, la réintégration de la totalité de la catégorie « chirurgie intermédiaire » dans la classe « chirurgie courante » n'influence le résultat final que de +/- 2 %.

Il faut retenir qu'**il n'est pas question ici d'espérer une précision absolue dans la prévision**, d'autant moins qu'elle n'est pas datée mais évaluée dans un moyen terme de 10-15 ans environ. Il s'agit simplement de se faire une idée concrète et raisonnée de la situation chiffrée et **d'éviter à tout prix les études se basant sur des dogmes ou des comparaisons internationales qui n'ont pas véritablement de sens** (parce que le dénominateur n'est pas du tout le même, parce que l'organisation sanitaire n'est pas du tout la même).

Concernant l'organisation de la prise en charge, il existe actuellement de véritables freins à un développement intensif de la chirurgie ambulatoire. Ces freins se trouvent aussi bien en interne qu'en externe. En interne, ce sont **des freins organisationnels et parfois des freins idéologiques**, en externe ce sont essentiellement **des freins liés à l'absence d'une filière d'aval organisée** comme cela peut exister dans certains pays, comme aux États-Unis par exemple.

En dépit de ces freins, le développement s'opère actuellement en France : à titre d'exemple, **en 10 ans (2002-2012), les volumes de chirurgie ambulatoire ont progressé de 77 % en France (-13 % pour l'HC), le taux brut de chirurgie ambulatoire est passé de 25 % à 40 % et la part du public est passée de 26 % à 31 %**.

**La poursuite de ce développement est appelée des vœux de tous les acteurs** et est aidée par les systèmes incitatifs mis en place. Néanmoins, il faut rester attentif à ce que ces effets n'aillent pas trop loin pour ne pas finir par pénaliser le non-ambulatoire légitime qui devra bien continuer à être pris en charge dans de bonnes conditions. ■

### 3 ■ BDHF : UN NOUVEAU MODULE CONCERNANT LE CHAMP DE LA PSYCHIATRIE Stéphane Finkel, FHF

#### Un nouveau module BDHF est disponible pour les établissements publics adhérents de la FHF qui produisent des données RIM-Psy.

Le module, qui exploite les données 2012 du RIM-Psy (hospitalisation et ambulatoire non libéral), est organisé en quatre volets.

Le premier volet fournit **un descriptif de la file active en hospitalisation de l'établissement adhérent et de tous les établissements de son département** (y compris des établissements privés). En plus des indicateurs classiques du volume de la file active (file active, file active en HC, file active <18 ans, journées, part départementale, etc.), on trouve des informations concernant la part représentée par **l'hospitalisation sous contrainte**, des informations sur les âges, sur les niveaux de **dépendance**, des taux **d'attractivité**, les durées moyennes d'hospitalisation (**DMH**) pour l'hospitalisation en temps plein, la part représentée par les **pathologies somatiques** ainsi qu'un descriptif des **pathologies principales prises en charge**.

Le second volet présente les **parts de marché départementales en hospitalisation détaillées par grands paragraphes de la CIM-10**. Ainsi, l'établissement adhérent peut par exemple savoir ce qu'il représente — en comparaison de ses concurrents — en matière de prise en charge des pathologies liées à la schizophrénie ou aux troubles de l'humeur.

Le troisième volet fournit des éléments détaillés à propos **des parts de marché par zone géographique** (quasiment par code postal). On y trouve une **représentation cartographique** du département ainsi qu'un tableau récapitulatif fournissant **des taux de recours** et des informations sur les deux établissements dominants pour chaque zone géographique.

Le dernier volet concerne **l'activité ambulatoire**. Ce volet ne décrit que l'activité des établissements publics ou parapublics puisque l'activité libérale échappe au recueil. On y trouve des informations sur la file active ambulatoire, la répartition des activités selon la grille Edgar, le lieu (centre médico-psychologique, consultation externe et autres) ou le paragraphe du diagnostic principal. ■

**Ce module est accessible**, pour chaque établissement adhérent produisant des données RIM-psy, à l'adresse suivante : **[www.fhf.fr](http://www.fhf.fr)**

> *Espace adhérents* > *La BDHF* > *Module psychiatrie*







FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

1 bis, rue Cabanis . CS 41402  
75993 Paris cedex 14  
**T** 01 44 06 84 44 . **F** 01 44 06 84 45  
**mail** fhf@fhf.fr  
**contact** b-garrigues@wanadoo.fr

[www.fhf.fr](http://www.fhf.fr) . [www.hopital.fr](http://www.hopital.fr) . [www.maisons-de-retraite.fr](http://www.maisons-de-retraite.fr)