

## Fiche 2-3 : L'ambulatoire en chirurgie et en médecine

### Quels sont les enjeux du développement de l'ambulatoire ?

#### Les avantages du développement de l'ambulatoire sont multiples pour :

- **Les patients** : prise en charge sécurisée et plus supportable leur permettant de gagner leur domicile le jour même de l'intervention
- **Les professionnels de santé** :
  - ✓ opportunité de développer de nouvelles pratiques tant techniques qu'organisationnelles ;
  - ✓ source d'amélioration des conditions de travail des personnels.
- **Les établissements de santé : optimisation de l'utilisation des plateaux médico-techniques et meilleure gestion des flux, etc.**

En étant moins consommatrice de ressources que l'hospitalisation complète, l'ambulatoire permet de générer des économies, liées à la substitution des prises en charge de l'hospitalisation complète vers l'ambulatoire
- **Les pouvoirs publics** : progression de la qualité des prises en charge et de l'efficacité des organisations

### A quels établissements s'adresse le projet ?

#### Le périmètre de l'ambulatoire couvre :

- ✓ Tous les établissements de santé publics, privés non lucratifs et lucratifs autorisés à exercer l'activité de soins en chirurgie et médecine
- ✓ Etablissements qui disposent d'une masse critique suffisante en chirurgie

#### Cibles prioritaires

- ✓ Etablissements disposant d'un potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire

### Indicateurs d'impact

Indicateur	Source	Valeur cible
Taux global de chirurgie ambulatoire	DGOS- ATIH	66,2%
Taux global de médecine ambulatoire	A définir	A définir

A titre d'information, il est rappelé ci-dessous, le rythme de progression annuel souhaité au niveau national pour atteindre le taux global national de chirurgie ambulatoire de 66.2% à horizon 2020 :

Années	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Taux global de CA	50,2%	52,5%	54,7%	57,6%	60,5%	63,4%	66,2%
Points de progression	2,2	2,3	2,2	2,9	2,9	2,9	2,8

## La chirurgie ambulatoire (CA) : objectifs et modalités de développement

- **Le programme national de développement de la CA 2015-2020 fixe l'objectif national d'atteindre un taux de CA de 66,2% à horizon 2020. Les actions en région sont déclinées en 5 axes :**
  - ✓ Améliorer l'organisation des structures pratiquant la CA sur la base d'objectifs de progression
  - ✓ Encourager l'innovation et maintenir un haut niveau de qualité et de sécurité des soins
  - ✓ Renforcer la coordination des acteurs dans une logique de parcours
  - ✓ Développer la formation des acteurs
  - ✓ Assurer une large communication sur les bénéfices de la CA
- **Les modalités de déploiement de la chirurgie ambulatoire :**
  - ✓ Un objectif national modulé en 2 phases pour permettre aux organisations d'atteindre la maturité suffisante garantissant la qualité et la sécurité des soins, corollaire du développement de l'ambulatoire :
    - 2015-2016 : phase de transition et d'adaptation des organisations, soit 2.2 points/an en moyenne ;
    - 2017-2020 : phase de progression soutenue, soit + 2.9 points/an en moyenne.
  - ✓ Des objectifs individualisés et personnalisés par ES (CPOM ARS/ES) tenant compte:
    - de la structure d'activité et du case mix de chaque établissement
    - de l'approche médicalisée de la transférabilité des séjours d'HC en CA
    - des situations locales (volume d'activité, case-mix, état de maturité des organisations, RH, PMT, environnement interne et externe de l'ES...)

## La médecine ambulatoire : enjeux et perspectives

- **Un travail est en cours pour étudier le potentiel et les modalités de développement de la médecine ambulatoire :**
  - ✓ **Des enjeux pour les ES concernant surtout la médecine non-technique** (taux d'ambulatoire =18%), réalisée principalement dans le secteur public. L'activité de médecine interventionnelle, comme la CA, est déjà largement réalisée en ambulatoire (taux de 98%).
  - ✓ **Pour la médecine non-technique, l'estimation du potentiel de transférabilité de l'HC vers l'ambulatoire en médecine est complexe et fait l'objet d'études complémentaires pour évaluer notamment la pertinence des différentes modalités de prise en charge et les leviers d'efficience**

## Organisation-type et facteurs clés de succès

### Recommandations de déploiement au sein des établissements via une démarche projet :

- ✓ Réaliser un état des lieux et diagnostiquer
- ✓ Elaborer et prioriser les actions
- ✓ Intégrer l'ambulatoire dans le projet d'établissement
- ✓ Mettre en œuvre, accompagner et mesurer les actions pour développer
- ✓ Pérenniser

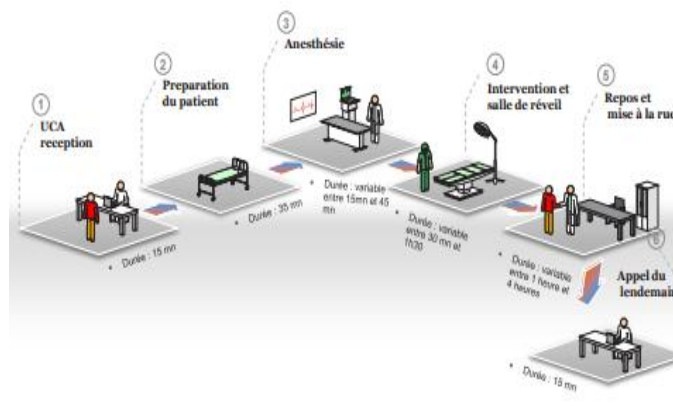
## Actions emblématiques

### Démarche-cadre :

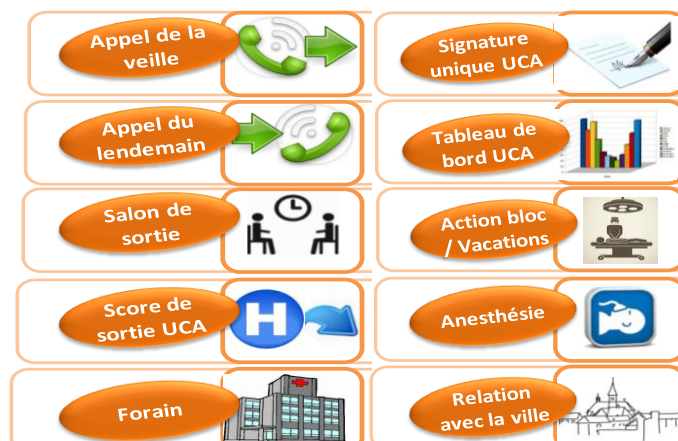
- Analyser les évolutions clés de l'activité intra et extrahospitalière (volume d'activité, case-mix, état de maturité des organisations, RH, PMT, environnement externe et interne de l'ES...)
- Mesurer l'activité ambulatoire, évaluer et protocoliser la substitution
- Identifier les incitations
- Maitriser le processus par la gestion des flux
- Dimensionner l'unité de chirurgie ambulatoire et l'unité d'hospitalisation de jour-HDJ- en médecine
- Mesurer les écarts avec les indicateurs de performance (DMS et occupation) puis évaluer l'impact en journées/lits
- Adapter les maquettes organisationnelles médicales et soignantes

### Aspects organisationnels :

#### Analyse du processus de prise en charge du patient



#### Optimisation des items clés



## Outils disponibles et dispositifs d'accompagnement en chirurgie ambulatoire

### Des textes réglementaires et rapports institutionnels sont à la disposition des ARS et ES

- ✓ L'instruction DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la CA pour la période 2015-2020
- ✓ Le rapport IGAS/IGF (janvier 2015) : perspectives du développement de la CA en France

### Des outils et méthodes d'appui :

- ✓ **La méthode de transférabilité des séjours d'HC en CA** en fonction des niveaux de sévérité (1,2,3,4) et des durées de séjours (en %) applicable à tous les ES et régions (cf annexe 2 instruction DGOS/R3 du 28 septembre 2015) :

Niveau de sévérité	1	1	1	1	1	2	2	2
Durée de séjour	1	2	3	4	> 4	3	4	> 4
Taux de transférabilité	80%	70%	20%	10%	10%	10%	5%	5%

- ✓ **La cartographie des ES pour aider les ARS à déterminer les actions à conduire en fonction de la « typologie » de l'ES** (cf annexe 5 instruction du DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015)

	Volume de séjours important (1)	Volume de séjours moyen (2)	Volume de séjours faible (3)
$\sigma 2 > \sigma 1$	Fort potentiel Démarrage à consolider Accompagnement renforcé	Potentiel important Démarrage à consolider Accompagnement renforcé	Faible potentiel Offre à faire évoluer
$\sigma 2 = \sigma 1$	Fort potentiel Démarrage débuté Accompagnement simple	Potentiel important Démarrage débuté Accompagnement simple	Faible potentiel Offre à faire évoluer
$\sigma 2 < \sigma 1$	Maturité Gisements possibles à explorer (innovations) Suivi	Maturité Gisements possibles à explorer (innovations) Suivi	Faible potentiel Offre à faire évoluer

#### Légende :

$\sigma 1$  = Taux de CA 2014 de l'ES – Taux de CA de 2007 de l'ES (période de 6 ans)

$\sigma 2$  = Taux cible de CA 2020 de CA de l'ES – taux observé de CA 2014 de l'ES (période de 6 ans)

Les volumes figurant ci-dessous sont donnés à titre indicatif. Ils n'ont pas vocation à être interprétés comme des seuils.

Ils reprennent ceux retenus par l'IGAS et l'IGF dans leur rapport sur les perspectives du développement de la CA en France (cf. rapport, annexe III, page 41, tableau 38)

- ✓ **L'outil documentaire en ligne « Itinéraire Chir Ambu »** : recommandations organisationnelles ANAP/HAS
- ✓ **Guide « Chirurgie ambulatoire : mode d'emploi » (ANAP)** : mise en place de la démarche de développement et d'organisation de la chirurgie ambulatoire
- ✓ **L'outil prospectif d'évaluation économique relatif à l'ambulatoire (OPEERA) (ANAP)**
- ✓ **L'outil de microcosting en CA (HAS)**
- ✓ **Démarche d'appui par l'ANAP auprès de 250 établissements dans le cadre du plan triennal** : « Virage ambulatoire, adaptation des modes et des capacités d'hospitalisation »

## Outils disponibles et dispositifs d'accompagnement en chirurgie ambulatoire (suite)

### ✓ La procédure de Mise Sous Accord Préalable (MSAP) des gestes de CA par la CNAMTS

- La MSAP CA est une des actions menées pour le développement de la CA. Elle est complémentaire des autres actions nationales et régionales : incitations financières, benchmarking, accompagnement ANAP/HAS, contractualisation ARS ...
- Objectif : faire évoluer le comportement des établissements les plus en retard dans le développement de la chirurgie ambulatoire
- C'est une procédure contraignante mise en place après les procédures pédagogiques de retour d'informations et d'incitation financière. Au préalable, un ciblage des établissements est réalisé à partir des taux de séjours 0 jour/hospitalisation complète pour les gestes marqueurs. Une procédure contradictoire a ensuite lieu entre l'ARS et les établissements ciblés. Puis une décision de MSAP est notifiée par le directeur d'ARS pour une période maximum de 6 mois et pour un nombre réduit de gestes.
- La procédure repose sur une liste de 55 gestes (à partir des codes CCAM consultables sur le site [ameli.fr](http://ameli.fr)) définie et actualisée en lien avec les sociétés savantes thématiques (et/ou CNP) (« gestes habituellement réalisables en CA pour un patient standard ») et une grille de recueil (aide pour l'éligibilité)

#### - A2 : Chirurgie Ambulatoire :



- Rappel sur l'action : L'Assurance Maladie en lien avec les sociétés savantes a identifié 55 gestes entrant dans la procédure de Mise Sous Accord Préalable pour la Chirurgie Ambulatoire (MSAP CA). L'amélioration des taux de CA nécessite une politique volontariste au regard du potentiel de l'établissement calculé par IIGAS.

Potentiel Etb. : 12,8%

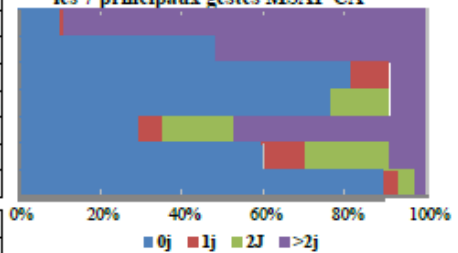
Potentiel Cat. : 13,4%

Potentiel Reg. : 12,1%

En 2014, pour les 55 gestes MSAP, 67,3% de vos séjours sont effectués en CA. Selon la méthode élaborée par IIGAS, le taux de transférabilité de votre établissement est de 12,8% soit un taux cible de CA à hauteur de 80,1%. Par rapport à 2013, votre taux de CA a évolué de -0,8 point(s) et votre potentiel de transfert a évolué de 0,2 point(s). Voici la liste des 7 principaux gestes ayant le plus de séjours transférables en CA :

Les 7 gestes les plus transférables en CA 2014	Nb séjours	Part CA (%)	Potentiel	
			Nb séj.	Part (%)
Cholécystect.	189	10,1%	75	39,7%
Ch. hernie ing.	249	48,2%	56	22,5%
Ch. utérus	1 001	81,7%	47	4,7%
Arthros genou	253	70,4%	46	18,2%
Ch. hernie abdo.	108	29,6%	29	26,9%
Lésion sous-cutanée	67	59,7%	19	28,4%
Ch. SCC et autres MS	283	90,5%	18	6,4%
<b>Total 55 gestes en 2014</b>	<b>3 192</b>	<b>67,3%</b>	<b>410</b>	<b>12,8%</b>
<b>Total en 2014</b>	<b>6 622</b>	<b>32,9%</b>	<b>1 313</b>	<b>19,8%</b>

Répartition des durées de séjours pour les 7 principaux gestes MSAP CA

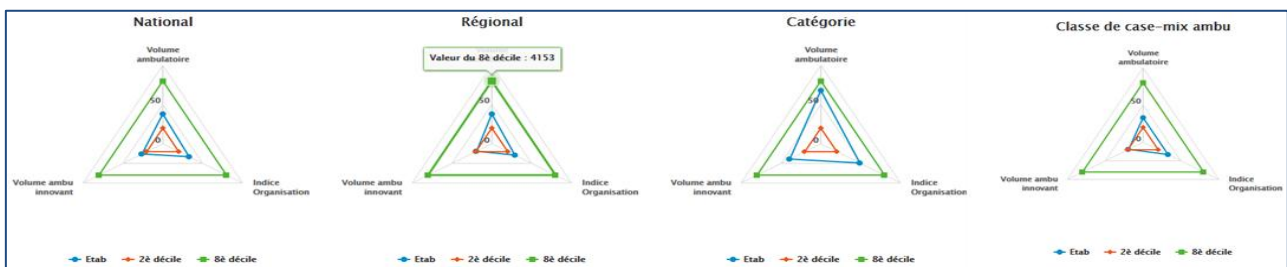


Source : Données France entière e-PMSI 2013/2014

En 2014, le taux global de CA de votre établissement est de 32,9% avec un potentiel de 19,8%, soit un taux cible de 52,7%. Par rapport à 2013, votre taux de CA global a évolué de +2,4 point(s) et votre potentiel de transfert a évolué de 0,2 point(s).

## Nouvel indicateur de performance en chirurgie ambulatoire

- ✓ **Le taux de chirurgie ambulatoire ne peut, à lui seul, permettre l'interprétation de la performance de chirurgie ambulatoire d'un établissement de santé.**
  - Un ES avec une faible activité chirurgicale peut présenter un taux de CA élevé et ne pas être performant en ambulatoire (activité ambulatoire trop faible)
  - Un faible taux de CA peut masquer une réelle performance d'un ES qui démontre la maîtrise de son organisation avec un volume ambulatoire important
  - Un ES mono- ou bidisciplinaire aura besoin d'une organisation spécifique pour se différencier en terme de performance, alors qu'un ES avec un case-mix ambulatoire pluridisciplinaire aura tendance à intégrer son organisation ambulatoire dans une organisation chirurgicale globale moins performante
  - Des ES et des équipes médicochirurgicales étendent leurs indications ambulatoires sur des interventions chirurgicales de plus en plus lourdes traduisant une performance autre
- ✓ **L'objectif de ce nouvel indicateur est d'apporter des clés de lecture (volume, case-mix et innovation) pour la juste interprétation du taux global de chirurgie ambulatoire**
- ✓ **L'indicateur de performance chirurgie ambulatoire est un indicateur composite constitué du volume ambulatoire pour 50% du poids, de l'indice d'organisation pour 30% du poids et du volume ambulatoire innovant pour 20% du poids**
- ✓ **Cet indicateur a été implémenté dans l'outil Hospidiag : on distingue 3 modes de représentation des résultats : 1 tableau de valeurs « brutes », 4 radars et 1 indicateur composite. Chaque mode de représentation est associé avec des éléments de benchmark.**



## Outils disponibles et dispositifs d'accompagnement en médecine ambulatoire et SSR

- ✓ **La procédure de Mise Sous Accord Préalable (MSAP) en SSR reposant sur les recommandations de la HAS (2006 et 2008), pour des séjours en séjours en rééducation faisant suite aux gestes chirurgicaux suivants** : arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche en 1ère intention hors fracture du col du fémur, arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche suite à une fracture du col du fémur, ostéosynthèse d'une fracture trochantérienne du fémur, arthroplastie de genou par prothèse totale de genou, chirurgie réparatrice des ruptures de coiffe de l'épaule, ligamentoplastie du ligament croisé antérieur du genou.
- ✓ **Le Programme d'accompagnement de retour à domicile des patients hospitalisés (PRADO) de la CNAMTS** qui a pour objectif de fluidifier le parcours hôpital-ville en maternité, orthopédie et insuffisance cardiaque BPCO
- ✓ **A venir : guide IGAS-IGF sur la médecine ambulatoire et guide ANAP sur les HDJ**

## Contacts

- A la DGOS : Christelle Gallo et Claire du Merle - Bureaux R3 et PF1 [dgos-r3@sante.gouv.fr](mailto:dgos-r3@sante.gouv.fr) ; [dgos-pf1@sante.gouv.fr](mailto:dgos-pf1@sante.gouv.fr)
- A la CNAMTS : Jean-Philippe ROUX [jean-philippe.roux@cnamts.fr](mailto:jean-philippe.roux@cnamts.fr) et Dominique Ruchard [dominique.ruchard@cnamts.fr](mailto:dominique.ruchard@cnamts.fr)

- Rédacteur: Claire du Merle
- Bureau: PF1 en lien avec le bureau R3, l'ANAP et la CNAMTS
- Date de mise à jour : Mai 2016