



Inspection générale
des finances

N° 2014-M-034-02

Inspection générale
des affaires sociales

N° 2014-039R

RAPPORT

PERSPECTIVES DU DÉVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE EN FRANCE

Établi par

THIERRY BERT
INSPECTEUR GÉNÉRAL DES FINANCES

PIERRE HAUSSWALT
INSPECTEUR DES FINANCES

MORGANE WEILL
INSPECTRICE DES FINANCES

CHRISTINE D'AUTUME
INSPECTRICE GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES

STÉPHANIE DUPAYS
INSPECTRICE DES AFFAIRES SOCIALES

AVEC LE CONCOURS DE

JULIE PERLBARG
STAGIAIRE DE MÉDECINE EN SANTÉ PUBLIQUE
(IGAS)

- JUILLET 2014 -

SYNTHÈSE

La chirurgie ambulatoire correspond à une hospitalisation de douze heures sans hébergement de nuit : elle se distingue ainsi de l'hospitalisation complète en chirurgie, ou chirurgie conventionnelle, qui est associée à une ou plusieurs nuitées. Les pouvoirs publics ont souhaité soutenir le développement de la prise en charge sans nuitée afin d'aboutir fin 2016 à une pratique ambulatoire majoritaire.

Entre 2007 et 2013, le taux de chirurgie ambulatoire en France a largement progressé, passant de 32 % à 43 %, soit une progression moyenne de 1,7 point par an. L'augmentation du nombre de séjours en chirurgie sur la période (+9 %) est, en outre, principalement portée par la progression de la chirurgie ambulatoire (+44 %). Malgré ces résultats encourageants, la tendance de progression n'est pas suffisante pour atteindre l'objectif d'une pratique ambulatoire majoritaire à l'horizon 2016. Par ailleurs, le dynamisme national n'est pas avéré dans tous les secteurs et dans toutes les régions : un écart de taux de chirurgie ambulatoire significatif existe entre les secteurs « ex-dotation globale » (ex-DG, secteur public) G et ex-objectif quantitatif national (ex-OQN, secteur privé) en faveur de ce dernier (20 points) et 10 points de taux séparent la région la meilleure de la moins performante.

L'ambition du développement de la chirurgie ambulatoire repose sur deux attentes, l'une médicale, l'autre économique. Ce type de prise en charge génère en effet un double dividende qui correspond d'une part à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins par réduction des infections nosocomiales, amélioration de la maîtrise des risques et organisation optimisée de l'activité et, d'autre part, une réduction des coûts associés à la prise en charge chirurgicale pour les établissements et donc pour l'assurance-maladie. Le développement de la chirurgie ambulatoire contribue également à une baisse généralisée des durées de séjour, notamment par diffusion de bonnes pratiques. L'atteinte de ces deux objectifs parallèles nécessite de saisir quelles sont les conditions de croissance de la pratique ambulatoire et les obstacles à surmonter pour y parvenir.

La prise en charge ambulatoire ne signifie pas que l'acte médical est différent. En revanche, à moyen terme, il faut noter que l'évolution des techniques médicales et d'organisation permet d'envisager la prise en charge en ambulatoire de nouveaux actes chirurgicaux. La diffusion des innovations techniques et organisationnelles en est ainsi la condition nécessaire et celle-ci est, pour certains gestes, insuffisante. Par ailleurs, plusieurs facteurs humains freinent le développement de la chirurgie ambulatoire : tous les patients n'y sont pas éligibles. La lourdeur du cas et/ou le type de geste à réaliser peuvent commander de garder le patient dans l'établissement. Les caractéristiques non médicales peuvent s'opposer à la prise en charge en ambulatoire : des critères psycho-sociaux et environnementaux interviennent ainsi dans l'analyse de l'éligibilité.

Les freins liés à la diffusion de l'innovation et les obstacles humains ne sont pas négligeables, mais l'exigence de la chirurgie ambulatoire est d'abord d'essence organisationnelle : la prise en charge dans le délai de 12 heures nécessite une organisation nouvelle, centrée autour du patient. Cette nouvelle donne nécessite des locaux repensés et des équipes formées à l'organisation des prises en charge en ambulatoire.

Rapport

L'organisation de la chirurgie ambulatoire dans un établissement est évolutive : elle peut s'appréhender par phases. L'activité ambulatoire peut d'abord se développer au sein même des unités de chirurgie conventionnelle, ce qui constitue l'amorce de la démarche. Ensuite, intervient la création d'une unité de chirurgie ambulatoire (UCA), qui doit être pensée en relation avec son développement futur : idéalement, elle est dotée d'un bloc commun avec les unités de chirurgie conventionnelles, elle est située à proximité de ce bloc et peut aisément absorber les espaces adjacents. Pour des gestes matures à fort volumes, l'UCA peut être autonome. La phase de conception des UCA est fondamentale : c'est avant tout la cohérence du projet et sa capacité à évoluer et à se développer qui détermineront les chances de succès de la démarche. En termes de gouvernance, le développement de la chirurgie ambulatoire devrait ainsi être porté par toute de la communauté hospitalière afin d'anticiper les flux futurs issus des diverses spécialités.

La gestion des flux est une exigence nouvelle : elle rend nécessaire une organisation innovante des plannings opératoires et un accompagnement des patients tout au long de leur présence dans l'établissement dans des conditions différentes de la chirurgie conventionnelle. Ainsi, le développement de la chirurgie ambulatoire nécessite d'être pris en compte dans la formation initiale et continue des chirurgiens et anesthésistes tout comme des personnels non médicaux.

Si l'organisation de l'UCA est la clef du succès de celle-ci, le lien avec l'aval de l'opération est également un facteur essentiel. Les conditions du retour à domicile doivent être soigneusement appréhendées en amont, dès la première consultation du patient avec le chirurgien, d'abord pour évaluer la compatibilité de l'état de santé du patient avec une prise en charge en chirurgie ambulatoire ainsi que les difficultés éventuelles d'ordre psycho-social ou géographique (isolement social du patient, conditions de logement, éloignement géographique), ensuite pour mettre en place l'accompagnement adéquat du patient suite au bilan effectué. La plupart du temps, cet accompagnement est léger : le patient quitte l'hôpital avec les prescriptions nécessaires, un récapitulatif de la conduite face à d'éventuels événements indésirables, et les coordonnées des personnes à contacter le cas échéant. Il bénéficie en principe systématiquement d'un suivi en J+1 (appel téléphonique) et d'une consultation post-opératoire dans les jours suivant l'intervention. Le médecin traitant doit être systématiquement destinataire sous 24H du compte-rendu d'hospitalisation. Dans certains cas, qui vont se développer avec l'extension progressive de la chirurgie ambulatoire à des gestes et/ou des patients plus lourds, un accompagnement renforcé devra être mis en place avec la coopération de professionnels de santé de ville : médecin traitant (remise en route des traitements des patients malades chroniques) et infirmiers (surveillance et retrait de certains dispositifs médicaux)¹. Il conviendrait en conséquence d'une part de confier à la Haute autorité de santé (HAS) le soin de préciser les situations nécessitant un suivi renforcé et les objectifs associés, d'autre part que les agences régionales de santé (ARS) développent les expérimentations destinées à organiser et structurer l'articulation ville-hôpital en matière de chirurgie ambulatoire.

Depuis le milieu des années 2000, les pouvoirs publics se sont engagés en faveur du développement de la chirurgie ambulatoire. Un pilotage national a ainsi été mis en œuvre, accompagné du recours à deux outils de soutien : la tarification unique et la mise sous accord préalable (MSAP).

¹ Type cathéters ou sondes

Rapport

La tarification unique, qui fournit une incitation tarifaire aux séjours sans nuitée, a vu son champ d'application croître depuis 2007. Cette incitation semble plus avoir accompagné que déclenché la croissance de la chirurgie ambulatoire : elle n'a pas été systématiquement déterminante. Il est toutefois complexe de mesurer précisément la part de la hausse qui lui est liée dans la mesure où les modifications des tarifs reflètent de nombreux ajustements dans un sens ou dans un autre. La mission considère malgré tout que l'existence du tarif unique adresse un signal positif aux établissements et ne devrait pas être abandonnée. La mise sous accord préalable est, quant à elle, un dispositif contraignant, efficace mais de durée limitée. Même si elle impose une contrainte forte sur l'établissement de santé en vue de réaliser des actes en ambulatoire, son impact est variable selon les gestes et la hausse du taux, quelquefois spectaculaire, est dans certains cas transitoire, celui-ci revenant parfois à son étiaje après la période de mise sous entente. Dans la mesure où l'effet, même de courte durée, est réel et où la MSAP montre qu'il est possible de changer les pratiques, son extension à de nouveaux gestes est recommandée.

Le ministère de la santé a établi dans le même temps un pilotage renforcé de la chirurgie ambulatoire. Il consiste à combiner la tarification unique, la MSAP et une politique de contractualisation au niveau local entre les ARS et les établissements qui intègre notamment depuis 2010 la chirurgie ambulatoire au titre des dix priorités de gestion du risque (GDR). Si l'effort de formalisation et d'engagement est réel, certaines orientations stratégiques sont restées relativement imprécises et l'articulation avec les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) est incomplète. Fondamentalement, les cibles régionales fixées n'ont pas été le fruit d'une analyse suffisamment contextualisée et précise. La mission relève également la nécessité de se doter d'outils performants permettant de suivre les coûts de cette politique et les économies réelles qu'elle permet d'obtenir. Il est enfin proposé d'intégrer dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM entre les ARS et les établissements) des objectifs cibles d'évolution des capacités et de regroupement des activités chirurgicales pour les établissements en-dessous d'un seuil.

Afin de juger précisément du degré d'avancement du développement de la chirurgie ambulatoire en France et des efforts restant à fournir tant de la part des pouvoirs publics en matière de pilotage que des établissements de santé, la mission a établi une méthodologie d'estimation du potentiel maximal de chirurgie ambulatoire en France à moyen terme. L'horizon 2018 a été retenu dans la mesure où il permet raisonnablement de mettre en œuvre les réformes proposées. En tout état de cause, il appartient au ministère de la santé d'en déterminer l'échéance.

Ce calcul consiste en l'application de taux forfaitaires de transférabilité aux séjours de chirurgie conventionnelle caractérisés par leur durée et le niveau de sévérité. Les taux retenus reflètent la difficulté à les transférer en chirurgie ambulatoire à moyen terme en fonction de ces deux critères. Les obstacles liés à l'admission par les urgences et à l'inéligibilité du fait de critères psycho-sociaux ont été également intégrés. Au terme de ses calculs, la mission estime qu'à l'horizon 2018, le potentiel maximal de chirurgie ambulatoire sur les séjours de chirurgie (actes codés en C) s'établit à 65,6 % des séjours de chirurgie. Au-delà de ce scénario « maximal », trois autres scénarios moins ambitieux ont été analysés un scénario « haut » associé à un taux de 62,2 % de chirurgie ambulatoire, un scénario « moyen » (58,9 %) et un scénario « bas » (54,8 %).

Rapport

Ces scénarios de progression permettent de réduire les dépenses des établissements de santé. Le transfert en ambulatoire s'accompagne de trois types d'économies : des réductions d'effectifs (équipes de nuit et de week-end) et de charges liées à la fermeture d'unités d'hospitalisation complète, des gains de productivité entraînant une baisse des effectifs nécessaires et des réorganisations territoriales qui se traduisent par la fermeture d'unités de chirurgie conventionnelle lorsque l'activité restante après transfert s'avère insuffisante. À périmètre constant, les scénarios sont associés à une réduction des dépenses oscillant entre 417 M€ (scénario « bas ») et 689 M€ (scénario « maximal »). Ces économies ne comprennent pas les effets induits du développement de la chirurgie ambulatoire sur la diminution de la durée moyenne des séjours ni ceux liés au regroupement des blocs opératoire.

Ces économies estimées sont soumises à conditions. D'abord, les ressources doivent être suffisamment mobiles au sein des établissements comme entre eux, notamment pour accompagner les flux qui passent de l'activité conventionnelle à l'ambulatoire. Ensuite, la réduction capacitaire de chaque établissement concerné est à la fois une incitation forte au développement de la chirurgie ambulatoire et une condition nécessaire à la génération des économies de fonctionnement. Enfin, dans la mesure où le développement de la chirurgie ambulatoire est associé à une amélioration de l'attractivité des établissements qui la pratiquent, elle suscite des transferts d'activité et une recomposition de l'offre territoriale de soins : une réorganisation de celle-ci est par conséquent nécessaire.

Le scénario « fort », retenu par la mission, aboutit à un taux de chirurgie ambulatoire de 62,2 % au niveau national. Il se décline en un taux de 69,7 % pour le secteur ex-OQN et de 52,3 % pour le secteur ex-DG. Il permet l'atteinte de la pratique majoritaire tous secteurs confondus en 2016 (53,4 %) et dans chacun des deux secteurs en 2018. L'effort à consentir est important : entre 2015 et 2018, le taux de croissance de la chirurgie ambulatoire devrait être de 4,4 points par an. La progression des établissements de santé en matière d'organisation, la meilleure intégration des contraintes de la chirurgie ambulatoire dès la conception des UCA, la levée de multiples freins identifiés et l'amélioration de la qualité de la contractualisation doivent y contribuer.

Les établissements sont actuellement dans des situations très différentes dans leur pratique de la chirurgie ambulatoire. Certains vont pouvoir la développer rapidement et en tirer de fortes économies : il s'agit de structures qui ont déjà fortement avancé dans le basculement de leurs pratiques. D'autres seront beaucoup plus lents à constater des progrès, compte tenu de leur retard actuel. La mission a donc construit un outil permettant de les classer, à partir de critères simples, selon leurs capacités à développer cette pratique. De cette analyse, il ressort que le secteur ex-OQN peut dégager des économies plus rapidement que le secteur ex-DG, même s'il ne faut pas négliger la part d'économies atteignables dans le secteur ex-DG à court terme. Si le rythme de génération est différent, le volume d'économies attendues de chacun des deux secteurs reste quant à lui comparable. L'analyse permet ainsi de distinguer différentes catégories d'établissements auxquels doivent être appliqués des mesures adaptées. L'outil mis au point pourrait utilement être réutilisé par les ARS dans le cadre de la contractualisation renforcée préconisée par la mission.

Économiquement, le premier effet du développement de la chirurgie ambulatoire est la réduction des charges des établissements hospitaliers. Elle devrait se traduire au fur et à mesure des campagnes tarifaires par une réduction des tarifs de l'assurance-maladie dans la mesure où ceux-ci sont, à l'origine, issus de l'étude nationale des coûts qui reflètent les coûts de production des établissements de santé. Pour accélérer le processus dans les premières années, la mission présente également plusieurs scénarios de réforme tarifaire fondés sur une modification du mode de calcul de la tarification par classe de groupe homogène de malades (GHM). L'objectif de cette démarche est ainsi de rendre le tarif unique plus incitatif tout en accompagnant la baisse des coûts de fonctionnement des établissements de santé. Les scénarios retenus par la mission permettent ainsi d'illustrer une réduction des tarifs comprise entre 200 M€ et 400 M€ environ par rapport à 2013, à activité et structure constantes.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. LE RYTHME DE CROISSANCE DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE EN FRANCE EST SIGNIFICATIF, SANS POUR AUTANT QU'IL PERMETTE L'ATTEINTE D'UNE PRATIQUE MAJORITAIRE EN 2016	2
1.1. La chirurgie ambulatoire progresse plus vite que l'activité totale de chirurgie, ce qui est le signe d'un mouvement de substitution à la chirurgie conventionnelle.....	3
1.1.1. <i>La chirurgie ambulatoire a connu une progression générale sensible</i>	<i>3</i>
1.1.2. <i>La croissance de la chirurgie ambulatoire a eu lieu en partie par substitution à la chirurgie conventionnelle.....</i>	<i>3</i>
1.2. La progression de la chirurgie ambulatoire en France est inégale selon les établissements, les statuts et les gestes chirurgicaux.....	5
1.2.1. <i>La progression de la chirurgie ambulatoire est tirée par certains gestes à fort volume particulièrement dynamiques.....</i>	<i>5</i>
1.2.2. <i>La progression est plus avancée dans le secteur ex-OQN et dans certaines régions</i>	<i>7</i>
1.3. Les données internationales font état d'un retard français en matière de développement de l'ambulatoire.....	9
1.3.1. <i>Les limites méthodologiques des études internationales ne permettent pas d'évaluer rigoureusement les écarts de développement entre la France et les autres pays.....</i>	<i>9</i>
1.3.2. <i>Les comparaisons internationales attestent l'existence d'un potentiel inexploité en France</i>	<i>9</i>
1.4. La chirurgie ambulatoire est porteuse d'un double dividende : elle améliore la qualité de la prise en charge et permet de dégager des économies pour l'assurance-maladie.....	10
1.4.1. <i>L'objectif premier, et partagé par tous nos interlocuteurs, de la chirurgie ambulatoire est d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients</i>	<i>10</i>
1.4.2. <i>La chirurgie ambulatoire incite au recours à des techniques opératoires et à une organisation des soins plus innovante, dont les effets peuvent se diffuser à la chirurgie conventionnelle.....</i>	<i>11</i>
1.4.3. <i>La chirurgie ambulatoire est moins coûteuse que la chirurgie conventionnelle.....</i>	<i>11</i>
2. LE DÉVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE PEUT ÊTRE FREINÉ PAR DES FACTEURS D'ORDRE TECHNIQUE, HUMAIN ET ORGANISATIONNEL.....	13
2.1. Les freins organisationnels : la spécificité de la pratique ambulatoire nécessite une adaptation des modalités de prises en charge et une approche globale par l'établissement	13
2.1.1. <i>Les établissements de santé ont adopté des modes d'organisation hétérogènes pour la prise en charge en ambulatoire, qui peuvent constituer des freins à plusieurs étapes de leur développement.....</i>	<i>13</i>
2.1.2. <i>Chaque phase du développement de la chirurgie ambulatoire implique des orientations organisationnelles déterminantes, qui représentent des difficultés pour certains établissements.....</i>	<i>14</i>
2.1.3. <i>Le développement de la chirurgie ambulatoire s'effectue très fréquemment dans une démarche spécifique isolée qui vient s'ajouter à l'activité conventionnelle au lieu de se diffuser dans tout l'établissement.....</i>	<i>15</i>

2.1.4.	<i>Les développements progressifs de la chirurgie ambulatoire doivent être anticipés dès l'installation des UCA dédiées, ce qui implique une programmation de long terme et des marges de souplesse.....</i>	15
2.1.5.	<i>Le parcours ambulatoire du patient peut être rallongé à plusieurs étapes-clés, ce qui perturbe le développement de la chirurgie ambulatoire</i>	15
2.2.	<i>Les freins humains : la situation médicale et psycho-sociale des patients conditionne l'intégration de nouveaux séjours en ambulatoire.....</i>	17
2.2.1.	<i>Certains patients peuvent être écartés de la prise en charge chirurgicale en ambulatoire pour des raisons médicales.....</i>	17
2.2.2.	<i>Des facteurs psycho-sociaux et géographiques peuvent faire obstacle à la prise en charge en ambulatoire, sans que la proportion de patients concernés soit précisément quantifiable</i>	17
2.3.	<i>Les freins techniques.....</i>	18
3.	LES GAINS ASSOCIÉS À LA CHIRURGIE AMBULATOIRE ONT JUSTIFIÉ LA MISE EN ŒUVRE D'UNE POLITIQUE D'ACCOMPAGNEMENT DONT LES EFFETS SONT DIFFICILES À IDENTIFIER.....	20
3.1.	<i>Le tarif unique lève le frein financier au développement de la chirurgie ambulatoire</i>	20
3.1.1.	<i>Ce rapprochement, pouvant aller jusqu'à l'instauration d'un tarif unique, a concerné de plus en plus de GHM.....</i>	20
3.1.2.	<i>L'incitation tarifaire semble avoir plus accompagné que déclenché le développement de la chirurgie ambulatoire.....</i>	21
3.1.3.	<i>La mise en place d'un tarif unique est l'élément le plus probant de la politique incitative, même si son mode de calcul a souvent été instable et peu lisible.....</i>	24
3.2.	<i>La mise sous accord préalable : un dispositif contraignant, efficace mais à durée limitée</i>	26
3.2.1.	<i>Le dispositif instauré en 2008 vise à rendre plus complexe le recours à l'hospitalisation complète pour un nombre limité de gestes.....</i>	26
3.2.2.	<i>L'impact de la MSAP sur le développement de la chirurgie ambulatoire varie selon les gestes.....</i>	27
3.3.	<i>Le pilotage national et régional devrait mettre en œuvre une stratégie plus précise, axée sur la conduite du changement.....</i>	29
3.3.1.	<i>Le cadrage sur certains points de la stratégie de développement de la chirurgie ambulatoire reste flou</i>	30
3.3.2.	<i>Le suivi des économies et du coût de la politique publique associés au développement de la chirurgie ambulatoire n'est pas assuré</i>	34
3.3.3.	<i>La mission propose de clarifier la stratégie à moyen terme et de promouvoir les coopérations ville-hôpital.....</i>	37
4.	LE CALCUL DU POTENTIEL NATIONAL DE CHIRURGIE AMBULATOIRE PERMET D'IDENTIFIER UN POTENTIEL D'ÉCONOMIE CHIFFRÉ À ENVIRON 700 M€ QUE LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PEUVENT EXPLOITER À DES RYTHMES VARIABLES	40
4.1.	<i>Le calcul du potentiel national de chirurgie ambulatoire permet d'établir celui-ci à 65,6 % de séjours de chirurgie.....</i>	40
4.1.1.	<i>Le potentiel national de chirurgie ambulatoire est calculé à partir de l'application de taux de transfert forfaitaires à des groupes de séjours caractérisés par leur durée et leur niveau de sévérité.....</i>	40
4.1.2.	<i>Quatre scénarios d'évolution du taux de chirurgie ambulatoire définis par autant de rythmes de croissance sont identifiés</i>	41

4.2. Chaque scénario est associé à des économies de fonctionnement estimées entre 417 M€ (scénario bas) et 689 M€ (scénario maximal).....	42
4.2.1. <i>Les économies permises par la croissance de la chirurgie ambulatoire sont de deux types réparties en trois phases.....</i>	42
4.2.2. <i>Les quatre scénarios présentent une réduction de dépenses oscillant entre 417 M€ et 689 M€ à périmètre constant.....</i>	44
4.3. Les établissements de santé peuvent être regroupés en plusieurs catégories selon leur capacité à générer une hausse rapide et substantielle du volume de séjours en ambulatoire.....	45
4.3.1. <i>La cartographie des établissements est fondée sur le croisement du niveau de maturité du développement de la chirurgie ambulatoire et de la capacité à générer une hausse significative du volume d'actes.....</i>	45
4.3.2. <i>Tendanciellement, l'intensité de l'effort est comparable entre les secteurs ex-DG et ex-OQN, mais les établissements du secteur ex-DG génèrent des économies plus tardives que ceux du secteur ex-OQN.....</i>	48
4.3.3. <i>Recommandations opérationnelles.....</i>	49
4.4. La mission propose de retenir l'application du scénario « fort », soit un taux cible de chirurgie ambulatoire de 62,2 % d'ici 2018.....	51
4.4.1. <i>La mission a approfondi le scénario « fort » en intégrant l'évolution tendancielle de l'activité chirurgicale jusqu'en 2018.....</i>	51
4.4.2. <i>Le scénario « fort » permet de renouveler l'ambition de la chirurgie ambulatoire en France accompagnée par les recommandations de la mission.....</i>	52
4.5. Les économies attendues du développement de la chirurgie ambulatoire sont triplement conditionnées : la réduction capacitaire en chirurgie conventionnelle, la gestion de la mobilité des ressources humaines et la réorganisation des soins sur les territoires.....	53
4.5.1. <i>La réduction capacitaire est une incitation au développement de la pratique ambulatoire et une condition nécessaire à la génération d'économies de fonctionnement.....</i>	53
4.5.2. <i>La mobilité des ressources humaines constitue un élément important du changement.....</i>	54
4.5.3. <i>La chirurgie ambulatoire suscite un réagencement de l'offre et de la demande de soins variable selon les territoires et doit donc être accompagnée de la réorganisation des soins au niveau local.....</i>	54
4.6. Les économies générées par le scénario peuvent être documentées par une réforme tarifaire qui anticiperait l'effet des réductions des coûts sur le calcul des TIC.....	55
4.6.1. <i>Présentation de la méthodologie.....</i>	55
4.6.2. <i>Économies suscitées par les trois scénarios, par rapport à l'existant (en M€), à volumes égaux à ceux de 2013.....</i>	58
4.6.3. <i>Après montée en charge de la chirurgie ambulatoire, il sera nécessaire d'envisager d'autres modalités de calcul des tarifs.....</i>	58
CONCLUSION.....	60

INTRODUCTION

Aux termes d'une lettre de mission reproduite en annexe, les Inspections générales des finances et des affaires sociales ont conduit dans le cadre de la Modernisation de l'action publique (MAP) une mission relative au développement de la chirurgie ambulatoire. Il s'agissait de répondre à cinq interrogations majeures, portant sur :

- ◆ la situation actuelle de la chirurgie ambulatoire ;
- ◆ les freins à son développement, et les leviers à actionner pour la développer ;
- ◆ le potentiel d'actes de chirurgie conventionnelle transférables à la pratique ambulatoire ;
- ◆ les économies attendues d'une telle transformation pour l'assurance maladie ;
- ◆ les scénarios envisageables dans la mise en œuvre de ce processus, en termes de rythme d'évolution et de conditions à remplir.

La mission s'est rendue dans plus d'une vingtaine d'établissements dans six régions. Ces établissements ont été choisis avec l'aide de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) pour représenter un panel de situations différentes. Ces observations de terrain ont permis de confirmer, mais aussi parfois de relativiser, un certain nombre d'impressions que la mission tirait de la lecture de la littérature consacrée à ce domaine.

Parallèlement à ces enquêtes sur place, à la revue de littérature indispensable, et aux entretiens menés avec les principaux intervenants de la filière, la mission a exploité dans le détail les fichiers communiqués par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), qu'elle remercie pour sa collaboration de tous les instants. Cette exploitation a permis de cerner les impacts très divers que peut avoir la diffusion de la pratique ambulatoire dans les établissements selon leur nature et leur taille, en termes de potentiel d'actes transférables comme d'économies induites pour les établissements, permettant ainsi des adaptations tarifaires et des économies pour l'assurance maladie sans risque de création de déficits hospitaliers.

La mission précise enfin deux points essentiels :

- ◆ elle a retenu la définition française du terme « chirurgie ambulatoire », laquelle sert de base à toutes les séries statistiques. Il convient néanmoins de garder à l'esprit que cette définition² (prise en charge pendant une durée maximale de douze heures, exclusion de la prise en charge interventionnelle – radiologie, endoscopie- et de la stomatologie) est plus restrictive que celle qui prévaut dans la plupart des pays étrangers ;
- ◆ elle n'avait aucun titre à remettre en cause l'idée selon laquelle le potentiel d'activité ambulatoire doit être exploité au maximum, « *ce mode de prise en charge devant être étendu à l'ensemble des patients éligibles à la chirurgie ambulatoire et à l'ensemble de l'activité, la chirurgie ambulatoire devenant la référence* » (instruction DGOS du 27 décembre 2010).

² Art. D 6124-301 du code de la santé publique

1. Le rythme de croissance de la chirurgie ambulatoire en France est significatif, sans pour autant qu'il permette l'atteinte d'une pratique majoritaire en 2016

Selon l'article R6121-4 du code de la santé publique, sont mis en œuvre dans les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire « *dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire* ». La chirurgie ambulatoire correspond ainsi à « *des actes chirurgicaux programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention*³ ». La chirurgie ambulatoire est rangée parmi les alternatives à l'hospitalisation qui ont « *pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée* ».

L'article D. 6124-301-1 du code de la santé publique dispose que les prises en charge dispensées dans les structures de chirurgie ambulatoire sont « *d'une durée inférieure ou égale à douze heures* » et que les « *prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet* ».

Le cadre d'exercice de la chirurgie ambulatoire, initialement contraignant, a fait l'objet d'assouplissements progressifs depuis un peu plus de 20 ans.

En 1992, une série de décrets⁴ a d'abord donné un cadre juridique à l'activité de chirurgie ambulatoire. La création ou l'extension des places étaient alors conditionnées par la suppression concomitante de lits d'hospitalisation complète selon un mécanisme dit de « *taux de change*⁵ ». La circulaire ministérielle n°97-790 du 16 décembre 1997 affirme pour la première fois la priorité à accorder à la chirurgie ambulatoire compte tenu de ses avantages⁶. En 1999, un logiciel est mis à disposition des hôpitaux publics pour mieux valoriser les séjours de chirurgie ambulatoire dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)⁷. Un nouveau décret pris la même année⁸ met en place des règles moins contraignantes de création de places de chirurgie ambulatoire⁹. Avec la suppression de la carte sanitaire par l'ordonnance du 4 septembre 2003, la contrainte relative à la suppression de lits d'hospitalisation complète disparaît. En 2012, de nouveaux assouplissements sont apportés au dispositif réglementaire¹⁰ pour faciliter le développement de la chirurgie ambulatoire¹¹.

³ Socle de connaissances – Haute autorité de santé (HAS) – Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).

⁴ Décret n° 92-1100 du 2 octobre 1992 portant application de l'article L712-10 du code de la santé publique ; décret n° 92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L712-2 du Code de la santé publique ; décret n°92-1102 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des structures de soins alternatives à l'hospitalisation ; arrêté du 12 novembre 1992.

⁵ Suppression de 2 à 2,25 lits pour 1 place de chirurgie ambulatoire en cas de saturation de la carte sanitaire.

⁶ Moindre mobilisation de ressources ; organisation centrée sur le patient et vecteur de modernisation des établissements.

⁷ Logiciel « ambu 1.0 » qui permet d'abonder les points ISA issus de l'activité ambulatoire.

⁸ Décret n° 99-444 du 31/05/1999.

⁹ Le taux de change varie désormais entre 1 et 2 places.

¹⁰ Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation.

¹¹ Suppression des dispositions imposant un taux d'encadrement minimal notamment.

1.1. La chirurgie ambulatoire progresse plus vite que l'activité totale de chirurgie, ce qui est le signe d'un mouvement de substitution à la chirurgie conventionnelle

1.1.1. La chirurgie ambulatoire a connu une progression générale sensible

Sur la période étudiée l'essor de la chirurgie ambulatoire est sensible, avec une progression globale d'environ 40 % de 2007 à 2013. Il est en outre général, l'ensemble des régions et des secteurs ayant enregistré une hausse continue de leur activité ambulatoire.

Tableau 1 : Évolution 2007-2013 de l'activité de chirurgie ambulatoire en volume (nombre de séjours)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Var 2013/07 (en %)
Secteur ex-DG	413 987	463 725	525 440	564 735	621 146	621 146	725 708	+75
Secteur ex-OQN	1 184 517	1 208 979	1 310 997	1 375 128	1 465 344	1 517 560	1 578 909	+33
Total	1 598 504	1 672 704	1 836 437	1 939 863	2 086 490	2 138 706	2 304 617	+38

Source : ATIH.

1.1.2. La croissance de la chirurgie ambulatoire a eu lieu en partie par substitution à la chirurgie conventionnelle

Depuis 2007, la part de l'ambulatoire dans l'activité totale de chirurgie¹² a progressé de plus de 10 points pour atteindre 42,7 %, en 2013, soit un gain annuel moyen un peu inférieur à 2 points.

Comme le montre le tableau 2 ci-dessous, la chirurgie ambulatoire sur cette période a connu une croissance plus rapide (8,5 points) que celle de l'activité totale de chirurgie (4,7 points). Une part des gains enregistrés résulte donc de la substitution de prises en charge ambulatoires à des séjours de chirurgie conventionnelle.

Tableau 2 : Évolution comparée des taux de recours à la chirurgie et à la chirurgie ambulatoire

Variables	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Taux de recours à la chirurgie (pour 1 000 habitants)	78	78,5	79,5	79,9	81,8	82,7
Taux de recours à la chirurgie ambulatoire (pour 1 000 habitants)	25,2	26,4	28,8	30,2	32,3	33,7
Taux global de chirurgie ambulatoire (en %)	32,3	33,6	36,2	37,8	39,5	40,8

Source : ATIH- état des lieux 2012 sur l'activité de chirurgie ambulatoire.

¹² Taux global de chirurgie ambulatoire.

Rapport

En parallèle, les capacités d'accueil en anesthésie et chirurgie ambulatoires¹³ ont progressé de plus de 40 % de 2007 (10 646 places) à 2012 (15 272 places). Plus de 10 % des lits de chirurgie conventionnelle ont été supprimés, le parc comptant environ 80 000 lits en 2012. Au total, les capacités de chirurgie ont diminué d'un peu plus de 4,5 % sur la période 2007-2012.

Ces données laissent supposer que la progression de l'activité de chirurgie ambulatoire a été sensiblement moins rapide sur la période que celle des capacités correspondantes¹⁴. En estimant à 1,5 M de séjours environ l'activité d'anesthésie ambulatoire réalisée hors chirurgie ambulatoire et le nombre de places correspondantes à 4 800 environ, la capacité nette de chirurgie ambulatoire serait de l'ordre de 10 400 places¹⁵. Cette capacité installée autoriserait, toutes choses égales par ailleurs, une progression de l'ordre de 900 000 séjours de chirurgie ambulatoire, soit un gain de 15 points du taux de chirurgie ambulatoire. Il ne s'agit toutefois que d'une estimation à gros traits réalisée par la mission avec l'appui de l'ATIH qui nécessitera d'être précisée et affinée sur la base des données disponibles en 2014¹⁶.

Comme le montre le tableau ci-dessous, environ un établissement sur quatre voit son taux global de chirurgie ambulatoire progresser d'au moins 3 points par an sur la période 2007-2012, cette proportion étant identique dans le secteur public et dans le secteur privé. La réalité est probablement en-dessous si l'on exclut les établissements dont la croissance n'est qu'apparente¹⁷. Ces résultats peuvent être rapprochés de ceux obtenus sur un an par les établissements ayant fait l'objet d'un accompagnement par l'agence national d'appui à la performance des établissements de santé (ANAP) en 2012 : la progression sur un an dépassait en moyenne 5 points¹⁸, les scores étant un peu inférieurs pour les centres hospitaliers (CH) (3,6 points) et pour les centres hospitaliers universitaires (CHU) (3,3 points). Ils mettent en évidence la possibilité de développer la chirurgie ambulatoire à un rythme soutenu dans les différentes catégories d'établissements.

¹³ Source Statistique annuelle des établissements (DREES) - la distinction entre anesthésie et chirurgie ambulatoires est vue dans l'enquête SAE 2013.

¹⁴ 4 626 places créées correspondent à plus d'1,4 M de séjours supplémentaires sur la base d'un taux de rotation de 1 patient par jour et par place et d'un nombre de jours d'ouverture de 310 par an : or l'activité ambulatoire n'a augmenté que de 540 202 séjours de 2007 à 2012 (cf. tableau 1).

¹⁵ Estimation du volume de séjours d'anesthésie ambulatoire sur la base des données fournies par l'ATIH (nombre de séjours pris en charge dans un service de médecine ambulatoire avec la présence d'un acte d'anesthésie).

¹⁶ L'enquête « Statistiques annuelles des établissements de santé » (SAE) de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) va distinguer à partir des bordereaux 2013 les places d'anesthésie et celles de chirurgie ambulatoire.

¹⁷ Il s'agit de petits établissements avec moins de 1500 séjours de chirurgie qui tentent de se recentrer sur la chirurgie ambulatoire sans parvenir à enrayer la diminution globale de l'activité ou dont celle-ci reste très faible (moins de 500 séjours par an).

¹⁸ Il convient de préciser que les critères retenus par l'ANAP pour le choix des établissements à accompagner conduisaient à écarter de fait les établissements confrontés à des freins importants

Rapport

Tableau 3 : Répartition des établissements selon le rythme d'augmentation de leur taux de chirurgie ambulatoire de 2007 à 2012

	Ex DG				Ex OQN			
	Etablis- sements	Dont< 1 500 séjours /an	Volume supplémentaire de séjours ambulatoires	Dont<1 500 séjours/an	Nb EPS	Dont<1 500 séjours/an	Volume supplémentaire de séjours ambulatoires	Dont<1 500 séjours/an
<1 pt	74	61	24 238	-5 270	140	20	29 627	-257
[1,3 pt[211	34	149 544	2 307	249	3	205 240	158
[3,5 pt]	72	13	52 325	-47	104	4	113 204	-193
≥5 pt	28	18	21 048	1 331	30	12	23 391	-3 291
Total	385	126	247 155	-1 679	523	39	371 462	-3 583

Source : ATIH, tableau mission.

Note de lecture : 211 établissements de santé du secteur ex-DG ont vu leur taux de chirurgie ambulatoire croître entre 1,3 et 3,5 points par an en moyenne, représentant un volume supplémentaire de 149 544 séjours.

Tableau 4 : Progression du taux de chirurgie ambulatoire dans les établissements accompagnés par l'ANAP

Taux de chirurgie ambulatoire	2011 (en %)	T1 2013 (en %)	Écart (en points)
ESPIC	28,9	35,8	6,9
CHU	23,8	27,1	3,3
CH ¹⁹	32,2	35,8	3,6
ex OQN	38,1	44,9	6,8
Total	32,4	37,9	5,5

Source : ANAP.

1.2. La progression de la chirurgie ambulatoire en France est inégale selon les établissements, les statuts et les gestes chirurgicaux

1.2.1. La progression de la chirurgie ambulatoire est tirée par certains gestes à fort volume particulièrement dynamiques

Les 18 racines de groupes homogènes de malades (GHM) ci-dessous dont les séjours ambulatoires et les séjours sans sévérité ont fait l'objet d'un tarif unique représentaient en 2012 plus de 60 % de l'activité totale de chirurgie ambulatoire. La croissance de la part ambulatoire de la plupart de ces séjours, amorcée de longue date²⁰, s'est poursuivie sur la période avec une forte progression pour certains gestes. Elle explique près des deux tiers de la croissance totale de l'activité ambulatoire de chirurgie. Les interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie en représentent à elles seules un tiers.

¹⁹ ESPIC : établissement de santé privé d'intérêt collectif ; CHU : centre hospitalier universitaire ; CH : centre hospitalier.

²⁰ 11,5 % de 2007 à 2009.

Rapport

Tableau 5 : Évolution du volume d'actes de chirurgie ambulatoire pour 17 gestes marqueurs sur la période 2009-2012

Gestes	2009	2010	2011	2012	Croissance 2009- 2012 (en %)	Part du geste dans le volume total des actes (en %)
Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein	7 814	7 222	7 324	7 704	-1,4	0,4
Interventions pour oreilles décollées	32 857	31 311	32 123	33 042	0,6	0,5
Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans	8 938	9 616	10 018	9 926	11,1	0,6
Interventions réparatrices pour hernies et éventrations, âge inférieur à 18 ans	4 609	4 834	5 635	5 732	24,4	0,7
Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge inférieur à 18 ans	5 454	6 006	6 638	7 296	33,8	1,1
Interventions sur la région anale et périanale	20 467	21 264	22 709	23 424	14,4	1,1
Autres arthroscopies du genou	136 537	136 482	140 476	139 632	2,3	1,5
Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin	17 762	18 365	19 755	20 861	17,4	1,7
Dilatations et curetages, conisations pour affections non malignes	10 981	11 692	13 426	14 256	29,8	2,0
Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans	24 204	25 488	27 034	27 449	13,4	2,5
Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans	84 815	87 255	89 129	90 760	7,0	4,3
Ménisectomie sous arthroscopie	8 327	10 085	12 022	14 363	72,5	6,7
Circoncision	84 803	87 682	91 279	91 612	8,0	6,8
Ligatures de veines et éveinages	85 917	86 793	93 440	97 131	13,1	6,9
Autres interventions sur la main	68 930	82 708	89 383	92 556	34,3	7,2
Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels	20 837	39 854	51 493	57 425	175,6	10,4
Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	497 802	536 794	577 122	615 369	23,6	45,6
Total	1 121 054	1 203 451	1 289 006	1 348 538	20,3	100,0

Source : Mission.

Rapport

Ces séjours regroupent des interventions qui, outre l'instauration de tarifs uniques, sont susceptibles d'être placées sous accord préalable de l'assurance maladie pour leur réalisation en hospitalisation complète. Ils ont été ciblés précisément en raison de leurs volumes importants et de la possibilité, validée par les sociétés savantes, de réaliser les interventions correspondantes en ambulatoire pour les patients éligibles.

1.2.2. La progression est plus avancée dans le secteur ex-OQN et dans certaines régions

La répartition par catégorie d'établissement des taux de chirurgie ambulatoire met en évidence l'avance sensible du secteur privé, avec près d'un séjour sur deux réalisé en ambulatoire en 2012²¹.

Toutefois, on observe que la progression de l'activité ambulatoire du secteur public est, sur la dernière année, très légèrement plus forte (+1,5 point) que celle du secteur ex-OQN (+1,3 point).

Des difficultés spécifiques sont observées sur la dynamique ambulatoire des CHU/CHR, qui réalisent moins d'un séjour sur quatre en ambulatoire.

Tableau 6 : Progression de l'activité de chirurgie ambulatoire selon les catégories d'établissements (en % et points)

Catégories	Taux 2007 (en %)	Taux 2008 (en %)	Taux 2009 (en %)	Taux 2010 (en %)	Taux 2011 (en %)	Taux 2012 (en %)	Écarts 2007-2012 (en points)
ex DG	21,1	22,9	25,0	26,4	28,0	29,5	8,4
dont APHP	18,0	18,8	19,7	20,5	21,6	22,4	4,4
dont CH	23,5	25,7	28,2	29,4	31,1	32,6	9,1
dont CHU/CHR	16,3	17,9	19,7	20,9	22,5	23,6	7,4
dont CLCC	7,3	7,8	7,9	9,2	12,0	15,4	8,0
dont ENBL	27,5	29,4	32,9	34,7	36,6	38,5	11,0
dont SSA ²²			18,9	20,9	22,9	24,8	24,8
ex OQN	39,7	41,0	44,1	46,0	47,8	49,1	9,4
National	32,3	33,6	36,2	37,8	39,5	40,8	8,5

Source : ATIH.

Le retard du secteur ex-DG en matière de chirurgie ambulatoire est ancien. Un mode de financement et une réglementation longtemps peu incitatifs contribuent à éclairer cette situation :

- ◆ sur le plan du financement, la prise en compte du nombre de journées d'hospitalisation pour déterminer les dotations globales des établissements publics dans le système de financement antérieur à la tarification à l'activité (T2A)²³ ne conduisait pas l'établissement à accroître son activité ambulatoire ;

²¹ Le rapport n'a pas abordé les multiples raisons de cet écart (spécialisation, implantations, politique d'équilibrage entre lits de chirurgie conventionnelle et places de chirurgie ambulatoire menée dès 2004 dans le secteur privé ...).

²² APHP : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris ; CH : centre hospitalier ; CHU/CHR : centre hospitalier universitaire/Centre hospitalier régional ; CLCC : centre de lutte contre le cancer ; ENBL : établissement à but non lucratif ; SSA : service de santé des armées.

²³ La T2A est entrée en vigueur le 1^{er} mars 2005.

Rapport

- ◆ s'agissant de la réglementation en vigueur en 1992²⁴, l'obligation faite d'accompagner la création de chirurgie ambulatoire par des réductions capacitaires a été jugée difficile à mettre en œuvre par certains établissements²⁵.

Dans ce contexte, le développement de la chirurgie ambulatoire a été plus lent dans les établissements publics, qui doit faire face à un *case-mix* spécifique, que dans le secteur privé, composé de structures de plus petite taille en moyenne, qui a rapidement misé sur l'organisation standardisée, programmée et moins coûteuse de la chirurgie ambulatoire pour développer son activité.

Ces disparités selon les statuts des établissements se doublent d'écart importants selon les régions, dix points d'écart séparant les extrêmes en 2012, comme l'illustre la carte ci-dessous.

Graphique 1 : Taux de chirurgie ambulatoire par région en 2012 (en %)



Source : Mission.

Les disparités régionales de développement de la chirurgie ambulatoire reflètent dans un certain nombre de cas celles liées à la structure de l'offre de chirurgie : ainsi, certaines régions où la densité d'établissements privés est forte enregistrent des taux de chirurgie ambulatoire supérieurs à la moyenne²⁶, mais cette corrélation n'est pas systématique²⁷.

Quelques régions retardataires sont néanmoins parvenues à améliorer leur position relative avec un taux de chirurgie ambulatoire désormais supérieur à la moyenne²⁸.

En conclusion, on peut relever l'absence d'inflexion significative du tendancier de croissance de la chirurgie ambulatoire sur la période considérée. Il sera donc nécessaire de passer à un rythme nettement supérieur pour atteindre, et *a fortiori*, dépasser, l'objectif national d'une chirurgie ambulatoire majoritaire à horizon 2016.

²⁴ Article D712-13-1 du décret n°92-1100 du 2 octobre 1992 (suppression de 2 ou 2,25 lits de chirurgie conventionnelle pour créer 1 place de chirurgie ambulatoire dans les zones excédentaires).

²⁵ Article R712-2-3 du décret n°92-1101-du 2 octobre 1992.

²⁶ PACA, Corse, Ile-de-France, Languedoc-Roussillon.

²⁷ DOM, Poitou-Charentes.

²⁸ Bretagne.

1.3. Les données internationales font état d'un retard français en matière de développement de l'ambulatoire

1.3.1. Les limites méthodologiques des études internationales ne permettent pas d'évaluer rigoureusement les écarts de développement entre la France et les autres pays

Les définitions de la chirurgie ambulatoire sont multiples et varient selon les pays. L'*International Association Ambulatory Surgery* (IAAS) retient les termes de *day surgery*, *ambulatory surgery*, *same-day surgery* et *day-only-surgery*²⁹.

Les comparaisons internationales doivent être appréhendées avec prudence compte tenu des différences de périmètres et des difficultés méthodologiques afférentes à la collecte des données dans les différents pays³⁰.

Le périmètre des actes retenus pour le calcul du taux de chirurgie ambulatoire en France peut apparaître très restrictif par comparaison avec les autres pays :

- ♦ il exclut certains actes qui nécessitent pourtant le passage au bloc opératoire comme les avulsions dentaires, la réalisation d'accès vasculaires ou les biopsies prostatiques ;
- ♦ il exclut certains actes pourtant retenus par l'IAAS dans son enquête internationale relative à 37 pratiques chirurgicales (deux procédures codées en Z de chirurgie esthétique et les interruptions volontaires de grossesse (IVG) instrumentales).

L'intégration des séjours correspondants dans le périmètre de la chirurgie ambulatoire augmenterait le taux de chirurgie ambulatoire de 3 à 5 points et plus³¹.

La mission recommande néanmoins, pour des raisons de continuité statistique, de maintenir le périmètre actuel de la chirurgie ambulatoire utilisé pour le calcul du taux global de chirurgie ambulatoire, rien n'interdisant d'utiliser un périmètre élargi pour mener des comparaisons internationales. Ce taux de référence devrait être intégré dans la base Hospidiag, l'indicateur actuel³² pouvant être maintenu sous une autre dénomination.

1.3.2. Les comparaisons internationales attestent l'existence d'un potentiel inexploité en France

Pour les 37 procédures chirurgicales répertoriées par l'IAAS, le taux de chirurgie ambulatoire français atteignait 45 % en 2009, soit un niveau sensiblement inférieur à ceux des autres pays européens et des États-Unis compris entre 60 et 80 %. Pour le taux global de chirurgie ambulatoire, toujours selon l'enquête de l'IAAS, le score de la France était de 36 % contre plus de 50 % pour les pays d'Europe du Nord³³.

²⁹ Réciproquement, les concepts de « *extended recovery* », « *23 hours overnight stay* », « *single night* », « *short stay* » (entre 24 et 72 h d'hospitalisation) ou d'ambulatoire forain ne répondent pas à la définition de la chirurgie ambulatoire.

³⁰ Rapport d'orientation sur la tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger – juin 2013HAS/ANAP.

³¹ Selon une simulation réalisée par l'ATIH (3 points pour les racines de GHM en K et 6 points en intégrant en sus les IVG).

³² L'indicateur Hospidiag ASO –C intègre l'ensemble des activités des services de chirurgie y compris hors bloc opératoire. Il permet aux établissements de suivre la part des actes de ces services effectués en ambulatoire mais ne permet pas d'évaluer la part des actes de chirurgie ambulatoire caractérisés par le passage du patient au bloc opératoire.

³³ 74 % au Danemark et 69 % en Suède.

Rapport

Ces données illustrent un retard incontestable de la France, que l'extension éventuelle du périmètre actuel à de nouveaux gestes ne suffirait pas à résorber. Il y a donc de toute évidence un potentiel inexploité de chirurgie ambulatoire en France, quels que soient les indices retenus (disparités régionales, disparités entre établissements même sur les actes marqueurs, comparaisons internationales). Il apparaît essentiel d'identifier ce potentiel à moyen et long terme sur des bases méthodologiques robustes et partagées, en tenant compte des différents facteurs de nature à limiter ou à freiner le transfert des séjours de chirurgie conventionnelle dans les établissements : caractéristiques médicales et psycho-sociales des patients, modalités d'admission programmées ou en urgence, spécificités des *case-mix* des établissements. La détermination des cibles pluriannuelles de chirurgie ambulatoire des établissements devra ensuite prendre en compte d'autres facteurs liés à leurs capacités de développement et à leurs spécificités (voir parties 3 et 4).

C'est l'ambition des estimations présentées dans la suite de ce rapport qui, d'une part, tentent d'approcher au plus près les volumes de séjours transférables des différents établissements et, d'autre part, de formuler des recommandations de méthode pour définir des objectifs ambitieux adaptés aux contraintes de terrain.

1.4. La chirurgie ambulatoire est porteuse d'un double dividende : elle améliore la qualité de la prise en charge et permet de dégager des économies pour l'assurance-maladie

1.4.1. L'objectif premier, et partagé par tous nos interlocuteurs, de la chirurgie ambulatoire est d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients

De tous les entretiens menés par la mission et de toutes ses visites sur place, sans aucune exception, il ressort que le premier facteur motivant les équipes médicales pour introduire et développer la chirurgie ambulatoire réside dans l'amélioration attendue en matière de sécurité de la prise en charge et de confort du patient.

Même si l'on manque probablement du recul suffisant pour que les revues de littérature établies par la HAS et l'ANAP le démontrent indubitablement, les témoignages recueillis soulignent tous de nombreux avantages :

- ◆ une moindre exposition aux infections nosocomiales ;
- ◆ un meilleur résultat lié aux techniques micro-invasives appliquées en chirurgie ambulatoire³⁴ ;
- ◆ une amélioration de la qualité et de la sécurité grâce à l'établissement de chemins cliniques rigoureux complétés par le suivi systématique du patient à l'issue de l'hospitalisation (appel du lendemain) ;
- ◆ une plus grande proximité du personnel soignant pendant la durée de leur court séjour dans le centre de soins, ce qui diminue l'anxiété et améliore le confort des patients, y compris des personnes âgées ;
- ◆ la réduction des temps d'attente inutiles, liés notamment au brancardage ;
- ◆ une meilleure information et une meilleure participation du patient à sa prise en charge (consultation approfondie, y compris sur les aspects psycho-sociaux), ce qui se traduit par des scores élevés de satisfaction des patients pris en charge en ambulatoire.

³⁴ Avec ses corollaires : diminution des saignements, meilleure cicatrisation.

Rapport

S'agissant des questions relatives à l'anesthésie, les anesthésistes ont partout indiqué à la mission qu'ils considéraient comme absolument prioritaire la maîtrise des nausées et vomissements post anesthésiques et de la douleur post opératoire, conscients que l'échec dans ce domaine serait ruineux pour la réputation de la chirurgie ambulatoire, alors même qu'ils en sont souvent des promoteurs très actifs³⁵.

1.4.2. La chirurgie ambulatoire incite au recours à des techniques opératoires et à une organisation des soins plus innovante, dont les effets peuvent se diffuser à la chirurgie conventionnelle

Le développement de la chirurgie ambulatoire rend nécessaire l'adoption de modes de prise en charge innovants et peut inciter à recourir à des techniques opératoires spécifiques, même si l'acte chirurgical reste le même.

En termes d'organisation, la démarche de la chirurgie ambulatoire est fondée sur le parcours du patient. Elle implique d'identifier explicitement avec le patient les risques et les bénéfices de l'acte proposé (volet médical et psychologique), de maîtriser les évolutions des techniques chirurgicales ou/et anesthésiques associées, et de minimiser les risques opérationnels propres à chaque corps de métier. Cette « tension » amène les équipes médicales à repenser les procédures de prise en charge et à identifier des bonnes pratiques qui peuvent être applicables à la chirurgie conventionnelle.

La plupart des établissements rencontrés par la mission ont notamment indiqué que le développement de la chirurgie ambulatoire, par sa contribution à plusieurs progrès en techniques opératoires et en anesthésie, réduisait de la durée moyenne de séjour (DMS) en chirurgie conventionnelle.

1.4.3. La chirurgie ambulatoire est moins coûteuse que la chirurgie conventionnelle

Les coûts des séjours de chirurgie ambulatoire sont, par construction, en raison de leur durée, inférieurs à ceux de la chirurgie conventionnelle. Il en résulte donc une économie potentielle pour l'assurance-maladie, reflétée par les tarifs issus des coûts, TIC³⁶.

Du point de vue des charges pesant sur l'établissement, l'économie est moins claire.

Les interlocuteurs de terrain de la mission ont été très diserts sur les avantages qualitatifs de la pratique ambulatoire, mais beaucoup moins sur les économies que son introduction pourrait générer pour les établissements. Divers arguments ont été avancés : absorption de la file active d'autres secteurs d'activité sur les lits libérés, absorption de la demande supplémentaire d'actes chirurgicaux sur les lits existants, résistances diverses à d'éventuelles reconfiguration des services existants.

Pourtant, le remplacement d'un séjour de chirurgie conventionnelle par une prise en charge ambulatoire doit, même intuitivement, générer des économies à plusieurs titres : réduction du nombre de nuitées, et donc de lits occupés, avec leurs équipes de surveillance ; optimisation des espaces ; optimisation des temps de latence entre deux interventions ; réduction de certaines charges variables dès lors que l'unité de chirurgie ambulatoire ne fonctionne que de jour, et pas le weekend.

³⁵ Il serait utile que les études nationales soient affinées sur ces points.

³⁶ Comparer directement coûts et tarifs n'est pas possible dans la mesure où ces deux notions ne recouvrent pas le même périmètre. Le tarif issu des coûts (TIC) permet en revanche de neutraliser les effets de champs et peut être comparé au tarif.

Rapport

Dans les chiffrages ultérieurs, la mission a souhaité approfondir le raisonnement dans le détail. En effet l'inoccupation de quelques lits n'entraîne pas obligatoirement une économie dès lors que les lits restants impliquent le maintien d'une équipe de surveillance ; l'optimisation du circuit du patient n'est pas chiffrable dans l'état actuel des chiffrages statistiques ; il y a bien une réduction de certaines charges variables, mais partielle. Beaucoup d'effets dépendent enfin de l'organisation de l'établissement et de sa configuration architecturale.

La mission a donc tenté d'approcher au plus près, selon les bases de données de l'ATIH et les comptes détaillés qui lui ont été communiqués par les établissements qu'elle a visités, les économies potentielles réalisables sur l'existant. Elle n'a pas tenu compte à ce stade de la croissance observée de l'activité de chirurgie, puisque le volume des actes de chirurgie conventionnelle, qui représente 59 % de l'activité, est tendanciellement à la baisse depuis 2007.

2. Le développement de la chirurgie ambulatoire peut être freiné par des facteurs d'ordre technique, humain et organisationnel

Les freins qui conduisent à minorer le potentiel de déploiement de la chirurgie ambulatoire sont à la fois de nature organisationnelle, technique et humaine, mais ils peuvent être levés grâce à des bonnes pratiques que la mission a pu identifier au cours de ses visites d'établissements et des entretiens conduits avec les parties prenantes.

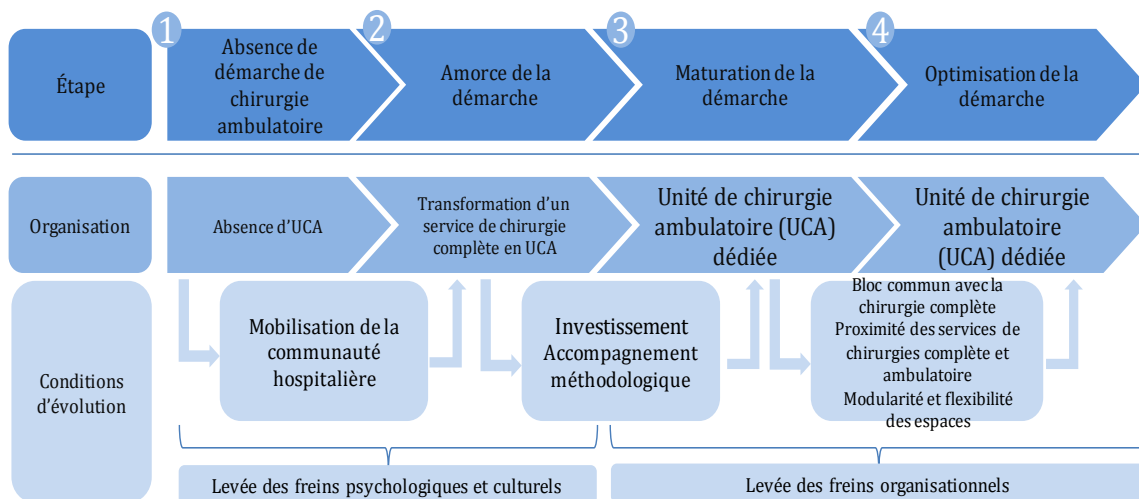
Ces freins ralentissent la progression de la chirurgie ambulatoire au sein des établissements et empêchent une diffusion des apports organisationnels de ce mode de prise en charge aux services d'hospitalisation conventionnelle.

2.1. Les freins organisationnels : la spécificité de la pratique ambulatoire nécessite une adaptation des modalités de prises en charge et une approche globale par l'établissement

2.1.1. Les établissements de santé ont adopté des modes d'organisation hétérogènes pour la prise en charge en ambulatoire, qui peuvent constituer des freins à plusieurs étapes de leur développement

Le développement de la chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé peut être schématiquement appréhendé au travers de plusieurs phases. Ces phases restent théoriques, les établissements de santé pouvant commencer la démarche sans avoir traversé l'ensemble des étapes.

Graphique 2 : Les étapes théoriques du développement de la chirurgie ambulatoire



Source : Mission.

En l'absence de démarche structurée de développement de l'ambulatoire, la chirurgie ambulatoire est essentiellement foraine au sein de l'établissement (phase 1). C'est la phase 2 qui amorce réellement la démarche en transformant une unité existante en unité de chirurgie ambulatoire (UCA). La différence avec la phase 1 réside dans le fait que le parcours du patient est pris en compte dans la conception architecturale de l'unité. La phase 3 correspond à une maturation de la démarche avec création d'une UCA dédiée. Enfin, la phase 4 correspond à l'optimisation de celle-ci avec amélioration du taux de rotation et perfectionnement organisationnel.

Rapport

Les observations réalisées sur le terrain par la mission indiquent que :

- ◆ les établissements visités par la mission sont situés à des stades variables de développement de la chirurgie ambulatoire : la plupart des établissements se situent en phase 2 ou 3. Rares sont ceux qui n'ont développé aucune démarche de chirurgie ambulatoire. À l'autre extrême, l'optimisation des UCA reste l'exception ;
- ◆ au sein de chaque phase, les modalités concrètes d'organisation sont diverses. Ainsi, la majorité des établissements rencontrés se situent dans la phase 3 ou la phase 4 mais la dimension de l'UCA créée est très variable. Dans certains cas, sa taille est notoirement insuffisante pour absorber le potentiel d'activité.

2.1.2. Chaque phase du développement de la chirurgie ambulatoire implique des orientations organisationnelles déterminantes, qui représentent des difficultés pour certains établissements

Les différentes étapes de progression de la chirurgie ambulatoire sont théoriques (2.1.1), mais permettent d'identifier des orientations organisationnelles optimales pour le développement de la pratique ambulatoire. Chaque étape peut être en effet caractérisée par une série de prérequis à respecter afin d'envisager une évolution vers l'étape suivante.

Les observations réalisées par la mission mettent en évidence de nombreux décalages par rapport à cette progression « idéale ».

La phase 2, qui correspond au début de la structuration de la chirurgie ambulatoire sans disposer d'une UCA dédiée (transformation *a minima* d'espaces pour l'accueil de la chirurgie ambulatoire), ne doit pas être négligée : elle permet de structurer l'équipe de chirurgie ambulatoire, d'identifier les problématiques organisationnelles à traiter à l'étape suivante et de développer les bonnes pratiques.

Le succès de la phase 3, qui correspond à la création de l'UCA, est soumis à certaines conditions. Ce moment est déterminant dans la mesure où peut être alors envisagée l'évolution future de la chirurgie ambulatoire dans l'établissement. L'accompagnement méthodologique, qui peut capitaliser sur la phase 2, est nécessaire au succès de cette étape.

De ses entretiens sur place et avec les correspondants nationaux, la mission a retenu un certain nombre de points critiques : recours à un bloc commun chirurgie ambulatoire/chirurgie conventionnelle, proximité de l'UCA avec les services de chirurgie conventionnelle et conception d'une UCA capable de croître en absorbant des locaux adjacents. La mission a constaté que ces prérequis ne sont pas systématiquement respectés. Dans certains cas, la configuration physique des lieux empêche l'installation d'une UCA « idéale ».

En phase 4, l'utilisation de l'UCA entre dans une période d'optimisation puis de croissance : le taux de rotation augmente par le perfectionnement de l'organisation. Durant cette phase, un accompagnement méthodologique ponctuel peut être nécessaire. Le succès de cette phase est conditionné par la mise en œuvre d'une organisation innovante (accélération de la prise en charge en réduisant la durée des étapes), l'évolution des pratiques des praticiens et une organisation du planning des vacations appropriée (passage de la vacation nominative à la vacation par discipline). La mission a constaté que plusieurs UCA, une fois créées, éprouvent des difficultés à optimiser leurs *process* (pour les freins, voir partie 2.1.5).

2.1.3. Le développement de la chirurgie ambulatoire s'effectue très fréquemment dans une démarche spécifique isolée qui vient s'ajouter à l'activité conventionnelle au lieu de se diffuser dans tout l'établissement

La chirurgie ambulatoire, désormais conçue comme la pratique chirurgicale de référence (changement de paradigme depuis 2010) doit être conçue comme une démarche d'ensemble.

Pourtant, la mission a constaté dans de nombreux cas que la dynamique de développement de la chirurgie ambulatoire était portée par un nombre limité de personnes, créant une réelle émulation au sein de l'UCA, mais ayant un rayonnement limité en dehors de cette sphère.

La mission constate que, même dans les spécialités qui sont représentées au sein de l'UCA de l'établissement, les différences de pratiques entre praticiens hospitaliers sont significatives. En témoigne la persistance, dans de nombreux cas, d'un taux élevé de chirurgie foraine : elle correspond à la pratique chirurgicale mise en œuvre dans une unité ambulatoire qui n'est pas différenciée du reste du secteur chirurgical d'hospitalisation.

Il convient donc d'inscrire le développement de la chirurgie ambulatoire au rang de priorité du projet d'établissement des établissements de santé³⁷, afin d'assurer l'implication forte conjointe de la direction et de la conférence médicale de l'établissement (CME) indispensable au succès de la démarche.

2.1.4. Les développements progressifs de la chirurgie ambulatoire doivent être anticipés dès l'installation des UCA dédiées, ce qui implique une programmation de long terme et des marges de souplesse

L'atteinte de taux élevés de chirurgie ambulatoire nécessite que soit intégrée lors de la conception initiale de l'UCA sa croissance future. Ceci signifie que la structure devrait idéalement être établie en prenant en compte le fait qu'une partie de la chirurgie conventionnelle sera à moyen terme absorbée par la chirurgie ambulatoire.

La nature des investissements est modifiée par les exigences de la chirurgie ambulatoire : les décisions en la matière gagneraient à être arbitrées à ce prisme, afin d'éviter de transformer ou construire des structures qui ne respectent pas les critères précédemment énoncés (proximité avec l'UCA, flexibilité des espaces).

En termes opérationnels, l'élaboration du Schéma régional d'investissement en santé (SRIS) devrait ainsi mieux prendre en compte les exigences de la chirurgie ambulatoire³⁸.

2.1.5. Le parcours ambulatoire du patient peut être rallongé à plusieurs étapes-clés, ce qui perturbe le développement de la chirurgie ambulatoire

◆ **Premier frein : les freins empêchant la mise en place d'un bloc opératoire efficient**

Lorsque l'UCA est créée (phase 3 puis 4), les modalités organisationnelles retenues sont variables :

- le bloc opératoire est parfois commun aux activités conventionnelles et ambulatoires ;

³⁷ Comme le préconisent l'ANAP et la HAS dans leurs recommandations organisationnelles.

³⁸ L'instruction DGOS/PF1/DGCS relative au cadre général de la démarche d'élaboration du Schéma régional d'investissement en santé (SRIS) met en place une démarche de promotion de la qualité et de l'articulation des investissements portés par l'ensemble des acteurs de l'offre de soins au cours des dix prochaines années, dans les domaines de l'immobilier, des équipements et des systèmes d'information.

Rapport

- le bloc opératoire peut disposer de salles dédiées à l'ambulatoire et de salles dédiées à la chirurgie conventionnelle ;
- le bloc opératoire peut être entièrement dédié à la chirurgie ambulatoire.

La mission a constaté sur le terrain que l'utilisation d'un bloc commun présentait des avantages majeurs, au moins dans les phases 2 et 3. Cette solution permet d'optimiser les investissements déjà réalisés en évitant les doubles emplois. Elle permet également à l'activité ambulatoire de croître en symbiose avec les services voisins, sans être bloquée dans son dimensionnement initial³⁹.

Elle permet en outre une meilleure organisation de l'emploi du temps des équipes chirurgicales. Elle favorise enfin, par l'organisation très rigoureuse qu'implique la pratique ambulatoire, une diffusion de bonnes pratiques anesthésiques, chirurgicales et organisationnelles dans l'ensemble de l'établissement.

La mise en place d'un bloc commun n'est toutefois pas absolument nécessaire dans le cas d'actes à fort volume très matures.

◆ **Deuxième frein : l'organisation des plannings est une compétence spécifique en chirurgie ambulatoire**

L'organisation du planning est centrale pour assurer le bon fonctionnement de l'unité de chirurgie ambulatoire. La chirurgie ambulatoire nécessite d'organiser une arrivée cadencée des patients pour réduire le temps passé au sein de l'établissement et augmenter le taux de rotation.

La mission observe qu'il est de bonne pratique de confier cette responsabilité à un cadre de bloc. Ce dernier est responsable du planning des interventions. La mission observe que certains établissements du secteur ex-OQN ont créé de nouvelles fonctions correspondant à un *manager* de bloc.

Le cadre de bloc doit être en mesure de gérer la concurrence sur les plages opératoires entre :

- ◆ les opérations en chirurgie ambulatoire, qui doivent être réalisées assez tôt pour permettre la récupération du patient avant sa sortie ;
- ◆ les opérations les plus complexes d'hospitalisation complète, que les chirurgiens ont l'habitude de privilégier au début de leur vacation opératoire du fait de leur technicité.

Compte tenu des difficultés de coordination et de hiérarchisation des opérations chirurgicales, c'est l'autonomie de l'équipe en charge de la programmation qui est le facteur déterminant de l'optimisation des taux d'occupation des salles.

◆ **Troisième frein : la sortie du patient**

La signature du bulletin de sortie peut constituer un frein à la sortie précoce du patient. La signature d'un médecin avant la sortie du patient peut parfois intervenir tardivement, en fin de journée, ce qui conduit à des temps d'attente excessivement longs pour le patient et réduit son confort.

La mission a constaté que certains établissements considéraient que la signature du bulletin de sortie pouvait dans certains cas être confiée à un personnel soignant non médecin dans certains cas. La mission n'étant pas qualifiée pour émettre une recommandation à ce sujet, mais considérant qu'il existe une potentielle simplification, recommande de saisir les sociétés savantes et la HAS à ce sujet pour identifier les cas où une telle délégation pourrait se justifier.

³⁹ Dans trois cas, la mission a constaté qu'une UCA disposant d'un bloc dédié était placée, par sa configuration même, dans l'impossibilité de répondre à une demande pourtant croissante, et cela dans des établissements très importants où la croissance de la demande était parfaitement prévisible.

2.2. Les freins humains : la situation médicale et psycho-sociale des patients conditionne l'intégration de nouveaux séjours en ambulatoire

La prise en charge chirurgicale en ambulatoire est porteuse de gains de qualité et de sécurité des soins pour les patients, liés notamment à l'organisation rigoureuse du parcours de soins et au moindre risque d'infections nosocomiales⁴⁰. Cependant, pour les mobiliser, il est primordial d'identifier avec chaque patient l'ensemble des critères et conditions permettant, tout au long de son parcours de soins, d'assurer son confort et de minimiser la survenue d'événements indésirables, liés à sa situation médicale ou à son environnement. La participation du patient à sa prise en charge fondée sur une information claire et complète apparaît ainsi essentielle.

2.2.1. Certains patients peuvent être écartés de la prise en charge chirurgicale en ambulatoire pour des raisons médicales

Pour la chirurgie ambulatoire comme pour toute intervention chirurgicale, il existe des contre-indications médicales à la prise en charge de certains patients. Par ailleurs, il existe aussi des contre-indications médicales spécifiques à la chirurgie ambulatoire pour certains patients affectés notamment de co-morbidités. La décision d'écarter pour des raisons médicales un patient d'une prise en charge en ambulatoire relève de la responsabilité des chirurgiens et anesthésistes concernés. Dans chaque domaine de spécialité, les sociétés savantes établissent des recommandations pour guider les praticiens dans l'appréhension de ces contre-indications. Ces recommandations sont actualisées régulièrement, les progrès des techniques anesthésiques et chirurgicales permettant de lever certaines contre-indications. Ainsi, un patient diabétique peut à certaines conditions être considéré éligible à une intervention chirurgicale en ambulatoire.

Toutefois, l'évolution des techniques d'anesthésie et de chirurgie est à l'évidence un puissant levier pour réduire la part des patients écartée pour des raisons médicales d'un traitement en ambulatoire. La HAS et l'ANAP relèvent ainsi que « *les patients de statut ASA⁴¹ I, II et III stable sont éligibles à la chirurgie ambulatoire. Certains patients de statut ASA IV pourraient également être éligibles* ».

2.2.2. Des facteurs psycho-sociaux et géographiques peuvent faire obstacle à la prise en charge en ambulatoire, sans que la proportion de patients concernés soit précisément quantifiable

Dans tous les établissements visités par la mission, les professionnels ont souligné l'existence de freins liés à la patientèle pour développer la chirurgie ambulatoire.

Ces freins sont de trois types : psycho-sociaux, liés à l'éloignement géographique ainsi qu'aux réticences des patients.

♦ La situation psycho-sociale des patients

L'isolement social du patient est le facteur d'exclusion le plus souvent cité. Il concerne des patients qui ne sont pas en mesure de faire appel à une personne dans leur entourage pour les accompagner à la sortie de l'hôpital, pour le retour à domicile et dans la nuit suivant l'intervention. Les personnes âgées isolées sont particulièrement concernées mais toutes les classes d'âge peuvent l'être. S'y ajoutent les patients qui ne sont pas en mesure de donner

⁴⁰ 5 à 6 fois moins d'infections sur site opératoire selon le rapport INCISO "programme de surveillance et de prévention des infections sur site opératoire" 2007 (disponible sur le site internet du CCLIN Paris-Nord).

⁴¹ ASA : American Society of Anesthesiologists.

leur consentement éclairé à l'intervention (difficulté de compréhension des informations) et ceux qui ne peuvent bénéficier de conditions d'hébergement appropriées à la sortie de l'hôpital (exclusion sociale). Enfin, dans le cas des patients âgés, le conjoint peut ne pas être en mesure d'assurer l'accompagnement nécessaire. La perspective de développer des interventions progressivement plus lourdes est de nature à rendre plus aigües ces difficultés entourant le retour à domicile pour une fraction des patients.

◆ **L'éloignement géographique des patients**

Certains patients résidant à distance du lieu d'intervention (plus d'une heure) sans que la continuité de la prise en charge puisse être organisée avec des ressources plus proches de leur domicile sont également inéligibles à une prise en charge en ambulatoire.

◆ **Les réticences des patients**

Certains patients préfèrent bénéficier d'une hospitalisation complète qui leur semble plus sécurisante et plus confortable. Les établissements soulignent que le travail visant à assurer l'information des patients sur les bénéfices d'une intervention en ambulatoire pour susciter leur adhésion nécessite du temps et qu'il n'est pas toujours possible de les convaincre. Pour lever les freins géographiques et psycho-sociaux, plusieurs interlocuteurs estiment judicieux de mettre en place des places d'hébergement hôtelier non médicalisé à proximité immédiate de l'établissement. La mission est favorable à une expérimentation de ce type d'hébergement pour les établissements accueillant de nombreux patients résidant loin de l'hôpital.

La mission suggère :

- ◆ d'expérimenter, de concert avec un assureur complémentaire, la mise en place de capacités d'hébergement non médicalisé à proximité de centres à fort potentiel de développement ambulatoire ;
- ◆ de lancer des actions de communication adaptées en direction des patients pour lever leurs réticences et de développer en parallèle des actions de sensibilisation des médecins traitants aux bénéfices de la chirurgie ambulatoire privilégiant dans le cadre du développement professionnel continu les actions de terrain et les partenariats ville-hôpital.

2.3. Les freins techniques

L'adhésion des praticiens au développement de la chirurgie ambulatoire est conditionnée par ses bénéfices potentiels sur le plan de la qualité et de la sécurité des soins. Elle passe aussi par la maîtrise des risques qu'elle est susceptible de comporter.

Sur le premier point, l'analyse de la littérature réalisée par la HAS confirme l'évaluation favorable de la balance bénéfices/risques de la chirurgie ambulatoire à la fois clinique et en termes de satisfaction des patients⁴².

Sur le second point, la HAS et l'ANAP ont publié un guide en 2013 sur la sécurité des patients en chirurgie ambulatoire consacré au management des risques et aux procédures d'assurance qualité à promouvoir dans les UCA. Sans remettre en cause l'intérêt de cet outil, la mission a constaté que certains praticiens évoquaient plus directement leur maîtrise insuffisante des nouvelles techniques chirurgicales associées au développement de la chirurgie ambulatoire⁴³.

⁴² La HAS note que la littérature ne permet pas néanmoins actuellement de conclure à la supériorité de la chirurgie ambulatoire sur la chirurgie conventionnelle, les études comportant de nombreuses imperfections méthodologiques.

⁴³ Dans un centre hospitalier, un jeune chirurgien qui avait pourtant introduit la pratique ambulatoire dans l'hôpital « n'osait pas pour le moment » opérer en ambulatoire des hernies inguinales bilatérales, préférant d'abord assurer son geste, ainsi que le suivi de l'opération, sur les hernies inguinales unilatérales.

Rapport

Cette question de la diffusion des nouvelles techniques et des pratiques innovantes en chirurgie mérite d'être approfondie dans les travaux de la HAS et de l'ANAP⁴⁴. La mission observe qu'il convient de distinguer deux types de situations :

- ◆ le développement de la pratique ambulatoire pour la chirurgie conforme aux standards actuels, qui ne nécessite pas d'action particulière de formation médicale des praticiens⁴⁵ ;
- ◆ le développement progressif en ambulatoire d'actes plus lourds et/ou faisant à des techniques innovantes, pour lesquels le niveau d'organisation et de maîtrise des risques de l'unité de chirurgie ambulatoire doit être approprié, et qui peut nécessiter l'organisation d'actions de formation adaptées⁴⁶.

De façon générale, l'extension de la chirurgie ambulatoire à de nouveaux gestes plus lourds dans un établissement doit tenir compte de son degré de maturité (selon le triptyque acte/patient/structure). Le constat d'une maîtrise insuffisante par les chirurgiens ou les anesthésistes des techniques opératoires et anesthésiques requises doit entraîner la mise en place par l'établissement d'actions adaptées de perfectionnement des pratiques.

Certaines ARS ont mis en place des actions intéressantes pour favoriser la diffusion des pratiques ambulatoires et lever les appréhensions, par exemple la constitution de praticiens ou d'équipes référents par spécialité et l'organisation d'actions de formation. La mission souligne l'intérêt de ce type d'initiative et plus généralement de toute action tournée vers la diffusion des recommandations des sociétés savantes et le benchmark des bonnes pratiques cliniques en matière de chirurgie ambulatoire. Dans cette perspective, il peut être signalé que l'ANAP va mettre en ligne sur internet un outil « itinéraire chirambu » qui permettra à la fois une meilleure appropriation des recommandations organisationnelles ANAP/HAS et les éléments du *benchmark* des bonnes pratiques.

Encadré 1 : Synthèse des propositions

- Privilégier le recours au bloc commun chirurgie ambulatoire/conventionnelle, sauf dans les cas où les actes pratiqués sont arrivés à maturité technique et peuvent être réalisés en grand nombre au sein des établissements ;
- Développer la formation initiale et continue des professionnels non médicaux et des chirurgiens et anesthésistes à l'organisation spécifique des prises en charge en chirurgie ambulatoire, et d'assurer l'appropriation des nouvelles pratiques anesthésiques et chirurgicales par les chirurgiens et les anesthésistes dans le cadre du développement professionnel continu ;
- Mettre à l'étude sous l'égide de la HAS la possibilité d'expérimenter la délégation dans certains cas, dans le cadre d'un protocole article 51 de la loi hôpital, patients, santé, territoires, de la signature du bulletin de sortie à un infirmier anesthésiste dans des cas et sous réserve de conditions à préciser.

⁴⁴ Cf. axe 5 : élaboration de chemins cliniques et mise en place d'indicateurs de suivi et d'évaluation.

⁴⁵ Comme le montre *a priori* la progression rapide des gestes réalisés en ambulatoire en cas de mise sous accord préalable.

⁴⁶ Au près par exemple d'équipes référentes pour les gestes concernés.

3. Les gains associés à la chirurgie ambulatoire ont justifié la mise en œuvre d'une politique d'accompagnement dont les effets sont difficiles à identifier

3.1. Le tarif unique lève le frein financier au développement de la chirurgie ambulatoire

3.1.1. Ce rapprochement, pouvant aller jusqu'à l'instauration d'un tarif unique, a concerné de plus en plus de GHM

Une politique tarifaire visant à inciter au développement de la chirurgie ambulatoire a été mise en place à partir de 2007. Elle repose principalement sur deux principes : le rapprochement des tarifs entre courts séjours et hospitalisation complète (tarif incitatif) et l'alignement des tarifs entre hospitalisation complète et ambulatoire (tarif unique). Entre 2007 et 2014, le champ d'application de ces deux principes s'étend progressivement.

Des mesures plus larges peuvent également constituer une incitation au développement de la chirurgie ambulatoire. Ainsi, la réduction de nombre de GHM soumis à des « bornes basses »⁴⁷ favorise l'ambulatoire. Par ailleurs, les séjours ambulatoires peuvent bénéficier, comme l'ensemble des séjours, des mesures de réduction des sous-financements, qui en rapprochant le tarif du TIC revalorisent le tarif.

3.1.1.1. Un rapprochement et un alignement tarifaire qui concernent de plus en plus de GHM

Créé en 2007 pour un petit nombre de GHM (5 racines) où l'activité ambulatoire est prépondérante, le tarif unique s'est étendu progressivement à 18 racines en 2009, 39 en 2012, 47 en 2013, et jusqu'à l'ensemble des couples (J, 1)⁴⁸ en 2014. Ainsi, le champ des mesures incitatives s'est étendu jusqu'à concerner la majorité des séjours. Dès 2009, entre 98 et 99 % des séjours ambulatoires ont un GHM en J. La proportion des séjours ambulatoires au tarif unique est passée de 38 à 68 % entre 2009 et 2012.

Parallèlement, pour les racines de GHM ayant une activité ambulatoire mais sans tarif unique, les tarifs 1 et J sont de plus en plus rapprochés.

Le calcul du tarif unique repose sur une moyenne pondérée des tarifs (tarifs moyen ou tarif issu des coûts, TIC) 1 et J. La pondération tient compte de la proportion de chirurgie ambulatoire dans le couple (1, J), observée ou tendancielle. La formule varie à chaque campagne tarifaire et selon le degré de maturité de développement de la chirurgie ambulatoire dans le GHM (détail en annexe). Au total, plus la pondération affectée au tarif J est importante dans le calcul du tarif unique, plus un séjour de chirurgie conventionnelle est pénalisé financièrement.

⁴⁷ Limite de durée minimale en deçà de laquelle un abattement est appliqué sur le tarif remboursé à l'établissement.

⁴⁸ Les GHM cotés en J sont les GHM ambulatoire et les GHM cotés 1 sont les GHM sans sévérité avec nuitée.

Rapport

Dans la campagne tarifaire 2014, les GHM sont regroupés en quatre classes, selon le degré de développement de la chirurgie ambulatoire. À chaque classe correspond un calcul du tarif unique, pénalisant plus ou moins la chirurgie conventionnelle (tableau 7). Le tarif de la classe 4 sur-tarifie la chirurgie ambulatoire afin de développer les pratiques innovantes, le tarif de la classe 1 sous-tarifie l'hospitalisation classique.

Tableau 7 : Calcul du tarif unique en 2014 pour les 4 classes de GHM

Classe	Définition	Fixation des tarifs	Nombre de couples de GHM concernés	
			Public	Privé
1	Développement de l'ambulatoire à son terme : le taux de chirurgie ambulatoire est supérieur à 80 %	TIC moyen du couple 1, J pondéré par le taux d'activité tendanciel	12	26
2	Développement de l'ambulatoire avancé : le taux de chirurgie ambulatoire est compris entre 50 % et 80 %	Tarif moyen du couple 1, J pondéré par le taux d'activité tendanciel .	24	34
3	Développement de l'ambulatoire amorcé : GHM dont le taux de chirurgie ambulatoire est compris entre 10 % et 50 %	Tarif moyen du couple 1, J pondéré par le taux d'activité observé	66	44
4	Développement de l'ambulatoire faible : GHM dont le taux de chirurgie ambulatoire est inférieur à 10 %	Tarif 1	9	7

Source : Mission.

NB : Le taux d'activité tendanciel renforce la part du tarif J par rapport au tarif 1 dans le calcul du tarif unique.

3.1.1.2. Les bornes basses ont été progressivement supprimées

Parallèlement à ces mesures tarifaires, les bornes basses⁴⁹ sont peu à peu supprimées, d'abord pour les racines de GHM dont la DMS est faible en 2010 puis pour l'ensemble des racines ayant un tarif J en 2014. Cela incite fortement à réduire la durée de séjour dès lors que disparaît la pénalité appliquée aux séjours en dessous de la borne basse.

3.1.2. L'incitation tarifaire semble avoir plus accompagné que déclenché le développement de la chirurgie ambulatoire

3.1.2.1. Le taux de chirurgie ambulatoire progresse fortement mais de manière inégale

On a vu que le taux de chirurgie ambulatoire était passé de 32,3 à 40,8 % entre 2007 et 2012, et même à 42,7 % en 2013. Cette augmentation concerne aussi bien le secteur ex-OQN que le secteur ex-DG, avec de fortes différences selon le type d'établissements, et plus rapidement dans le secteur privé (cf. *supra*).

⁴⁹ Si la durée du séjour est inférieure à la borne basse affectée au GHS, le tarif que reçoit l'établissement est minoré de 50 %.

Rapport

Si l'on isole les 18 racines à tarif unique depuis 2009, qui représentent près de 70 % des séjours en ambulatoire, le taux de chirurgie ambulatoire passe de 56,9 à 78,4 % entre 2007 et 2012. Cette moyenne comporte des disparités entre les racines arrivées à maturité dès 2007 (et donc à faible marge de progression), celles qui ont peu progressé malgré un point de départ faible, et les racines au taux de croissance élevé.

Pour les 21 nouvelles racines portées au tarif unique en 2012, la progression entre 2007 et 2012 est faible (+ 3 points en moyenne). On ne peut l'imputer au tarif unique qui ne bénéficie pas d'une année entière de mise en œuvre. Lors de la création du tarif unique, la chirurgie ambulatoire était beaucoup moins développée pour ces 21 racines⁵⁰ que pour les 18 premières racines⁵¹, ce qui peut laisser penser qu'elles présentent de fortes marges de progression⁵².

3.1.2.2. L'instauration d'un tarif unique n'est pas toujours déterminante

La mise en place du tarif unique ne marque pas nécessairement une inflexion dans la diffusion de la chirurgie ambulatoire par rapport aux années antérieures. Dans certains cas, on peut penser que le tarif unique accompagne une montée en charge de la chirurgie ambulatoire déjà commencée antérieurement (interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin, circoncision, canal carpien, drains transtympaniques, autres interventions sur la main). Dans d'autres, le tarif unique coïncide bel et bien avec une accélération de la hausse de la chirurgie ambulatoire (hernies inguinales, veines et éveinages).

⁵⁰ En 2012.

⁵¹ En 2009.

⁵² Sur la période considérée, une racine (« Autres interventions intraoculaires en dehors des affections sévères ») voit son taux de chirurgie ambulatoire baisser.

Rapport

Tableau 8 : Évolution du taux de chirurgie ambulatoire de certains gestes portés au tarif unique en 2009 (en points)

	Progression annuelle moyenne 2 ans avant le tarif unique (2007-2009)	Progression annuelle 4 ans après le tarif unique (2009-2012)	Impact
Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels	1,7	1,2	-
Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	7,1	3,8	-
Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans	0,1	0,8	+
Interventions sur les amygdales, en ambulatoire	0,1	0,8	+
Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans	0,0	0,1	+
Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans	0,2	0,4	+
Interventions pour oreilles décollées	1,9	2,6	+
Ligatures de veines et éveinages	9,0	9,8	+
Interventions réparatrices pour hernies et éventrations, âge inférieur à 18 ans	4,0	2,8	-
Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans	2,7	9,0	++
Autres arthroscopies du genou	8,9	4,2	--
Autres interventions sur la main	1,3	1,9	+
Ménisectomie sous arthroscopie	9,0	5,0	-
Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein	3,8	5,6	+
Interventions sur la région anale et périanale	1,4	3,7	+
Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge inférieur à 18 ans	3,5	3,5	=
Circoncision	1,2	0,7	-
Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin	1,0	1,9	+
Dilatations et curetages, conisations pour affections non malignes	4,0	3,9	=
Total	5,3	4,1	-

Source : ATIH, calculs mission.

3.1.3. La mise en place d'un tarif unique est l'élément le plus probant de la politique incitative, même si son mode de calcul a souvent été instable et peu lisible

3.1.3.1. L'incitation tarifaire a été brouillée par la superposition de mesures allant dans des sens opposés

En dépit des mesures de rapprochements des tarifs (1, J) et de l'instauration du tarif unique, il peut exister des GHM ambulatoires sous-financés, c'est-à-dire dont les tarifs sont très largement inférieurs aux TIC. Cette situation est la conséquence de mesures de « convergence intersectorielle » (notamment lors de la campagne tarifaire 2010) aboutissant à des baisses de tarifs qui n'ont pas été totalement compensées par la politique tarifaire en faveur de l'ambulatoire. Ce sous-financement, qui touche certains GHM ambulatoires du secteur public, se trouve progressivement gommé après 2010.

L'incitation tarifaire est, de ce fait, brouillée car elle est contrecarrée par plusieurs autres principes entrant en jeu dans la construction des tarifs : la convergence, la neutralité tarifaire et les mesures d'économies. Ce millefeuille de mesures modelant les tarifs dans des sens différents rend illisible le signal tarifaire spécifique en faveur de la chirurgie ambulatoire. Le rythme annuel de refonte des tarifs entraîne également un manque de visibilité et de prévisibilité. Les deux tableaux suivants illustrent les à-coups que peut subir d'une année sur l'autre l'évolution des tarifications.

Tableau 9 : Exemples d'évolution du tarif de quelques GHS dans le secteur ex-DG

GHM J	Libellé	Tarif 2009	Tarif 2010	Tarif 2011	Tarif 2012	Tarif 2013	Tarif 2014	Tarifs issus des coûts (campagne 2014)
08C45J	Ménisectomie sous arthroscopie, en ambulatoire	1 385,13	1 045,45	1 047,65	1 049,33	1 086,00	1 292,20	1 285,96
03C15J	Interventions sur la bouche, en ambulatoire	742,69	754,46	809,96	1 102,75	1 268,38	1 267,53	1 040,44
12C08J	Circoncision, en ambulatoire	861,12	594,36	596,10	597,05	634,78	841,31	829,60
06C10J	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire	1 492,93	1 531,96	1 522,57	1 525,01	1 509,61	1 509,38	1 187,68

Source : SNATIH.

Rapport

Tableau 10 : Exemples d'évolution du tarif de quelques GHS dans le secteur ex-OQN

GHM J	Libellé	Tarif 2009	Tarif 2010	Tarif 2011	Tarif 2012	Tarif 2013	Tarif 2014	Tarifs Issus des coûts (campagne 2014)
02C05J	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire	993,45	898,90	827,81	791,48	789,13	738,99	725,05
03C15J	Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	397,73	333,92	301,48	310,56	309,64	309,53	244,42
06C14J	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales, en ambulatoire	373,76	400,01	461,23	627,08	769,48	769,49	507,98
11C07J	Interventions sur l'urètre, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	439,10	446,65	477,65	493,30	491,84	606,41	466,57

Source : SNATIH.

3.1.3.2. La mission estime néanmoins que la mise en place du tarif unique donne un signal positif aux établissements

En comparant le tarif affiché au tarif issu des coûts, l'incitation est difficilement perçue car certains séjours continuent d'être sur ou sous financés, même si leur nombre tend à se réduire. De plus, les fluctuations du tarif perturbent la perception et la projection à moyen terme des établissements. Il n'en reste pas moins que l'écart coût-tarif s'établit en faveur de la chirurgie ambulatoire par rapport à la chirurgie conventionnelle. Dès lors la mise en place d'un tarif unique calculé sur la base d'une moyenne pondérée des tarifs en ambulatoire et en hospitalisation complète sans sévérité est indéniablement économiquement avantageuse. Surtout, dans un contexte où la plupart des établissements sont plus attentifs à l'évolution de leurs recettes d'activité qu'aux écarts entre les tarifs et les coûts, les tarifs uniques peuvent efficacement parer aux stratégies privilégiant les interventions avec hospitalisation complète en raison de leurs tarifs plus avantageux.

3.1.3.3. Le coût de l'incitation tarifaire directement liée à la chirurgie ambulatoire est difficile à identifier

Compte tenu de la complexité du calcul des tarifs qui résulte de facteurs liés ou non à la chirurgie ambulatoire, il n'est pas possible d'isoler le coût de la politique incitative dans le financement effectif des séjours ambulatoires. En revanche, *ex ante*, l'ATIH peut calculer le coût de chaque mesure directement incitative sur la masse tarifaire (modulations des tarifs des séjours (1,J)) ou indirectement (actions sur les tarifs des niveaux de sévérité 2,3,4). Ce coût est mesuré par l'écart des dépenses par rapport à la précédente campagne tarifaire, à masse d'actes constante. Mesuré ainsi, il avoisine les 30 M€ en 2012 et 2013. En 2014, la politique tarifaire produit une économie de 57 M€.

Rapport

Tableau 11 : Coûts annuels pour l'assurance maladie des mesures affectant la chirurgie ambulatoire (en M€)⁵³

Mesure	2012	2012	2013	2013	2014	2014
	ex-DG	ex OQN	ex-DG	ex OQN	ex-DG	ex OQN
Mise en place du tarif unique	-6,3	-0,2	0	0	11,1	-40,3
Rapprochement tarifs 1 et J	27	33	-	-	-	-
Réduction des sur-financements et des sous-financements pour les GHM ambulatoires	0,5	4	21	8,8	- 5,7	27,4
Diminution de l'incitation tarifaire	0	-28	-	-	-	-
Suppression des bornes basses	-	-	-	-	0	0
Réduction des sur-financements niveaux 2,3,4	-	-	-	-	- 43,4	-5,9
Total	21,2	8,8	21	8,8	-38	-18,8
Total tous établissements	30		29,8		-56,8	

Source : Mission, à partir de données ATIH, cf. annexe pour le détail. NB : la suppression des bornes basses est à masse constante, par construction. La réduction des surfinancements des séjours de chirurgie conventionnelle des niveaux 2, 3, 4 est comptée dans la politique d'incitation tarifaire en 2014 par l'ATIH.

3.2. La mise sous accord préalable : un dispositif contraignant, efficace mais à durée limitée

3.2.1. Le dispositif instauré en 2008 vise à rendre plus complexe le recours à l'hospitalisation complète pour un nombre limité de gestes

La mise sous accord préalable a été instaurée par l'article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2008 pour les établissements dont le développement de la chirurgie ambulatoire est insuffisant. Lorsqu'un établissement est placé sous accord préalable de l'assurance maladie, la prise en charge par l'assurance maladie de la réalisation en hospitalisation complète de certains gestes (hors urgences) est subordonnée à l'accord préalable, rendu sous les 48 heures, du service du contrôle médical de l'organisme local d'assurance maladie⁵⁴. Les gestes pouvant relever de la MSAP (« gestes marqueurs ») font l'objet d'une liste établie en accord avec les sociétés savantes⁵⁵. En cas de refus, l'établissement et le patient sont prévenus que la prise en charge de l'intervention est réalisée par l'assurance-maladie sur la base d'un séjour en chirurgie ambulatoire.

C'est le directeur général de l'ARS qui prend la décision de placer l'établissement sous accord préalable, sur proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie, après procédure contradictoire avec l'établissement sur la base de ses performances en chirurgie ambulatoire et du contexte local. Cette décision est prise pour une durée de six mois et pour un nombre limité de gestes.

⁵³ Ces calculs sont effectués à masse d'actes et structure constantes (effet prix). Ils permettent d'estimer les différentiels de coûts pour l'assurance maladie liés aux mesures tarifaires d'une année sur l'autre. En revanche, il ne s'agit pas du coût total des incitations tarifaires liées à la chirurgie ambulatoire.

⁵⁴ La réponse du médecin conseil est faite dans les 24h suivant l'instruction du dossier selon une grille de critères médicaux et sociaux explicitée dans les lettres réseau (score ASA, isolement du patient).

⁵⁵ Cette liste comporte 5 gestes en 2008, 17 en 2009, 38 en 2013 et 43 en 2014. Ces gestes correspondent à plusieurs codes d'actes CCAM.

Rapport

L'article L162-1-17 du Code de la sécurité sociale dispose que « dans le cas où l'établissement de santé, informé par l'agence régionale de santé de la soumission à la procédure d'accord préalable du prescripteur, délivre des prestations d'hospitalisation malgré une décision de refus de prise en charge, il ne peut pas les facturer au patient. ».

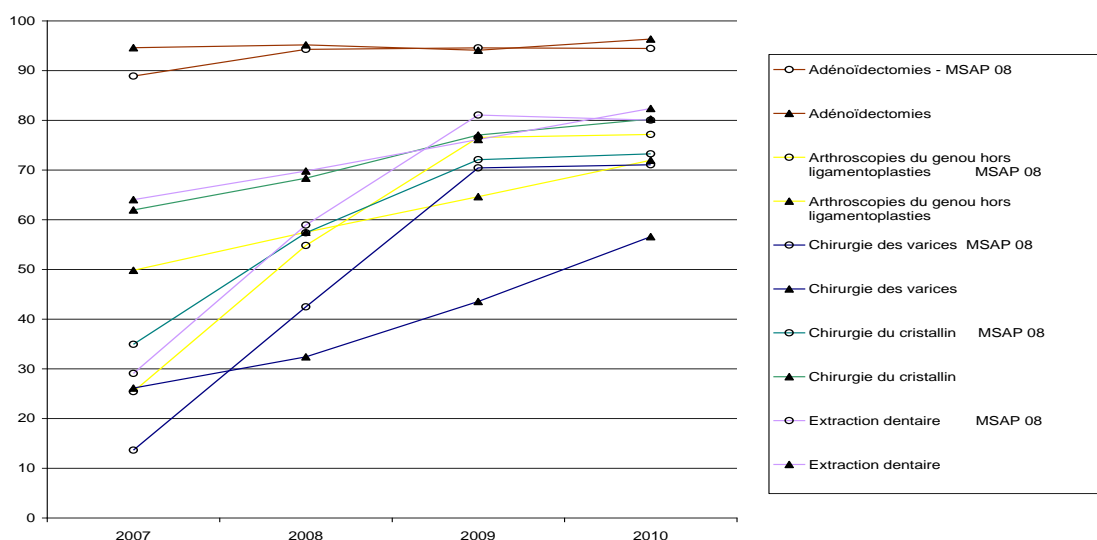
L'assurance maladie a défini un contrôle *a posteriori* de la procédure MSAP chirurgie ambulatoire portant sur deux situations : l'absence de demande d'accord préalable et la facturation d'un séjour en hospitalisation complète malgré un avis défavorable. Pour les établissements publics et ESPIC, les lettres réseau définissent une procédure de contrôle *a posteriori* sur site. Pour les établissements privés, un contrôle *a priori* sur la liquidation et un contrôle *a posteriori* par requête sont prévus.

3.2.2. L'impact de la MSAP sur le développement de la chirurgie ambulatoire varie selon les gestes

Les gestes et actes éligibles à la MSAP sont généralement classés dans des GHS bénéficiant d'un tarif unique. Il est donc difficile de déterminer précisément l'impact de chacune de ces mesures.

La MSAP est limitée à certains gestes et à un petit nombre d'établissements (moins de 200 en 2012). Il n'y a pas d'effet d'entraînement à l'ensemble de l'activité potentiellement ambulatoire et à l'ensemble des établissements. En revanche, il existe bel et bien un effet circonscrit aux gestes et établissements sous MSAP. Un bilan de la politique de MSAP entre 2007 et 2010 réalisé par la CNAMTS montre que, pour certains gestes, les établissements sous MSAP ont des taux de chirurgie ambulatoire supérieurs à ceux des établissements sans MSAP. Par exemple, pour l'arthroscopie du genou hors ligamentoplastie avant MSAP, les établissements sous MSAP en 2008 ont en moyenne un taux de chirurgie ambulatoire de 25 % en 2007, contre 50 % pour les établissements sans MSAP. Ces taux passent en 2010 à, respectivement, 77 et 65 % après une inflexion nette en 2008 au moment de leur entrée sous MSAP.

Graphique 3 : Taux de chirurgie ambulatoire de 2007 à 2010 pour les établissements avec et sans MSAP en 2008



Source : CNAMTS.

Rapport

Sur la période récente, la CNAMTS a actualisé cette étude sur des données 2009-2011 pour le seul geste de la hernie inguinale qui est le geste le plus fréquemment retenu par les régions. Cette étude met en évidence l'année de la MSAP -2011- et l'année suivante, un accroissement très important du taux de chirurgie ambulatoire, les établissements mis sous MSAP dépassant en 2012 ceux qui n'y ont pas été soumis.

Tableau 12 : Effet de la MSAP sur le taux de chirurgie ambulatoire

Année	Non MSAP		MSAP		
	Nombre de séjours	Taux ambulatoire (en %)	Nombre de séjours	Taux ambulatoire (en %)	Écart en points
2010	103 180	35	1 931	24	-11
2011	105 437	43	2 068	41	-2
2012	103 849	48	2 039	56	8

Source : CNAMTS, champ : dix établissements privés et deux CHU.

Sur une plus longue période, la mission a mis en évidence une réelle inflexion l'année de la MSAP dans la plupart des établissements étudiés. Ainsi, dans une des régions visitées, pour une MSAP en 2010 sur la chirurgie inguinale, les taux de chirurgie ambulatoire connaissent un très fort accroissement dès l'année de mise en place de la mesure. L'impulsion donnée se poursuit les années suivantes (A, B, D, F du tableau 12) ou retombe (C, E du tableau 12). Le caractère relativement éphémère de l'effet MSAP s'observe également pour les cliniques (mais dans celles de la région représentée dans le tableau 13).

Tableau 12 : Taux de chirurgie ambulatoire pour la hernie inguinale dans plusieurs CH d'une même région sous MSAP en 2011, comparé aux établissements similaires sans MSAP (en %)

	Taux de chirurgie ambulatoire établissements sous MSAP (en %)						Moyenne régionale CH/CHU (%)	CHU/CHU sous MSAP (%)	CHU/CHU sans MSAP (%)
	CH A	CHU B	CH C	CHU D	CH E	EBNL F			
2013	61,6	33,5	35,2	43,9	45,3	70,1	49,5	54,8	46,1
2012	56,7	25,8	37,1	40,0	49,4	64,9	42,9	50,1	38,4
2011	43,0	35,1	29,5	28,4	52,6	64,0	35,9	46,5	28,8
2010	41,4	31,7	21,1	37,3	31,5	39,5	28,3	34,0	24,6

Source : Mission.

Tableau 13 : Taux de chirurgie ambulatoire pour la hernie inguinale dans plusieurs cliniques d'une même région sous MSAP en 2011, comparé aux établissements similaires sans MSAP (en %)

	Cliniques sous MSAP			Clinique sans MSAP (%)	Moyenne nationale (%)	Moyenne régionale CH (%)
	clinique A	clinique B	clinique C			
2013	64,1	57,0	79,8	65,3	65,0	65,3
2012	45,8	47,6	77,6	55,3	55,0	55,4
2011	39,5	44,6	72,5	49,3	50,1	48,9
2010	36,8	17,6	63,5	40,7	36,3	42,3

Source : ATIH.

Il ressort de ces observations que, même si un certain degré de contrainte peut être utile, dans des cas précis à apprécier sur le terrain, le dispositif de la MSAP doit s'accompagner, pour être pleinement fructueux, d'un plan d'ensemble intégrant le projet d'établissement aux réflexions régionales, territoriales, et nationales.

Rapport

La mission propose donc :

- ◆ d'étendre le champ des gestes susceptibles de faire l'objet d'une MSAP en cohérence avec la mise en place de 111 racines à tarif unique et de permettre aux ARS de soumettre un établissement à un ensemble de gestes nécessitant un accord préalable pour leur réalisation en hospitalisation complète afin d'avoir un impact plus global et plus pérenne sur son organisation ;
- ◆ d'inciter les établissements à internaliser la logique de la MSAP, en établissant des listes de gestes pour lesquels le recours à l'hospitalisation complète devra être justifié dans le dossier médical par la mention des contre-indications médico-psycho-sociales constatées.

3.3. Le pilotage national et régional devrait mettre en œuvre une stratégie plus précise, axée sur la conduite du changement

Soutenu depuis 2003 par le ministère de la santé, le développement de la chirurgie ambulatoire a été érigé en priorité nationale en 2010 et inscrit au nombre des dix priorités de gestion du risque (GDR) assignées aux ARS par la directive du ministère de la santé du 19 juillet 2010.

Le pilotage national du développement de la chirurgie ambulatoire s'inscrit depuis 2010 dans un contexte institutionnel nouveau caractérisé par la création des ARS et l'instauration d'un dispositif national unifié de pilotage des ARS sous l'égide du Conseil national de pilotage (CNP). Outre les leviers constitués par la politique tarifaire et la MSAP (cf. *supra*), le pilotage national des ARS en matière de chirurgie ambulatoire s'est appuyé principalement sur un certain nombre d'outils :

- ◆ la fixation de cibles nationales de chirurgie ambulatoire dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) signés avec les ARS ;
- ◆ des instructions nationales périodiques relatives aux dix priorités de gestion du risque (GDR) ;
- ◆ la mise à disposition de guides et d'outils destinés aux établissements ou aux ARS pour faciliter la contractualisation avec ceux-ci ;
- ◆ des temps de restitution et d'échange avec les ARS.

L'analyse du corpus de textes et d'outils produits montre que le pilotage national en matière de chirurgie ambulatoire a connu des difficultés de synchronisation dans cette période de rodage du nouveau dispositif institutionnel. Ainsi, les premières cibles régionales de chirurgie ambulatoire des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) signés avec les ARS ont été fixées le 6 février 2011 alors que les ARS étaient encore engagées dans la réalisation des états des lieux et des diagnostics partagés destinés à les éclairer. De plus ces cibles ne portaient que sur les 18 gestes marqueurs, ce qui est peu cohérent avec le principe de la chirurgie ambulatoire érigée en pratique de référence. Ce n'est qu'en mai 2012 qu'elles ont été complétées par l'adjonction du taux global de chirurgie ambulatoire. Le pilotage national a impliqué par ailleurs pour les ARS, elles-mêmes en phase de montée en charge, une lourde charge de remontée de données et d'informations qui n'ont donné lieu qu'à des retours tardifs du niveau national.

Rapport

Ces décalages sont à relier aux difficultés initiales d'articulation des dispositifs de pilotage de l'assurance maladie d'une part (privilégiant les gestes marqueurs et la MSAP) et de la DGOS d'autre part (privilégiant le levier tarifaire, la réglementation des organisations et la contractualisation). À trois années de distance, on peut considérer que l'intégration de la chirurgie ambulatoire au sein du dispositif national unifié de pilotage a permis de rapprocher les points de vue et autorisé une meilleure synergie des actions respectives de l'État et de l'assurance maladie. Le bilan est plus nuancé au niveau régional, les coopérations entre réseau de l'assurance maladie et ARS apparaissant de qualité et d'intensité variables.

Les progrès de la gouvernance en matière de chirurgie ambulatoire n'ont néanmoins pas eu pour corollaire à ce jour des résultats à la hauteur des ambitions affichées. Les points faibles du dispositif national et régional de pilotage concernent notamment :

- ◆ le cadrage flou sur certains points de la stratégie privilégiée pour développer la chirurgie ambulatoire ;
- ◆ l'absence de suivi des impacts financiers associés ;
- ◆ l'efficacité incertaine des actions menées qui contraste avec le volume important de prescriptions et d'outils déployés.

3.3.1. Le cadrage sur certains points de la stratégie de développement de la chirurgie ambulatoire reste flou

La stratégie mise en œuvre pour développer la chirurgie ambulatoire, à compter de l'affirmation du changement de paradigme en 2010, a reposé principalement sur la combinaison de l'incitation tarifaire, de la contrainte de la MSAP, et d'une politique de contractualisation en cascade destinée, d'une part à afficher une contrainte de résultats à tous les niveaux, d'autre part à assurer la modulation nécessaire des efforts des acteurs et leur accompagnement en fonction des contraintes et des freins identifiés. Cette stratégie peut être jugée globalement pertinente et l'importance de l'investissement consenti au niveau national pour déployer un éventail cohérent de mesures et d'outils à même d'appuyer l'action des acteurs locaux dans un contexte de transformation institutionnelle mérite d'être saluée.

Toutefois, l'ambition d'une chirurgie ambulatoire majoritaire à horizon 2016, jugée « possible et raisonnable » par l'ensemble des acteurs en 2011, nécessite pour être satisfaite une inflexion sensible du *trend* de progression actuel. Ce constat conduit à interroger la pertinence de la politique menée jusqu'à présent, en particulier de son cadrage stratégique. En effet :

- ◆ certaines orientations stratégiques sont restées vagues ;
- ◆ l'articulation des objectifs de développement de la chirurgie ambulatoire avec ceux des SROS en cours d'élaboration n'a pas toujours été assurée ;
- ◆ la détermination des cibles de chirurgie ambulatoire à tous les niveaux ne s'est pas appuyée sur des recommandations méthodologiques précises.

3.3.1.1. Certaines orientations importantes pour le développement de la chirurgie ambulatoire sont restées imprécises

L'intégration de la chirurgie ambulatoire dans la politique nationale de GDR n'a pas eu pour effet de regrouper l'ensemble des prescriptions nationales au sein de ce dispositif spécifique de pilotage. En effet, toutes les instructions relatives à la régulation stratégique de l'offre de soins sont restées de la compétence exclusive de la direction générale de l'offre de soins (DGOS). En conséquence, certaines orientations stratégiques en matière de chirurgie ambulatoire figurent non dans les instructions GDR, mais dans deux instructions aux ARS de la DGOS, relatives respectivement au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional de l'offre de soins (SROS-PRS) et au guide CPOM-établissements publié en 2012.

Ces deux guides apportent des éléments de réponse à la question de savoir si l'accès à une offre de chirurgie ambulatoire doit être assuré en tout point du territoire.

Le guide SROS assigne trois grands objectifs au développement de la chirurgie ambulatoire :

- ◆ la généralisation à l'ensemble des actes (« développer la chirurgie ambulatoire dans son ensemble ») ;
- ◆ l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- ◆ la structuration d'une offre de soins efficiente.

Il est précisé s'agissant de ce dernier objectif que la chirurgie ambulatoire doit être développée « dans l'ensemble des sites de chirurgie » en substitution à l'hospitalisation, et « fondée sur une masse critique d'activité ». L'inscription de la chirurgie ambulatoire dans une logique de parcours est par ailleurs mentionnée ainsi que la mutualisation des plateaux techniques avec les actes techniques de médecine impliquant le recours à l'anesthésie régionale ou locorégionale. Toutefois, aucune indication n'est fournie sur la masse critique d'activité ambulatoire requise en pratique. Un seuil de 1 500 actes est certes cité, mais il concerne l'activité globale de chirurgie. La situation des établissements ayant une activité totale de chirurgie comprise entre 1 500 et 3 000 actes est laissée dans le vague. Le guide relatif aux CPOM établissements n'est pas davantage explicite.

Pourtant, il ressort tant des analyses effectuées par la mission à partir des données disponibles que des éléments recueillis sur le terrain la grande difficulté des établissements avec une faible activité de chirurgie à développer des organisations de qualité et efficaces en chirurgie ambulatoire. Certes, certains petits établissements parviennent à se recentrer sur une chirurgie ambulatoire limitée à quelques gestes et à la maintenir voire la développer, en général dans le cadre de dispositifs de coopération avec des établissements du territoire. Néanmoins, si ces organisations permettent de maintenir une offre de proximité dans certains territoires, elles restent instables en raison de la difficulté à fidéliser les ressources médicales et structurellement coûteuses. La mission estime donc que si ces situations peuvent constituer une transition utile, l'objectif doit rester sauf exception de regrouper à terme les activités de chirurgie à faible volume dans les établissements voisins du territoire présentant une masse et un profil d'activité chirurgicale adéquats.

On ne trouve pas non plus d'objectifs concernant les lits de chirurgie conventionnelle dont la capacité devrait être reconfigurée en cohérence avec le développement de la chirurgie ambulatoire, *a fortiori* dans la perspective de sa généralisation. La réduction des capacités d'hospitalisation complète est pourtant un levier à considérer pour développer la chirurgie ambulatoire et c'est la condition pour dégager à terme les économies attendues du développement de la chirurgie ambulatoire.

3.3.1.2. L'articulation des SROS avec les objectifs des ARS en matière de chirurgie ambulatoire n'est pas systématique

Les SROS ont été élaborés par les ARS sur la période 2011-2012. Ils reprennent l'objectif de développer la chirurgie ambulatoire et font référence aux plans d'action régionaux élaborés à cet effet. Symétriquement, les plans d'action des ARS intègrent le SROS comme un levier majeur de promotion de la chirurgie ambulatoire. Toutefois, on observe que les cibles de chirurgie ambulatoire affichées dans les SROS sont parfois inférieures à celles des CPOM ARS et en contradiction de ce fait avec l'objectif d'une pratique majoritaire à horizon 2016.

3.3.1.3. Les cibles de chirurgie ambulatoire font l'objet d'une détermination encore approximative

En contradiction avec l'objectif affirmé de déterminer les cibles de chirurgie ambulatoire régionales et des établissements en tenant compte de leur potentiel de développement, on constate que les cibles régionales à horizon 2016 ont été fixées très majoritairement par application d'un taux d'accroissement annuel uniforme aux taux de chirurgie ambulatoire en 2010. S'agissant des cibles des établissements, le guide CPOM établissements engage les ARS à les fonder sur l'évaluation de leur potentiel en tenant compte des spécificités des établissements. Dans les régions visitées par la mission, les cibles des établissements ont initialement souvent été arrêtées par référence au taux d'effort régional prévu par le CPOM État-ARS, modulé à la marge après étude du *case-mix*. Il n'y a donc pas eu de réelle stratégie de développement fondée sur l'identification des établissements présentant les potentiels de développement les plus prometteurs. Les ARS rencontrées ont d'ailleurs indiqué à la mission leur intention de réviser les cibles sur des bases plus rigoureuses, certaines ayant déjà développé des méthodologies intéressantes⁵⁶.

3.3.1.4. L'impact des actions menées par les ARS est difficile à mettre en évidence

Le recul est certes encore insuffisant aujourd'hui pour apprécier tous les effets des plans d'action des ARS. En particulier, l'impact des actions des ARS sur les dynamiques de chirurgie ambulatoire des établissements apparaît difficile à apprécier aujourd'hui. De façon générale, comme il a été observé *supra*, les tendancielles de progression de la chirurgie ambulatoire n'ont pas connu d'accélération notable depuis 2010. Quelques ARS ont certes atteint en 2013 leurs cibles prévisionnelles, mais il est difficile de déterminer si ce résultat est imputable à leur action propre ou à celles d'établissements particulièrement dynamiques.

De façon schématique, les actions des ARS s'ordonnent autour de deux axes principaux :

- ◆ des actions générales portant notamment sur l'information, la sensibilisation et la participation des acteurs, tant professionnels qu'usagers⁵⁷, dont l'intérêt tient notamment au climat partenarial positif qu'elles permettent de créer avec les établissements et les professionnels ;
- ◆ une contractualisation avec les établissements, dont l'effet peut sembler limité à ce jour.

⁵⁶ Alignement par GHM sur la meilleure pratique constatée dans la région dans une ARS ; optimisation de l'offre par territoire de santé dans une autre.

⁵⁷ Organisation de journées chirurgie ambulatoire, diffusion de plaquettes d'information patients, mise en place d'instances régionales un comité régional chirurgie ambulatoire. Certaines ARS ont également mis en place des actions de benchmark entre établissements (benchmark des blocs opératoires/ benchmark des organisations des UCA), financé des formations ou instauré des équipes référentes. On peut aussi mentionner le lancement d'appels à projets « pratiques innovantes ».

Certaines ARS ont soulevé la question de l'absence de leviers tarifaires à leur main pour faire des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) un outil véritablement efficace, qu'il s'agisse d'incitations financières pour intéresser les établissements à l'atteinte des cibles ou, à l'inverse, de pénalités en cas d'évolution insuffisante. La mission est d'un avis différent. Les établissements bénéficient en effet d'incitations financières suffisantes au travers des tarifs uniques, et le retour à une plus grande neutralité tarifaire aura un impact pénalisant pour les établissements les moins avancés. L'utilité de la contractualisation est de ce point de vue d'abord d'en convaincre les établissements, ensuite, à l'aide d'outils microéconomiques adéquats, de les aider à réaliser les économies potentielles qui leur permettront de faire face à la baisse de leurs tarifs de chirurgie conventionnelle.

3.3.1.5. L'inscription de la chirurgie ambulatoire dans une logique de parcours se heurte à de nombreuses difficultés

L'un des objectifs assignés aux ARS est de faciliter l'insertion des actes de chirurgie ambulatoire dans la logique de parcours de soins de patient. Cette question se heurte actuellement à de nombreuses difficultés :

- ◆ pour une partie des acteurs, l'acte de chirurgie ambulatoire se suffit à lui-même, le patient ne requérant aucun soin médical ou infirmier ultérieur lié à l'acte lui-même ;

La mission relève cependant que le développement en chirurgie ambulatoire de gestes progressivement plus lourds ou concernant des patients porteurs de co-morbidités va renforcer le besoin d'une coopération de l'hôpital avec les soins de ville. Si aujourd'hui seule fait réellement consensus la nécessité d'informer individuellement le médecin traitant du patient, son implication sera nécessaire demain pour rétablir les traitements des patients malades chroniques à l'issue d'une hospitalisation. Par ailleurs, la possibilité de développer la chirurgie ambulatoire pour certaines interventions nécessitant de réaliser des gestes techniques sera subordonnée à l'intervention de soins infirmiers au domicile du patient. Certaines expérimentations se développent actuellement en ce sens, avec des dispositifs du type PRADO⁵⁸. D'autres établissements recourent aux services d'hospitalisation à domicile, option qui devrait en l'état actuel de la réglementation rester réservée aux situations des patients qui répondent aux critères habituels de prise en charge en HAD⁵⁹.

- ◆ la faible disponibilité des médecins traitants et des infirmiers de ville et l'absence de cadre organisé de coopération ville - hôpital constituent également souvent localement des freins au transfert de gestes plus lourds en ambulatoire ;
- ◆ les acteurs rencontrés par la mission font par ailleurs état de divers freins liés à des problèmes de cotation⁶⁰, de compétence pour effectuer certains actes en ville⁶¹, de responsabilité civile professionnelle⁶² et de rémunération des actes effectués dans le cadre du suivi postopératoire⁶³.

⁵⁸ Tels qu'expérimentés avec le soutien de l'ARS Picardie.

⁵⁹ Nécessité de coordonner dans la durée des soins complexes au domicile du patient ; un relais HAD à l'issue d'une chirurgie ambulatoire peut ainsi répondre aux besoins de patients avec des pathologies lourdes (cancer par exemple).

⁶⁰ Absence de cotation adaptée pour le suivi par des infirmiers libéraux par exemple.

⁶¹ Un infirmier ne peut manipuler par exemple des cathéters péri-nerveux que sous la responsabilité d'un médecin, condition difficile à satisfaire en ville.

⁶² Avec des enjeux encore plus lourds, dans le cas par exemple de rétablissements de traitements par le médecin de ville après son interruption lors d'une prise en charge en ambulatoire (anticoagulants).

⁶³ L'article L162-1-7 du CSS prévoit qu'aucune consultation individuelle ne peut être facturée au patient dans les 15 jours suivant l'intervention chirurgicale. Ces dispositions selon la DSS ne s'appliquent toutefois qu'au chirurgien et à l'anesthésiste ayant pratiqué l'intervention.

Rapport

Au total, un travail de clarification des rôles attendus des professionnels de ville en fonction des interventions apparaît nécessaire. Il doit être complété par l'expertise des différents modes de partenariat susceptibles de contribuer à la structuration des parcours de soins des patients pris en charge en chirurgie ambulatoire⁶⁴, et une discussion sur d'éventuels conventionnements spécifiques avec le secteur des soins de ville doivent donc être engagés.

3.3.2. Le suivi des économies et du coût de la politique publique associés au développement de la chirurgie ambulatoire n'est pas assuré

Le développement de la chirurgie ambulatoire répond d'abord à un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Il est aussi porteur de gains d'efficacité essentiels pour la maîtrise des dépenses de santé hospitalières.

Toutefois, si cet enjeu d'efficacité est régulièrement mis en avant aussi bien au niveau des dépenses d'assurance maladie qu'au niveau des établissements, on constate que :

- ◆ au niveau national, il existe peu d'évaluations *ex ante* des économies ;
- ◆ le coût de la politique publique de soutien au développement de la chirurgie ambulatoire est difficile à cerner ;
- ◆ il n'existe pas de dispositif de suivi macro-économique ni micro-économique des économies réalisées ;
- ◆ peu d'outils ont été développés pour mettre les établissements en mesure d'évaluer et de suivre leur retour sur investissement en faveur de la chirurgie ambulatoire.

3.3.2.1. Au niveau national, il existe peu d'évaluations des économies sur les dépenses hospitalières

S'agissant des économies sur les dépenses hospitalières, on dispose essentiellement d'estimations budgétaires annuelles ponctuelles dont la portée paraît limitée.

La directive du 19 juillet 2010 aux ARS comporte ainsi un tableau annexé listant les économies attendues de la mise en œuvre des dix priorités nationales de gestion du risque, chiffrées pour la chirurgie ambulatoire à 30 M€ en 2010 et à 50 M€ en 2011. Il s'agit *a priori* d'économies tarifaires brutes liées à la substitution progressive attendue des séjours de chirurgie ambulatoire aux séjours de chirurgie conventionnelle, les tarifs des premiers étant alors dans l'ensemble sensiblement inférieurs en moyenne aux seconds. L'instruction GDR 2013-119 du 1^{er} mars 2013 avance un montant de 123 M€ d'économies générées par la GDR au titre de l'amélioration de la qualité des prises en charge à l'hôpital⁶⁵ (chirurgie ambulatoire, réduction de la durée moyenne de séjour (DMS) ».

⁶⁴ Les actions impulsées par les ARS concernent en conséquence essentiellement à ce jour l'information des professionnels de ville. L'assurance maladie développe par ailleurs dans le cadre du programme PRADO des partenariats susceptibles de contribuer à la structuration des parcours de chirurgie ambulatoire. On peut citer aussi l'action de la MSA en cours menée avec la DGOS et les ARS.

⁶⁵ La méthodologie d'estimation de ce montant d'économies n'a pas été précisée à la mission.

Rapport

Par la suite, l'extension progressive du tarif unique et plus généralement d'une politique tarifaire incitative a limité l'intérêt de ce type d'estimations. Le coût du soutien au développement de la chirurgie ambulatoire induit par cette politique incitative n'a au demeurant fait l'objet que d'études ponctuelles de l'ATIH. Ce n'est que récemment que des estimations d'économies à moyen terme fondées sur un retour progressif à la neutralité tarifaire ont été entreprises. Ces estimations présentent l'intérêt essentiel de pouvoir comparer différentes options de trajectoire tarifaire. La mission estime qu'il serait utile de conduire chaque année au niveau national ce type d'estimations.

Il serait utile par ailleurs de bâtir un dispositif permettant d'apprécier l'impact global consolidé du développement de la chirurgie ambulatoire sur les dépenses de l'assurance maladie:

- ◆ ré-hospitalisations éventuelles, impact sur les dépenses de transport sanitaires ;
- ◆ impact sur les soins de ville (recours au médecin traitant, aux infirmiers et aux autres professionnels de santé de ville après le retour au domicile) ;
- ◆ impact sur les indemnités journalières maladie.

Jusqu'à présent, la chirurgie ambulatoire ayant concerné essentiellement des actes de chirurgie courante, ces impacts ont sans doute été peu importants. Avec le développement en ambulatoire d'actes progressivement plus lourds (épaules, hanches, genoux par exemple), concernant des patients plus jeunes ou présentant des co-morbidités, il apparaît nécessaire de suivre ces différents impacts. La mission propose à cet effet de constituer un panel de patients ayant subi différents types d'interventions chirurgicales (en ambulatoire et en hospitalisation conventionnelle), et de suivre à six mois leurs dépenses d'assurance maladie respectives.

La facilitation du retour à domicile nécessitera enfin, dans certains cas, le recours à des intervenants sociaux pour assister les patients dans les actes de la vie quotidienne. Il paraît nécessaire d'organiser le suivi de ces dépenses sociales.

3.3.2.2. Le coût direct de la politique publique de soutien au développement de la chirurgie ambulatoire apparaît difficile à cerner

En dernier lieu, il convient d'observer que, réserve faite du coût de la politique tarifaire, il n'est pas possible aujourd'hui d'appréhender précisément le coût direct de la politique de soutien au développement de la chirurgie ambulatoire. Au niveau national, cela supposerait notamment d'identifier les crédits mobilisés par la HAS et l'ANAP pour financer les actions prévues. Au niveau des ARS, les crédits du Fonds d'intervention régional (FIR) consacrés à cette thématique ne font pas l'objet d'un suivi spécifique. Le coût total des financements des ARS ne dépasse probablement pas, en tout état de cause, quelques millions d'euros. Devraient s'y ajouter une fraction éventuelle des crédits d'aide à la contractualisation (AC) destinés aux établissements. Au total, faute de données mobilisables, la mission n'est pas en mesure de fournir une estimation robuste du coût global de la politique publique de soutien à la chirurgie ambulatoire. Les incitations tarifaires constituent néanmoins de toute évidence, au regard des observations réalisées par la mission sur le terrain, l'essentiel de ce soutien.

3.3.2.3. Il n'existe pas de dispositif de suivi des économies réalisées par les établissements

Les coûts pour les établissements des prises en charge en chirurgie ambulatoire sont inférieurs à ceux de la chirurgie conventionnelle, alors même que leurs recettes, à nombre d'actes égal, en sont augmentées. Les équipes de nuit et de week-end ne sont plus nécessaires. Le volume de certains consommables est réduit (restauration, gestion des déchets). Parallèlement, l'accroissement de la rotation des patients sur un lit ambulatoire génère des recettes pour l'établissement.

Or, aucune initiative n'a été développée pour suivre l'évolution des recettes des établissements et des dépenses des établissements liés au développement de la chirurgie ambulatoire.

S'agissant des économies sur les dépenses hospitalières, on dispose essentiellement d'estimations budgétaires annuelles ponctuelles dont la portée paraît limitée.

La directive du 19 juillet 2010 aux ARS comporte ainsi un tableau annexé listant les économies attendues de la mise en œuvre des 10 priorités nationales de gestion du risque, chiffrées pour la chirurgie ambulatoire à 30 M€ en 2010 et à 50 M€ en 2011. Il s'agit *a priori* d'économies tarifaires brutes liées à la substitution progressive attendue des séjours de chirurgie ambulatoire aux séjours de chirurgie conventionnelle, les tarifs des premiers étant en 2010 dans l'ensemble sensiblement inférieurs en moyenne aux seconds.

L'ATIH a néanmoins mené quelques études sur le coût du soutien au développement de la chirurgie ambulatoire (cf. supra 3.1.3.3). Des simulations sur les économies tarifaires susceptibles d'être mobilisées *via* différentes options de modulation du calcul des tarifs uniques en fonction de deux critères⁶⁶ ont par ailleurs été réalisées par la DSS.

La mission préconise de reconduire annuellement ce type de simulations afin d'identifier les stratégies tarifaires les plus adéquates pour mobiliser les économies des établissements liées au développement de la chirurgie ambulatoire. Elle propose par ailleurs une méthodologie pour évaluer ces économies (cf. infra partie 4.2).

3.3.2.4. Peu d'outils micro-économiques ont été développés pour mettre les établissements en mesure d'évaluer et de suivre les retours sur investissement de leurs projets de développement de la chirurgie ambulatoire

Seul a été développé par l'ANAP un outil destiné à permettre aux établissements de simuler l'impact financier de la création d'une unité de chirurgie ambulatoire (OPEERA⁶⁷). Cet outil n'est toutefois qu'un modèle, et n'a pas vocation à permettre le suivi des économies effectivement réalisées. On ne dispose pas par ailleurs d'éléments permettant d'apprécier son utilisation par les établissements.

Les établissements disposent certes d'éléments de comptabilité analytique leur permettant de suivre les résultats financiers des unités de chirurgie ambulatoire (UCA). Mais la mission n'a pas eu connaissance de l'existence dans les établissements de comptes de résultats prévisionnels permettant d'évaluer des retours sur investissements liés, par exemple, à des projets de reconfiguration d'UCA pour développer l'activité.

⁶⁶ Part des séjours ambulatoires, rapprochement des tarifs issus des coûts (TIC).

⁶⁷ Outil prospectif d'évaluation économique relatif à l'ambulatoire. Une étude de *micro-costing* réalisée par la HAS est par ailleurs en cours de finalisation.

Rapport

Il est nécessaire de mettre à la disposition des établissements et des ARS des outils *ad hoc* pour évaluer ces gains potentiels et les rendre effectifs. Le rapprochement prévu des tarifs uniques des tarifs issus de coûts va rendre en effet plus aigüe la question de l'efficacité micro-économique des organisations en place dans les établissements, et de la répartition, qui tournera au désavantage des établissements peu performants, entre la chirurgie ambulatoire et la chirurgie conventionnelle⁶⁸.

En conclusion, l'efficacité du pilotage national et régional nécessite d'être renforcée et le recul est aujourd'hui insuffisant pour apprécier tous les effets à moyen terme des actions menées. Le pilotage national s'est trop focalisé sur l'accumulation de données, d'indicateurs et d'outils mais les lignes directrices qu'il a fixées sont encore imprécises. La valeur ajoutée du pilotage régional tient davantage à certaines actions innovantes qu'aux démarches de contractualisation avec les établissements.

3.3.3. La mission propose de clarifier la stratégie à moyen terme et de promouvoir les coopérations ville-hôpital

3.3.3.1. Clarifier et compléter la stratégie nationale de développement de la chirurgie ambulatoire

Il est nécessaire de concevoir une méthodologie homogène partagée d'évaluation des potentiels, préciser les objectifs de la contractualisation et accompagner la progression de la chirurgie ambulatoire par une politique tarifaire adaptée.

Au niveau national, la mission propose :

- ◆ de définir une méthodologie partagée d'évaluation des potentiels de transfert, en lien avec les sociétés savantes⁶⁹ ;
- ◆ d'intégrer dans les CPOM ARS des objectifs cibles de regroupement des activités chirurgicales des établissements ne disposant pas d'une masse critique minimale de 1 500 actes ;
- ◆ de mettre en place une politique tarifaire cohérente et lisible et de renforcer le levier de la mise sous accord préalable ;

La stratégie tarifaire doit faciliter les trajectoires de transfert en ambulatoire et permettre de mobiliser les économies des établissements. Elle s'appuie sur deux objectifs, inciter au développement de l'ambulatoire et envoyer un signal favorable clair à la réduction des capacités en hospitalisation complète.

- ◆ d'élargir le périmètre des gestes susceptibles de faire l'objet d'une mise sous accord préalable dans les établissements.

Il reviendrait à l'ARS sur proposition éventuelle de l'assurance maladie de soumettre un établissement à cette procédure pour un ou plusieurs gestes et pour une durée le cas échéant supérieure à six mois en fonction des résultats obtenus.

⁶⁸ Dans le cadre du programme de travail HAS-ANAP sur la chirurgie ambulatoire, un outil de *micro-costing* était en cours de validation en mai 2014, dont il conviendra de suivre l'adéquation aux besoins des établissements.

⁶⁹ La méthode développée par la DGOS avec les sociétés savantes, fondée sur l'analyse des possibilités de progression de chaque GHM (fonction de l'acte, du type de patient, des organisations à mettre en œuvre) apparaît intéressante pour affiner la détermination du potentiel proposée par la mission.

Rapport

En complément, la mission préconise de poursuivre les travaux visant à mettre à disposition des ARS et des établissements des outils opérationnels d'évaluation et de suivi des impacts financiers du développement de la chirurgie ambulatoire.

Au niveau régional, la déclinaison des cibles régionales dans le cadre de la contractualisation avec les établissements nécessite de mieux prendre en compte les possibilités des établissements fondées notamment sur l'importance de leur potentiel et la dynamique de leur développement ambulatoire. La mission a construit à cet effet une méthodologie destinée à aider les ARS à identifier différentes catégories d'établissements en fonction de leur contribution potentielle à l'atteinte de la cible.

Ainsi, au niveau régional, il est proposé de :

- ◆ mettre à disposition des ARS et des établissements l'outil mis au point par la mission (cf. *infra*, 4.3) permettant de caractériser les établissements au regard de leur capacité à contribuer à cible régionale de chirurgie ambulatoire ;

En prolongement de la clarification des objectifs des CPOM ARS, les ARS devront :

- ◆ intégrer dans les CPOM établissements des objectifs d'évolution du rapport places de chirurgie ambulatoire/ lits de chirurgie conventionnelle ; il est indispensable en parallèle qu'elles s'assurent de la cohérence des projets d'investissement des établissements avec les cibles de chirurgie ambulatoire.
- ◆ préparer les conditions du regroupement des plateaux techniques dans les territoires.

3.3.3.2. Réduire les freins à la prise en charge des patients en ambulatoire

La mission préconise d'intégrer la chirurgie ambulatoire dans une vision globale du parcours de soins du patient, même si ceci dépasse le cadre du développement spécifique de la chirurgie ambulatoire. Cela nécessite deux actions préalables, l'une du niveau national l'autre du niveau régional :

- ◆ clarifier les rôles attendus des professionnels de ville en fonction des patients et des interventions ;

En complément, la mission préconise s'agissant du médecin traitant de structurer son accès à l'hôpital (information systématique, envoi en temps réel des compte rendus d'hospitalisation, accès direct aux responsables des UCA par messagerie ou téléphone en particulier, organisation d'échanges UCA/médecin traitants). Elle propose également d'intégrer la chirurgie ambulatoire dans les actions de développement professionnel continu relatives à la coordination des parcours ville-hôpital des patients.

- ◆ réaliser à l'échelle régionale des cartographies des ressources de santé et de services sociaux susceptibles de contribuer à la prise en charge des patients à leur domicile.
- ◆ Clarifier le cadre de la responsabilité légale des chirurgiens et anesthésistes dans la prise en charge en ambulatoire lorsque des professionnels de ville interviennent.

Il faut ensuite privilégier trois leviers :

- ◆ développer un cadre national d'expérimentation pour évaluer les bénéfices du développement de places d'hébergement hôtelier pour les patients isolés géographiquement et/ou socialement ;

Rapport

Les protocoles d'expérimentation doivent permettre d'apprécier à la fois, le type de patients accueillis, le pourcentage de patients supplémentaires pris en charge et l'impact financier consolidé hôpital/hébergement hôtelier. En parallèle, il convient d'expérimenter d'autres formules alternatives telles que la mise en place d'un accompagnement à domicile du patient par des professionnels sanitaires et sociaux. Le bilan de ces expérimentations permettra de préciser les cibles de patients concernés et les économies obtenues par rapport à l'alternative d'une hospitalisation en chirurgie conventionnelle. Les conditions de répartition du financement de ces dispositifs hôteliers entre les établissements, l'assurance maladie obligatoire, l'assurance maladie complémentaire et les patients pourront être examinées sur ces bases.

- ◆ mettre en place des actions nationales d'information et de sensibilisation des patients d'une part et des professionnels de ville d'autres part aux bénéfices de la chirurgie ambulatoire ;
- ◆ structurer la coopération ville-hôpital en chirurgie ambulatoire en promouvant des dispositifs adaptés.

Il peut s'agir de dispositifs de type PRADO ou de dispositifs mis en place à l'initiative de professionnels de ville (URPS) ou d'acteurs hospitaliers. La mission recommande de soutenir le développement ou la consolidation de ces dispositifs par voie d'appel d'offre des ARS.

3.3.3.3. Soutenir la mobilisation des chirurgiens, des anesthésistes et des équipes de soins dans les établissements et conforter la qualité et la sécurité des soins

Les objectifs de qualité et de sécurité des soins et de satisfaction des patients sont primordiaux pour susciter la mobilisation des chirurgiens, des anesthésistes et des équipes de soins. Dans le prolongement des travaux menés au niveau national sur les indicateurs à privilégier en matière de qualité et de sécurité des soins, la mission préconise :

- ◆ de formaliser dans chaque établissement sous l'impulsion des CME les objectifs et les modalités de suivi des patients opérés en ambulatoire ;
- ◆ de développer le soutien par les ARS des pratiques innovantes de chirurgie ambulatoire
- ◆ d'encourager *via* les ARS la mise en place de démarches communes entre établissements visant à documenter selon les types d'intervention les résultats obtenus sur le plan des évènements indésirables et de la satisfaction des patients.

4. Le calcul du potentiel national de chirurgie ambulatoire permet d'identifier un potentiel d'économie chiffré à environ 700 M€ que les établissements de santé peuvent exploiter à des rythmes variables

La chirurgie ambulatoire améliore la qualité de service rendu aux patients tout en permettant de réaliser des économies de fonctionnement. La mission s'est attachée à chiffrer les économies réalisables au vu du développement de la chirurgie ambulatoire, tout en accompagnant ce calcul d'une présentation des capacités des établissements à générer rapidement un nombre de séjours en ambulatoire additionnels substantiel. Une analyse purement quantitative serait en effet peu opérationnelle sans une approche permettant d'identifier là où se trouvent les gisements d'actes actuellement effectués en chirurgie conventionnelle qui pourraient l'être en ambulatoire.

La méthode construite par la mission est fondée sur l'exploitation d'une base de données conçue spécifiquement pour l'exercice, produite par l'ATIH.

La méthode est composée de trois segments :

- ◆ la détermination du potentiel national d'activité en ambulatoire à l'horizon 2018 ;
- ◆ les économies associées à la hausse du taux de chirurgie ambulatoire ;
- ◆ une cartographie des établissements permettant d'identifier où et à quel rythme la hausse de ce taux peut être réalisée.

Les résultats produits consistent en des estimations dont l'horizon temporel est l'année 2018, année jugée suffisamment proche pour permettre aux décideurs publics de mettre en œuvre les réformes et donnant assez de temps aux établissements de santé pour transformer leurs pratiques. Cet horizon temporel reste une hypothèse de travail et il appartient aux pouvoirs publics d'ajuster précisément cet horizon. Un cycle de quatre années apparaît, en tout état de cause, pertinent pour observer une modification en profondeur des pratiques.

4.1. Le calcul du potentiel national de chirurgie ambulatoire permet d'établir celui-ci à 65,6 % de séjours de chirurgie

4.1.1. Le potentiel national de chirurgie ambulatoire est calculé à partir de l'application de taux de transfert forfaitaires à des groupes de séjours caractérisés par leur durée et leur niveau de sévérité

La détermination du potentiel national de chirurgie ambulatoire est fondée sur le regroupement des séjours en chirurgie (séjours codés en C dans le PMSI⁷⁰) en catégories caractérisées chacune par un couple durée de séjour/niveau de sévérité. Ces informations sont disponibles racine de GHM par racine de GHM pour chacun des établissements de santé du PMSI pour l'année 2013.

Croiser le niveau de sévérité avec la durée de séjour permet de disposer d'une approche relativement robuste du degré de transférabilité des séjours. Plus le niveau de sévérité est élevé et plus la durée de séjour est haute, moins le potentiel de transférabilité est fort.

⁷⁰ Hors CMD 14 et CMD 15 (obstétrique).

Rapport

Cette approche se traduit concrètement par l'application de taux de transférabilité différents aux groupes de séjours selon qu'ils sont caractérisés par un couple plus ou moins élevé niveau de sévérité/durée de séjour. Toutefois, la détermination des taux de transférabilité doit intégrer deux contraintes relatives à l'éligibilité des patients en ambulatoire :

- ◆ l'exclusion d'une partie des patients du fait de critères psycho-sociaux : aucune donnée n'est disponible en la matière de manière consolidée. Au vu des entretiens réalisés par la mission, la réduction de cinq points du taux de transférabilité pour chaque couple durée de séjour/niveau de sévérité apparaît prudente ;
- ◆ les admissions par les urgences : l'admission par les urgences suivie d'une intervention en chirurgie ambulatoire le jour même suscite des difficultés. Une arrivée tardive à l'UCA entraîne un report de l'opération. Toutefois, une organisation flexible qui prévoit des créneaux d'intervention pour les urgences permet d'absorber une partie du flux. Au vu des données disponibles et des entretiens menés par la mission, l'hypothèse d'un taux de réfaction de cinq points pour chaque couple durée de séjour/niveau de sévérité est nécessaire.

Après application de ces deux réductions forfaitaires, la mission estime raisonnable de proposer les taux de transférabilité suivants.

Tableau 14 : Taux de transférabilité (en %)

Niv1 DS=1	Niv1 DS=2	Niv1 DS=3	Niv1 DS=4	Niv1 DS>4	Niv2 DS=3	Niv2 DS=4	Niv2 DS>4	Niv3 DS=4	Niv3 DS>4	Niv4 DS>4
90	80	30	20	10	20	10	5	0	0	0

Source : Mission.

Les taux de transfert appliqués pour les durées de séjour supérieures ou égales à trois nuits et les séjours d'un niveau de sévérité supérieur ou égal à 2 connaissent une forte décote afin de refléter la capacité à développer l'ambulatoire sur des cas plus complexes et lourds. Toutefois, ces taux de transférabilité ne doivent pas masquer le fait que la chirurgie ambulatoire peut voir des progrès techniques et organisationnels se réaliser rapidement. Rien n'exclut, en tout état de cause, que des taux de transférabilité supérieurs soient envisageables à terme, même pour ces racines de GHM.

La mission reconnaît que les racines de GHM contiennent dans les faits des actes hétérogènes en termes de potentiel de transférabilité. Le niveau de granularité disponible (la racine de GHM) pourrait être amélioré pour disposer d'une vision plus précise actes par actes. Néanmoins, les taux proposés par la mission constituent un équilibre entre les différents chiffres avancés par les acteurs de la santé, que ce soit les établissements eux-mêmes, les représentations professionnelles ou les autorités publiques.

4.1.2. Quatre scénarios d'évolution du taux de chirurgie ambulatoire définis par autant de rythmes de croissance sont identifiés

L'application des taux de transfert conduit à estimer le potentiel national d'activité de chirurgie ambulatoire. À périmètre constant, c'est-à-dire sans prendre en compte la croissance de la demande de soins, le potentiel maximal de chirurgie ambulatoire est estimé à 65,6 % pour l'ensemble des racines de GHM en C. Dans ce cas de figure, le taux pour les établissements du secteur ex-DG s'établit à 55,9 % contre 72,9 % dans le secteur ex-OQN.

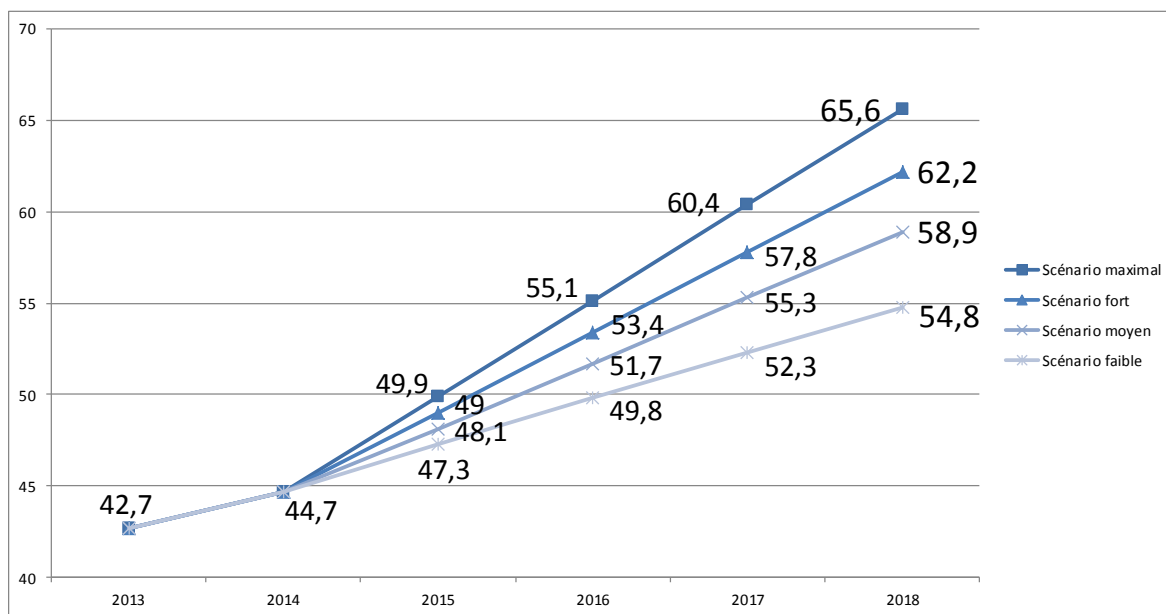
Le taux ainsi calculé ne s'applique pas de manière homogène à tous les établissements. La mission a calculé le taux cible établissement par établissement et il est la somme de l'ensemble des taux pondérés par l'activité établissement par établissement. Cette approche nouvelle et *bottom-up* est permise par l'utilisation d'une base de données présentant les données par établissement.

Rapport

Le potentiel national d'activité de chirurgie ambulatoire est le taux cible en 2018 d'un scénario dit « maximal ». Compte tenu des contraintes inhérentes au développement de la chirurgie ambulatoire, trois autres scénarios, moins exigeants en termes d'objectif ont été identifiés.

Un taux d'évolution prévisionnel commun de +2 points est retenu pour 2013/2014 dans la mesure où l'année 2014 est en cours. L'année 2015 est ensuite une année de transition (de +5,2 points pour le scénario maximal à +2,6 points pour le scénario bas). Ensuite, les taux d'évolution annuels varient selon les scénarios : +2,5 points pour le scénario bas, +3,6 points pour le scénario moyen, +4,4 points pour le scénario moyen et + 5,2 points pour le scénario maximal.

Graphique 4 : Scénarios d'évolution du taux de chirurgie ambulatoire (en %)



Source : Mission.

L'effort demandé au secteur ex-OQN et au secteur ex-DG est comparable. Le taux de chirurgie ambulatoire constaté dans les établissements ex-OQN est de 51,2 %, contre 31,3 % pour les établissements ex-DG en 2013. Les établissements ex-OQN compteraient, à horizon 2018 (scénario maximal), 70,4 % de leurs séjours en ambulatoire déjà pris en charge sans nuitées en 2013, contre 56,2 % pour les établissements ex-DG. Compte tenu de ces équilibres, et des volumes respectifs de séjours, le potentiel cible en ambulatoire est aussi ambitieux pour les deux secteurs.

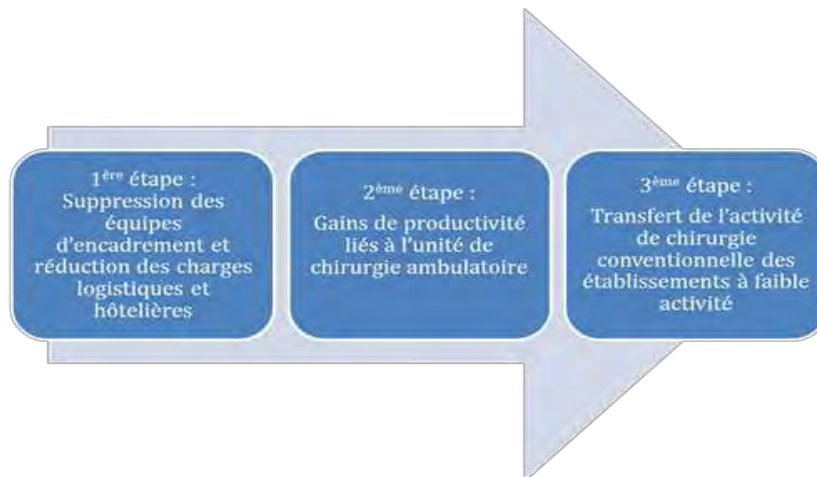
4.2. Chaque scénario est associé à des économies de fonctionnement estimées entre 417 M€ (scénario bas) et 689 M€ (scénario maximal)

Du calcul du potentiel national d'activité de chirurgie ambulatoire peuvent être déduites les économies attendues de son développement.

4.2.1. Les économies permises par la croissance de la chirurgie ambulatoire sont de deux types réparties en trois phases

Le développement de la chirurgie ambulatoire permet des économies de fonctionnement de deux types : une réduction de la masse salariale et des économies de charges variables liées à la logistique et à l'hôtellerie. Ces économies sont déclinées dans le temps en trois étapes.

Graphique 5 : Nature des économies



Source : Mission.

◆ **Première étape : suppression des équipes de nuit et de week-end et réduction des charges logistiques et hôtelières**

Le transfert de l'activité de la chirurgie conventionnelle à la chirurgie ambulatoire permet de réduire le nombre des équipes de nuit et de week-end des structures d'hospitalisation complète et les charges associées.

Dans un premier temps a été retenu un taux d'encadrement d'une équipe de nuit pour 24 lits et de deux équipes de jour (une journée occupe deux équipes de jour) pour 12 lits, au vu des observations et échanges avec les professionnels de santé. À partir de ces taux d'encadrement et des séjours transférables est calculé, établissement par établissement, le nombre d'équipes transférables. Cette masse d'équipe est ensuite valorisée en coût complet. La méthode de la mission repose sur la notion d'équipe associée à des unités d'hospitalisation complète transférées « en bloc » à l'UCA, établissement par établissement et non sur le transfert de fractions d'ETP associées à la suppression ponctuelle de quelques lits. Les équipes ne sont donc en aucun cas fractionnées dans les calculs qui suivent.

Ensuite, le passage à l'ambulatoire conduit à limiter la présence des équipes de jour aux cinq jours ouvrés, du lundi au vendredi, tandis que l'hospitalisation conventionnelle nécessite un encadrement sept jours sur sept, dont le week-end. La méthode de calcul des économies en équipes de week-end est identique à celle relative aux équipes de nuit.

Enfin, la transformation de l'activité est porteuse de réduction de charges variables logistiques et hôtelières. À partir de l'analyse de la comptabilité analytique de certains établissements visités, plusieurs postes de charges variables ont été identifiés comme pouvant générer des économies : la restauration, la blanchisserie, la gestion économique, les déchets hospitaliers, l'entretien et la maintenance et le transport en ambulance. Ceci ne signifie pas que les dépenses de ces postes soient nulles en chirurgie ambulatoire, mais la mission a retenu des taux forfaitaires permettant d'estimer les différentiels de coûts (pour la méthode, voir annexe III).

◆ **Deuxième étape : la consolidation de l'UCA permet des gains de productivité**

Une UCA génère des gains de productivité une fois que son organisation est stabilisée. Ainsi, tandis qu'une équipe encadre 12 lits en hospitalisation conventionnelle le jour, une équipe de chirurgie ambulatoire peut encadrer 12 places, soit 18 patients compte tenu du taux de rotation des unités de chirurgie ambulatoire (150 % en moyenne). Ce gain de productivité se traduit par une réduction de la masse salariale.

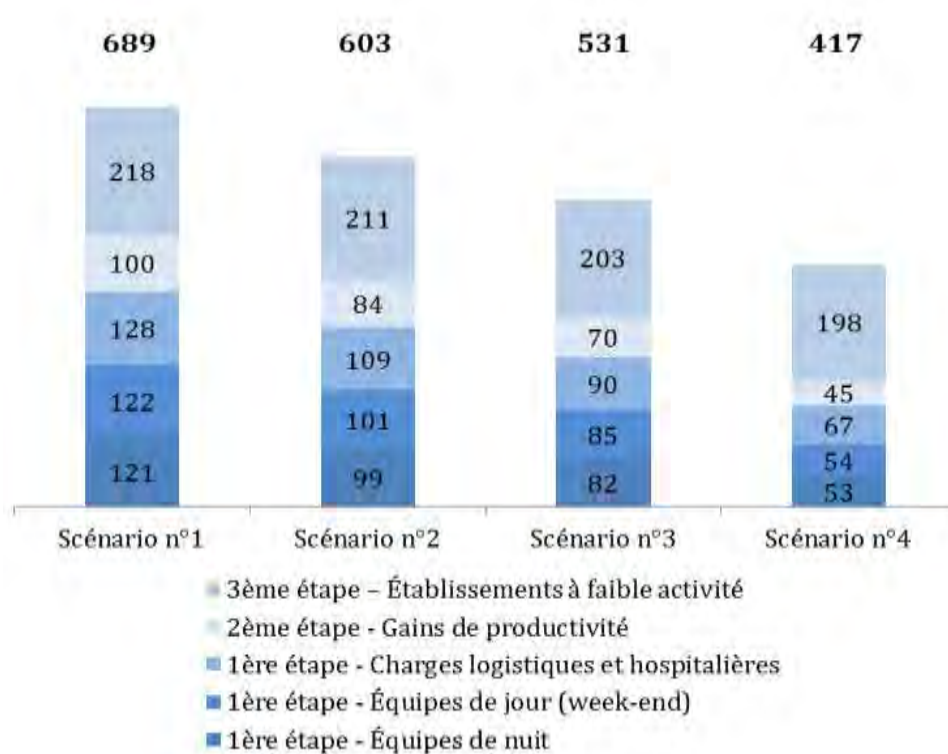
◆ **Troisième étape : la nécessaire réorganisation des territoires de santé**

Après transfert de l'activité conventionnelle vers la chirurgie ambulatoire, un certain nombre d'établissements voient leur activité se réduire jusqu'à un niveau d'activité insuffisant pour occuper à plein une équipe en chirurgie conventionnelle. L'activité conventionnelle de ces établissements pourrait être intégrée aux établissements voisins. Les équipes de jour et de nuit des structures de chirurgie conventionnelle de ces établissements seraient ainsi économisées. Les estimations de la mission indiquent que le nombre de nuitées concernées est faible et aisément absorbable par les autres établissements de santé.

4.2.2. Les quatre scénarios présentent une réduction de dépenses oscillant entre 417 M€ et 689 M€ à périmètre constant

L'application des différents postes d'économies aux quatre scénarios d'évolution de la chirurgie ambulatoire permet d'associer chacun de ces scénarios à une réduction de dépense chiffrée.

Graphique 6 : Synthèse des économies selon les scénarios par phase (en M€)



Source : Mission.

Les résultats chiffrés présentés dans le graphique ci-dessus sont entendus à volume constant de séjours de chirurgie, en prenant comme année de référence l'année 2013.

4.3. Les établissements de santé peuvent être regroupés en plusieurs catégories selon leur capacité à générer une hausse rapide et substantielle du volume de séjours en ambulatoire

Les quatre scénarios construits par la mission permettent d'associer une cible de taux d'ambulatoire en 2018 avec un rythme de progression, et de décliner les économies associées à chaque scénario poste par poste.

Les situations initiales des établissements de santé sont toutefois très différentes : leur taux de chirurgie ambulatoire, le taux de progression de ce taux sur les dernières années, ainsi que le volume d'actes, se situent à des niveaux très variables. La grande hétérogénéité des situations initiales peut être analysée pour déterminer qui peut progresser à quel rythme et pour quel résultat espéré.

4.3.1. La cartographie des établissements est fondée sur le croisement du niveau de maturité du développement de la chirurgie ambulatoire et de la capacité à générer une hausse significative du volume d'actes

La cartographie des établissements proposée par la mission a pour but d'identifier des catégories d'établissements homogènes faisant intervenir deux critères : la capacité à générer une hausse significative du taux de chirurgie ambulatoire (approche volume) et le rythme de transformation (approche temps). Ceci permet de mettre en lumière la faisabilité de la progression du taux de chirurgie ambulatoire en France et d'apprécier la diversité des situations à cet égard.

La démarche aboutit à classer les établissements selon leur potentiel en chirurgie ambulatoire et la vitesse à laquelle ils peuvent parvenir à le réaliser. À une extrémité du spectre se trouvent ainsi les établissements permettant de générer rapidement des volumes importants d'actes de chirurgie ambulatoire, et à l'autre extrémité les structures ne pouvant générer que de faibles volumes, et de surcroît à plus long terme.

Les catégories homogènes d'établissements sont définies à partir d'un faisceau de trois critères. Le taux de chirurgie ambulatoire en 2012 (premier critère) permet d'estimer si un gain est théoriquement possible, le volume d'actes (deuxième critère) conduit à disposer d'une vision du niveau en volume de ce gain potentiel et le taux de progression de la chirurgie ambulatoire de 2007 à 2012 (troisième critère) permet de comprendre si une dynamique est engagée en faveur de la chirurgie ambulatoire.

◆ La méthode estime la capacité des établissements à générer un volume significatif de nouveaux séjours de chirurgie ambulatoire

Le croisement de ces trois critères permet d'identifier des catégories homogènes d'établissement. Chacune d'entre elle se voit ensuite affecter une cote allant de « faible » à « très fort ». Cette cotation correspond à une estimation de la capacité de l'établissement à générer une hausse significative en volume du nombre de séjours en chirurgie ambulatoire.

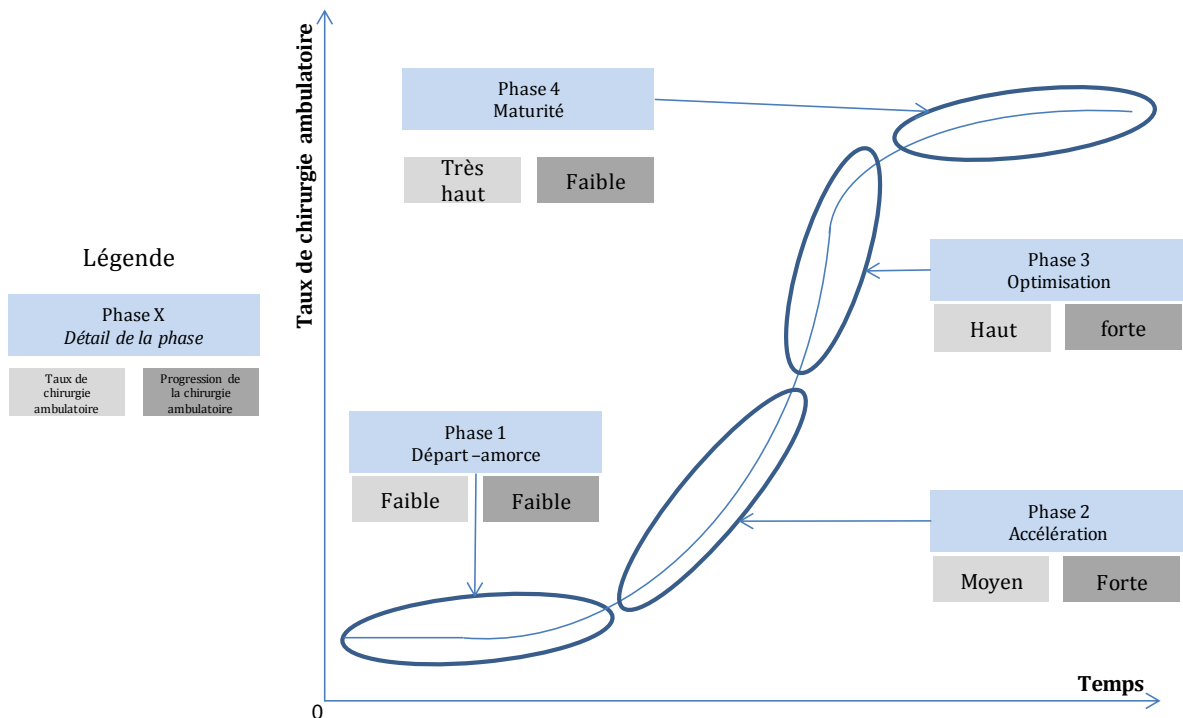
La cotation est par conséquent conçue du point de vue des pouvoirs publics qui ont pour objectif une hausse du taux national. Ainsi, un établissement de très faible taille qui peut augmenter fortement son taux de chirurgie ambulatoire ne sera pas coté « fort ». De fait, la cotation permet d'identifier les structures qui peuvent contribuer le plus, par le volume d'actes transférables, à un accroissement du taux national.

◆ **La méthode identifie également le degré de maturité des établissements de santé**

Après avoir déterminé où sont les gains potentiels en volume, la méthode conduit à positionner chaque établissement sur une courbe théorique de développement de la chirurgie ambulatoire, dite « courbe en S » (voir graphique ci-dessous). Cette approche est différente de l'analyse purement organisationnelle décrite en 2.1. Elle est statique dans la mesure où elle détermine, à partir des données disponibles en 2012, le stade auquel se situent les établissements sur un parcours théorique de développement de la chirurgie ambulatoire.

Techniquement, chaque établissement voit son degré de maturité apprécié par le croisement de son taux de chirurgie ambulatoire et du taux de progression de celui-ci.

Graphique 7 : « Courbe en S »



Source : Mission.

Au terme de l'analyse, les établissements sont classables en quatre degrés de maturité :

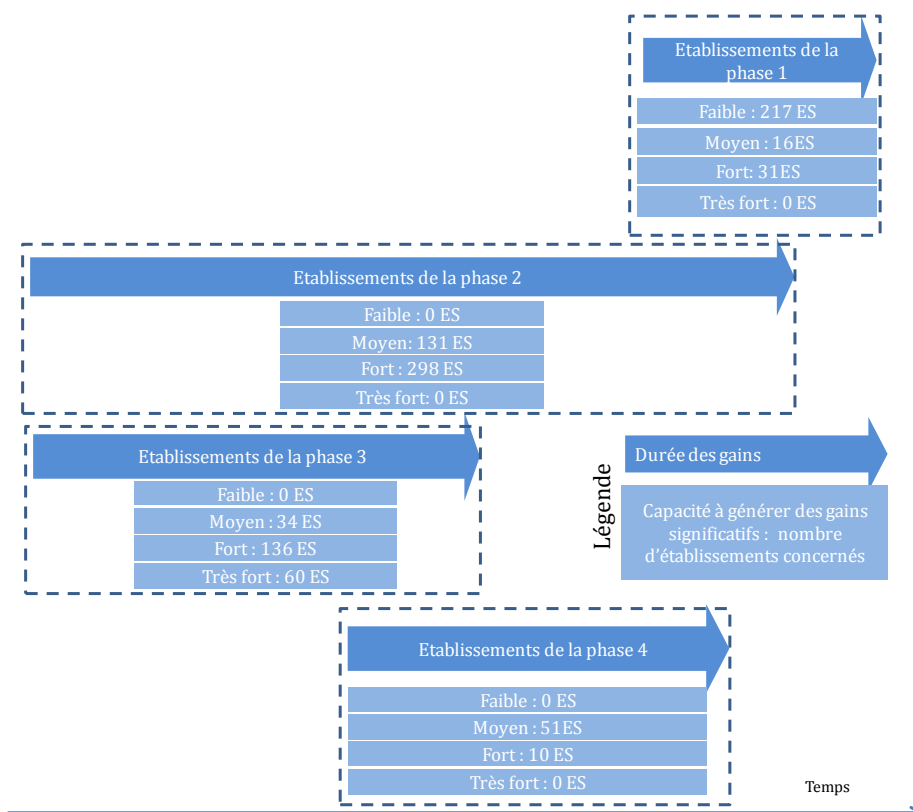
- ◆ **Phase 1 – départ/amorce :**
 - les taux de chirurgie ambulatoire et de croissance sont faibles. La croissance de l'activité ambulatoire n'a pas réellement démarré, ce qui n'empêche d'ailleurs pas que des initiatives ponctuelles aient été mises en place (installation d'une UCA par exemple) ;
 - les établissements de cette phase ne peuvent tendanciellement générer de l'activité ambulatoire qu'à moyen terme. Sur la période considérée par la mission (2015-2018), les gains sont plutôt à attendre en fin de période ;
- ◆ **Phase 2 – accélération :**
 - la croissance de la chirurgie ambulatoire démarre et accélère : les taux sont moyens et la croissance est forte. La démarche est enclenchée et le taux de chirurgie ambulatoire augmente. Le taux de chirurgie ambulatoire reste néanmoins plutôt en-dessous de la moyenne ;

Rapport

- ici, les établissements peuvent en tendance dégager un volume additionnel d'activité de chirurgie ambulatoire rapidement ; l'augmentation envisagée peut durer dans la mesure où ils doivent aborder par la suite la phase 3 ;
- ◆ **Phase 3 - optimisation :**
 - les établissements présentent des taux de progression moyens et des taux de chirurgie ambulatoire élevés ; par rapport à la phase 2, les taux de chirurgie ambulatoire sont plus élevés ;
 - les établissements de cette phase peuvent générer rapidement une augmentation de leur taux de chirurgie ambulatoire, mais les taux annuels de croissance sont, *a priori*, élevés durant une période moins longue que pour la phase 2.
- ◆ **Phase 4 - maturité :**
 - les structures ont les taux d'ambulatoire les plus élevés avec des taux de progression moyens ou faibles. Une première analyse peut conduire à considérer que le potentiel y a été exploité et que les gains à attendre sont réduits. Toutefois, la méthode définit un taux de chirurgie ambulatoire comme « élevé » seulement par comparaison à ceux des autres établissements. Des marges de manœuvre peuvent donc exister dans ces structures.
 - les établissements de cette phase peuvent générer une activité supplémentaire à moyen terme, en intégrant des actes plus complexes, mais ce surplus sera de courte durée.

La cotation proposée par la mission permet d'identifier les volumes d'activité en chirurgie ambulatoire à attendre et leur capacité à les générer rapidement.

Graphique 8 : Synthèse de l'analyse : la position des catégories homogènes d'établissements selon leur cote et leur positionnement sur la « courbe en S »



Source : Mission.

4.3.2. Tendanciellement, l'intensité de l'effort est comparable entre les secteurs ex-DG et ex-OQN, mais les établissements du secteur ex-DG génèrent des économies plus tardives que ceux du secteur ex-OQN

Aux établissements classés par phase peuvent être associées les économies attendues pour chacun d'entre eux. Les résultats de cette association sont présentés dans le tableau ci-dessous.

En première analyse, et pour le scénario fort, les volumes d'économies attendues des deux secteurs sont du même ordre de grandeur : environ 270 M€ d'économies pour le secteur ex-DG et 290 M€ pour le secteur ex-OQN. Ceci confirme les constats précédents qui indiquaient que l'effort demandé aux deux secteurs en points de progression du taux de chirurgie ambulatoire était comparable.

Tableau 15 : Synthèse des économies des quatre phases (Scénario fort) (en M€)

Phase d'économies	Établissements ex-DG (M€)	Établissements ex-OQN (M€)	Montant total (M€)	Part de la phase dans le total des économies (en %)
Phase 1	141,5	26,8	168,3	30
Phase 2	96,1	131,8	227,9	41
Phase 3	15,0	99,8	114,8	20
Phase 4	14,8	34,6	49,4	9
Total	267,4	293,0	560,4	100

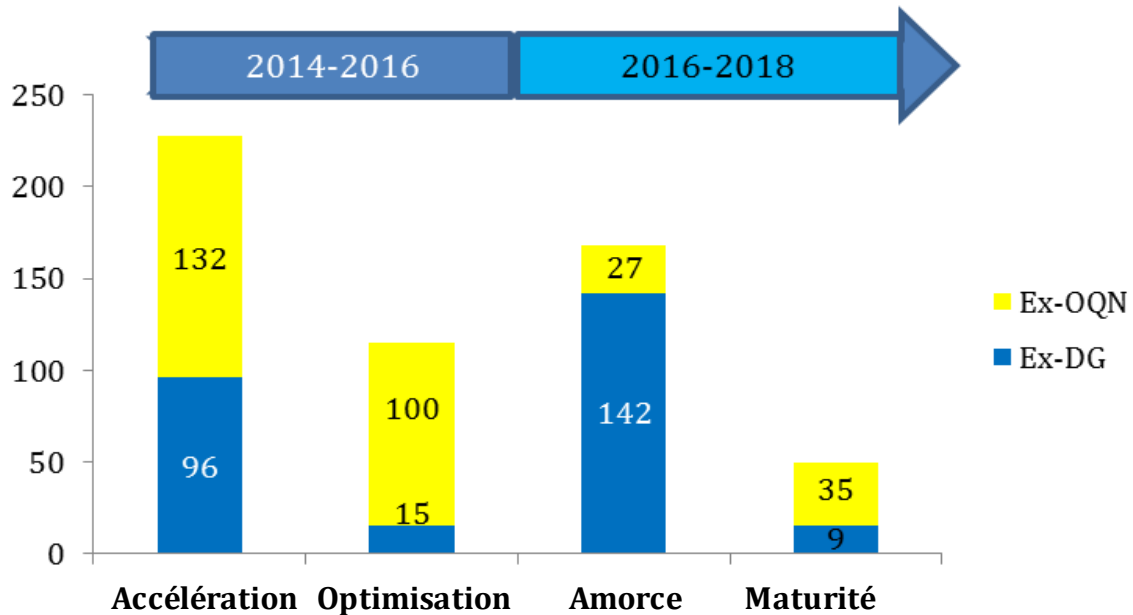
Source : Mission.

En revanche, l'intégration de la variable temps, appréhendée par l'analyse du degré de maturité, donne des résultats différents selon le secteur.

Les établissements 2 et 3 pourront générer des économies à court terme, soit 228 M€ pour la phase 2 et 115 M€ pour la phase 3, pour un total de 343 M€. Ces économies de court-terme représentent 6 % des économies envisagées dans le cadre du scénario fort.

À moyen terme, la mission estime que les établissements de la phase 1 et 4 pourront générer 218 M€ d'économies, soit 168 M€ pour la phase 1 et 49 M€ pour la phase 4.

Graphique 9 : Contribution de chaque phase aux économies à court et moyen terme (scénario « fort ») (en M€)



Source : Mission.

L'analyse des économies par type d'établissement met en évidence que les ex-OQN pourront dégager rapidement des économies, ayant la majorité de leurs séjours transférables à court-terme. En effet, 85 % des économies potentielles des établissements ex-OQN sont concentrées dans les phases 2 et 3.

À l'inverse, les établissements ex-DG suivront deux étapes d'économies :

- ◆ une première étape, liée aux établissements de la phase 2, qui peut générer des économies à court-terme pour les établissements dotés d'un taux de chirurgie ambulatoire moyen ;
- ◆ une deuxième étape, correspondant aux établissements de la phase 1, qui ne pourra produire des économies qu'à moyen-terme, après structuration de la démarche de développement de la chirurgie ambulatoire.

Ces résultats indicatifs à l'échelle nationale pourront néanmoins faire l'objet d'analyses plus précises des ARS, afin d'identifier le chemin de mutation de chaque établissement et les économies associées à leur cible de développement de l'ambulatoire d'ici 2018. La mission mettra à disposition des ARS la base de données utilisée, afin que cette méthodologie puisse contribuer à la contractualisation locale avec les établissements.

4.3.3. Recommandations opérationnelles

- ◆ **Les établissements cotés « moyen » ou « fort » : des stratégies à adopter variables en fonction de leur positionnement sur la courbe en S**

Les établissements présentant une capacité à générer une activité significative en chirurgie ambulatoire et qui sont en mesure de le faire rapidement sont cotés « fort » ou « très fort » et sont positionnés en phases 2, 3 ou 4. Ils sont au nombre de 504.

Rapport

Parmi ces 504 établissements, 70 devraient par conséquent faire l'objet d'un suivi très spécifique pour atteindre les objectifs fixés par les pouvoirs publics au niveau national pour 2015 voire 2016 et devraient également se voir attribuer un rôle de diffusion des bonnes pratiques. En effet, ils ont une capacité à générer un volume significatif de séjours en ambulatoire nouveaux rapidement.

334 établissements peuvent générer des gains moins élevés que la catégorie précédente mais doivent être accompagnés car ils sont nombreux et les marges de progrès réelles. 298 sont cotés « fort » en phase 2, mais les gains sont significatifs dans la mesure où la hausse potentielle peut être de longue durée. 136 établissements relèvent de la phase 3 avec une cote « fort » : les gains sont potentiellement élevés, mais la hausse devrait être de durée courte ou moyenne. Un accompagnement méthodologique est nécessaire pour ces établissements.

Enfin, 31 établissements sont cotés « fort » mais sont en phase 1. Les pouvoirs publics ne peuvent attendre de ces établissements des gains immédiats : ceux-ci peuvent toutefois avoir lieu vers la fin de la période 2015-2018. Il s'agit alors pour les pouvoirs publics d'établir une stratégie d'accompagnement individualisée pour identifier et lever les obstacles au sein d'établissements qui sont encore très éloignés de leur potentiel, malgré tout non négligeable.

- ◆ **Appliquer aux établissements à faible capacité de génération d'activité les mesures transversales et identifier quelles structures doivent faire l'objet d'un suivi spécifique**

175 établissements des phases 2, 3 et 4 ont été cotés par la mission en « moyen » ou « faible » en termes de capacité à générer un gain significatif de volume de chirurgie ambulatoire.

Parmi les 175 établissements, 34 établissements sont en phase 3 et 10 établissements sont en phase 4 : ils ne peuvent que difficilement générer de forts volumes additionnels, ils ne devraient pas faire l'objet d'un suivi particulier par les pouvoirs publics outre les mesures transversales.

En revanche, 131 établissements sont en phase 2 et sont cotés « moyen », ce qui signifie que la génération d'une activité supplémentaire est peu aisée au vu des caractéristiques de ces établissements. Néanmoins, dans la mesure où il existe encore une marge de progression (les établissements sont peu avancés sur la courbe en S) et que le nombre d'établissements concernés est élevé, les pouvoirs publics pourraient mener une analyse plus approfondie de cette catégorie pour envisager quels établissements, parmi les 131, peuvent générer un surplus d'activité dans un horizon de temps acceptable.

- ◆ **Les établissements cotés « faible » ou « moyen » en matière de capacité à générer un surplus d'activité significatif et classés en phase 4 ne devraient pas faire l'objet d'une démarche spécifique des pouvoirs publics**

Les 233 établissements cotés « faible » ou « moyen » en matière de capacité à générer un surplus d'activité significatif et classés en phase 4 ne devraient pas faire l'objet d'une démarche spécifique des pouvoirs publics au vu du caractère modeste des gains attendus. Parmi ces 233 établissements, 217 sont cotés « faible » et 16 « moyen ».

Ceci ne signifie pas que les établissements concernés ne doivent faire l'objet d'aucune mesure : leur sont appliqués les mesures transversales décidées par les pouvoirs publics (contractualisation, mesures nationales). Toutefois, les gains à attendre de cette catégorie sont modestes et les pouvoirs publics auront tout intérêt, de l'avis de la mission, à concentrer leur action sur des établissements plus à même d'enregistrer des gains plus élevés en volume et plus rapides.

4.4. La mission propose de retenir l'application du scénario « fort », soit un taux cible de chirurgie ambulatoire de 62,2 % d'ici 2018

4.4.1. La mission a approfondi le scénario « fort » en intégrant l'évolution tendancielle de l'activité chirurgicale jusqu'en 2018

La mission préconise de suivre le scénario « fort » pour l'établissement de la cible de chirurgie ambulatoire d'ici 2018.

Pour rappel, ce scénario fixe comme cible à l'horizon 2018 un taux de chirurgie ambulatoire de 62,2 %, décliné par des taux cibles de 69,7 % pour le secteur ex-OQN et de 52,3 % pour les établissements du secteur ex-DG.

Tableau 16 : Évolution du taux de chirurgie ambulatoire d'ici 2018 pour le scénario fort

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Taux national de chirurgie ambulatoire (en %)	42,7	44,7	48,9	53,3	57,8	62,2

Source : Mission.

Comme pour les autres scénarios, l'évolution de 2013 à 2014 est fixée à +2 points, conformément aux prévisions. De 2014 à 2015, la montée en charge du scénario est supérieure avec une hausse prévisionnelle de +4,2 points. Par la suite, le taux de croissance s'établit à un niveau moyen de +4,4 points par an jusqu'en 2018.

Les économies associées au scénario fort de développement de la chirurgie ambulatoire s'élèvent à 603 M€ pour les trois étapes d'économies.

Tableau 17 : Synthèse des économies associées au scénario fort (en M€)

Type d'économies	Montant (en M€)
1 ^{ère} étape - Équipes de nuit	99,1
1 ^{ère} étape - Équipes de jour (week-end)	101,3
1 ^{ère} étape - Charges logistiques et hospitalières	108,8
1^{ère} étape - Total	309,1
2^{ème} étape - Gains de productivité	83,7
3^{ème} étape - Établissements à faible activité	210,7
Total des trois étapes	603,4

Source : Mission.

Les quatre scénarios du présent rapport sont établis à périmètre constant, c'est-à-dire qu'ils n'intègrent pas la progression tendancielle de l'activité en chirurgie. Dans la mesure où le présent rapport soutient la mise en œuvre du scénario « fort », la prise en compte du tendanciel d'évolution de l'activité chirurgicale est présentée pour ce seul scénario.

Le volume total de séjours en chirurgie (cotés en C dans le PMSI) a progressé de 1,5 % par an de 2007 à 2013. Ce taux d'évolution est considéré comme la meilleure approximation de l'évolution de l'activité de chirurgie en France pour les années 2014 à 2018.

L'application de la méthodologie de calcul des économies permet d'identifier les économies générées à la fois par la dynamique de croissance de la chirurgie et le mouvement de substitution projeté dans le scénario fort entre l'hospitalisation conventionnelle et la chirurgie ambulatoire. Ces économies sont calculées à partir du scénario fort, en appliquant les taux de chirurgie ambulatoire cibles, soit 52,3 % pour les établissements ex-DG et 69,7 % pour les établissements ex-OQN.

Rapport

Les économies associées au scénario fort représentent, en intégrant le tendancier, environ 621 M€. L'application du tendancier d'augmentation des actes de chirurgie génère un différentiel de 18 M€ entre le scénario à volume constant (603 M€) et le scénario intégrant le tendancier (621 M€).

L'intégration du tendancier des séjours en chirurgie augmente les économies des deux premières étapes (332 M€ contre 309 M€ dans le scénario statique). À l'inverse, l'application du tendancier réduit le potentiel d'économie lié aux établissements à très faible activité, dans la mesure où le stock de séjours en chirurgie est plus important (200 M€ contre 210 M€), ce qui réduit le nombre d'établissements restant, après transfert en chirurgie ambulatoire, avec moins de 12 patients par jour pour une équipe.

Tableau 18 : Synthèse des économies intégrant le tendancier du scénario fort (en M€)

Type d'économies	Montant (en M€)
1 ^{ère} étape - Équipes de nuit	106,6
1 ^{ère} étape - Équipes de jour (week-end)	108,0
1 ^{ère} étape - Charges logistiques et hospitalières	117,1
1^{ère} étape - Total	331,7
2^{ème} étape - Gains de productivité	89,1
3^{ème} étape - Établissements à faible activité	200,0
Total	620,8

Source : Mission.

4.4.2. Le scénario « fort » permet de renouveler l'ambition de la chirurgie ambulatoire en France accompagnée par les recommandations de la mission

La détermination du scénario privilégié par la mission est fondée en premier lieu sur la notion d'effort supplémentaire par rapport à l'évolution constatée de la chirurgie ambulatoire. Le taux de chirurgie ambulatoire progresse de deux points entre 2012 et 2013. C'est également ce taux qui, dans le cadre de l'élaboration des scénarios, est retenu pour l'évolution de 2013 à 2014.

Les taux cibles des quatre scénarios appliquent une contrainte supplémentaire aux établissements publics par rapport à cette évolution tendancielle. Si l'on met de côté l'année 2015 qui est une année de transition, l'intensité de l'effort demandé se calcule comme la différence entre le taux de croissance annuel moyen et le taux de progression tendancielle de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2018.

Pour le scénario « bas », la hausse du taux de croissance annuel moyen en question s'élève à +2,5 points par an, soit un effort minimal de 0,5 point par rapport à la tendance constatée sur les deux dernières années. L'ambition de ce scénario est modeste et ne semble pas correspondre, en tout état de cause, à l'atteinte d'« objectifs à l'ambition accentuée » tels qu'indiqué dans la lettre de mission. Par ailleurs, ce scénario conduit à un taux de chirurgie ambulatoire de 49,8 % en 2016, ce qui n'est pas conforme à l'ambition d'une pratique de chirurgie ambulatoire majoritaire à cette échéance.

Le scénario « maximal » correspond quant à lui à l'atteinte du potentiel national correspondant à un taux national de chirurgie ambulatoire de 65,6 % en 2018. Il se caractérise par une progression du taux annuel de croissance de +5,5 points sur la période 2015-2018, soit un différentiel de 3,5 points par rapport à l'évolution tendancielle de l'activité en chirurgie ambulatoire. Dans la mesure où la mission a montré que l'atteinte du potentiel dépend de facteurs nombreux et parfois exogènes aux pouvoirs publics (innovation), la fixation d'un objectif de cette nature ne semble pas recommandée à l'horizon 2018. Il convient toutefois de souligner que la cible de 65,6 % reste valable et reflète bien, aux yeux de la mission, le potentiel français à moyen terme.

Rapport

Les scénarios « moyen » et « fort » prévoient respectivement un taux national de chirurgie ambulatoire de 58,9 % et 62,2 % en 2018. Dans le scénario « moyen », le secteur ex-OQN atteint 66,6 % et le secteur ex-DG 48,9 %. Ce dernier n'atteint pas la situation de « pratique majoritaire » à l'horizon 2018. Dans le scénario « fort » en revanche, tant le secteur ex-OQN (69,7 %) que le secteur ex-DG (52,3 %) se caractérisent en 2018 par le caractère majoritaire de la chirurgie ambulatoire.

Le scénario « fort » prévoit une progression du taux de croissance annuel moyen de +4,4 points, soit un différentiel de 2,4 points par rapport à l'évolution des deux dernières années. Ambitieux, ce scénario n'en reste pas moins réalisable, dans la mesure où les propositions de la mission permettraient de lever un certain nombre de freins et d'activer les leviers du développement de la chirurgie ambulatoire.

4.5. Les économies attendues du développement de la chirurgie ambulatoire sont triplement conditionnées : la réduction capacitaire en chirurgie conventionnelle, la gestion de la mobilité des ressources humaines et la réorganisation des soins sur les territoires

Les économies à attendre de la croissance de la pratique ambulatoire font intervenir deux acteurs : les établissements de santé et l'assurance-maladie.

Les recettes des établissements de santé sont, au moins pour partie, les dépenses de l'assurance-maladie. Les établissements de santé cherchent, chacun à leur niveau, à maximiser leurs recettes pour garantir leur équilibre financier (ou leur rentabilité dans le cas des établissements privés).

À partir du moment où il y a généralisation du tarif unique sur les GHM qui ont un J, le séjour en ambulatoire présente un meilleur rapport coût/tarif que l'hospitalisation complète (cf. analyse sur les économies de fonctionnement). Dans le même temps, le développement de la chirurgie ambulatoire est un atout concurrentiel pour les établissements qui la pratiquent.

Un écart se creusera progressivement entre les établissements qui dégagent des marges de manœuvre financières par recours à la chirurgie ambulatoire, du fait du tarif unique, et d'autres chez qui l'activité va progresser moins rapidement, voire diminuer.

Afin de maîtriser la dépense publique, il est donc nécessaire de compenser les économies enregistrées du fait du développement de la chirurgie ambulatoire par une évolution de la politique tarifaire ; mais dans le même temps, il est également pertinent que l'évolution dynamique de la géographie de la demande se traduise par une refonte de l'offre territoriale de soins, pour éviter les problèmes susceptibles de se poser aux établissements les moins performants.

4.5.1. La réduction capacitaire est une incitation au développement de la pratique ambulatoire et une condition nécessaire à la génération d'économies de fonctionnement

Le développement de la chirurgie ambulatoire libère des lits de chirurgie conventionnelle de deux manières :

- ◆ par substitution au sein d'un établissement, en réduisant le volume d'activité en chirurgie conventionnelle par transfert vers l'ambulatoire ;
- ◆ ou par substitution entre établissements.

Rapport

Les observations réalisées auprès des établissements de santé indiquent que l'accélération des taux de chirurgie ambulatoire est fréquemment postérieure à la réduction du nombre de lits disponibles au sein des établissements, quelle que soit son origine. La réduction capacitaire apparaît donc comme une forte incitation au développement de la chirurgie ambulatoire.

Dans le même temps, la réduction capacitaire est une condition nécessaire à la réalisation d'économies de fonctionnement. La mission a en effet relevé à plusieurs reprises que les lits laissés vacants par la chirurgie ambulatoire, au lieu d'être fermés, étaient parfois remplacés par des lits de médecine ou des « lits d'aval » destinés à prendre en charge les patients après une admission par le service des urgences.

4.5.2. La mobilité des ressources humaines constitue un élément important du changement

Comme on l'a vu précédemment, la diminution de l'activité de chirurgie conventionnelle peut entraîner des baisses d'effectifs, des réallocations de ressources des services d'hospitalisation conventionnelle vers l'unité de chirurgie ambulatoire, ou des déplacements des besoins en personnel entre diverses structures voisines.

Ce sujet ne peut être abordé au niveau national, mais doit absolument être traité dans les plans régionaux, au regard de la pyramide des âges des personnels, de leur souhait éventuel de mobilité géographique et de la diversité de leurs statuts.

Sur le plan qualitatif, la transformation d'équipes spécialisées d'hospitalisation conventionnelle en équipes multidisciplinaires aptes à exercer en UCA doit faire également l'objet d'une formation et d'une valorisation.

De même, la chirurgie ambulatoire implique des ressources humaines dédiées à la planification et à l'organisation, qui doivent faire l'objet d'une professionnalisation performante en interne.

4.5.3. La chirurgie ambulatoire suscite un réagencement de l'offre et de la demande de soins variable selon les territoires et doit donc être accompagnée de la réorganisation des soins au niveau local

Le développement de la chirurgie ambulatoire est associé à une amélioration de l'attractivité des établissements. Concrètement, ceci signifie que la hausse du taux de chirurgie ambulatoire est fréquemment issue d'un transfert de l'activité interne de chirurgie conventionnelle vers l'ambulatoire mais aussi d'une captation de la demande du territoire de santé au détriment d'établissements voisins.

Le réagencement de la demande nécessite par conséquent d'être accompagné par une réorganisation de l'offre territoriale de soins : la baisse de l'activité dans certains établissements conduit ainsi à une transformation de leur activité (fermetures de services de chirurgie conventionnelle, limitation de l'activité de l'établissement à la médecine par exemple).

4.6. Les économies générées par le scénario peuvent être documentées par une réforme tarifaire qui anticiperait l'effet des réductions des coûts sur le calcul des TIC

Comme on l'a vu précédemment, la politique tarifaire appliquée à la pratique ambulatoire est certes incitative, mais encore brouillée par un certain nombre d'éléments. Il demeure néanmoins que la plupart des tarifs sont encore bien supérieurs aux tarifs issus des coûts.

La mission s'est efforcée de calculer les gains qui résulteraient pour l'assurance-maladie de plusieurs scénarios d'évolution tarifaire, qui tiendraient compte d'un accroissement de la part de la chirurgie ambulatoire dans l'activité totale de chirurgie des établissements, entraînant ainsi une baisse de leurs coûts globaux de fonctionnement.

4.6.1. Présentation de la méthodologie

Trois scénarios de calcul du tarif unique ont été étudiés par la mission pour les 111 racines au tarif unique en 2014. Les scénarios sont guidés par deux principes :

- ◆ l'incitation à la chirurgie ambulatoire ;
- ◆ le retour à la neutralité tarifaire par une convergence vers le tarif issu des coûts.

Afin de tenir compte du développement inégal de la chirurgie ambulatoire, les trois scénarios reposent sur des formules de calcul différentes selon son degré de développement, comme c'est le cas dans la tarification existante où le taux de chirurgie ambulatoire détermine l'appartenance à une classe⁷¹. Chacune des quatre classes a sa propre formule de calcul du tarif. Les trois scénarios de la mission reprennent ces quatre mêmes classes (taux supérieur à 80 %, compris entre 50 % et 80 %, entre 10 % et 50 %, inférieur à 10 %), afin de ne pas pénaliser les GHM hétérogènes (contenant une part importante d'actes non transférables pour lesquels l'hospitalisation conventionnelle est parfaitement légitime).

Le tarif unique est une moyenne pondérée entre les tarifs 1 et J. À l'exception de la classe 4 (pratiques innovantes), les trois scénarios diffèrent de l'existant par la nature du tarif 1 et J utilisée dans la formule (tarif moyen, TIC) ainsi que par la pondération (taux observé, taux tendanciel de chirurgie ambulatoire, pondérations liées à la classe du GHM). Pour la classe 4 les quatre scénarios valorisent le séjour au tarif de chirurgie conventionnelle, afin d'encourager l'innovation dans la prise en charge ambulatoire sans pénaliser la prise en charge conventionnelle.

Généralement l'usage du TIC par rapport au tarif moyen réduit le tarif. De même, la pondération par le taux tendanciel de chirurgie ambulatoire plutôt que par le taux observé diminue le tarif.

Dans les scénarios, le TIC a été privilégié afin d'amorcer un mouvement de retour à la neutralité tarifaire. Il peut exister des GHM pour lesquels le TIC est surévalué. Quand le TIC diverge trop du tarif moyen, il est proposé de rester sur le tarif existant. Quand le TIC est absent des données, il a été remplacé dans les calculs par le tarif moyen.

⁷¹ Mesuré par le taux de chirurgie ambulatoire actuel, comme c'est le cas dans la campagne tarifaire 2014.

Rapport

Tableau 19 : Rappel du calcul du tarif unique en 2014

Classe	Calcul du tarif en 2014	Nombre de GHM Public	Nombre de GHM Privé
1	Développement de l'ambulatoire à son terme : taux de chirurgie ambulatoire est supérieur à 80 %	12	26
2	Développement de l'ambulatoire avancé : taux de chirurgie ambulatoire est compris entre 50 % et 80 %	24	34
3	Développement de l'ambulatoire amorcé : GHM dont le taux de chirurgie ambulatoire est compris entre 10 % et 50 %	66	44
4	Développement de l'ambulatoire faible : GHM dont le taux de chirurgie ambulatoire est inférieur à 10 %	9	7

Source : Mission, à partir d'une fiche de campagne ATIH 2014.

Tableau 20 : Scénario 1

Classe	Critères	Tarif	Nombre de GHM public	Nombre de GHM privé
1	Développement de l'ambulatoire à son terme : taux de chirurgie ambulatoire est supérieur à 80 %	TIC J	12	26
2	Développement de l'ambulatoire avancé : taux de chirurgie ambulatoire est compris entre 50 % et 80 %	TIC moyen du couple 1, J pondéré par le taux d'activité tendanciel si le tarif qui en résulte est < existant/retour à l'existant sinon	24	34
3	Développement de l'ambulatoire amorcé : GHM dont le taux de chirurgie ambulatoire est compris entre 10 % et 50 %	TIC moyen du couple 1, J pondéré par le taux d'activité tendanciel si le tarif qui en résulte est < existant/retour à l'existant sinon	66	44
4	Développement de l'ambulatoire faible : GHM dont le taux de chirurgie ambulatoire est inférieur à 10 %	Tarif 1	9	7

Source : Mission.

Tableau 21 : Scénario 2

Classe	Critères	Tarif	Nombre de GHM public	Nombre de GHM privé
1	Développement de l'ambulatoire à son terme : taux de chirurgie ambulatoire est supérieur à 80 %	TIC J	12	26
2	Développement de l'ambulatoire avancé : taux de chirurgie ambulatoire est compris entre 50 % et 80 %	TIC moyen du couple 1, J pondéré par 80 % si le tarif qui en résulte est < existant/retour à l'existant sinon	24	34

Rapport

Classe	Critères	Tarif	Nombre de GHM public	Nombre de GHM privé
3	Développement de l'ambulatoire amorcé : GHM dont le taux de chirurgie ambulatoire est compris entre 10 % et 50 %	TIC moyen du couple 1, J pondéré par 50 % si le tarif qui en résulte est <existant/retour à l'existant sinon	66	44
4	Développement de l'ambulatoire faible : GHM dont le taux de chirurgie ambulatoire est inférieur à 10 %	Tarif 1	9	7

Source : Mission.

Tableau 22 : Scénario 3

Classe	Critères	Tarif	Nombre de GHM public	Nombre de GHM privé
1	Développement de l'ambulatoire à son terme : taux de chirurgie ambulatoire est supérieur à 80 %	TIC moyen du couple 1, J pondéré par le taux tendanciel d'activité	12	26
2	Développement de l'ambulatoire avancé : taux de chirurgie ambulatoire est compris entre 50 % et 80 %	TIC moyen du couple 1, J pondéré par le taux d'activité tendanciel si le tarif qui en résulte est <existant/retour à l'existant sinon	24	34
3	Développement de l'ambulatoire amorcé : GHM dont le taux de chirurgie ambulatoire est compris entre 10 % et 50 %	TIC moyen du couple 1, J pondéré par le taux d'activité tendanciel si le tarif qui en résulte est <existant/retour à l'existant sinon	66	44
4	Développement de l'ambulatoire faible : GHM dont le taux de chirurgie ambulatoire est inférieur à 10 %	Tarif 1	9	7

Source : Mission.

Ces scénarios appellent deux observations :

- ◆ Les économies tarifaires qu'ils permettraient de dégager peuvent, pour les établissements très en retard, induire des déficits.

La baisse tarifaire est neutre pour les établissements si leur taux de chirurgie ambulatoire est égal au taux utilisé dans la pondération du calcul du tarif unique. Par ailleurs, afin que ces économies réalisées par l'assurance-maladie ne se traduisent pas par des déficits pour les établissements, il faut que ceux-ci s'engagent dans des mutations structurelles visant à réduire leurs coûts.

Un établissement dont le taux de chirurgie ambulatoire est très inférieur au taux qui sert de pondération dans le calcul du tarif serait doublement pénalisé. D'une part, le paiement par l'assurance-maladie serait inférieur à ses coûts. D'autre part, l'établissement ne dégagerait pas d'économies structurelles liées au transfert de la chirurgie conventionnelle vers l'ambulatoire. Pour les établissements les plus en retard, un accompagnement financier conditionné au développement de la chirurgie ambulatoire pourrait être envisagé.

- ◆ Les établissements doivent pouvoir anticiper, dans la limite du raisonnable, leurs recettes attendues et leur plan d'économies.

Rapport

La mission préconise à cet égard d'assurer une certaine stabilité dans le calcul des tarifs, soit en fixant les tarifs pour une durée déterminée (par exemple trois ans), soit au moins en stabilisant leur mode général de calcul sur moyenne période.

4.6.2. Économies suscitées par les trois scénarios, par rapport à l'existant (en M€), à volumes égaux à ceux de 2013

Selon le scénario, les économies résultant des modifications tarifaires vont de 212 M€ à 396 M€, selon la répartition figurant dans le tableau ci-dessous. On peut noter que les montants liés aux baisses tarifaires restent inférieurs aux estimations de réductions de dépenses calculées *supra*.

Tableau 23 : Réduction des dépenses de l'assurance-maladie selon les scénarios tarifaires (en M€)

Scénarios	Secteur		Total
	ex DG	ex OQN	
1	74	157	231
2	157	239	396
3	70	142	212

Source : Mission

Ces trois scénarios ont été étudiés par la mission pour éclairer la détermination d'une politique tarifaire susceptible d'accompagner la progression de la chirurgie ambulatoire en cohérence avec les économies dégagées par les établissements. La mission tient à préciser qu'elle n'a pas entendu, ce faisant, établir un scénario tarifaire cible. Il convient de relever par ailleurs que la réduction des coûts de production des établissements de santé du fait du développement de la chirurgie ambulatoire devrait progressivement avoir un effet sur le niveau des tarifs dans la mesure où ils sont fondés sur l'étude nationale des coûts qui observe les coûts réels de production.

Il faut noter que le scénario qui aboutit aux économies les plus importantes repose sur deux hypothèses très exigeantes, l'application du taux maximum de la classe pour les classes 2 et 3 et l'alignement au tarif J pour la classe 1. Étant donnée l'hétérogénéité des taux de chirurgie ambulatoire entre les établissements, ce scénario aboutirait à des déficits importants pour les établissements les plus en retard. Ce scénario a été construit à titre illustratif et n'est pas préconisé par la mission.

Les scénarios 1 et 3 tiennent davantage compte de l'évolution réelle moyenne des parts respectives de la prise en charge ambulatoire et conventionnelle.

4.6.3. Après montée en charge de la chirurgie ambulatoire, il sera nécessaire d'envisager d'autres modalités de calcul des tarifs

L'application de trois scénarios tarifaires proposés par la mission à la structure d'activité 2018 résultant du développement de la chirurgie ambulatoire décrite en 4.4.2 aboutit à plusieurs observations.

Rapport

Par construction, dans les quatre scénarios de progression de la chirurgie ambulatoire définis par la mission, le ratio (nombre de séjours J/(nombre de séjours 1 +J)), utilisé pour déterminer l'appartenance d'un GHM à une classe de tarif, dépasse les 90 %. En effet, selon les hypothèses explicitées en 4.1.1, 80 % des séjours d'une durée d'une nuit de sévérité 1 passent en ambulatoire. Ainsi, dans les scénarios de la mission, l'état final après transfert des séjours de la chirurgie conventionnelle à la chirurgie ambulatoire conduirait à ce que la quasi-totalité des GHM relèvent de la classe 1 de fixation du tarif (alignement au TIC J pour les scénarios tarifaires 1 et 2, alignement au tarif moyen J pour le scénario tarifaire 3

Les scénarios tarifaires 1 et 2 conduisent ainsi à valoriser pour la quasi-totalité des 111 racines les séjours J et 1 au TIC J, ce qui aboutit à une valorisation des séjours 1 et J en 2018 de 1,4 Md€ pour le secteur ex-DG et 1,3 Md€ pour le secteur ex OQN. L'écart par rapport à la valorisation des séjours 1 et J (structure constatée en 213) au tarif 2013 s'élève à 900 M€ pour le secteur ex-DG et à 700 M€ pour le secteur ex-OQN.

En appliquant le scénario 3 (valorisation au tarif moyen J), l'écart est inférieur : 700 M€ pour le secteur ex-DG et 500 M€ pour le secteur ex OQN.

Ces baisses de recettes pour les établissements de santé sont très supérieures aux économies générées par le développement de la chirurgie ambulatoire. Le scénario tarifaire actuel reposant sur les quatre classes ainsi que les scénarios proposés par la mission pour les années de montée en charge de la chirurgie ambulatoire devront donc être abandonnés afin de tenir compte de la nouvelle structure des séjours caractérisée par une prédominance de l'ambulatoire et une réduction drastique des séjours de chirurgie de niveau 1, qui rendent caduques la distinction de quatre classes.

La mission propose donc de rénover les modalités de fixation du tarif unique (1, J). Une incitation tarifaire permettant de valoriser la prise en charge ambulatoire des séjours de niveau de sévérité 2 pourrait être créée. La mission suggère d'examiner la possibilité de distinguer deux niveaux de sévérité dans la prise en charge ambulatoire afin de tenir compte de la complexité croissante des séjours ambulatoires. De façon plus générale, la mission préconise de mettre à jour le calcul des TIC, notamment pour les séjours ambulatoires.

Ainsi, la mission propose :

- ◆ durant la période de montée en charge de la chirurgie ambulatoire, d'accentuer l'incitation tarifaire selon un modèle inspiré du scénario 3 ;
- ◆ d'engager à court terme des travaux pour prendre en compte la sévérité des séjours ambulatoires dans le calcul des tarifs uniques ;
- ◆ d'engager rapidement la révision du calcul des TIC notamment ambulatoires qui détermineront à terme les recettes des établissements.

CONCLUSION

Il est évident que la situation particulière de chacun des établissements doit être prise en compte pour l'ensemble des changements présentés.

Sur la création même d'une unité de chirurgie ambulatoire, outre les freins qui ont été décrits ci-dessus, une situation financière particulièrement dégradée peut empêcher un établissement de procéder aux investissements nécessaires, malgré leur faible niveau.

Le pilotage des ressources humaines est toujours extrêmement délicat. Comme on l'a souligné plus haut, le plan de développement de la chirurgie ambulatoire doit l'envisager sous tous ses aspects – pyramide des âges, formation, requalification, mobilité.

Quand bien même de nombreux séjours seraient effectués en ambulatoire, il peut se trouver un certain nombre d'établissements, notamment publics, où les séjours restés en hospitalisation complète soient de ce fait même d'une plus grande sévérité, ce qui devrait être anticipé dans l'organisation. *A contrario*, on observe un mouvement continu de diminution de la durée moyenne de séjour, indépendamment même du transfert en ambulatoire, qui peut aider à compenser cet effet.

La concurrence territoriale entre plusieurs établissements, et la difficulté où se trouve chacun d'entre eux d'anticiper son activité, peut créer des difficultés de pilotage de la réforme.

Enfin, en réduisant le nombre d'actes d'hospitalisation conventionnelle, le développement de la chirurgie ambulatoire ne peut qu'accentuer les problèmes que connaissent déjà un certain nombre d'établissements à faible activité. Ceci renforce la nécessité de réorganisation de l'offre territoriale.

La mission est consciente du fait que ces difficultés ne doivent être ni sous estimées, ni considérées comme autant d'obstacles dirimants au développement de la chirurgie ambulatoire et à la réalisation des gains qui lui sont associés en termes de qualité des soins, d'organisation et d'efficience. Elle mesure les efforts qui devront être faits pour accompagner la transition des organisations, aujourd'hui encore largement tournées vers l'hospitalisation conventionnelle, vers une pratique ambulatoire majoritaire. Mais elle observe que cette tendance au basculement vers l'ambulatoire est mondiale et que le système de santé français courrait un risque très important à ne pas s'y insérer pleinement et rapidement.

À Paris, le 23 juillet 2014

Pierre HAUSSWALT
Inspecteur des finances

Christine D'AUTUME
Inspectrice générale des affaires sociales

Morgane WEILL
Inspectrice des finances

Stéphanie DUPAYS
Inspectrice des affaires sociales

Sous la supervision de
Thierry BERT
Inspecteur général des finances

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

- ANNEXE I : LE PILOTAGE DU DÉVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE**
- ANNEXE II : FREINS ET LEVIERS ASSOCIÉS AU DÉVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE**
- ANNEXE III : DÉTERMINATION DU POTENTIEL NATIONAL DE CHIRURGIE AMBULATOIRE DES ÉCONOMIES ASSOCIÉES À SON DÉVELOPPEMENT ET CLASSIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS PAR CAPACITÉ DE PROGRÈS**
- ANNEXE IV : LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES**
- ANNEXE V : LETTRE DE MISSION**

ANNEXE I

Le pilotage du développement de la chirurgie ambulatoire

SOMMAIRE

1. LA POLITIQUE TARIFAIRE	2
1.1. L'arsenal de mesures tarifaires incitatives en faveur de la chirurgie ambulatoire s'est progressivement étendu	2
1.1.1. <i>La politique incitative s'est appuyée dans un premier temps sur un rapprochement de tarifs et des premiers alignements</i>	<i>3</i>
1.1.2. <i>Depuis 2009, la politique tarifaire est associée à l'instauration et au développement de la codification en J.....</i>	<i>4</i>
1.1.3. <i>Depuis 2012, la politique tarifaire franchit un nouveau palier avec la suppression progressive de l'ensemble des bornes basses et l'extension des GHM en J au tarif aligné et revalorisé.....</i>	<i>4</i>
1.2. L'incitation tarifaire produit des résultats difficiles à mesurer.....	5
1.2.1. <i>L'incitation tarifaire concerne la plupart des séjours en ambulatoire mais reste peu lisible.....</i>	<i>5</i>
1.2.2. <i>Pour l'ensemble des gestes soumis à incitation tarifaire, la chirurgie ambulatoire progresse.....</i>	<i>6</i>
1.2.3. <i>L'effet de la politique tarifaire est difficile à déterminer.....</i>	<i>10</i>
1.2.4. <i>Les effets de l'incitation tarifaire sont atténués et brouillés par la superposition d'autres mesures tarifaires aux objectifs divergents</i>	<i>11</i>
1.2.5. <i>Le coût de la politique tarifaire</i>	<i>16</i>
1.3. La chirurgie ambulatoire permettant aux établissements de générer des économies de fonctionnement, cette baisse des coûts peut être accompagnée par une réduction parallèle des recettes tarifaires.....	21
1.3.1. <i>Présentation de la méthodologie.....</i>	<i>22</i>
1.3.2. <i>Résultats.....</i>	<i>25</i>
1.3.3. <i>Précautions dans la mise en œuvre des scénarios tarifaires.....</i>	<i>25</i>
1.3.4. <i>Après montée en charge de la chirurgie ambulatoire, il sera nécessaire d'envisager d'autres modalités de calcul des tarifs.....</i>	<i>26</i>
2. LA MISE SOUS ACCORD PRÉALABLE.....	27
2.1. Le dispositif instauré en 2008 vise à rendre plus complexe le recours à l'hospitalisation complète	27
2.1.1. <i>Champ.....</i>	<i>27</i>
2.1.2. <i>Procédure.....</i>	<i>27</i>
2.2. L'impact de la MSAP sur le développement de la chirurgie ambulatoire	28
2.2.1. <i>Un impact difficile à isoler.....</i>	<i>28</i>
2.3. En dépit des efforts importants déployés depuis 2009, le développement de la chirurgie ambulatoire ne s'est pas accéléré.....	31
2.3.1. <i>La chirurgie ambulatoire a fait l'objet d'efforts importants de pilotage dans le cadre d'un dispositif institutionnel entièrement rénové</i>	<i>31</i>
2.3.2. <i>Malgré ces efforts, la dynamique de croissance reste lente et inégale</i>	<i>38</i>
2.4. L'efficacité du pilotage national nécessite d'être renforcée	39
2.4.1. <i>Les cibles régionales de chirurgie ambulatoire ont été déterminées de façon approximative</i>	<i>39</i>
2.4.2. <i>Les lignes directrices du pilotage national n'apparaissent pas assez précises.....</i>	<i>41</i>

2.4.3. <i>La question de l'impact financier du développement de la chirurgie ambulatoire est restée peu prise en compte</i>	44
2.5. Le bilan de l'action des ARS est difficile à évaluer.....	48
2.5.1. <i>Les retombées des actions générales visant à promouvoir la chirurgie ambulatoire sont difficiles à évaluer</i>	50
2.5.2. <i>L'apport de la contractualisation avec les établissements apparaît limité à ce stade.....</i>	50
LISTES DES GESTES MARQUEURS	78
LES GESTES MARQUEURS EN 2012 : CF. FICHE.....	78
LES GESTES MARQUEURS EN 2013 : CF. FICHE.....	78

INTRODUCTION

Le soutien des autorités sanitaires au développement de la chirurgie ambulatoire est ancien.

En 1992, une série de décrets¹ a donné un cadre juridique à l'activité de chirurgie ambulatoire. La création ou l'extension des places étaient alors conditionnées par la suppression concomitante de lits d'hospitalisation complète selon un mécanisme dit de « taux de change² ». La circulaire ministérielle n°97-790 du 16 décembre 1997 affirme pour la 1^{ère} première fois la priorité à accorder à la chirurgie ambulatoire compte tenu de ses avantages³. En 1999, un logiciel est mis à disposition des hôpitaux publics pour mieux valoriser les séjours de chirurgie ambulatoire dans le PMSI⁴. Un nouveau décret pris la même année⁵ met en place des règles moins contraignantes de création de places de chirurgie ambulatoire⁶. Avec la suppression de la carte sanitaire par l'ordonnance du 4 septembre 2003, la contrainte relative à la suppression de lits d'hospitalisation complète disparaît. En 2004, lors de la mise en place de la T2A, les séjours de chirurgie ambulatoire et les séjours avec hospitalisation d'une nuit sont regroupés dans la même catégorie de tarification.

À partir de 2007 une politique incitative de plus grande ampleur avec la mise en place d'incitations tarifaires en faveur de la chirurgie ambulatoire. En 2008, la procédure de mise sous accord préalable est instaurée pour cinq gestes chirurgicaux⁷.

En 2010, le développement de la chirurgie ambulatoire est inscrit au nombre des dix priorités nationales de gestion du risque (GDR) assignées aux Agences Régionales de Santé (ARS) par la directive du ministère de la santé du 19 juillet 2010.

Dans un contexte où tant les comparaisons internationales que les disparités constatées entre secteurs et entre régions suggèrent l'existence d'un fort potentiel de développement, les autorités sanitaires ont en effet décidé d'impulser une politique forte de soutien au développement de la chirurgie ambulatoire appuyée sur trois piliers :

- ◆ des incitations tarifaires, avec le rapprochement des tarifs de chirurgie ambulatoire et de chirurgie complète puis la mise en place de tarifs uniques ;
- ◆ le recours à la procédure de mise sous accord préalable pour la réalisation en hospitalisation complète d'un ensemble croissant de gestes marqueurs chirurgicaux sélectionnés en lien avec les sociétés savantes concernées⁸ ;
- ◆ la contractualisation sur des objectifs de développement de la chirurgie ambulatoire à un double niveau, entre l'État et les ARS d'une part, et entre les ARS et les établissements de santé d'autre part.

¹ Décret n° 92-1100 du 2 octobre 1992 portant application de l'article L712-10 du code de la santé publique ; décret n° 92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L712-2 du Code de la santé publique ; décret n°92-1102 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des structures de soins alternatives à l'hospitalisation ; arrêté du 12 novembre 1992

² Suppression de 2 à 2,25 lits pour 1 place de chirurgie ambulatoire en cas de saturation de la carte sanitaire.

³ Moindre mobilisation de ressources ; organisation centrée sur le patient et vecteur de modernisation des établissements.

⁴ Logiciel ambu 1.0 qui permet d'abonder les points ISA issus de l'activité ambulatoire.

⁵ Décret n° 99-444 du 31/05/1999

⁶ Le taux de change varie désormais entre 1 et 2 places.

⁷ Article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 cf partie 2 ci-après.

⁸ En cas de retard important de la pratique ambulatoire pour l'un de ces gestes, l'assurance-maladie peut proposer à l'ARS de soumettre l'établissement concerné à la procédure de mise sous accord préalable : toute intervention réalisée en chirurgie conventionnelle pour ce geste nécessitera alors l'accord préalable de l'assurance-maladie. La décision de mise sous accord préalable est prise par l'ARS après procédure contradictoire.

Annexe I

Une importante production de textes et d'outils a accompagné la mise en œuvre de ces orientations. Les conditions techniques de fonctionnement des unités de chirurgie ambulatoire ont par ailleurs été assouplies en 2012⁹.

Les analyses qui suivent concernent le pilotage 2009- 2013 du développement de la chirurgie ambulatoire¹⁰, au niveau national d'une part et régional d'autre part. La mission s'est attachée à évaluer l'impact des trois volets principaux de la politique de soutien au développement de la chirurgie ambulatoire :

- ◆ la politique tarifaire ;
- ◆ la procédure de mise sous accord préalable ;
- ◆ le dispositif national et régional de pilotage mis en place.

1. La politique tarifaire

1.1. L'arsenal de mesures tarifaires incitatives en faveur de la chirurgie ambulatoire s'est progressivement étendu

Une politique tarifaire visant à inciter au développement de la chirurgie ambulatoire a été mise en place à partir de 2007¹¹. Elle repose principalement sur deux principes :

- ◆ le rapprochement des tarifs entre courts séjours et hospitalisation complète (tarif incitatif) ;
- ◆ et l'alignement des tarifs entre hospitalisation complète et ambulatoire (tarif unique).

Entre 2007 et 2014, le champ d'application de ces deux principes s'est progressivement étendu. Outre ces mesures, la réduction de nombre de GHM soumis à des bornes basses¹² a accompagné le développement de la chirurgie ambulatoire.

Cette politique a pour objectif de pallier les effets désincitatifs de la tarification à l'activité (T2A). En effet, en théorie, celle-ci peut avoir deux conséquences contradictoires sur le développement de la chirurgie ambulatoire.

⁹ Décret n° 2012-69 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement de structures alternatives à l'hospitalisation ; ce texte a notamment précisé que la durée maximale de 12H s'appliquait aux prises en charge des patients et non à la durée d'ouverture de l'UCA et imposé la mise en places de chartes de fonctionnement des UCA. Il a également autorisé le partage des plateaux techniques avec d'autres activités et le partage de personnels travaillant également en hospitalisation complète. Ces dernières mesures ont suscité des réserves de la part des sociétés savantes qui les ont jugé contradictoires avec le principe affirmé par ailleurs de moyens dédiés aux unités de chirurgie ambulatoire.

¹⁰ Pour la période antérieure, selon l'Abécédaire de la chirurgie ambulatoire, les résultats des diverses incitations mises en place depuis la fin de la décennie 1990, de type réglementaire, tarifaires, recommandations de bonnes pratiques, et fondées sur la contractualisation, pouvaient être jugés « décevants ». L'Abécédaire, document rédigé à dire d'experts n'engageant que leurs auteurs, a été publié en 2009 avec le double logo de l'Etat et de l'Assurance maladie.

¹¹ La première mesure tarifaire en faveur de la chirurgie ambulatoire a été prise en 1999 (revalorisation des points ISA ambulatoires pour inciter au développement dans les établissements de santé du secteur DG), mais la mise en place d'une politique tarifaire à proprement parler date de 2007.

¹² Si la durée du séjour est inférieure à la borne basse affectée au GHS, le tarif que reçoit l'établissement est minoré de 50 %.

Annexe I

Dans une certaine mesure, le paiement à l'activité T2A peut favoriser l'ambulatoire. Ainsi, dans la version 9 de la classification des GHM en vigueur en 2004, la CM 24 (comprenant auparavant les séjours de moins d'un jour) est étendue aux séjours d'un jour. Un tarif identique est donc alloué aux séjours de 0 jour et aux séjours de un jour, situés dans le même GHM. Il existe donc une forte incitation théorique pour les établissements à prendre en charge les patients en ambulatoire plutôt que dans le cadre d'une hospitalisation d'un jour.

Toutefois, en dehors de la CM 24, l'existence de bornes basses (durée de séjour en dessous de laquelle le tarif appliqué par l'Assurance-Maladie subit une décote) n'encourage pas à réduire la durée de séjour. Le tarif appliqué à la chirurgie ambulatoire est calculé en appliquant une décote au tarif de l'hospitalisation complète. Cette pratique, conforme au principe de neutralité tarifaire, peut avoir un effet désincitatif sur le développement de la chirurgie ambulatoire car il est plus profitable, en termes de recettes, de garder le patient une nuit que de le traiter en ambulatoire afin de bénéficier du tarif de chirurgie complète.

La politique tarifaire incitative mise en place à partir de 2007 vise à atténuer cet effet.

Par ailleurs, au cours de la période étudiée, d'autres mesures aux objectifs plus larges que le développement de la chirurgie ambulatoire peuvent aussi avoir un effet incitatif ou désincitatif. C'est le cas des mesures d'économies ou de la neutralité tarifaire qui se traduit par un rapprochement du tarif et du tarif issu des coûts¹³ (TIC) et une réduction des sur-financements et des sous-financements.

1.1.1. La politique incitative s'est appuyée dans un premier temps sur un rapprochement de tarifs et des premiers alignements

Les premiers rapprochements et alignements de tarifs datent de 2007. La circulaire du 21 février 2007¹⁴ prévoit ainsi :

- ◆ l'alignement au tarif de la chirurgie complète pour cinq racines de GHM représentant une proportion importante de l'activité de chirurgie ambulatoire¹⁵ ;
- ◆ un rapprochement des tarifs au sein de quinze autres couples de GHM composés chacun
 - d'un GHM correspondant à une hospitalisation de courte durée (le GHM de la CM 24 qui comprend les séjours ambulatoires) et
 - d'un ou plusieurs GHM correspondant à des hospitalisations de plus de deux jours.

Pour ces couples, l'écart des tarifs est réduit de 50 % pour les établissements publics.

En 2008¹⁶, le rapprochement des tarifs pour les quinze couples a été amplifié.

¹³ Comparer directement coûts et tarifs n'est pas possible dans la mesure où ces deux notions ne recouvrent pas le même périmètre. Le tarif issu des coûts (TIC) neutralise les effets de champs et se compare au tarif.

¹⁴ Circulaire n° DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/ 2007/74 du 21 février 2007.

¹⁵ GHS 8002 Interventions sur le cristallin, GHS 8005 Drains trans-tympaniques, GHS 8008 Ligatures de veines et éveinages, GHS 8023 Circoncisions, GHS 8053 Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels.

¹⁶ Circulaire n° DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/ 2008/82 du 3 mars 2008.

1.1.2. Depuis 2009, la politique tarifaire est associée à l'instauration et au développement de la codification en J

En 2009, l'alignement du tarif ambulatoire/chirurgie complète se matérialise avec la création d'une codification spécifique à l'ambulatoire, dans la 11^{ème} 11^{ème} version de la classification des GHM : une codification en J.

Un tarif unique entre le séjour en ambulatoire (codification en J) et les séjours comparables en hospitalisation complète de premier niveau de sévérité a été instauré pour 18 GHM. Le tarif unique correspond à la moyenne du tarif en J et du niveau 1 pondérée par les taux de prise en charge observés dans le secteur où le taux de chirurgie ambulatoire est le plus élevé.

$$TU = T1 * (1 - \text{[taux]}_c) + Tj * \text{[taux]}_c$$

où T1 désigne le tarif moyen de niveau 1, Tj le tarif ambulatoire et [taux]_c le taux de chirurgie ambulatoire du secteur le plus performant.

Ces mesures, initiées en 2009, ont été maintenues lors des campagnes tarifaires suivantes. En 2011, une revalorisation de tous les tarifs de chirurgie ambulatoire à hauteur de leurs coûts ajustés a été opérée par redéploiement à partir des tarifs d'hospitalisation complète dont le tarif est supérieur au coût ajusté.

À En 2010, les bornes basses ont été supprimées pour les racines de GHM dont la durée moyenne de séjour (DMS) est faible (comprise entre 1,4 et 2,5 jours), ce qui incite à réduire la durée de séjour en supprimant la pénalité pour les séjours en dessous de la borne basse.

1.1.3. Depuis 2012, la politique tarifaire franchit un nouveau palier avec la suppression progressive de l'ensemble des bornes basses et l'extension des GHM en J au tarif aligné et revalorisé

◆ 2012

En 2012, neuf nouvelles racines de GHM en J ont été créées et font l'objet d'une tarification unique. Douze racines existantes de GHM en J sont également alignées sur le tarif unique. Elles ont été sélectionnées parce qu'elles avaient au moins deux tiers d'actes communs entre le J et le niveau 1 d'hospitalisation complète, et après validation médicale par les experts des sociétés savantes. Pour ces racines de GHM, le tarif a été calculé en prenant la moyenne entre le tarif du J et le tarif du niveau 1 pondérée par la part d'ambulatoire du secteur le plus performant. Au total, 39 GHM en J ont été alignés au tarif unique (18 GHM initiaux auxquels s'ajoutent les neuf racines en J nouvellement créées, et les douze racines en J nouvellement alignées).

Les racines en J non concernées par l'alignement au tarif unique ont été revalorisées lorsque le tarif présente un sous-financement par rapport au tarif issu des coûts (TIC).

Par ailleurs, afin d'encourager les pratiques innovantes en ambulatoire, certaines bornes basses des séjours de niveau 1, pour des racines sans J, ont été supprimées. Il s'agit des GHM dont la durée moyenne de séjour est inférieure à quatre jours, à l'exception des séjours correspondant à des actes réalisés en urgence ou relatif au traitement du cancer (onze racines en ex-DG et 16 racines en ex-OQN).

Enfin, des mesures en faveur de la convergence vers la neutralité tarifaire peuvent constituer un incitatif à la chirurgie ambulatoire lorsqu'elles visent à réduire les sur-financements des séjours de chirurgie des niveaux 2, 3, 4.

Annexe I

◆ 2013

En 2013¹⁷, une importante refonte de la classification reposant sur des créations, dédoublements et des suppressions de racines a fait passer le nombre de GHM à tarif unique à 47.

Dans le même temps, certains GHM présentant un sous-financement ont été revalorisés. Leur tarif est rapproché de leur TIC. Cela concerne un sixième des GHS pour le secteur public et un tiers pour le privé. La réduction des sur-financements des séjours de niveau 2, 3 et 4, par rapprochement du TIC si elle dépasse le cadre de l'ambulatoire, peut également avoir un effet incitatif.

Enfin, le tarif unique a été supprimé pour huit racines¹⁸, le tarif unique a été supprimé, ce qui aboutit à une baisse du financement du séjour ambulatoire qui peut dépasser 15 %. Cette modification peut avoir un effet désincitatif.

◆ 2014 : extension du tarif unique et suppression des bornes basses

L'une des mesures majeures visant à amplifier les incitations tarifaires pour le développement de la chirurgie ambulatoire en 2014 est la suppression de l'ensemble des bornes basses¹⁹ sur les GHM de chirurgie de niveau 1 afin de favoriser les prises en charge innovantes en chirurgie ambulatoire. Cette mesure concerne 99 bornes basses dans le secteur ex-DGF et 76 dans le secteur ex-OQN²⁰.

La deuxième mesure vise à appliquer un tarif unique à tous les couples de GM J,1. (cf. ci-dessous pour le calcul précis du tarif).

1.2. L'incitation tarifaire produit des résultats difficiles à mesurer

1.2.1. L'incitation tarifaire concerne la plupart des séjours en ambulatoire mais reste peu lisible

1.2.1.1. La quasi-totalité des séjours ambulatoires font l'objet d'une mesure incitative

Le champ des mesures incitatives s'est étendu jusqu'à concerner la majorité des séjours. Ainsi, de 2009 à 2012, 98 à 99 % des séjours ambulatoire ont été associés à un GHM en J. La proportion de séjours des séjours ambulatoires au tarif unique est passée de 38 à 68 % entre 2009 et 2012. Pour autant, malgré la mise en œuvre de mesures incitatives, le caractère incitatif du tarif n'est pas certain dans la mesure où le tarif est la résultante d'autres mesures qui n'ont pas pour but d'inciter à la chirurgie ambulatoire (comme les mesures visant à se rapprocher de la neutralité tarifaire, ou les mesures d'économie).

¹⁷ Circulaire tarifaire de mars 2013 http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-05/ste_20130005_0000_0058.pdf.

¹⁸ 01C10, 03C19, 05C13, 08C40, 12C06, 13C04, 13C08 et 22C02

¹⁹ Limite de durée minimale en deçà de laquelle un abattement est appliqué sur le tarif remboursé à l'établissement

²⁰ Circulaire N°DGOS/R1/2014/99 du 31 mars 2014 relative à la campagne tarifaire 2014 des établissements de santé.

1.2.1.2. L'incitation est souvent peu lisible

En dépit des mesures de rapprochement des tarifs (1, J), de revalorisation des GHM en J et de l'instauration du tarif unique, il peut exister des GHM ambulatoires au tarif sous-financé, c'est-à-dire très inférieur au TIC. C'est la conséquence de mesures de convergence inter sectorielles (notamment lors de la campagne tarifaire 2010) que n'ont pas compensé totalement la politique en faveur de l'ambulatoire. Ce sous-financement, qui touche certains GHM ambulatoire du secteur public, est progressivement gommé après 2010 par revalorisation des tarifs.

L'incitation se mesure davantage en termes relatifs (écart de tarif d'un séjour ambulatoire et d'un séjour en hospitalisation complète) qu'en comparant année par année le montant du tarif d'un séjour ambulatoire ou par référence aux coûts.

Une étude qualitative²¹ montre que l'écart de tarif entre chirurgie ambulatoire et hospitalisation complète est perçu et connu des établissements de santé, davantage que l'écart tarif-coût, ce dernier étant inconnu²². Pour autant, dans les établissements l'incitation tarifaire semble moins bien connue que la MSAP. En outre, la baisse du tarif ambulatoire d'une année sur l'autre alors même qu'une politique incitative était affichée est mal comprise et brouille le message.

1.2.2. Pour l'ensemble des gestes soumis à incitation tarifaire, la chirurgie ambulatoire progresse

1.2.2.1. Entre 2007 et 2012 la part de la chirurgie ambulatoire dans l'ensemble des séjours chirurgicaux augmente de 8,5 points.

Le taux de chirurgie ambulatoire passe de 32,3 % à 40,8 % entre 2007 et 2012. Cette augmentation concerne aussi bien le secteur privé que le secteur public, avec de fortes différences selon le type d'établissements. Le secteur privé à but lucratif ou non accentue son avance par rapport au secteur public. Les très gros établissements (CHU et CHR), malgré une progression de 7,4 points, ont toujours un taux moins élevé. Toutefois, ce constat global ne tient pas compte du case-mix et de la lourdeur des cas.

²¹ « La réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires », Evelyne CASH, Roland CASH et Catherine DUPILET, Dossiers solidarités santé n° 21, 2011, DREES.

²² Cf. aussi l'étude Opeera de l'ANAP.

Annexe I

Tableau 1 : Évolution du taux de chirurgie ambulatoire pour les 18 racines à tarif unique depuis 2009, par catégorie d'établissement (en %/points de %)

Catégorie	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Écart 2007-2012 (en points)
Ex-DG	21,1	22,9	25,0	26,4	28,0	29,5	8,4
APHP	18,0	18,8	19,7	20,5	21,6	22,4	4,4
CH	23,5	25,7	28,2	29,4	31,1	32,6	9,1
CHU/CHR	16,3	17,9	19,7	20,9	22,5	23,6	7,4
CLCC	7,3	7,8	7,9	9,2	12,0	15,4	8,0
ENBL	27,5	29,4	32,9	34,7	36,6	38,5	11,0
SSA			18,9	20,9	22,9	24,8	24,8
Ex-OQN	39,7	41,0	44,1	46,0	47,8	49,1	9,4
National	32,3	33,6	36,2	37,8	39,5	40,8	8,5
Progression annuelle (en points)	-	1,3	2,6	1,6	1,7	1,3	1,7

Source : ATIH.

Au-delà de ces chiffres globaux, l'évolution est contrastée selon les racines.

1.2.2.2. Le taux de chirurgie ambulatoire progresse fortement pour les 18 premières racines de GHM au tarif unique

En restreignant l'analyse aux 18 racines à tarif unique depuis 2009, qui représentent près de 70 % des séjours en ambulatoire, le taux de chirurgie ambulatoire passe de 56,9 à 78,4 % entre 2007 et 2012.

Annexe I

Tableau 2 : Évolution du taux de chirurgie ambulatoire pour les 18 racines à tarif unique depuis 2009, par catégorie d'établissement (en %)

Racine	Libellé	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Écart 2007-2012 (en points de %)
01C13	Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels	84,8	86,5	88,4	89,3	90,4	91,1	6,2
02C05	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	63,8	70,9	79,1	81,3	83,8	85,9	22,1
03C10	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans Interventions sur les amygdales, en ambulatoire	26,8	26,9	27,9	27,8	28,8	30,2	3,4
03C14	Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans	98,3	98,3	98,4	98,3	98,4	98,7	0,4
03C15	Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans	92,0	92,2	92,1	92,0	92,6	93,8	1,8
03C21	Interventions pour oreilles décollées	35,9	37,8	39,6	41,9	44,9	48,0	12,1
05C17	Ligatures de veines et éveinages	28,5	37,5	55,6	67,5	73,0	76,7	48,1
06C10	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations, âge inférieur à 18 ans	46,4	50,4	53,4	57,6	59,7	61,7	15,3
06C12	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans	6,4	9,1	16,1	31,1	39,5	44,9	38,5
08C38	Autres arthroscopies du genou	46,7	55,6	64,5	67,1	70,0	72,5	25,8
08C44	Autres interventions sur la main	68,6	69,9	72,1	73,4	75,6	77,3	8,7
08C45	Ménisectomie sous arthroscopie	59,0	68,0	79,0	83,4	86,0	88,0	29,1
09C07	Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein	31,1	34,9	39,4	45,5	52,7	57,3	26,2
09C08	Interventions sur la région anale et périanale	19,8	21,2	25,0	29,1	32,2	35,9	16,1
12C06	Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge inférieur à 18 ans	48,9	52,4	56,9	59,7	64,7	66,3	17,3
12C08	Circoncision	91,9	93,1	94,1	94,8	95,5	96,0	4,0
13C08	Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin	54,6	55,6	57,3	59,9	61,9	63,1	8,5
13C12	Dilatations et curetages, conisations pour affections non malignes	63,8	67,8	72,9	77,4	81,0	83,4	19,6
Total		56,9	62,2	69,3	73,2	76,1	78,4	21,5

Source : ATIH.

Annexe I

Cette progression moyenne cache néanmoins des disparités importantes entre les racines.

Ainsi la progression est faible pour certaines racines dont la quasi-totalité de l'activité se réalisait déjà en ambulatoire en 2007. Il s'agit des drains transtympaniques et de la circoncision.

A l'inverse, certaines racines ont fortement progressé sur la période, comme les ligatures de veines et éveinage (+48 points) et les interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans (+38,5 points).

Enfin, d'autres racines ont peu progressé, malgré un point de départ faible. C'est le cas des amygdalectomies adultes ou des interventions dans la région anale et périanale.

La mise en place du tarif unique ne marque pas nécessairement une inflexion dans la diffusion de la chirurgie ambulatoire par rapport aux années antérieures. Dans certains cas, on peut penser que le tarif unique accompagne une montée en charge de la chirurgie ambulatoire déjà entamée antérieurement (interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin, circoncision, canal carpien, drains transtympaniques, autres interventions sur la main). Dans d'autres, le tarif unique coïncide avec une accélération de la hausse de la chirurgie ambulatoire (cristallin, veines et éveinages).

1.2.2.3. La progression de la chirurgie ambulatoire sur les 21 racines alignées au tarif unique en 2012 est plus modérée

Pour les 21 racines au nouveau tarif unique en 2012, la progression entre 2007 et 2012 est faible (+ 3 points en moyenne), et on ne peut l'imputer au tarif unique, qui ne bénéficie pas à ce jour d'une année entière de mise en œuvre. On peut néanmoins constater que lors de la création du tarif unique, la chirurgie ambulatoire était beaucoup moins développée que pour les premières racines alignées au tarif unique. Notons que sur la période considérée, une racine (Autres interventions intraoculaires en dehors des affections sévères) voit son taux de chirurgie ambulatoire baisser.

Annexe I

Tableau 3 : Taux de chirurgie ambulatoire pour les 21 racines nouvellement au tarif unique en 2012 (en %)

Libellé	2007	2008	2010	2011	2012
Interventions sur les nerfs crâniens ou périphériques et autres interventions sur le système nerveux	4,5	5,9	7,0	8,2	13,0
Interventions sur la rétine	8,5	6,9	8,2	9,0	13,3
Interventions primaires sur l'iris	38,3	38,1	51,5	47,7	49,6
Autres interventions intraoculaires en dehors des affections sévères	70,9	66,4	61,8	65,3	61,6
Rhinoplasties	12,9	13,6	15,5	16,3	18,9
Ostéotomies de la face	5,7	6,1	6,1	6,7	7,9
Amputations pour troubles circulatoires portant sur le membre supérieur ou les orteils	4,0	4,2	4,1	4,1	4,6
Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 05	13,9	13,2	14,2	14,9	15,6
Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës	0,6	1,1	2,5	4,5	8,3
Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur	56,3	58,5	63,5	65,9	67,6
Greffes de peau pour maladie de l'appareil musculosquelettique ou du tissu conjonctif	54,8	56,4	59,1	60,3	62,9
Interventions maxillofaciales	14,6	14,6	16,6	15,3	18,6
Arthroscopies d'autres localisations	9,8	10,1	10,8	11,5	13,2
Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 11	10,7	10,8	11,0	14,1	14,9
Prostatectomies transurétrales	0,1	0,6	1,1	0,7	0,8
Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge supérieur à 17 ans	18,1	20,6	28,6	33,5	37,4
Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin	2,5	2,9	2,8	2,9	3,4
Dilatations et curetages, conisations pour tumeurs malignes	58,7	62,1	72,2	78,9	82,2
Greffes de peau pour lésions autres que des brûlures	45,4	46,7	54,8	55,0	56,4
Parages de plaies pour lésions autres que des brûlures	38,5	35,0	41,0	40,4	46,6
Brûlures non étendues avec greffe cutanée	9,7	9,8	9,2	10,7	11,4
	23,8	23,4	24,8	26,1	27,2

Source : ATIH.

1.2.3. L'effet de la politique tarifaire est difficile à déterminer

Observer une progression du taux de chirurgie ambulatoire concomitamment à la mise en place d'une incitation tarifaire n'implique pas que celle-ci soit en soit la cause. En effet, en observant l'évolution des taux, on ne note que rarement une inflexion l'année de la mise en place du tarif unique, mais plutôt la poursuite d'une évolution déjà à l'œuvre depuis les années précédentes.

1.2.4. Les effets de l'incitation tarifaire sont atténués et brouillés par la superposition d'autres mesures tarifaires aux objectifs divergents

- ◆ La convergence interfère dans la construction des tarifs

La politique de convergence qui consiste, jusqu'en 2012, à rapprocher les tarifs public et privés par baisse des tarifs publics, a conduit à un sous-financement de certains GHM de chirurgie ambulatoire dans le secteur public, annulant le caractère incitatif du tarif. La déformation de l'incitation tarifaire en raison de la convergence a été particulièrement importante en 2010. À partir de 2013, la convergence s'opère par rapprochements des tarifs et des coûts, ce qui conduit à réduire les sous-financements de certains GHM, notamment de ceux fortement impactés par la campagne de 2010.

- ◆ L'interférence avec les mesures d'économie

Lorsque la construction de l'ONDAM comprend des mesures d'économie, celles-ci peuvent affecter les tarifs de chirurgie ambulatoire à la baisse et contrebalancer les surfinancements incitatifs. Ainsi en 2014, l'ONDAM intègre des mesures d'économies au titre de la chirurgie ambulatoire pour un montant de 45 M€, dont 30 M€ pour le secteur ex-DG et 15 M€ pour le secteur ex-OQN. Ce montant étant calculé sur dix mois en dépenses d'assurance maladie alors que la construction des tarifs se fait en année pleine, ce sont donc 57 M€ d'économie (38 M€ pour le secteur ex-DG et 19 M€ pour le secteur ex-OQN) qui ont été intégrés.

- ◆ Neutralité tarifaire et vérité des coûts

Certains acteurs²³ estiment que certains tarifs issus des coûts (ambulatoire et prise en charge conventionnelle) sont surestimés et vont à l'encontre du principe de la neutralité tarifaire. S'il est vrai que le tarif est surestimé, cela réduit l'incitation à la chirurgie ambulatoire car la chirurgie complète est dès lors moins pénalisante du point de vue économique. De façon plus générale, l'opposition entre tarif incitatif et la neutralité tarifaire doit être tranchée (cf. annexe III).

La mission estime que s'il est justifié de pratiquer des incitations tarifaires pour infléchir durablement les choix vers des prises en charge de meilleure qualité et plus efficaces, ces dérogations au principe de neutralité tarifaire doivent rester transitoires et être inscrites dans un schéma d'évolution des tarifs lisible pour les acteurs.

1.2.4.1. Il résulte de cette superposition de mesure un manque de lisibilité à moyen terme

- ◆ La tarification est trop mouvante et imprévisible

Pour qu'une incitation soit efficace, il faut qu'elle soit perçue par les acteurs. Or, le millefeuille de mesures modelant les tarifs dans des sens différents rend le signal tarifaire illisible. La refonte annuelle des tarifs entraîne également un manque de visibilité et de prévisibilité.

- ◆ Les mesures incitatives ne convergent pas parfaitement

À la politique tarifaire incitative se superpose la mise sous entente préalable^{2.1} mise en œuvre par l'Assurance-Maladie. Celle-ci cible des gestes, déclinés en acte CCAM (classification commune des actes médicaux) et non des GHM. La concordance entre les actes possiblement soumis à MSAP et les GHM faisant l'objet d'une incitation tarifaire, que ce soit un tarif unique ou un J, n'est pas parfaite. Par exemple, la chirurgie du strabisme et de la conjonctivite sont inscrites dans la liste de l'assurance-maladie et ne font pas l'objet d'incitation tarifaire.

²³ Par exemple la HAS et l'ANAP dans le rapport « Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger », la CNAMTS dans le rapport Charges et produits 2013 sur l'exemple de la cataracte.

Annexe I

1.2.4.2. Quelques exemples d'évolutions tarifaires

Le tableau 4 présente l'évolution du tarif pour quelques groupes homogènes de séjours (GHS) (le chiffre en gras indique l'année de mise en place du tarif unique). Certains GHS (ménisectomies sous arthroscopie, circoncision) ont subi de fortes baisses suite aux mesures de convergence de 2010 qui sont ensuite compensées les années suivantes pour revenir progressivement vers le tarif issu des coûts. D'autres GHS (interventions réparatrices pour hernies et éventrations) ont, l'année de mise en place du tarif unique, connu une revalorisation très incitative qui les éloigne durablement du tarif issu des coûts.

Annexe I

Tableau 4 : Exemples d'évolution du tarif de quelques GHS dans le secteur ex-DG (en €)

GHM J	Libellé	Tarif 2009	Tarif 2010	Tarif 2011	Tarif 2012	Tarif 2013	Tarif 2014	Tarif Issu des coûts (campagne 2014)
08C45J	Ménisectomie sous arthroscopie, en ambulatoire	1 385,13	1 045,45	1 047,65	1 049,33	1 086,00	1 292,20	1 285,96
03C15J	Interventions sur la bouche, en ambulatoire	742,69	754,46	809,96	1102,75	1268,38	1267,53	1040,44
12C08J	Circoncision, en ambulatoire	861,12	594,36	596,10	597,05	634,78	841,31	829,60
06C10J	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire	1492,93	1531,96	1522,57	1525,01	1509,61	1509,38	1187,68

Source : Mission à partir de données ATIH ; les chiffres en gras désignent l'année de mise en place du tarif unique.

Annexe I

Le tableau 5 met en évidence des évolutions à la baisse traduisant une politique de réduction des surfinancements (exemples des interventions sur le cristallin et des drains transtympaniques). Les deux autres exemples illustrent une réduction des sous-financements et une incitation très forte à l'ambulatoire : l'année de mise en place du tarif unique, le tarif subit une forte hausse qui le fait passer très au-dessus du TIC.

Annexe I

Tableau 5 : Exemples d'évolution du tarif de quelques GHS dans le secteur ex-OQN (en €).

GHM J	Libellé	Tarif 2009	Tarif 2010	Tarif 2011	Tarif 2012	Tarif 2013	Tarif 2014	Tarifs Issus des coûts (campagne 2014)
02C05J	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire	993,45	898,90	827,81	791,48	789,13	738,99	725,05
03C15J	Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	397,73	333,92	301,48	310,56	309,64	309,53	244,42
06C14J	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales, en ambulatoire	373,76	400,01	461,23	627,08	769,48	769,49	507,98
11C07J	Interventions sur l'urètre, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	439,10	446,65	477,65	493,30	491,84	606,41	466,57

Source : Mission à partir de données ATIH ; les chiffres en gras désignent l'année de mise en place du TU.

1.2.5. Le coût de la politique tarifaire

Compte tenu de la complexité du calcul des tarifs qui résulte de facteurs liés ou non à la chirurgie ambulatoire, il n'est pas possible d'isoler le coût de la politique incitative dans le financement effectif des séjours ambulatoires. En revanche, *ex ante*, l'ATIH peut calculer le coût de chaque mesure directement incitative sur la masse tarifaire (modulations des tarifs des séjours (1,J)) ou indirectement (actions sur les tarifs des niveaux de sévérité 2,3,4). Ce coût est mesuré par l'écart des dépenses par rapport à la précédente campagne tarifaire, à masse d'actes constante, une fois neutralisés les changements de bornes, les modifications de classification et de périmètre. Mesuré ainsi, il avoisine les 30 M€ en 2012 et 2013. En 2014, la politique tarifaire produit une économie de 57 M€ Ces chiffres n'ont toutefois jamais été comparés à des calculs *ex post*.

- ◆ En 2012
 - Création de douze nouvelles racines en J alignées au tarif unique

La méthode de calcul du tarif unique se fonde sur le calcul d'un tarif moyen 1/J pondéré par le taux de chirurgie ambulatoire observé et augmenté de la moitié de l'écart par rapport au taux du secteur le plus performant (le taux d'ambulatoire du secteur de financement le plus élevé).

Encadré 1 : Calcul du tarif unique en 2012

$$TU = T1 * (1 - \text{taux}_c) + Tj * \text{taux}_c + 50 \% (T1 * (\text{taux}_c - \text{taux}_o) + Tj * (\text{taux}_o - \text{taux}_c))$$

Où TU = Tarif unique

T1 = Tarif moyen du niveau 1 (comprend le financement des séjours bas du niveau 2 qui sont financés au même niveau que le tarif facial du niveau 1)

Tj = Tarif du niveau J

Taux_o = Taux de chirurgie ambulatoire (1+J) observé sur le secteur concerné

Taux_c = Taux de chirurgie ambulatoire (1+J) observé du secteur le plus performant

Si le tarif du niveau J vaut 10 et le tarif du niveau 1 vaut 20 et que le taux de chirurgie ambulatoire vaut 70 % dans le secteur ex-DG et 80 % dans le secteur ex-OQN, alors le tarif unique du secteur ex-DG vaut : $= 20 * 0,3 + 10 * 0,7 + 0,5 * (20 * (-0,1) + 10 * (0,1))$ dans le secteur ex-DG.

L'ATIH évalue à 3 M€ sur le secteur ex-DG et 0,1 M€ sur le secteur ex-OQN l'économie engendrée par cette mesure.

- Alignement au tarif unique de 12 racines

La méthode de calcul du tarif unique est la même que pour les nouvelles racines. L'ATIH évalue l'économie à 3,3 M€ sur le secteur ex-DG et de 0,1 M€ sur le secteur ex-OQN.

- Revalorisation de 18 couples (1,J)

Le tarif du niveau J est revalorisé par réduction de l'écart tarifaire entre les deux niveaux à hauteur de 25 %.

Selon l'ATIH, cette mesure génère une dépense de 27 M€ sur le secteur ex-DG et de 33 M€ sur le secteur ex-OQN.

Annexe I

- Revalorisation de racines en J

Pour tous les autres GHM en J dont le tarif est sous financé de + de 5 % par rapport aux TIC, le tarif est ramené au niveau des coûts ajustés. Cette revalorisation entraîne une dépense de 0,5 M€ pour quatre GHM sur le secteur ex-DG et de près de 4 M€ sur le secteur ex-OQN neuf GHM.

- Diminution de l'incitatif tarifaire pour les GHM à maturité

Les GHM dont le taux d'ambulatoire est supérieur à 80 % voient le tarif diminué jusqu'à un sur financement de 10 % par rapport aux tarifs issus des coûts. Un seul GHM est concerné. Il s'agit de l'intervention sur le cristallin (02C05J), dans le secteur privé, sur-financé à hauteur de 17,9 %. La réduction de ce sur-financement engendre une économie de 28 M€ selon l'ATIH.

- Suppression des bornes basses

La suppression des bornes basses se fait à masse financière constante.

Au total sur la chirurgie ambulatoire, l'ensemble de ces mesures nécessitent un besoin de financement de 21,2 M€ sur le secteur ex DG et de 8,3 M€ sur le secteur ex OQN.

- ◆ En 2013

La révision de la classification a abouti à la poursuite de l'incitation tarifaire via le tarif unique pour certaines racines et à la fin du tarif unique pour d'autres (et à la création de nouvelles racines au tarif unique). Les racines au tarif unique reconduites ne font pas l'objet de modifications tarifaires.

- Création de nouvelles racines

Pour les nouvelles racines, le tarif a été fixé en fonction du tarif moyen du couple (1,J) issu de la classification en V11d des séjours composants ces nouveaux GHM pondéré par le taux de chirurgie ambulatoire observé, et non celui du secteur le plus performant comme les années précédentes.

Excepté pour la racine 13C08, où la hausse du tarif du niveau 1 crée une dépense, ces opérations se sont faites à masse constante. Ainsi, même si les tarifs de certains GHS ont évolué, aucune dépense n'est générée.

Pour ces racines, les tarifs du 1 et le tarif du J ont été construits à partir du ratio 1/J observé sur les TIC. En cas d'absence de TIC, l'écart entre les deux tarifs a été fixé à 25 %. Cette étape peut conduire à des baisses tarifaires de plus de 15 % sur le niveau 1.

Encadré 2 : Calcul du tarif unique

$$TU = T1 * (1 - \text{taux}_0) + Tj * \text{taux}_0$$

TU = Tarif unique

T1 = Tarif moyen du niveau 1 (comprend le financement des séjours bas du niveau 2 qui sont financés au même niveau que le tarif facial du niveau 1)

TJ = Tarif du niveau J

Taux₀ = Taux de chirurgie ambulatoire (1+J) observé sur le secteur concerné

Si le tarif du niveau J vaut 10 et le tarif du niveau 1 vaut 20 et que le taux de chirurgie ambulatoire vaut 70 % dans le secteur ex-DG et 80 % dans le secteur ex-OQN, alors le tarif unique du secteur ex-DG vaut : $= 20 * 0,3 + 10 * 0,7 + 0,5 * (20 * (-0,1) + 10 * (0,1))$ dans le secteur ex-DG.

Annexe I

◆ Application de la neutralité tarifaire à la chirurgie ambulatoire

Si elle ne relève pas à proprement parler d'une politique incitative, l'application du principe de neutralité tarifaire conduit à revaloriser certains tarifs, pour ceux présentant une situation de sous financement d'au moins 5 % (sous l'effet de la convergence intersectorielle de la campagne 2010 + évolution du coût de prise en charge). Pour autant, le principe de neutralité tarifaire n'est mis en œuvre que si son application n'entraîne pas des effets revenus trop importants (en cas d'effet revenu trop fort, le tarif est fixé entre le TIC et l'ancien tarif).

Dans le secteur ex-DG, 23 racines en TU sont rapprochées vers le TIC moyen ainsi que 16 GHM de niveau J en incitatif tarifaire (c'est-à-dire dont les tarifs 1 et J ont été rapprochés). Dans le secteur ex-OQN, ce sont cinq racines en TU qui sont rapprochées vers leur TIC moyen et 11 GHM de niveau J en incitatif tarifaire.

Le rapprochement est effectué entre le tarif du J et le TIC du J, lorsque la racine est en incitatif tarifaire (c'est-à-dire lorsque les tarifs J et 1 ont été rapprochés). . Quand la racine est en tarif unique, le taux d'évolution est calculé à partir de l'adéquation entre la valorisation des tarifs et des coûts du couple.

L'ensemble des modulations réalisées sur la chirurgie ambulatoire entraîne une dépense de 21,0 M€ dans le secteur ex-DG et de 8,8 M€ dans le secteur ex-OQN.

◆ En 2014

- Mise en place du tarif unique sur l'ensemble des couples (1,J)

Le calcul de ce tarif unique varie selon le degré de maturité du développement de la chirurgie ambulatoire, mesuré par le taux d'ambulatoire dans le couple 1, J et par le nombre de séjours J sur le nombre de séjours J,1. Il est fonction soit du TIC moyen du couple 1,J, soit du tarif moyen du couple 1,J, et est pondéré par un taux de chirurgie ambulatoire observé en 2013 ou tendanciel²⁴.

²⁴ Le taux tendanciel est une estimé en 2016 obtenue en poursuivant la courbe depuis 2007 du taux calculé comme le nombre de séjours J sur le nombre de séjours J,1.

Annexe I

Tableau 6 : Calcul du tarif unique en 2014

Classe	Définition	Fixation des tarifs	Nombre de couples de GHM concernés	
			Public	Privé
1	Développement de l'ambulatoire à son terme : taux de chirurgie ambulatoire est supérieur à 80 %	TIC moyen du couple 1, J pondéré par le taux tendanciel d'activité	12	26
2	Développement de l'ambulatoire avancé : taux de chirurgie ambulatoire est compris entre 50 % et 80 %	tarif moyen du couple 1, J pondéré par le taux d'activité tendanciel.	24	34
3	Développement de l'ambulatoire amorcé : GHM dont le taux de chirurgie ambulatoire est compris entre 10 % et 50 %	tarif moyen du couple 1, J pondéré par le taux d'activité observé	66	44
4	Développement de l'ambulatoire faible : GHM dont le taux de chirurgie ambulatoire est inférieur à 10 %	tarif 1	9	7

Source : Mission à partir d'une fiche campagne 2014, ATIH.

Annexe I

Encadré 3 : Calcul du tarif unique

Classe 1 :

$$TU = Tic1 * (1 - \text{taux}_t) + Ticj * \text{taux}_t$$

Classe 2 :

$$TU = T1 * (1 - \text{taux}_t) + Tj * \text{taux}_t$$

Classe 3 :

$$TU = T1 * (1 - \text{taux}_o) + Tj * \text{taux}_o$$

Classe 4 :

$$TU = T1$$

Avec

TU = Tarif unique

T1 = Tarif moyen du niveau 1 (comprend le financement des séjours bas du niveau 2 qui sont financés au même niveau que le tarif facial du niveau 1)

TJ = Tarif du niveau J

Tic1 = Tarif issu des coûts du niveau 1

TicJ = Tarif issu des coûts du niveau J

Taux_o = Taux de chirurgie ambulatoire (1+J) observé

Taux_t = Taux de chirurgie ambulatoire (1+J) issu du tendancier

L'alignement au tarif unique engendrerait :

- ◆ des économies pour l'assurance maladies *via* le paiement des séjours dans le secteur privé
- ◆ des dépenses *via* le paiement des séjours dans le secteur public.

En effet, en utilisant le TIC moyen propre à chaque secteur pour calculer le tarif des couples de la classe 1 (cf. tableau 5), cela revalorise les GHM auparavant fortement impactés par la convergence inter-sectorielle (notamment celle de 2010 décrite ci-dessus). Ainsi pour les GHM de classe 1 du secteur public, la convergence engendre une dépense (cf. tableau 7). Au total, la mesure d'alignement engendre une dépense de 11 M€ dans le secteur public et une économie de 40,3 M€ dans le privé.

Tableau 7 : Coût et dépense liés à la mise en place du tarif unique (en M€)

Classe	Calcul du tarif	Ex-DG	Ex-OQN
Classe 1	TIC moyen taux tendancier	12628	-41012
Classe 2	tarif moyen taux tendancier	-4889	-1134
classe 3	tarif moyen taux observé	197	-70
classe 4	tarif 1	3302	1906

Source : ATIH.

- ◆ Suppression des bornes basses

La mesure se fait à masse constante.

Annexe I

- ◆ Application du principe de neutralité tarifaire à la chirurgie ambulatoire

Cette application, qui se traduit par la réduction des sur et des sous financements extrêmes par rapport au TIC, concerne quelques GHM de chirurgie ambulatoire, pour un coût de 21,7 M€.

- ◆ Réduction des sur-financements des tarifs de chirurgie de niveau 2, 3, 4

L'ensemble des tarifs sur-financés de chirurgie des niveaux 2, 3 et 4 est soumis à un effort global, en adéquation avec le principe de neutralité tarifaire. Dans le secteur ex-DG, 128 GHS sont concernés par la réduction du sur-financement, entraînant une économie de 43,38 M€. Sur le secteur ex-OQN, 20 GHS sont concernés, pour une économie de 5,87 M€.

Au total, entre 2012 et 2014, le coût des différentes mesures incitatives, à volumes constants, et par rapport aux tarifs en vigueur l'année précédente tourne autour de 30 millions d'euros en 2012 et 2013. En 2014, il résulte de ces mesures une économie de 57 M€.

Tableau 8 : Coût des mesures tarifaires

Mesure	2012	2012	2013	2013	2014	2014
	ex-DG	ex OQN	ex-DG	ex OQN	ex-DG	ex OQN
Mise en place du tarif unique	-6,3	-0,2	0	0	11,1	-40,3
Rapprochement tarifs 1 et J	27	33	-	-	-	-
Réduction des surfinancements et des sous-financements pour les GHM ambulatoires	0,5	4	21	8,8	- 5,7	27,4
Diminution de l'incitation tarifaire	0	-28	-	-	-	-
Suppression des bornes basses	-	-	-	-	0	0
Réduction des surfinancements niveaux 2,3,4	-	-	-	-	- 43,4	-5,9
Total	21,2	8,8	21	8,8	-38	-18,8
Total tous établissements	30		29,8		-56,8	

Source : Mission, à partir de données ATIH, NB : la suppression des bornes basses est à masse constante, par construction. La réduction des sur-financements des séjours de chirurgie complète des niveaux 2 ,3, 4 est comptée dans la politique d'incitation tarifaire en 2014 par l'ATIH.L

1.3. La chirurgie ambulatoire permettant aux établissements de générer des économies de fonctionnement, cette baisse des coûts peut être accompagnée par une réduction parallèle des recettes tarifaires

Comme on l'a vu précédemment (annexe I), la politique tarifaire appliquée à la pratique ambulatoire est certes incitative, mais encore brouillée par un certain nombre d'éléments adventices. Il demeure néanmoins que la plupart des tarifs sont encore bien supérieurs aux tarifs issus des coûts.

La mission s'est efforcée de calculer les gains qui résulteraient pour l'Assurance-Maladie de plusieurs scénarios d'évolution tarifaire, qui tiendraient compte d'un accroissement de la part de la chirurgie ambulatoire dans l'activité totale de chirurgie des établissements, entraînant ainsi une baisse de leurs coûts globaux de fonctionnement.

1.3.1. Présentation de la méthodologie

1.3.1.1. Présentation de la méthode de calcul actuel du tarif en vigueur en 2014

La méthodologie de fixation des tarifs uniques pour la campagne 2014 repose sur deux principes :

- ◆ incitation à la chirurgie ambulatoire et désincitation à la chirurgie complète ;
- ◆ gradation de la force de l'incitation selon le taux de chirurgie ambulatoire constaté.

Ce second principe se traduit par l'application de formules différentes selon le taux de chirurgie ambulatoire. Pour chaque secteur d'activité, les GHM sont classés en quatre classes selon leur taux de chirurgie ambulatoire. À chaque classe correspond une formule de calcul du tarif unique.

Tableau 9 : Modalités de fixation du tarif des GHM au tarif unique en 2014

Classe	Description de la classe	Calcul du tarif en 2014	Nombre de GHM public	Nombre de GHM privé
1	Développement de l'ambulatoire à son terme : taux de chirurgie ambulatoire est supérieur à 80 %	TIC moyen du couple 1, J pondéré par le taux tendanciel d'activité	12	26
2	Développement de l'ambulatoire avancé : taux de chirurgie ambulatoire est compris entre 50 % et 80 %	Tarif moyen du couple 1, J pondéré par le taux d'activité tendanciel	24	34
3	Développement de l'ambulatoire amorcé : GHM dont le taux de chirurgie ambulatoire est compris entre 10 % et 50 %	Tarif moyen du couple 1, J pondéré par le taux d'activité observé	66	44
4	Développement de l'ambulatoire faible : GHM dont le taux de chirurgie ambulatoire est inférieur à 10 %	Tarif 1	9	7

Source : ATIH.

- ◆ Pour les GHM où la chirurgie ambulatoire est très développée (taux de CA > 80 %), le tarif unique se calcule suivant la formule :

$TU = TIC$ (Tarif issu des coûts) moyen du couple (1+J) pondéré par le taux de chirurgie ambulatoire tendanciel.

L'usage du taux tendanciel est plus incitatif que le taux constaté.

- ◆ Pour les GHM où la chirurgie ambulatoire est majoritaire (taux de CA entre 50 % et 80 %), le tarif unique se calcule suivant la formule :

$TU =$ Tarif moyen du couple (1+J) pondéré par le taux de chirurgie ambulatoire tendanciel

Cette formule est un peu moins incitative que celle de la classe 1 (usage du Tarif moyen et non du TIC) tout en « tirant » vers le haut le taux de chirurgie ambulatoire (pondération par le taux tendanciel et non par le taux observé)

- ◆ Pour les GHM où la chirurgie ambulatoire est en développement (taux de CA compris entre 10 % et 50 %) le tarif unique se calcule suivant la formule :

$TU =$ Tarif moyen du couple (1+J) pondéré par le taux de CA observé.

- ◆ Pour les GHM où la chirurgie ambulatoire est encore une pratique innovante (un taux de CA <10 %), le tarif unique se calcule suivant la formule :

$TU =$ Tarif du niveau 1.

Annexe I

Cet alignement du tarif unique au tarif de la prise en charge conventionnelle de niveau 1 surfinance la prise en charge ambulatoire afin de favoriser l'innovation et est neutre pour la prise en charge en hospitalisation complète.

1.3.1.2. Trois scénarios de calcul du tarif unique ont été étudiés par la mission pour les 111 racines au tarif unique en 2014

Par rapport au schéma en vigueur, les trois scénarios testés par la mission conservent l'idée d'une gradation de la force de l'incitation selon le taux de chirurgie ambulatoire constaté (modulation du tarif selon l'appartenance du GHM aux quatre mêmes classes décrites plus haut) mais accentuent la force de l'incitation à la chirurgie ambulatoire et de la désincitation à la chirurgie complète. Afin de se rapprocher de la neutralité tarifaire le TIC est privilégié par rapport au tarif moyen.

Le tarif unique est une moyenne pondérée entre les tarifs 1 et J. À l'exception de la classe 4 (pratiques innovantes), les trois scénarios diffèrent de l'existant par la nature du tarif 1 et J utilisée dans la formule (tarif moyen, TIC) ainsi que par la pondération (taux observé, taux tendanciel de chirurgie ambulatoire, pondérations liées à la classe du GHM). Pour la classe 4 les quatre scénarios valorisent le séjour au tarif de chirurgie complète, afin d'encourager l'innovation dans la prise en charge ambulatoire sans pénaliser la prise en charge conventionnelle.

Dans les scénarios, le TIC a été privilégié afin d'amorcer un mouvement de retour à la neutralité tarifaire. Il peut exister des GHM pour lesquels le TIC est surévalué. Quand le TIC diverge trop du tarif moyen, il est proposé de conserver le tarif existant. Quand le TIC est absent des données, il a été remplacé dans les calculs par le tarif moyen.

Les trois scénarios s'écartent de l'existant surtout pour les classes 2 et 3. La différenciation entre les trois scénarios porte sur la pondération à appliquer au TIC moyen du couple 1,J sur la base :

- ◆ du taux d'activité tendanciel (scénarii 1 et 3) ;
- ◆ du taux maximum de la classe : soit 80 % et 50 % (scénario 2) ;

Les scénarios 1 et 3 ne diffèrent que par le caractère plus ou moins incitatif de la formule de la classe 1.

Tableau 10 : Scénario 1

Classe	Critères	Tarif	Nombre de GHM public	Nombre de GHM privé
1	Développement de l'ambulatoire à son terme : taux de chirurgie ambulatoire est supérieur à 80 %	TIC J	12	26
2	Développement de l'ambulatoire avancé : taux de chirurgie ambulatoire est compris entre 50 % et 80 %	TIC moyen du couple 1, J pondéré par le taux d'activité tendanciel si le tarif qui en résulte est < existant/retour à l'existant sinon	24	34
3	Développement de l'ambulatoire amorcé : GHM dont le taux de chirurgie ambulatoire est compris entre 10 % et 50 %	TIC moyen du couple 1, J pondéré par le taux d'activité tendanciel si le tarif qui en résulte est < existant/retour à l'existant sinon	66	44

Annexe I

Classe	Critères	Tarif	Nombre de GHM public	Nombre de GHM privé
4	Développement de l'ambulatoire faible : GHM dont le taux de chirurgie ambulatoire est inférieur à 10 %	Tarif 1	9	7

Source : Mission.

Tableau 11 : Scénario 2

Classe	Critères	Tarif	Nombre de GHM public	Nombre de GHM privé
1	Développement de l'ambulatoire à son terme : taux de chirurgie ambulatoire est supérieur à 80 %	TIC J	12	26
2	Développement de l'ambulatoire avancé : taux de chirurgie ambulatoire est compris entre 50 % et 80 %	TIC moyen du couple 1, J pondéré par 80 % si le tarif qui en résulte est <existant/retour à l'existant sinon	24	34
3	Développement de l'ambulatoire amorcé : GHM dont le taux de chirurgie ambulatoire est compris entre 10 % et 50 %	TIC moyen du couple 1, J pondéré par 50 % si le tarif qui en résulte est <existant/retour à l'existant sinon	66	44
4	Développement de l'ambulatoire faible : GHM dont le taux de chirurgie ambulatoire est inférieur à 10 %	Tarif 1	9	7

Source : Mission.

Tableau 12 : Scénario 3

Classe	Critères	Tarif	Nombre de GHM public	Nombre de GHM privé
1	Développement de l'ambulatoire à son terme : taux de chirurgie ambulatoire est supérieur à 80 %	TIC moyen du couple 1, J pondéré par le taux tendanciel d'activité	12	26
2	Développement de l'ambulatoire avancé : taux de chirurgie ambulatoire est compris entre 50 % et 80 %	TIC moyen du couple 1, J pondéré par le taux d'activité tendanciel si le tarif qui en résulte est <existant/retour à l'existant sinon	24	34
3	Développement de l'ambulatoire amorcé : GHM dont le taux de chirurgie ambulatoire est compris entre 10 % et 50 %	TIC moyen du couple 1, J pondéré par le taux d'activité tendanciel si le tarif qui en résulte est <existant/retour à l'existant sinon	66	44
4	Développement de l'ambulatoire faible : GHM dont le taux de chirurgie ambulatoire est inférieur à 10 %	Tarif 1	9	7

Source : Mission.

1.3.2. Résultats

1.3.2.1. A activité constante, les scénarios entre 200 et 400 M€ d'économie par rapport à la fixation du tarif actuelle

Les économies sont calculées de manière différentielle, en écart par rapport à ce qu'aurait donné l'application des tarifs en vigueur en 2014, à masse et structure d'actes constants (2013).

Selon le scénario, les économies résultant des modifications tarifaires vont de 70 M€ pour le secteur ex-DG et 142 M€ pour le secteur ex-OQN à 157 M€ pour le secteur ex-DG et 239 M€ pour le secteur ex-OQN. Les montants liés aux baisses tarifaires restent inférieurs aux économies structurelles potentielles, au global.

Tableau 13 : Économies générées par les trois scénarios (activité 2013) (en M€)

Scénario	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN	Ensemble
1	74	157	231
2	157	239	396
3	70	142	212

Source : Mission

Il faut noter que le scénario qui aboutit aux économies les plus élevées repose sur deux hypothèses très fortes, l'application du taux maximum de la classe pour les classes 2 et 3 pour pondérer le tarif J et l'alignement au tarif J pour la classe 1. Étant donnée l'hétérogénéité des taux de chirurgie ambulatoire entre les établissements, ce scénario aboutirait à des déficits importants. Ce scénario a été construit à titre illustratif et n'est pas préconisé par la mission.

Les scénarios 1 et 3 tiennent davantage compte de l'évolution réelle moyenne des parts respectives de la prise en charge ambulatoire et conventionnelle.

1.3.3. Précautions dans la mise en œuvre des scénarios tarifaires

Les économies tarifaires qu'ils permettraient de dégager peuvent, pour les établissements très en retard, induire des déficits.

La baisse tarifaire est neutre pour les établissements si leur taux de chirurgie ambulatoire est égal au taux utilisé dans la pondération du calcul du tarif unique. Par ailleurs, afin que ces économies réalisées par l'assurance-maladie ne se traduisent pas par des déficits pour les établissements, il faut que ceux-ci s'engagent dans des mutations structurelles visant à réduire leurs coûts.

Un établissement dont le taux de chirurgie ambulatoire est très inférieur au taux qui sert de pondération dans le calcul du tarif serait doublement pénalisé. D'une part, le paiement par l'assurance-maladie serait inférieur à ses coûts. D'autre part l'établissement ne dégagerait pas d'économies structurelles liées au transfert de la chirurgie complète vers l'ambulatoire. Pour les établissements les plus en retard, un accompagnement financier conditionné au développement de la chirurgie ambulatoire pourrait être envisagé.

1.3.4. Après montée en charge de la chirurgie ambulatoire, il sera nécessaire d'envisager d'autres modalités de calcul des tarifs

L'application des trois scénarios tarifaires proposés par la mission à la structure d'activité 2018 résultant du développement de la chirurgie ambulatoire aboutit à plusieurs observations.

Par construction, dans les quatre schémas de progression de la chirurgie ambulatoire envisagés par la mission, le ratio (nombre de séjours J/(nombre de séjours 1 +J)), utilisé pour déterminer l'appartenance d'un GHM à une classe de tarif, dépasse les 90 %. En effet, selon les hypothèses explicitées dans l'annexe III 80 % des séjours d'une durée d'une nuit de sévérité 1 passent en ambulatoire. Ainsi, dans les scénarios de la mission, l'état final après transfert des séjours de la chirurgie conventionnelle à la chirurgie ambulatoire conduirait à ce que la quasi-totalité des GHM relèvent de la classe 1 de fixation du tarif (alignement au TIC J pour les scénarios tarifaires 1 et 2, alignement au tarif moyen J pour le scénario tarifaire 3

Les scénarios tarifaires 1 et 2 conduisent ainsi à valoriser pour la quasi-totalité des 111 racines les séjours J et 1 au TIC J, ce qui aboutit à une valorisation des séjours 1 et J en 2018 de 1,4 Md€ pour le secteur ex-DG et 1,3 Md€ pour le secteur ex OQN. L'écart par rapport à la valorisation des séjours 1 et J (structure constatée en 2013) au tarif 2013 s'élève à 900 M€ pour le secteur ex-DG et à 700 M€ pour le secteur ex-OQN.

En appliquant le scénario 3 (valorisation au tarif moyen J), l'écart est inférieur : 700 M€ pour le secteur ex-DG et 500 M€ pour le secteur ex OQN.

Ces baisses de recettes pour les établissements de santé sont très supérieures aux économies générées par le développement de la chirurgie ambulatoire. Le scénario tarifaire actuel reposant sur les quatre classes ainsi que les scénarios proposés par la mission pour les années de montée en charge de la chirurgie ambulatoire devront donc être abandonnés afin de tenir compte de la nouvelle structure des séjours caractérisée par une prédominance de l'ambulatoire et une réduction drastique des séjours de chirurgie de niveau 1, qui rendent caduques la distinction de quatre classes.

La mission propose donc de rénover les modalités de fixation du tarif unique (1, J). Une incitation tarifaire permettant de valoriser la prise en charge ambulatoire des séjours de niveau de sévérité 2 pourrait être créée. La mission suggère d'examiner la possibilité de distinguer deux niveaux de sévérité dans la prise en charge ambulatoire afin de tenir compte de la complexité croissante des séjours ambulatoires. De façon plus générale, la mission préconise de mettre à jour le calcul des TIC, notamment pour les séjours ambulatoires.

2. La mise sous accord préalable

2.1. Le dispositif instauré en 2008 vise à rendre plus complexe le recours à l'hospitalisation complète

2.1.1. Champ

La mise sous accord préalable a été instaurée par l'article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2008 pour les établissements dont le développement de la chirurgie ambulatoire est insuffisant. Lorsqu'un établissement est placé sous accord préalable de l'Assurance-Maladie, la prise en charge par l'Assurance-Maladie de la réalisation en hospitalisation complète de certains gestes est subordonnée à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme local d'assurance maladie. Les gestes pouvant relever de la MSAP sont appelés gestes marqueurs et sont inscrits sur une liste établie en accord avec les sociétés savantes. Cette liste comporte 5 gestes en 2008, 17 en 2009, 38 en 2013 et 43 en 2014. Ces gestes correspondent à plusieurs codes d'actes CCAM (cf. liste en annexe).

La mise sous accord préalable signifie en pratique que, lorsqu'une hospitalisation complète est souhaitée pour un patient sur l'un des gestes chirurgicaux de la liste, l'accord du service médical de l'assurance-maladie est requis (avis rendu sous 48 heures). En cas de refus, l'établissement et le patient sont prévenus que la prise en charge de l'intervention est réalisée par l'Assurance-Maladie sur la base d'un séjour en chirurgie ambulatoire. Le directeur régional de l'ARS prend la décision de placer l'établissement sous accord préalable, sur proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie, après procédure contradictoire.

2.1.2. Procédure

2.1.2.1. Base juridique

La procédure de MSAP, qui ne concerne pas seulement la chirurgie ambulatoire, est définie par les articles L162-1-17 du code de la sécurité sociale : *« sur proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie, le directeur général de l'agence régionale de santé, après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, peut décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme local d'assurance maladie, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la prise en charge par l'assurance maladie de prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 du présent code, ainsi que les prestations d'hospitalisation mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 pour les soins de suite ou de réadaptation. »*

Une procédure contradictoire est prévue dans le Décret n°2011-955 du 10 août 2011 et codifiée à l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale : *« Le représentant légal de l'établissement peut présenter ses observations écrites ou demander à être entendu par le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant, dans le délai d'un mois à compter de la date de réception de la notification ».*

2.1.2.2. Déroulement de la procédure

La MSAP est une procédure contraignante, qui se déroule comme suit :

- ◆ La décision de MSAP
 - Les établissements dont la proportion de chirurgie ambulatoire pour les gestes marqueurs est inférieure à la moyenne régionale ou nationale sont ciblés. Une discussion entre l'Assurance-maladie et l'ARS permet de pondérer ces chiffres en prenant également en compte le fonctionnement de l'établissement et le contexte.
 - Une fois arrêtée une liste d'établissements et de gestes, une procédure contradictoire entre les ARS et les établissements s'engage.
 - Le directeur d'ARS notifie la MSAP pour une période maximum de six mois et pour un nombre réduit de gestes.
- ◆ La mise en œuvre de la MSAP
 - Pour les gestes ciblés par la procédure, l'établissement sous MSAP doit demander l'accord préalable de l'Assurance-Maladie pour toute prévision d'hospitalisation complète en rapport avec les gestes retenus (hors urgence).
 - La réponse du médecin-conseil du service médical de l'Assurance-Maladie est apportée dans un délai de 24 heures après instruction du dossier selon une grille de critères médicaux et sociaux explicités dans les Lettres-réseau (score ASA, éloignement et isolement du patient).
 - Le contrôle a posteriori du respect de la MSAP.

L'article L162-1-17 du Code de la sécurité sociale dispose que « dans le cas où l'établissement de santé, informé par l'agence régionale de santé de la soumission à la procédure d'accord préalable du prescripteur, délivre des prestations d'hospitalisation malgré une décision de refus de prise en charge, il ne peut pas les facturer au patient ».

L'assurance-Maladie a défini un contrôle a posteriori de la procédure MSAP chirurgie ambulatoire portant sur deux situations :

- ◆ l'absence de demande d'accord préalable ;
- ◆ et la facturation d'un séjour en hospitalisation complète malgré un avis défavorable.

Pour les établissements publics et ESPIC les lettres réseau définissent une procédure de contrôle a posteriori sur site. Pour les établissements privés, un contrôle a priori sur la liquidation et un contrôle a posteriori par requête sont prévus.

2.2. L'impact de la MSAP sur le développement de la chirurgie ambulatoire

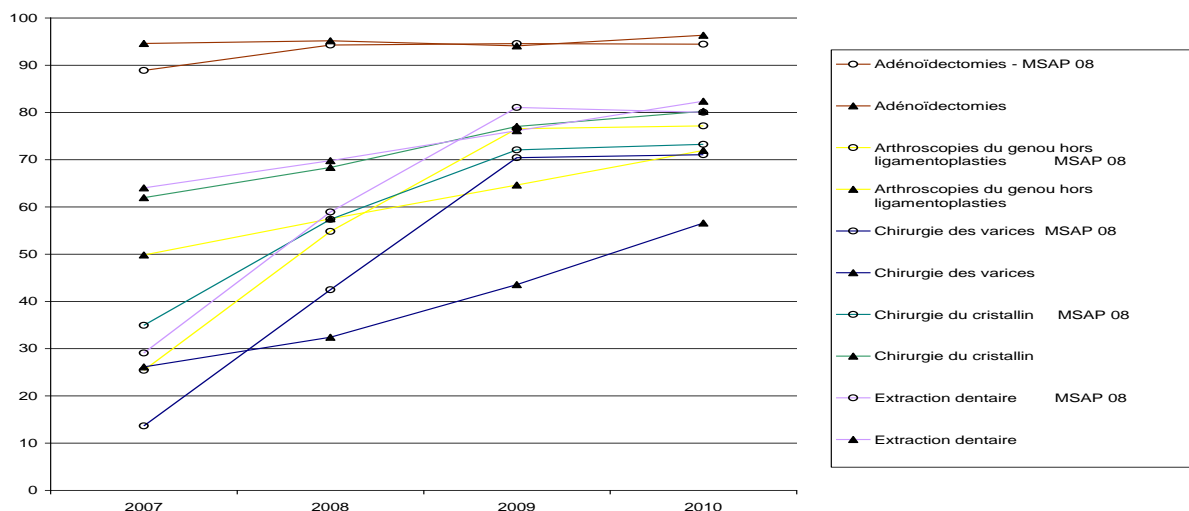
2.2.1. Un impact difficile à isoler

Pour tenter d'estimer l'impact de la MSAP, il faut comparer la progression du taux de chirurgie ambulatoire enregistrée pour les gestes soumis à accord préalable dans les établissements concernés et dans d'autres établissements aux profils similaires, non soumis à la MSAP.

Annexe I

Un bilan de la politique de MSAP entre 2007 et 2010 réalisé par la CNAMTS montre que, pour certains gestes, les établissements sous MSAP dépassent les établissements sans MSAP. Par exemple, pour l'arthroscopie du genou hors ligamentoplastie avant MSAP les établissements sous MSAP en 2008 ont en moyenne un taux de chirurgie ambulatoire de 25 % en 2007, contre 50 % pour les établissements sans MSAP. Ces taux passent en 2008 à, respectivement, 77 et 65 % après une inflexion en 2008. En revanche pour d'autres gestes, plus nombreux, l'effet de la MSAP n'est pas net.

Tableau 14 : Taux de chirurgie ambulatoire de 2007 à 2010 pour les établissements avec et sans MSAP en 2008



Source : CNAMTS.

Sur la période récente, la CNAMTS a actualisé cette étude sur des données 2009-2011 pour le seul geste de la hernie inguinale qui est le geste le plus fréquemment retenu par les régions. Cette étude met en évidence l'année de la MSAP 2011 et l'année suivante, un rattrapage et même un dépassement des établissements sous MSAP.

Tableau 15 : Effet de la MSAP sur le taux de chirurgie ambulatoire

Année	Séjours pour les établissements hors MSAP en ambulatoire	Séjours pour les établissements sous MSAP en ambulatoire	Taux de chirurgie ambulatoire pour les établissements hors MSAP	Taux de chirurgie ambulatoire pour les établissements sous MSAP	Écart en point entre les établissements hors MSAP et sous MSAP
2010	103 180	1 931	35	24	+11
2011	105 437	2 068	43	41	+2
2012	103 849	2 039	48	56	-8

Source : Cnamts, champ : 10 établissements privés et 2 CHU.

Annexe I

Sur une plus longue période, la mission a mis en évidence une réelle inflexion l'année de la MSAP dans la plupart des établissements étudiés. Ainsi, dans une des régions visitées, pour une MSAP en 2011 sur la chirurgie inguinale, les taux de chirurgie ambulatoire connaissent un très fort accroissement dès l'année de mise en place de la mesure. L'impulsion donnée se poursuit les années suivantes (A, B, D, F du tableau 11) ou retombe (C, E du tableau 11). Le caractère relativement éphémère de l'effet MSAP s'observe également pour les cliniques (mais dans celles de la région représentée dans le tableau 12). Cette disparité des effets de la MSAP est un trait qui s'observe pour la plupart des gestes et des régions visitées par la mission.

Tableau 16 : Taux de chirurgie ambulatoire pour la hernie inguinale dans plusieurs CH d'une même région sous MSAP en 2011, comparé aux établissements similaires sans MSAP (en %)

Année	CH A	CHU B	CH C	CHU D	CH E	EBNL F	Moyenne régionale CH/CHU (en %)	CHU/CHU sous MSAP (en %)	CHU/CHU sans MSAP (en %)
2013	61,6	33,5	35,2	43,9	45,3	70,1	49,5	54,8	46,1
2012	56,7	25,8	37,1	40,0	49,4	64,9	42,9	50,1	38,4
2011	43,0	35,1	29,5	28,4	52,6	64,0	35,9	46,5	28,8
2010	41,4	31,7	1,1	37,3	31,5	39,5	28,3	34,0	24,6

Source : Mission, à partir de données fournies par l'ARS.

Tableau 17 : Taux de chirurgie ambulatoire pour la hernie inguinale dans plusieurs cliniques d'une même région sous MSAP en 2011, comparé aux établissements similaires sans MSAP (en %)

Année	Clinique A	Clinique B	Clinique C	Clinique sans MSAP (en %)	Moyenne nationale (en %)	Moyenne régionale CH (en %)
2013	64,1	57,0	79,8	65,3	65,0	65,3
2012	45,8	47,6	77,6	55,3	55,0	55,4
2011	39,5	44,6	72,5	49,3	50,1	48,9
2010	36,8	17,6	63,5	40,7	36,3	42,3

Source : Mission, à partir de données fournies par l'ARS.

Il ressort de ces observations que, même si un certain degré de contrainte peut être utile, dans des cas précis à apprécier sur le terrain, le dispositif de la MSAP doit s'accompagner, pour être pleinement fructueux, d'un plan d'ensemble intégrant le projet d'établissement aux réflexions régionales, territoriales, et nationales.

La mission propose de renforcer le levier de la MSAP en élargissant son périmètre à l'ensemble des gestes à tarif unique et en ouvrant la possibilité d'y soumettre un établissement pour plusieurs gestes et de donner aux directeurs généraux d'ARS un pouvoir d'initiative pour le choix des cibles de MSAP en lien avec l'assurance-maladie. Il conviendrait également de systématiser dans les dossiers patients la justification de la non-prise en charge en ambulatoire. Le dispositif national et régional de pilotage

La mission tient à titre liminaire à souligner que la période 2009-2013 a été marquée par la mise en place d'un dispositif institutionnel de pilotage entièrement rénové, avec la création des Agences régionales de santé (ARS) au niveau régional d'une part et la mise en place au niveau national d'un dispositif unifié de pilotage État/Assurance-maladie sous l'égide du Conseil national de pilotage des ARS (CNS). Les contraintes liées à la montée en charge des nouvelles institutions éclairent ainsi pour partie les difficultés constatées.

Annexe I

La mission s'est déplacée dans cinq régions. Elle a pris connaissance :

- ◆ des modifications apportées à la réglementation relative à la chirurgie ambulatoire ;
- ◆ des travaux impulsés par la DGOS en matière de qualité et de sécurité des soins en ambulatoire ;
- ◆ des outils élaborés dans le cadre du programme HAS-ANAP « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire » ;
- ◆ des instructions aux ARS visées par le Conseil national de pilotage et des échanges organisés par le ministère avec les ARS sur cette thématique ;
- ◆ des états des lieux, diagnostics et plans d'action élaborés par les ARS.

Elle a complété ces éléments par des échanges avec la direction générale de l'offre de soins (DGOS), direction pilote pour cette priorité, le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS), la direction de la sécurité sociale (DSS), la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ainsi qu'avec les cinq ARS précitées et les établissements rencontrés.

2.3. En dépit des efforts importants déployés depuis 2009, le développement de la chirurgie ambulatoire ne s'est pas accéléré

Le développement de la chirurgie ambulatoire a été inscrit en juillet 2010, immédiatement après la création des ARS, au rang des dix priorités de gestion du risque (GDR) validées par le Conseil national de pilotage. En 2011, à la suite de la concertation nationale menée par la DGOS, l'objectif national d'une chirurgie ambulatoire majoritaire à horizon 2016 a été affirmé. Outre la politique tarifaire et la mise sous accord préalable présentées *supra*, le pilotage national s'est appuyé sur la fixation d'objectifs et d'indicateurs pluriannuels de développement de la chirurgie ambulatoire et a mis en place un ensemble d'instructions et d'outils destinés aux ARS et aux établissements. Les ARS ont élaboré, en complément des schémas régionaux de l'offre de soins, le volet chirurgie ambulatoire des programmes régionaux de gestion du risque (PRGDR) et mis en place des plans d'action.

La présentation et l'analyse des différentes étapes et initiatives prises dans ce contexte font l'objet des développements ci-après.

2.3.1. La chirurgie ambulatoire a fait l'objet d'efforts importants de pilotage dans le cadre d'un dispositif institutionnel entièrement rénové

Avant la mise en place des ARS, le pilotage était assuré respectivement par l'État (politique tarifaire et contractualisation avec les agences régionales d'hospitalisation) et l'Assurance-Maladie (gestion du risque). La mise en place d'un pilotage unifié et renforcé État-Assurance-Maladie pour la chirurgie ambulatoire a ainsi constitué la principale novation du pilotage instauré à partir de 2010. Un comité spécifique GDR réunissant l'ensemble des acteurs nationaux concernés a été créé en vue d'impulser les actions à mettre en place et de suivre les résultats obtenus. C'est dans ce cadre qu'ont été notamment préparées les instructions nationales relatives au développement de la chirurgie ambulatoire soumises au Conseil national de pilotage (CNP) ainsi que le volet GDR des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens État-ARS. Un programme de travail HAS-ANAP a été lancé en parallèle pour répondre aux besoins des différents acteurs concernés.

2.3.1.1. Un dispositif national de contractualisation avec les ARS a été déployé à partir de 2010

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre l'État et les Agences régionales de santé comportent un volet gestion du risque rattaché à l'objectif « maîtriser les dépenses de santé et rétablir durablement l'équilibre financier des établissements publics de santé »²⁵. Ils constituent le socle de la contractualisation des objectifs de GDR. Un indicateur synthétique permet d'évaluer de façon globale pour chaque ARS l'atteinte des objectifs pour l'ensemble des dix priorités de GDR²⁶. S'y ajoutent des indicateurs spécifiques à la chirurgie ambulatoire²⁷.

La première vague de CPOM 2010-2013 a été prorogée d'un an²⁸.

Initialement limité au taux de pratique ambulatoire des 17 gestes marqueurs susceptibles d'être soumis à la procédure de mise sous accord préalable, le dispositif a intégré en 2012 un deuxième indicateur, le taux de pratique de la chirurgie ambulatoire ou taux global de chirurgie ambulatoire²⁹, devenu en 2013 l'indicateur unique CPOM pour la chirurgie ambulatoire. Les cibles pluriannuelles pour cet indicateur ont été fixées en cohérence avec l'objectif d'une chirurgie majoritaire à horizon 2016 affirmé en 2011 (cf. tableau ci-dessous).

Deux indicateurs de suivi spécifiques au volet chirurgie ambulatoire des programmes régionaux de gestion du risque des ARS ont complété ce dispositif : le taux de mise sous accord préalable (MSAP)³⁰ et le taux de pratique pour les 17 gestes marqueurs.

Les ARS ont été invitées en 2012³¹ à décliner ces différents indicateurs, complétés par des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les établissements.

Tableau 18 : Effectifs cibles d'établissements soumis à la procédure de MSAP et résultats (total national) :

2010		2011		2012 (38 gestes)		2013	
Cible	R	Cible	R	Cible	R	Cible	R
nd	nd	nd	nd	191	196	nd	nd

Source : Instructions GDR DSS/MCGR/CNAMTS.

Tableau 19 : Cibles nationales de pratique ambulatoire pour les 17 gestes marqueurs et résultats

2009	2010	2010	2011	2011	2012	2012	2013	2013
Valeur initiale	cible	résultat	cible	résultat	cible	résultat	cible	résultat
72 %	76 %	78,3 %	80 %	81 %	83 %	82,9 %	85 %	nd

Source : Annexe 2 -Instruction DSS/MCGR n°2013-355 du 1^{er} octobre 2013 ; résultats transmis par la CNAMTS.

²⁵ Les CPOM 2010-2013 prorogés en 2014 comportaient 3 priorités, 9 objectifs et 33 indicateurs métier communs à toutes les ARS.

²⁶ Taux de réalisation des 10 programmes prioritaires de gestion du risque (indicateur 5.3).

²⁷ La chirurgie ambulatoire est la seule des 10 priorités de GDR qui fasse l'objet d'indicateurs spécifiques au titre du CPOM.

²⁸ Les nouveaux CPOM Etat-ARS devraient donc porter sur la période 2015-2018.

²⁹ Nombre de séjours chirurgicaux (GHM en C) en ambulatoire, hors CMD 14 et 15 / Nombre des séjours chirurgicaux (GHM en C) tout mode d'hospitalisation confondu.

³⁰ Cible fixée en nombre d'établissements.

³¹ Message du Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales du 18 février 2012.

Annexe I

Des instructions nationales successives ont précisé les feuilles de route des ARS pour la chirurgie ambulatoire.

Les ARS ont été destinataires de multiples instructions relatives au développement de la chirurgie ambulatoire, dont la synchronisation sur le terrain a été difficile.

Pour construire leurs programmes, les ARS ont tout d'abord été invitées par l'instruction DGOS/2010/457 du 27 décembre 2010 à dresser :

- ◆ un état des lieux extrêmement détaillé du développement de la chirurgie ambulatoire dans leur région, quantitatif et qualitatif ;
- ◆ un diagnostic partagé avec l'ensemble des acteurs concernés³², permettant d'identifier les points forts et les points faibles dans la perspective de l'élaboration d'un plan d'action régional.

Cette instruction affirmait la nécessité de changer de paradigme, en étendant « ce mode de prise en charge à l'ensemble des patients éligibles à la chirurgie ambulatoire et à l'ensemble de l'activité de chirurgie, la chirurgie ambulatoire devenant la référence ».

Le volet quantitatif de la maquette d'état des lieux proposé par l'instruction s'articulait autour de deux grands types d'indicateurs, les taux de recours à la chirurgie et à la chirurgie ambulatoire d'une part et le taux global de chirurgie ambulatoire d'autre part³³, complétés par des données sur l'évolution des volumes d'activité en chirurgie complète, en chirurgie ambulatoire et au total. Le questionnaire comportait un item sur le nombre d'établissements autorisés à pratiquer la chirurgie sous forme d'alternatives à la chirurgie complète avec une activité inférieure à 1 500 séjours chirurgicaux³⁴.

Le volet qualitatif comportait notamment des items relatifs à la qualité et à la sécurité des soins, à l'organisation de la chirurgie ambulatoire (existence et adéquation de « circuits spécifiques dédiés³⁵ »), à l'existence de coopérations formalisées avec les soins de ville, au recensement des coopérations inter-établissements en matière de chirurgie ambulatoire³⁶, et à l'accessibilité financière de la chirurgie ambulatoire³⁷.

La synthèse de ces travaux présentée par la DGOS aux ARS en 2012 mettait en évidence :

- ◆ au plan national, une dynamique positive de développement de la chirurgie ambulatoire sur la période 2007-2010 :
 - progression de 5,4 points du taux global de chirurgie ambulatoire de 2007 à 2010 (+ 5,4 pts par rapport à 2007 soit +1,8 % par an) ;
 - progression du taux de recours à la chirurgie ambulatoire supérieure à celle du taux de recours à la chirurgie dans son ensemble (effet partiel de substitution à la chirurgie complète) ;

³² Chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs, médecins de ville, fédérations et conférences hospitalières, sociétés savantes, représentants des usagers en particulier.

³³ La déclinaison de ces indicateurs étant prévue selon une large panoplie de paramètres (territoire de santé, catégorie d'établissement, gestes marqueurs susceptibles d'être soumis à autorisation préalable, GHM à tarif unique, classes d'âge pour les taux de recours..).

³⁴ L'annexe 5 de l'instruction précitée du 27 décembre 2010 relative aux éléments de doctrine de la DGOS précisait à cet égard que « le développement de la chirurgie ambulatoire par un établissement doit s'appuyer sur une masse critique d'activité. Il ne doit en aucun cas être le palliatif à une activité de chirurgie défaillante ».

³⁵ L'instruction précise qu'un circuit spécifique dédié doit s'appuyer sur des moyens dédiés (rendez-vous, accueil, personnel, bloc partagé ou dédié, suivi post ambulatoire des patients..), un suivi organisé (planning opératoire, indicateurs de qualité et de satisfaction des patients) et un dossier commun.

³⁶ Groupements de coopération sanitaires, conventions.

³⁷ Part de l'activité de chirurgie ambulatoire prise en charge en secteur.

Annexe I

- progression dans toutes les régions, les situations restant toutefois contrastées (taux global de chirurgie ambulatoire compris entre 32,9 % et 42,5 % selon les régions en 2010).
- ◆ Dans les régions, différents types de difficultés de nature à freiner le développement de la chirurgie ambulatoire, en particulier :
 - Organisationnelles : persistance fréquente dans les établissements d'une part importante d'activité « foraine », sous-dimensionnement des unités de chirurgie ambulatoire, pesanteurs des organisations ;
 - professionnelles : manque de formation des professionnels et parfois difficulté à susciter leur adhésion ;
 - structurelles : dynamisme insuffisant de la chirurgie dans certains établissements (global ou pour certaines spécialités), problèmes de case-mix ;
 - liées à la demande : craintes d'une partie des usagers, problème du retour à domicile en cas d'isolement.

Les régions pointaient par ailleurs des freins relevant du niveau national : financiers (développement insuffisant et manque de lisibilité des incitations tarifaires) et réglementaires (conditions techniques de fonctionnement datant de 1992 à revoir pour la chirurgie ambulatoire).

La DGOS a indiqué lors de la restitution que ces états des lieux avaient nourri la concertation nationale de 2011 conclue par l'adoption d'un objectif national de plus de 50 % de chirurgie ambulatoire à horizon 2016.

L'instruction du 27 décembre 2010 prévoyait, à la suite de l'état des lieux et du diagnostic partagé, l'élaboration, par chaque ARS, d'un plan d'action à échéance de juillet 2011.

Une actualisation a été faite le 18 février 2012 par voie de message du Secrétariat général aux ARS. Outre le report de l'échéance au 30 juin 2012, il était précisé d'une part que les plans d'action régionaux et les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les établissements devaient intégrer la cible d'une chirurgie ambulatoire majoritaire à horizon 2016, et d'autre part que le taux global de chirurgie ambulatoire serait ajouté aux indicateurs de suivi des CPOM État/ARS.

En sus de ces instructions spécifiquement dédiées à la chirurgie ambulatoire, les instructions annuelles relatives aux dix priorités de GDR ont chaque année précisé les feuilles de route et fixé les cibles des indicateurs CPOM et de suivi de chirurgie ambulatoire. L'instruction 2012-23 du 13 janvier 2012 rappelait ainsi aux ARS la double nécessité d'élaborer un plan d'action pluriannuel pour la chirurgie ambulatoire visant plus particulièrement les « établissements les plus en retard et ceux disposant d'un fort potentiel » et de contractualiser avec les établissements sur des objectifs de développement. Ni l'échéance d'élaboration de ces plans d'action ni l'objectif d'une chirurgie majoritaire n'étaient mentionnés.

L'évaluation des résultats obtenus par les ARS a été effectuée chaque année dans le cadre des dialogues de gestion menés annuellement par le CNP. La synthèse écrite de ces échanges ne comporte pas d'indications sur les suites qui leur ont été données par le CNP (actions à prioriser).

Au total, on constate que le pilotage national des ARS en matière de chirurgie ambulatoire a connu des difficultés de synchronisation et d'articulation, en particulier :

- ◆ décalage entre le principe d'une chirurgie ambulatoire conçue comme pratique de référence (instruction précitée du 10 décembre 2010) et le choix de cibles CPOM ARS limitées initialement aux 17 gestes marqueurs³⁸ ;
- ◆ décalage entre l'élaboration des objectifs et indicateurs des CPOM État-ARS 2010-2013, signés le 8 février 2011, et l'élaboration du volet chirurgie ambulatoire des programmes de gestion du risque (GDR) qui s'est étendue de janvier 2011 jusqu'à la fin du 1^{er} trimestre 2012. Les états des lieux de la chirurgie ambulatoire réalisés par les ARS n'ont ainsi pas permis d'éclairer la détermination des cibles régionales fixées pour 2011 ;
- ◆ décalage entre l'élaboration des schémas régionaux de l'offre de soins incluant des objectifs 2016 pour la chirurgie ambulatoire et la fixation des cibles dans les CPOM ARS, avec pour conséquence des cibles fixées par les SROS inférieure à celles des CPOM ARS dans certaines régions ;
- ◆ retards dans la réalisation des états des lieux et diagnostics partagés et des plans d'action chirurgie ambulatoire des ARS.

Ces décalages s'expliquent en partie par les difficultés de rodage des nouvelles institutions. Ils reflètent aussi certaines difficultés d'articulation du dispositif spécifique de pilotage GDR avec le pilotage général de l'offre de soins impulsé par la DGOS. La lourde charge de travail qu'a représentée pour les ARS, elles-mêmes en phase de montée en charge, la réalisation des états des lieux et des plans d'action l'explique aussi.

2.3.1.2. Un programme conjoint HAS/ANAP a été lancé la même année en vue de mettre à disposition des acteurs une panoplie d'outils organisationnels et médico-économiques

LA HAS et l'ANAP ont fait de la chirurgie ambulatoire une priorité de leurs programmes de travail en vue de répondre aux besoins d'accompagnements des professionnels, des établissements et des ARS. Un partenariat a associé les deux institutions fin 2010 pour élaborer des outils et des recommandations de bonnes pratiques adaptés. Six axes de travail ont été définis pour la période 2012-2015, prévoyant une série de productions pour la plupart achevées à ce jour.

L'intérêt de ces travaux tient notamment à leur dimension pluridisciplinaire et au périmètre large des préoccupations qu'ils embrassent, aussi bien médicales ou organisationnelles qu'économiques et financières. Ils permettent aux acteurs d'avoir une vue d'ensemble des connaissances relatives aux différentes problématiques et d'approfondir certains champs en fonction de leurs rôles et besoins professionnels respectifs. On peut néanmoins regretter que les formats soient inégalement pédagogiques et conviviaux, la navigation dans ces différentes productions pour trouver les données d'expertises et les recommandations relatives une question spécifique n'étant pas toujours aisée. Certains travaux s'apparentent plus par ailleurs à des études qu'à des outils à visée opérationnelle³⁹.

³⁸ Indicateur 6.4 « taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (17 geste marqueurs) : Nombre de séjours en ambulatoire pour l'ensemble des 17 gestes marqueurs/ nombre total de séjours en ambulatoire et en hospitalisation complète pour l'ensemble des 17 gestes marqueurs.

³⁹ Le cadrage méthodologique de l'étude de micro-costing en limite par exemple la portée opérationnelle (étude limitée à des structures satellites peu répandues en pratique notamment, recueil des données de coûts des séjours de chirurgie limitée à l'ambulatoire).

Annexe I

Il reste qu'il s'agit d'un chantier essentiel pour accompagner le développement de la chirurgie ambulatoire. La mise à disposition d'outils et de recommandations destinés à sécuriser la prise en charge des patients et à améliorer sa qualité apparaît en effet essentielle pour susciter une démarche positive d'adhésion des acteurs.

Annexe I

Tableau 20 : Liste des contributions inscrites au programme de travail HAS-ANAP « ensemble pour la chirurgie ambulatoire »

Axe 1 : socle de connaissances	Axe 2 : critères d'éligibilité des patients	Axe 3 : approche organisationnelle	Axe 4 : approche économique	Axe 5 : dispositif d'indicateurs	Axe 6 : certification/ accréditation
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Publication du rapport socle de connaissances (avril 2013) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Note de cadrage (oct. 2012) ▪ Pré-rapport juin 2014 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Note de cadrage (oct. 2012) ▪ Recommandations organisationnelles (mai 2013) ▪ Guide méthodologique (mai 2013) ▪ 15 fiches techniques explicatives, évaluatives, de mise en œuvre (mai 2013) ▪ Publication du guide « chirurgie ambulatoire mode d'emploi » (nov.2013) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Note de cadrage 'outils et recommandations économiques » (mars 2012) ▪ Rapport d'orientation relatif à la tarification de la chirurgie ambulatoire (juin 2013) ▪ Outil de micro-costing permettant d'évaluer le coût réel par procédure de la chirurgie ambulatoire (pré-rapport avril 2014) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Note de cadrage « Développement d'indicateurs pour la mesure de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients en chirurgie ambulatoire » (diffusion Prévue 2015) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Note interne

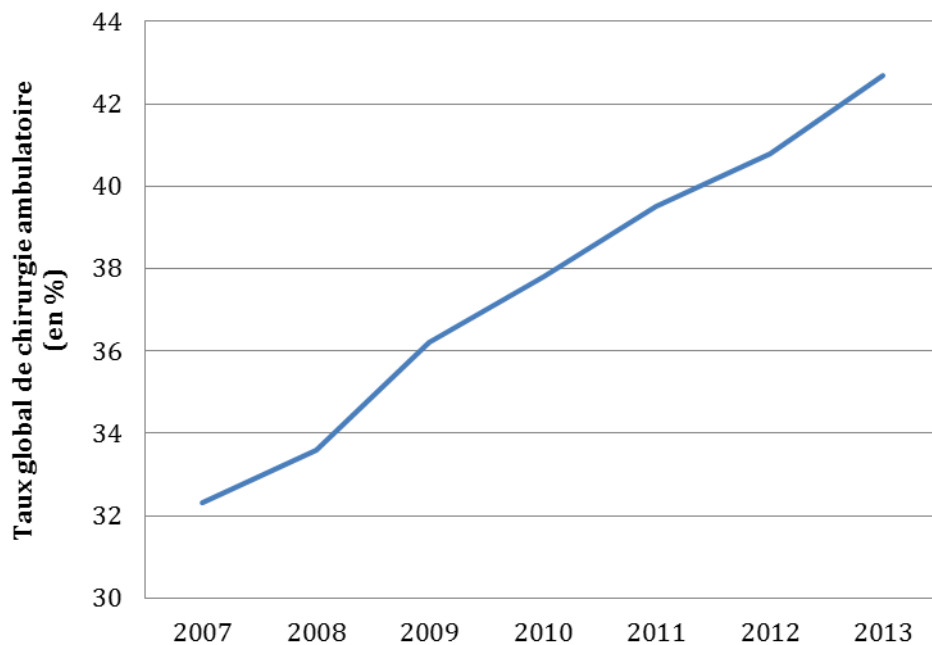
Source : Mission.

2.3.2. Malgré ces efforts, la dynamique de croissance reste lente et inégale

La part de la chirurgie ambulatoire dans l'activité globale de chirurgie a progressé sensiblement depuis 2007 et, depuis 2010, certaines régions en dessous de la moyenne nationale ont résorbé leur retard. On constate cependant :

- ◆ qu'en 2013, seule une minorité de régions ont atteint les cibles de chirurgie ambulatoire prévues pour cette année par les CPOM (quatre régions l'ont dépassé et deux en sont très proches) ;
- ◆ que les écarts entre régions tardent à se résorber (dix points d'écart séparant toujours les régions extrêmes⁴⁰) ;
- ◆ que la poursuite du tendancier actuel ne permet pas d'atteindre la cible d'une chirurgie ambulatoire majoritaire à horizon 2016, faute d'inflexion significative du *trend* de croissance de la chirurgie ambulatoire depuis 2009.

Tableau 21 : Évolution 2007-2013 du taux global de chirurgie ambulatoire (en %)



Source : Données ATIH.

Ce constat pose la question de l'efficacité du pilotage national et régional mis en œuvre.

⁴⁰ Franche-Comté et Corse

2.4. L'efficacité du pilotage national nécessite d'être renforcée

2.4.1. Les cibles régionales de chirurgie ambulatoire ont été déterminées de façon approximative

La fixation des cibles régionales de chirurgie ambulatoire s'est faite en deux étapes :

- ◆ dans une 1^{ère} première étape, comme il a été indiqué *supra*, les cibles régionales n'ont concerné que le taux de chirurgie ambulatoire des 17 gestes marqueurs (CPOM signés le 8 février 2011) ;
- ◆ à partir de 2012, elles ont été étendues au suivi du taux global de chirurgie ambulatoire, avec l'ambition affichée de réduire les écarts entre régions de dix points en 2010 à six points en 2016.

Comme le montre le tableau ci-dessous, les taux cibles contractualisés avec les ARS à horizon 2016 ont été déterminés sur la base d'un taux de progression de la chirurgie ambulatoire dans l'ensemble uniforme, calé sur le taux de progression annuel moyen national (environ 2 %). Afin de réduire les écarts interrégionaux, quatre régions retardataires se sont vues fixer un taux d'effort un peu plus ambitieux que la moyenne nationale (Franche-Comté, Midi-Pyrénées, Limousin, Auvergne) et, symétriquement, cinq régions plus avancées un degré d'effort moindre (Corse, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'azur, Guadeloupe, Réunion).

Annexe I

Tableau 22 : Cibles régionales de progression du taux de chirurgie ambulatoire prévues par les CPOM État-ARS à horizon 2016

Région	Taux de chirurgie ambulatoire constaté (en %)					Taux cible (en %)				Évolution du taux annuel moyen annuel cible (en points de %)
	2009	2010 *	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2016	2010-2016
Ile-de-France	39,0	39,9	41,8	43,4	45,7	41,8	44,0	46,0	52,1	+2,03
Champagne-Ardennes	33,4	36,1	37,6	39,4	41,2	38,1	40,2	42,2	48,3	+2,03
Picardie	35,3	38,4	39,8	40,3	41,5	40,0	41,7	43,9	50,5	+2,03
Haute-Normandie	35,9	37,4	38,7	40,5	41,6	39,5	41,5	43,5	49,6	+2,03
Centre	35,9	37,1	39,1	40,5	42,1	39,0	41,0	43,0	49,3	+2,03
Basse-Normandie	35,1	36,0	38,8	40,0	42,0	37,0	38,5	40,0	48,2	+2,03
Bourgogne	35,6	37,2	39,0	39,9	41,4	38,5	40,0	41,5	49,4	+2,03
Nord-Pas-de-Calais	37,3	39,9	41,2	42,0	43,6	41,0	43,0	45,0	52,0	+2,03
Lorraine	35,7	37,1	38,2	39,6	40,7	39,1	41,1	43,2	49,3	+2,03
Alsace	36,8	38,2	39,8	41,0	42,3	40,0	42,0	44,0	50,4	+2,03
Franche-Comté	29,5	32,9	35,1	36,2	37,8	35,0	37,0	40,0	47,0	+2,35
Pays de la Loire	35,4	36,3	40,0	41,1	43,2	38,3	40,4	42,4	48,5	+2,03
Bretagne	35,3	36,3	38,1	40,4	42,6	38,3	40,3	42,4	48,5	+2,03
Poitou-Charentes	38,2	39,4	40,6	41,8	43,8	41,4	43,4	45,5	51,6	+2,03
Aquitaine	35,4	37,4	38,8	40,1	42,2	38,2	40,6	42,9	49,6	+2,03
Midi-Pyrénées	31,5	33,7	36,0	37,2	39,4	36,0	38,2	40,4	47,0	+2,21
Limousin	31,6	33,5	35,8	37,2	39,2		35,0	40,3	47,0	+2,25
Rhône-Alpes	33,9	35,6	37,5	38,8	41,2	38,0	40,0	41,5	47,8	+2,03
Auvergne	31,6	34,3	35,7	36,9	38,9	36,0	38,5	40,6	47,0	+2,12
Languedoc-Roussillon	38,1	38,9	40,4	41,1	42,3	42,0	43,5	44,9	51,1	+2,03
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	39,8	41,1	42,3	43,5	44,9			47,0	53,0	+1,99
Corse	39,9	41,7	43,2	46,0	48,0	43,5	45,4	47,3	53,0	+1,89
971 – Guadeloupe	41,6	41,3	42,6	42,9	45,9	41,6	43,6	47,3	53,0	+1,96
972 – Martinique	33,0	35,3	35,6	36,8	38,7	35,0	38,0	41,4	47,5	+2,03
973 – Guyane	-	-	-	-	23,6	-	-	-	-	-

Annexe I

Région	Taux de chirurgie ambulatoire constaté (en %)					Taux cible (en %)				Évolution du taux annuel moyen annuel cible (en points de %)
	2009	2010 *	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2016	2010-2016
974 - La Réunion	41,5	42,5	45,3	45,6	45,9	-	46,3	47,3	53,0	+1,75
National (hors SSA)	36,3	37,8	39,5	40,8	42,7	-	41,4	43,47	50,2	+2,06

Source : DGOS (taux de progression 2010-2016) ; 2010 : valeur de référence.

La stratégie poursuivie peut prêter à interrogation.

Les écarts entre régions résultent d'un ensemble de facteurs parmi lesquels leurs performances historiques⁴¹ et le poids important du secteur privé⁴² pour certaines jouent un rôle important.

Par ailleurs, certains freins d'ordre socio-économiques, variables selon les régions, comme par exemple la part de la population vivant dans des territoires éloignés des établissements, ou la part des personnes âgées vivant seules affectent inégalement les régions. Ces avantages ou handicaps relatifs auraient pu justifier une modulation plus nette des cibles des ARS et/ou de leurs moyens d'accompagnement.

En deuxième lieu, on peut trouver surprenant que les régions les plus dynamiques aient bénéficié des taux d'effort les moins exigeants alors qu'elles paraissaient les plus susceptibles de contribuer à l'atteinte d'une chirurgie ambulatoire majoritaire à l'horizon 2016.

En troisième lieu, surtout, on peut regretter que la détermination des cibles régionales n'ait pas reposé au moins en partie sur l'identification des potentiels régionaux de développement.

Au total, si la méthode retenue présentait l'avantage d'être simple et consensuelle, elle apparaît peu ambitieuse. Une approche plus exigeante aurait présenté l'avantage d'inciter en miroir les ARS à moduler davantage les objectifs des établissements en fonction de leurs potentiels respectifs.

Recommandation n°1 : Déterminer les cibles régionales de chirurgie ambulatoires des ARS à partir de l'analyse des potentiels de chirurgie ambulatoires régionaux et des capacités de progression des établissements

2.4.2. Les lignes directrices du pilotage national n'apparaissent pas assez précises

Sur deux points au moins, les instructions et les outils transmis aux ARS sont restés trop vagues pour répondre à l'impératif de mobilisation des acteurs. La mise à disposition d'une méthode unifiée d'identification des potentiels de développement des établissements a d'abord fait défaut⁴³. Il a manqué ensuite un cadre clair pour le développement de la chirurgie ambulatoire à l'échelle du territoire.

⁴¹ L'étude PNIR de 2003 permet de constater qu'en 1999, les régions présentaient des écarts de développement très similaires

⁴² Les régions où le poids relatif des établissements privés dans l'activité de chirurgie est important bénéficient d'un avantage comparatif compte tenu de l'avance du secteur privé dans ce domaine.

⁴³ Pour une proposition de méthode, voir annexe III.

2.4.2.1. Les ARS n'ont pas pu s'appuyer sur une méthodologie unifiée d'évaluation du potentiel de développement des établissements

Les instructions nationales se sont référées de façon régulière à la nécessité d'évaluer les potentiels de développement de la chirurgie ambulatoire des établissements. Toutefois aucune méthodologie n'a été fournie aux ARS pour y procéder. Il semble que pour les autorités nationales, la différence entre les résultats enregistrés dans les établissements et les cibles définies au niveau national pour le taux de pratique des gestes marqueurs (85 %) ou pour le taux global de chirurgie ambulatoire à horizon 2016 (plus de 50 %) constituaient une 1^{ère} première approche du potentiel à affiner localement en fonction du *case-mix* de l'établissement et de ses caractéristiques.

2.4.2.2. Les guides CPOM n'ont pas donné d'indications claires aux ARS sur la stratégie de déploiement de la chirurgie ambulatoire

Le message précité du 18 février 2012 du SGCMA aux ARS les invitait à préparer le volet chirurgie ambulatoire des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les établissements. À cet effet, la DGOS a mis en ligne un guide d'appui à l'élaboration des CPOM⁴⁴. Il ressort de l'examen des recommandations de la DGOS relatives au volet chirurgie ambulatoire⁴⁵ un certain flou sur la stratégie poursuivie.

Le cahier des charges du développement de la chirurgie ambulatoire figurant au guide CPOM comporte ainsi neuf items non hiérarchisés mêlant objectifs de résultats, objectifs de moyens et contraintes :

- 1) développer la chirurgie ambulatoire dans tout site de chirurgie réalisant de la chirurgie à temps complet sachant que la chirurgie ambulatoire peut également être développée de façon exclusive ;
- 2) substituer la chirurgie à temps complet par la chirurgie ambulatoire dès lors que celle-ci est éligible ;
- 3) assurer une masse critique d'activité suffisante en chirurgie ambulatoire ;
- 4) mettre en place un management de la qualité en chirurgie ambulatoire ;
- 5) conditionner cette activité à la mise en place d'une structure dotée de l'organisation adaptée pour des raisons de qualité des prises en charge et d'efficacité (prohibition de la chirurgie foraine) ;
- 6) adapter l'organisation du bloc opératoire ;
- 7) optimiser le fonctionnement de l'UCA (ressources mobilisées au regard de l'activité) ;
- 8) organiser la continuité des soins à l'issue de la prise en charge de chirurgie ambulatoire ;
- 9) mutualiser les moyens dédiés à la réalisation d'actes de chirurgie ambulatoire avec ceux qui sont réalisés en médecine et nécessitant une anesthésie générale ou locorégionale.

Quatre indicateurs⁴⁶ assurant la cohérence avec le dispositif national de pilotage des ARS ont été définis pour le suivi des CPOM passés avec les établissements.

⁴⁴ Ce document ne semble pas avoir été diffusé par voie d'instruction.

⁴⁵ Cf Fiche S4 du guide DGOS CPOM

⁴⁶ Taux de pratique des gestes marqueurs, taux global de chirurgie ambulatoire, volumes respectifs de chirurgie ambulatoire et de chirurgie complète, taux de chirurgie en unité de chirurgie ambulatoire (par opposition à la chirurgie foraine).

Seuls les items 1 et 2 sont des objectifs de résultats. Ils auraient pu être complétés par un 3ème troisième objectif visant la nécessité d'assurer la qualité et l'efficacité de la chirurgie ambulatoire, décliné dans différents objectifs de moyens (items 4, 6, 7, 8, et 9). Les items 2 (nécessité d'une masse critique d'activité) et 4 (unité dédiée) s'apparentent davantage à des contraintes.

Le mode d'emploi du cahier des charges reste au total flou, certaines prescriptions semblant potentiellement contradictoires (par exemple obligation pour tout établissement ayant une activité en chirurgie *de développer de la chirurgie ambulatoire sur chaque site* versus assurer une masse critique d'activité, ou encore obligation pour tout établissement ayant une activité en chirurgie *de développer de la chirurgie ambulatoire sur chaque site* versus optimiser les ressources mobilisées au regard de l'activité). On peut aussi se demander si la possibilité mentionnée de développer de la chirurgie ambulatoire à titre exclusif a ou non le statut d'objectif éventuel pour les établissements et les directeurs généraux d'ARS. Enfin on note qu'il n'est plus fait référence au seuil d'activité de 1 500 actes minimum mentionné dans l'instruction précitée du 27 décembre 2010.

Le guide mentionne à cet égard la nécessité de définir les cibles de chirurgie ambulatoire dans le cadre d'un bilan territorial prenant en compte les besoins non satisfaits, le case-mix de l'établissement et les perspectives sur les différents segments d'activité chirurgicale. Cette recommandation tout à fait pertinente apparaît néanmoins potentiellement contradictoire avec l'injonction précitée de développer la chirurgie ambulatoire dans tout site autorisé pour la chirurgie complète. Aucune indication n'est donnée par ailleurs sur les conséquences de la substitution pour les services de chirurgie complète (fermeture de lits).

En conclusion, le pilotage national n'a pas été assez précis sur les méthodes d'évaluation des potentiels et est resté flou sur deux questions clés, les seuils minimaux d'activité⁴⁷ d'une part et la réduction des capacités d'hospitalisation complète en chirurgie⁴⁸ d'autre part. Deux autres questions liées n'ont par ailleurs guère fait l'objet de précisions : l'accessibilité géographique et l'accessibilité financière des patients à la chirurgie ambulatoire. Une dernière lacune concerne le pilotage du calibrage des capacités de chirurgie ambulatoire qu'il paraît nécessaire de préciser⁴⁹.

Recommandation n°2 : Élaborer et diffuser aux ARS une méthodologie de référence permettant d'évaluer sur des bases homogènes les potentiels de développement de chirurgie ambulatoire des établissements

Recommandation n°3 : Réaffirmer dans les CPOM ARS l'objectif de regrouper à moyen terme la chirurgie des établissements dont l'activité est inférieure à 1500 actes dans d'autres établissements du territoire ; en conséquence, ne pas définir de cibles de chirurgie ambulatoire pour ces établissements

Recommandation n°4 : Faire évoluer les capacités respectives d'hospitalisation complète et de chirurgie ambulatoire des établissements en cohérence avec les cibles de chirurgie ambulatoire des établissements à moyen

⁴⁷ Il est vrai que l'abandon du décret qui prévoyait d'instaurer ces seuils pouvait expliquer en partie cette prudence. Toutefois, l'exercice apparaît très différent puisqu'il ne s'agit pas avec le guide pour la contractualisation de poser une règle sans possibilité de dérogation mais d'indiquer des seuils de référence laissant place à la négociation locale.

⁴⁸ La mission note que la question de la fermeture des lits d'hospitalisation complète a été explicitement posée par au moins une ARS dans le cadre de la transmission du bilan pour l'année 2011 de son plan d'actions chirurgie ambulatoire.

⁴⁹ La capacité régionale des places de chirurgie ambulatoire étant à comparer au volume cible d'actes à transférer, en fonction des taux de rotation constatés et cibles, pour évaluer le nombre et la répartition des places d'UCA à créer.

terme ; intégrer à cet effet dans les CPOM une valeur cible de référence pour le ratio (capacités de chirurgie ambulatoire/ capacités de chirurgie en hospitalisation complète)

2.4.3. La question de l'impact financier du développement de la chirurgie ambulatoire est restée peu prise en compte

Le développement de la chirurgie ambulatoire répond d'abord à un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Il est aussi porteur de gains d'efficacité essentiels pour la maîtrise des dépenses de santé hospitalières. Toutefois, si cet enjeu d'efficacité est régulièrement mis en avant aussi bien au niveau des dépenses d'assurance maladie qu'au niveau des établissements, on constate que :

- ◆ au niveau national, il existe peu d'évaluations *ex ante* des économies ;
- ◆ le coût de la politique publique de soutien au développement de la chirurgie ambulatoire est difficile à cerner ;
- ◆ il n'existe pas de dispositif de suivi macro-économique ni micro-économique des économies réalisées ;
- ◆ peu d'outils ont été développés pour mettre les établissements en mesure d'évaluer et de suivre leur retour sur investissement en faveur de la chirurgie ambulatoire.

2.4.3.1. Au niveau national, il existe peu d'évaluations des économies sur les dépenses hospitalières et aucune étude ne permet d'apprécier les impacts consolidés ville-hôpital

S'agissant des économies sur les dépenses hospitalières, on dispose essentiellement d'estimations budgétaires annuelles ponctuelles dont la portée paraît limitée.

La directive du 19 juillet 2010 aux ARS comporte ainsi un tableau annexé listant les économies attendues de la mise en œuvre des 10 priorités nationales de gestion du risque, chiffrées pour la chirurgie ambulatoire à 30 M€ en 2010 et à 50 M€ en 2011. Il s'agit a priori d'économies tarifaires brutes liées à la substitution progressive attendue des séjours de chirurgie ambulatoire aux séjours de chirurgie conventionnelle, les tarifs des premiers étant alors dans l'ensemble sensiblement inférieurs en moyenne aux seconds. Par la suite, l'extension progressive du tarif unique et plus généralement d'une politique tarifaire incitative a limité l'intérêt de ce type d'estimations.

L'instruction GDR 2013-119 du 1^{er} mars 2013 affirme toutefois que « *les économies générées par la GDR sont désormais prises en compte dans l'ONDAM* », un montant de 123 € au titre de « *l'amélioration de la qualité des prises en charge à l'hôpital (chirurgie ambulatoire, réduction de la DMS)* » y étant avancé⁵⁰.

Le coût du soutien au développement de la chirurgie ambulatoire induit par les mesures tarifaires incitatives a fait l'objet d'études ponctuelles de l'ATIH dans le cadre des campagnes tarifaires annuelles.

⁵⁰ Le calcul de ce montant n'a pas été explicité à la mission.

Annexe I

Des simulations ont également été menées en 2014 à l'initiative de la direction de la sécurité sociale (DSS) pour évaluer les économies à moyen terme associées à différents scénarios tarifaires reposant sur de nouveaux modes de calcul des tarifs uniques (recours aux tarifs issus de coûts et poids prépondérant des tarifs de chirurgie ambulatoire). Ces travaux permettent de comparer utilement différentes options de valorisation tarifaire à volumes constants. La mission estime qu'il serait utile de les reconduire chaque année.

L'appréciation de l'impact financier du développement de la chirurgie ambulatoire devrait par ailleurs aller au-delà des dépenses hospitalières, les patients pouvant avoir recours aux soins de ville lors du retour à domicile voire en amont de l'intervention. Selon l'étude PNIR précitée⁵¹ menée il y a plus de dix ans, aucun transfert de dépenses entre les enveloppes hospitalières et soins de ville n'avait pu être mis en évidence.

Toutefois, compte tenu de l'ancienneté de cette étude et de la perspective d'une implication plus fréquente des soins de ville dans les prises en charge liée au développement d'interventions plus lourdes et concernant des patients avec des co-morbidités, la mission préconise de reconduire à l'avenir ce type d'études⁵² en mettant en place des panels de patients pour différents types d'interventions chirurgicales (en ambulatoire et en hospitalisation conventionnelle) et de suivre à six mois les dépenses d'Assurance - maladie respectivement associées à ces deux type de prise en charge. Le périmètre des dépenses devrait prendre en compte de façon large :

- ◆ les dépenses éventuelles de ré-hospitalisation ;
- ◆ l'impact sur les dépenses de transport sanitaires ;
- ◆ l'impact sur les soins de ville (recours au médecin traitant, aux infirmiers et aux autres professionnels de santé de ville après le retour au domicile) ;
- ◆ l'impact sur les indemnités journalières maladie.

La facilitation du retour à domicile nécessitera enfin, dans certains cas, le recours à des intervenants sociaux pour assister les patients dans les actes de la vie quotidienne. Il paraît nécessaire d'organiser également le suivi de ces dépenses sociales.

2.4.3.2. Le coût direct de la politique de soutien au développement de la chirurgie ambulatoire ne fait pas non plus l'objet d'un suivi

Le soutien public au développement de la chirurgie ambulatoire ne se limite pas aux incitations tarifaires. Comme il a été vu *supra*, différentes actions sont impulsées au niveau national et par les ARS.

Le suivi des financements mobilisés à ce titre concerne essentiellement les ARS, peu de crédits d'intervention étant mobilisés au niveau national.

Les crédits mobilisés respectivement par la HAS et l'ANAP pour financer le programme d'actions « ensemble pour la chirurgie ambulatoires actions prévues » ne sont pas directement identifiables.

⁵¹ L'étude portait sur cinq gestes : cataracte, arthroscopie avec ménistectomie, canal carpien, extraction de 2 dents de sagesse.

⁵² Qui permettra également d'apprécier la fréquence des ré-hospitalisations éventuelles dans une optique d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins.

Annexe I

S'agissant des ARS, la difficulté principale concerne le suivi des crédits mobilisés dans le cadre du Fonds d'intervention régional (FIR) doté de plus de 1,3 Md€ de crédits en 2012⁵³, la chirurgie ambulatoire ne faisant pas l'objet d'un suivi spécifique. L'examen du rapport d'activité 2012 retraçant l'utilisation des crédits FIR ne permet pas de cerner la proportion des crédits mobilisés pour soutenir le développement de la chirurgie ambulatoire. Le soutien à la chirurgie ambulatoire concerne a priori plus particulièrement la mission 2⁵⁴, la mission 3⁵⁵ et la mission 4⁵⁶ du FIR.

Parmi les diverses actions financées au titre de la mission 3, le rapport recense notamment la modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins (mission 3). Le FIR finance notamment à ce titre :

- ◆ des frais de conseil, de pilotage et d'accompagnement de la mise en œuvre des actions visant à améliorer la performance hospitalière engagées par des établissements ou par les agences régionales de santé pour les établissements de leur région ;
- ◆ des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements de santé ou de leurs groupements, ces opérations pouvant comprendre, sous certaines limites, des dépenses d'investissement.

Parmi les actions d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé (mission 4), sont par ailleurs identifiées :

- ◆ des actions de gestion prévisionnelle des métiers, emplois et compétences et actions de formation dans le cadre de la promotion professionnelle ;
- ◆ des aides individuelles, prestations et compléments de rémunération destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans des opérations de modernisation et de restructuration.

Il faut encore citer la mission 6⁵⁷ qui permet de financer des actions d'accompagnement de la modernisation et des restructurations ou d'ingénierie de projet et la mission 5⁵⁸ au titre du soutien aux bonnes pratiques. Au total, on constate que les crédits susceptibles de bénéficier à la chirurgie ambulatoire sont dispersés dans la quasi-totalité des missions et actions.

La mission 3, la plus directement concernée, n'a totalisé en 2012 qu'une faible fraction des crédits FIR (7,6 M€)⁵⁹. En 2013, le transfert des crédits d'aide à la contractualisation (AC) dans le FIR à hauteur d'1,13 Md€ environ⁶⁰ a sans doute facilité la mobilisation d'aides supplémentaires en faveur de la chirurgie ambulatoire. Toutefois, selon l'un des directeurs généraux d'ARS rencontrés, peu d'actions nouvelles ont pu être financées au titre des AC transférées.

⁵³ Dont plus de 730 M€ consacrés à la permanence des soins ambulatoire et en établissements de santé (mission 1 du FIR).

⁵⁴ Amélioration de la qualité et de la coordination des soins et de la répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé.

⁵⁵ Modernisation, adaptation et restructuration de l'offre de soins.

⁵⁶ Amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et accompagnement social de la modernisation des établissements de santé.

⁵⁷ Mutualisation des moyens des structures sanitaires.

⁵⁸ Prévention des maladies, promotion de la santé, éducation à la santé et sécurité sanitaire.

⁵⁹ Charges 2012 comptabilisée par la Cnamts.

⁶⁰ Le total des crédits FIR a dépassé les 3 milliards d'euros en 2013 suite au transfert d'une partie des crédits finançant les missions d'intérêt général (MIG) et de la totalité des crédits d'aide à la contractualisation (AC.)

Annexe I

Selon les informations recueillies par la mission⁶¹, le total des financements spécifiques des ARS ne dépasse probablement pas quelques millions d'euros, peut-être un peu plus d'une dizaine de millions d'euros. Au total, faute de données précises mobilisables, la mission n'est pas en mesure de fournir une estimation robuste du coût global de la politique publique de soutien à la chirurgie ambulatoire. Les incitations tarifaires constituent néanmoins de toute évidence, au regard des observations réalisées par la mission sur le terrain, l'essentiel de ce soutien.

2.4.3.3. Les impacts du développement de la chirurgie ambulatoire pour les établissements n'ont pas été suivis

La chirurgie ambulatoire est considérée comme porteuse d'économies pour les établissements qui la développent, principalement en raison de la moindre durée de prise en charge des patients et de consommation de main d'œuvre qui lui est associée. Pour un même nombre d'interventions, une quantité moindre de facteurs de production sera consommée. L'établissement qui développe son activité ambulatoire à activité constante réalise donc des économies sur ses coûts de production. Les équipes de nuit et de week-end ne sont plus nécessaires. Le volume de certains consommables est réduit (restauration, gestion des déchets).

S'il améliore en outre la productivité de son unité de chirurgie ambulatoire en accélérant la rotation des patients, il dégagera un supplément d'économies. Les coûts de production des séjours de chirurgie ambulatoire sont ainsi inférieurs à ceux des séjours de chirurgie complète. Les données des études internationales citent des écarts de coûts de production généralement compris entre 20 et 50 %. Ces écarts de coûts varient selon le type d'intervention réalisée et le type de structure de soins concernée⁶². Les tarifs des séjours dans le système de tarification à l'activité (T2A) en vigueur en France sont construits sur la base de l'échelle nationale des coûts complets (ENCC) qui retrace les coûts de production des séjours avec la collaboration d'un ensemble d'établissements volontaires. Les écarts de coûts entre les séjours de chirurgie en hospitalisation complète et en ambulatoire sont ainsi objectivés dans l'ENCC⁶³.

Du point de vue de l'établissement toutefois, l'impact favorable sur le plan économique du développement de la chirurgie ambulatoire n'est pas nécessairement évident si les tarifs des séjours d'hospitalisation complète sont sensiblement supérieurs à ceux des séjours ambulatoires. Comme le soulignait l'ANAP en introduction à la présentation de son outil OPEERA⁶⁴, la plupart des gestionnaires d'établissements restent convaincus que le développement de la chirurgie ambulatoire est susceptible de dégrader les recettes de l'établissement et donc les conditions de son équilibre financier.

Aucune initiative n'a néanmoins été développée ces dernières années pour identifier précisément les économies issues du développement de la chirurgie ambulatoire dans les établissements (économies de fonctionnement et gains liés à l'accroissement de la productivité). Plusieurs raisons peuvent l'expliquer, notamment le fait qu'il s'agirait d'économies virtuelles, en l'absence de réduction effective des capacités d'hospitalisation complète. De plus, l'évaluation de ces économies a perdu une partie de son intérêt pour l'assurance-maladie avec la généralisation progressive des tarifs uniques.

⁶¹ A l'exception d'une ARS qui consacre plus d'1 M€ à son plan d'action chirurgie ambulatoire, la moyenne des crédits mobilisés spécifiquement semble plutôt comprise entre 2 et 400 mille euros.

⁶² Les écarts de coûts sont par exemple plus importants dans les établissements du secteur ex-DG où les durée des séjours des patients sont en moyenne plus longues que dans les établissements ex OQN.

⁶³ L'étude micro-costing de la HAS note à ce sujet que les écarts ne sont toutefois significatifs pour 65 % des séjours des hôpitaux publics.

⁶⁴ Outil Prospectif d'Evaluation Economique Relatif à l'Ambulatoire.

Annexe I

Le développement de tarifs uniques communs aux séjours d'hospitalisation complète et ambulatoire constitue en effet un moyen privilégié pour lever les réticences des gestionnaires, documenté par les études internationales⁶⁵.

Dans le cas de tarifs différenciés, le transfert de la chirurgie en ambulatoire reste néanmoins profitable selon d'autres études pour les établissements qui parviennent à augmenter leur activité.

On peut regretter que des études spécifiques n'aient pas été conduites avec les établissements coopérant à l'ENCC pour mieux préciser les impacts de la mise en place et du développement des UCA sur les différents postes de dépenses dans les établissements. De tels travaux auraient permis notamment de disposer d'éléments d'éclairage sur les coûts supplémentaires induits par le développement de l'ambulatoire, évoqués à plusieurs reprises auprès de la mission (consultations plus longues mobilisant davantage de temps médical et infirmier, dépenses de matériels médicaux, dépenses de système d'information⁶⁶, frais d'aménagement des locaux, dépenses éventuelles d'investissement en cas de reconstruction de locaux et de mise en place de nouveaux blocs).

L'étude de *micro-costing* développée par la HAS est intéressante à plusieurs égards. Toutefois, elle ne permet pas aux établissements d'effectuer des simulations simples pour :

- ♦ tester de façon pluriannuelle à tarifs donnés l'impact global en recettes et en dépenses des transformations liées au transfert en ambulatoire d'une large majorité d'interventions ;
- ♦ tester les conséquences sur l'équilibre financier de l'établissement d'un schéma pluriannuel d'évolution des tarifs uniques principalement assis sur les tarifs ambulatoires, selon différentes hypothèses de transfert.

Ce type d'outil apparaît tout à fait nécessaire, pour les établissements et pour les régulateurs régionaux, dans un contexte où les établissements les plus en retard et les plus fragiles auront à faire face à des difficultés accrues en l'absence de plans d'actions adaptés.

Recommandation n°5 : Développer en complément de l'outil micro-costing, avec la collaboration d'établissements participant à l'ENCC, un outil simple, fondé sur le recueil des coûts de développement de la chirurgie ambulatoire, permettant aux établissements de simuler l'évolution des dépenses et des recettes de chirurgie selon différentes hypothèses d'évolution de l'activité et des tarifs de chirurgie ambulatoire.

2.5. Le bilan de l'action des ARS est difficile à évaluer

Le simple examen des plans d'action des ARS élaborés en 2012, nécessairement synthétiques, ne permet pas de relier simplement les actions prévues à l'amélioration constatée des taux de chirurgie ambulatoire, sachant au surplus que certaines actions peuvent ne pas avoir été réalisées⁶⁷ et que d'autres ont été décidées depuis 2012.

Il ressort de l'examen de ces documents, dans la continuité des constats qui précèdent, une assez grande similitude des types d'actions envisagées par les ARS.

⁶⁵ Une étude anglaise citée par le rapport de la HAS sur les systèmes de tarification en France et à l'étranger cite ainsi une étude anglaise qui montre une accélération significative du développement de la chirurgie ambulatoire suite à l'instauration de tarifs uniques.

⁶⁶ Le bon fonctionnement des UCA nécessite de mettre en place un système d'information spécifique (programmation des interventions, suivi en temps réel des patients, management qualité et sécurité).

⁶⁷ En raison par exemple du départ de l'ARS du responsable de l'action.

Annexe I

Les plans d'action des ARS mentionnent en premier lieu systématiquement les SROS comme les outils privilégiés du développement de la chirurgie ambulatoire⁶⁸. L'élaboration concomitante des SROS et des CPOM État-ARS en 2011 aurait dû faciliter la mise en cohérence de leurs cibles respectives de développement de la chirurgie ambulatoire. Toutefois, les SROS ont été signés avant que les CPOM n'intègrent le nouvel indicateur relatif au taux global de chirurgie ambulatoire de sorte que certains prévoient des cibles inférieures à celles fixées par les CPOM comme il a été noté *supra*. La consolidation des SROS régionaux 2012-2017 fait néanmoins apparaître, selon une synthèse réalisée par la DGOS, une forte diminution globale du nombre d'implantations de chirurgie à horizon 2017 dans la quasi-totalité des régions (fourchette de 5 à 13 %), en raison des regroupements prévus d'activité sur un même site. Cette diminution va de pair avec des projets de création d'unités de chirurgie ambulatoire.

Les CPOM avec les établissements sont ensuite considérés par une majorité d'ARS⁶⁹ comme l'outil clé pour développer la chirurgie ambulatoire. A cet égard, on observe que si les premières versions des plans d'action des ARS sont assez vagues sur les modalités de détermination des cibles de développement des établissements, il est généralement fait référence à des méthodologies formelles d'évaluation des potentiels dans les plans actualisés fin 2012.

La mise sous accord préalable apparaît comme le 3^{ème} levier privilégié par les ARS. Les objectifs et les résultats obtenus font généralement l'objet de descriptions détaillées.

En quatrième lieu, les ARS mentionnent des actions de sensibilisation des professionnels et des usagers sous diverses formes (colloques, documents) ainsi que des actions de soutien à la formation des professionnels (y compris des professionnels de ville notamment des médecins traitants).

Le dernier volet concerne l'appui opérationnel aux établissements (organisation de benchmarks, désignation de professionnels ou d'équipes référents (chirurgiens et anesthésistes, équipe pluridisciplinaire intégrant des cadres soignants et administratifs)). Des appuis ciblés de certains établissements sont également mis en œuvre (prestations externes de conseil).

Plusieurs ARS proposent des actions ou des méthodes innovantes :

- ◆ de soutien aux établissements (par exemple organisation d'actions de benchmark entre établissements⁷⁰, lancement d'appels à projets pratiques innovantes en chirurgie ambulatoire, expérimentation de formules d'hébergement hôtelier, expérimentation de site de chirurgie autonome) ;
- ◆ de dispositifs de coopération ville-hôpital⁷¹ ;
- ◆ d'évaluation des potentiels de développement des établissements (médiane des taux constatés pour les dix meilleurs établissements de la région par exemple ; volumes des séjours d'hospitalisation complète de un et deux jours) ;
- ◆ de renforcement de la capacité d'expertise des ARS.

Au total, les actions des ARS s'ordonnent autour de deux grands axes :

⁶⁸ Le SROS est un volet obligatoire du projet régional de santé de l'ARS. Il fixe en principe des objectifs quantifiés d'accessibilité aux soins (délais d'accès et délais d'attente) et des objectifs quantifiés par territoire d'implantations des activités qui conditionnent la délivrance des autorisations.

⁶⁹ Cet outil était la piste d'action régionale la plus souvent citée par les ARS (14) en conclusion de leurs diagnostics régionaux, selon une restitution présentée par la DGOS.

⁷⁰ Benchmark bloc opératoire par exemple.

⁷¹ Ces expérimentations et la question de l'articulation ville - hôpital sont abordées dans l'annexe I Freins et Leviers.

Annexe I

- ◆ des actions générales visant à créer des conditions favorables à l'essor de la chirurgie ambulatoire, via le développement de démarches d'information et de sensibilisation des acteurs (organisation de journées chirurgie ambulatoire, diffusion de plaquettes d'information patients, mise en place d'un comité régional chirurgie ambulatoire..) ;
- ◆ des actions ciblées sur les établissements, visant à les mettre sous tension (fixation de cibles de développement de chirurgie ambulatoires) tout en les accompagnant (appui au diagnostic et à la réorganisation, soutien au benchmark entre établissements, appels à projets..).

L'impact de ces plans d'action, finalisés tardivement⁷², apparaît toutefois difficile à apprécier.

2.5.1. Les retombées des actions générales visant à promouvoir la chirurgie ambulatoire sont difficiles à évaluer

L'évaluation de ce type d'actions est par nature délicate et les ARS n'ont d'ailleurs généralement pas cherché à l'organiser⁷³. Par ailleurs, les actions visant à sensibiliser les patients pouvaient sembler relever davantage du ressort national (campagne nationale d'information des patients ou mise à disposition de supports pédagogiques). Enfin, certaines ARS font le constat que l'organisation d'évènements régionaux destinés à promouvoir la chirurgie ambulatoire ne touche en réalité que les acteurs déjà engagés dans cette dynamique, les autres ne se déplaçant pas.

Le bilan des actions innovantes n'est pas toujours disponible faute de recul suffisant. On constate néanmoins, de façon plus générale, que les appels à projets destinés à développer des pratiques ambulatoires ciblées font néanmoins l'objet d'appréciations positives de la part des acteurs de terrain et facilitent l'adhésion des chirurgiens et des anesthésistes.

2.5.2. L'apport de la contractualisation avec les établissements apparaît limité à ce stade

La contractualisation avec les établissements n'a pas toujours été engagée sur des bases structurantes.

Idéalement, la méthode de contractualisation avec les établissements de santé aurait dû s'appuyer d'une part sur l'évaluation rigoureuse du potentiel d'actes transférables de chacun d'entre eux, et d'autre part sur l'analyse des contraintes spécifiques de nature à freiner et/ou limiter leur transfert effectif, et enfin, sur les actions permettant de les réduire ou de les lever et les modalités d'accompagnement adéquates.

La mission a constaté que les cibles de chirurgie ambulatoire des établissements n'ont pas toujours été déterminées initialement sur la base d'une méthodologie rigoureuse d'évaluation des potentiels d'actes transférables. Comme il a été noté *supra*, l'absence de méthodologie nationale partagée n'a pas favorisé la mise en œuvre de telles démarches. Le potentiel de développement des établissements semble avoir été surtout évalué en référence aux cibles nationales⁷⁴.

⁷²72 En 2012 ou en 2013 selon les régions.

⁷³73 Via le recours à des outils méthodologiques types questionnaires par exemple.

⁷⁴74 Les potentiels théoriques de progression étant évalués par différence entre les taux de pratique ambulatoire constatés, pour les gestes marqueurs et pour l'ensemble des actes, et les taux cibles nationaux. Certaines ARS ont souhaité dans ce contexte que les cibles pour les gestes marqueurs soient déclinées pour chaque geste et non pas évaluée de façon globale.

Annexe I

Néanmoins, les ARS ont généralement décidé d'affiner leurs méthodes de contractualisation. Dans deux des régions visitées par la mission, les ARS ont indiqué vouloir s'appuyer dorénavant sur l'analyse des potentiels de chirurgie ambulatoire des établissements :

- ◆ l'une en s'inspirant de la méthode développée par l'ARS Languedoc-Roussillon (médiane par GHM des taux de chirurgie ambulatoires constatés pour les dix meilleurs établissements de la région) ;
- ◆ l'autre en évaluant le potentiel de chaque établissement sur la base des séjours de chirurgie d'une durée inférieure à 3 jours.

Les moyens d'accompagnement de l'ARS identifiés dans le cadre des CPOM semblent limités (cf. étroitesse des marges de manœuvre sur les aides à la contractualisation AC transférées). L'un des directeurs généraux d'ARS estime qu'il faudrait développer les prestations de conseil pour aider les établissements à définir des plans d'action chirurgie ambulatoires. Les ARS diffusent auprès des établissements les outils développés par l'ANAP et la HAS (Socle de connaissance, recommandations organisationnelles, OPEERA). Certaines élaborent des fiches reflets pour suivre l'évolution de l'activité et des indicateurs avec organisation de points de situation tous les 6 mois. L'intérêt de la MSAP est souligné mais aussi ses limites.

Une ARS observe que pour un nombre important d'établissements confrontés à des difficultés structurelles et financières importantes, l'enjeu de la contractualisation sur la chirurgie ambulatoire n'est pas au premier plan des préoccupations. Elle souligne la nécessité de mettre à disposition des ARS des aides financières⁷⁵ pour permettre d'engager les opérations de recomposition nécessaires au niveau des territoires. Une autre estime que les ARS devraient disposer de marges de modulation, positives ou négatives, des tarifs de chirurgie.

Au total, la majorité des ARS rencontrées par la mission estiment manquer de leviers efficaces pour impulser l'essor de la chirurgie ambulatoire dans les établissements.

Parmi les actions déployées, celles tournées vers l'appui opérationnel individuel aux établissements et le soutien de pratiques ciblées de chirurgie ambulatoire apparaissent plus particulièrement utiles.

En conclusion, la mission préconise de réorienter le pilotage autour de deux axes :

- ◆ clarifier la stratégie nationale à moyen terme ;
Outre les recommandations présentées *supra*, il convient de soutenir le développement de la chirurgie ambulatoire par une politique tarifaire adaptée et d'élargir les possibilités de mise sous accord préalable des établissements ;
- ◆ développer l'appui opérationnel des établissements et le soutien aux pratiques innovantes et aux démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité.

La déclinaison des cibles régionales dans le cadre de la contractualisation avec les établissements nécessite de mieux prendre en compte les possibilités des établissements fondées notamment sur l'importance de leur potentiel et la dynamique de leur développement ambulatoire. La mission a construit à cet effet une méthodologie destinée à aider les ARS à identifier différentes catégories d'établissements en fonction de leur contribution potentielle à l'atteinte de la cible (cf. Annexe III « Détermination du potentiel national de chirurgie ambulatoire des économies associées à son développement »).

Recommandation n°6 : Généraliser les actions de benchmark organisationnel des établissements et assurer la promotion des outils ANAP – HAS

⁷⁵ en particulier des aides à la mobilité professionnelle.

Annexe I

Recommandation n°7 : Développer les démarches de soutien aux projets des équipes de chirurgie et d'anesthésie pour développer des pratiques innovantes pour certaines interventions et/ou certains publics

Recommandation n°8 : Soutenir les projets innovants d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins des équipes de chirurgie (benchmark sur des indicateurs)

Annexe I

ANNEXES

2007

Liste de couples de GMH aux tarifs rapprochés en 2007-2008

	GMH de la CM 24	GMH d'hospitalisation complète >1 j.
Canal carpien	24C54Z	01C13Z
Cataracte	24C03Z	02C05Z
Amygdalectomies et adénoïdectomies	24C05Z	03C10Z
Varices	24C09Z	05C17V
Hernies	24C11Z	06C12V
Résections osseuses et ablation de matériel	24C15Z	08C13Z, 08C14Z
Interventions sur la main pour kyste synovial	24C55Z	08C17Z
Interventions sur la main, autres	24C46Z	08C18V
Arthroscopies	24C17Z	08C19Z
Interventions sur les testicules	24C23Z	12C06Z
Circoncisions	24C24Z	12C08Z
Interventions sur la vulve, le vagin, le col	24C27Z	13C08V
Dilatations et curetages	24C28Z	13C12Z
Ligatures tubaires	24C50Z	13C10Z
Affections de la bouche, des dents avec extractions	24K38Z	03K02Z

Annexe I

Liste des 18 racines à tarif unique créées en 2009

01C13	Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels
02C05	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie
03C10 // 03C22	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans // Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes, en ambulatoire
03C14	Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans
03C15	Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans
03C21	Interventions pour oreilles décollées
05C17	Ligatures de veines et éveinages
06C10	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations, âge inférieur à 18 ans
06C12	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans
08C38	Autres arthroscopies du genou
08C44	Autres interventions sur la main
08C45	Ménisectomie sous arthroscopie
09C07	Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein
09C08	Interventions sur la région anale et périanale
12C06	Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge inférieur à 18 ans
12C08	Circoncision
13C08	Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin
13C12	Dilatations et curetages, conisations pour affections non malignes

2012

Liste des racines en tarif unique

01C10 Pose d'un stimulateur médullaire, en ambulatoire
 01C13 Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels, en ambulatoire
 02C02 Interventions sur la rétine, en ambulatoire
 02C05 Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire
 02C06 Interventions primaires sur l'iris, en ambulatoire
 02C11 Autres interventions intraoculaires en dehors des affections sévères, en ambulatoire
 03C09 Rhinoplasties, en ambulatoire
 03C14 Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire
 03C15 Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire
 03C19 Ostéotomies de la face, en ambulatoire
 03C21 Interventions pour oreilles décollées, en ambulatoire
 03C27 Interventions sur les amygdales, en ambulatoire
 05C13 Amputations pour troubles circulatoires portant sur le membre supérieur ou les orteils, en ambulatoire
 05C17 Ligatures de veines et éveinages, en ambulatoire
 05C21 Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 05, en ambulatoire
 06C10 Interventions réparatrices pour hernies et éventrations, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire
 06C12 Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire
 07C14 Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës, en ambulatoire

Annexe I

08C14 Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur, en ambulatoire
08C20 Greffes de peau pour maladie de l'appareil musculosquelettique ou du tissu conjonctif, en ambulatoire
08C28 Interventions maxillofaciales, en ambulatoire
08C38 Autres arthroscopies du genou, en ambulatoire
08C40 Arthroscopies d'autres localisations, en ambulatoire
08C44 Autres interventions sur la main, en ambulatoire
08C45 Ménisectomie sous arthroscopie, en ambulatoire
09C07 Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein, en ambulatoire
09C08 Interventions sur la région anale et périanale, en ambulatoire
11C09 Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 11, en ambulatoire
12C04 Prostatectomies transurétrales, en ambulatoire
12C06 Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire
12C07 Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire
12C08 Circoncision, en ambulatoire
13C04 Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin, en ambulatoire
13C08 Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin, en ambulatoire
13C11 Dilatations et curetages, conisations pour tumeurs malignes, en ambulatoire
13C12 Dilatations et curetages, conisations pour affections non malignes, en ambulatoire
21C02 Greffes de peau pour lésions autres que des brûlures, en ambulatoire
21C03 Parages de plaies pour lésions autres que des brûlures, en ambulatoire
22C02 Brûlures non étendues avec greffe cutanée, en ambulatoire

Annexe I

2012

GHM dont la borne basse a été supprimée – secteur ex-DGF

GHM Libellé

03C181	Pose d'implants cochléaires, niveau 1
04C031	Autres interventions chirurgicales sur le système respiratoire, niveau 1
05C201	Remplacements ou ablations chirurgicale d'électrodes ou repositionnements de boîtier de stimulation cardiaque permanente, niveau 1
08C311	Interventions sur la jambe, âge inférieur à 18 ans, niveau 1
08C331	Interventions sur la cheville et l'arrière-pied à l'exception des fractures, niveau 1
10C051	Interventions sur les parathyroïdes, niveau 1
10C071	Interventions sur le tractus thyroïdienne, niveau 1
10C111	Interventions sur la thyroïde pour tumeurs malignes, niveau 1
10C121	Interventions sur la thyroïde pour affections non malignes, niveau 1
12C051	Interventions sur les testicules pour tumeurs malignes, niveau 1
19C021	Interventions chirurgicales avec un diagnostic principal de maladie mentale, niveau 1

GHM dont la borne basse a été supprimée – secteur ex-OQN

GHM Libellé

05C201	Remplacements ou ablations chirurgicale d'électrodes ou repositionnements de boîtier de stimulation cardiaque permanente, niveau 1
06C051	Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodénum, âge inférieur à 18 ans, niveau 1
06C151	Autres interventions sur le tube digestif en dehors des laparotomies, niveau 1
07C071	Interventions diagnostiques sur le système hépato-biliaire et pancréatique pour affections non malignes, niveau 1
08C041	Interventions sur la hanche et le fémur, âge inférieur à 18 ans, niveau 1
08C311	Interventions sur la jambe, âge inférieur à 18 ans, niveau 1
08C331	Interventions sur la cheville et l'arrière-pied à l'exception des fractures, niveau 1
08C341	Interventions sur les ligaments croisés sous arthroscopie, niveau 1
10C051	Interventions sur les parathyroïdes, niveau 1
10C071	Interventions sur le tractus thyroïdienne, niveau 1
10C091	Gastroplasties pour obésité, niveau 1
10C101	Autres interventions pour obésité, niveau 1
10C111	Interventions sur la thyroïde pour tumeurs malignes, niveau 1
10C121	Interventions sur la thyroïde pour affections non malignes, niveau 1
12C051	Interventions sur les testicules pour tumeurs malignes, niveau 1
12C091	Autres interventions pour tumeurs malignes de l'appareil génital masculin, niveau 1

2012 Liste des racines en TU

Racine Libellé

01C10	Pose d'un stimulateur médullaire, en ambulatoire
01C13	Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels, en ambulatoire
02C02	Interventions sur la rétine, en ambulatoire
02C05	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire

Annexe I

02C06 Interventions primaires sur l'iris, en ambulatoire
02C11 Autres interventions intraoculaires en dehors des affections sévères, en ambulatoire
03C09 Rhinoplasties, en ambulatoire
03C14 Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire
03C15 Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire
03C19 Ostéotomies de la face, en ambulatoire
03C21 Interventions pour oreilles décollées, en ambulatoire
03C27 Interventions sur les amygdales, en ambulatoire
05C13 Amputations pour troubles circulatoires portant sur le membre supérieur ou les orteils, en ambulatoire
05C17 Ligatures de veines et éveinages, en ambulatoire
05C21 Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 05, en ambulatoire
06C10 Interventions réparatrices pour hernies et éventrations, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire
06C12 Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire
07C14 Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës, en ambulatoire
08C14 Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur, en ambulatoire
08C20 Greffes de peau pour maladie de l'appareil musculosquelettique ou du tissu conjonctif, en ambulatoire
08C28 Interventions maxillofaciales, en ambulatoire
08C38 Autres arthroscopies du genou, en ambulatoire
08C40 Arthroscopies d'autres localisations, en ambulatoire
08C44 Autres interventions sur la main, en ambulatoire
08C45 Ménisectomie sous arthroscopie, en ambulatoire
09C07 Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein, en ambulatoire
09C08 Interventions sur la région anale et périanale, en ambulatoire
11C09 Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 11, en ambulatoire
12C04 Prostatectomies transurétrales, en ambulatoire
12C06 Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire
12C07 Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire
12C08 Circoncision, en ambulatoire
13C04 Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin, en ambulatoire
13C08 Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin, en ambulatoire
13C11 Dilatations et curetages, conisations pour tumeurs malignes, en ambulatoire
13C12 Dilatations et curetages, conisations pour affections non malignes, en ambulatoire
21C02 Greffes de peau pour lésions autres que des brûlures, en ambulatoire
21C03 Parages de plaies pour lésions autres que des brûlures, en ambulatoire
22C02 Brûlures non étendues avec greffe cutanée, en ambulatoire

2012 GHM de la liste HT en situation de sous-financement revalorisés

GHM	Libellé
03C251	Interventions majeures sur la tête et le cou, niveau 1
03C252	Interventions majeures sur la tête et le cou, niveau 2
05C101	Chirurgie majeure de revascularisation, niveau 1

Annexe I

05C102	Chirurgie majeure de revascularisation, niveau 2
06C031	Résections rectales, niveau 1
06C041	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 1
06C042	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 2
06C043	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 3
06C161	Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodénum pour tumeurs malignes, âge supérieur à 17 ans, niveau 1
06C201	Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodénum pour ulcères, âge supérieur à 17 ans, niveau 1
06C221	Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodénum pour affections autres que malignes ou ulcères, âge supérieur à 17 ans, niveau 1
07C091	Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave pour tumeurs malignes, niveau 1
07C092	Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave pour tumeurs malignes, niveau 2
07C101	Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave pour affections non malignes, niveau 1
07C102	Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave pour affections non malignes, niveau 2
07C111	Dérivations biliaires, niveau 1
07C112	Dérivations biliaires, niveau 2
08C021	Interventions majeures multiples sur les genoux et/ou les hanches, niveau 1
08C041	Interventions sur la hanche et le fémur, âge inférieur à 18 ans, niveau 1
08C252	Prothèses d'épaule, niveau 2
08C271	Autres interventions sur le rachis, niveau 1
08C272	Autres interventions sur le rachis, niveau 2
08C471	Prothèses de hanche pour traumatismes récents, niveau 1
08C472	Prothèses de hanche pour traumatismes récents, niveau 2
08C491	Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans, niveau 1
08C493	Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans, niveau 3
08C502	Interventions sur la hanche et le fémur sauf traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans, niveau 2
08C522	Autres interventions majeures sur le rachis, niveau 2
10C092	Gastroplasties pour obésité, niveau 2
10C131	Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité, niveau 1
13C032	Hystérectomies, niveau 2
13C033	Hystérectomies, niveau 3
13C152	Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour affections non malignes, niveau 2
13C153	Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour affections non malignes, niveau 3
17C041	Interventions majeures pour affections myéloprolifératives ou tumeurs de siège imprécis ou diffus, niveau 1
17C042	Interventions majeures pour affections myéloprolifératives ou tumeurs de siège imprécis ou diffus, niveau 2
09C111	Reconstructions des seins, niveau 1

2013

Liste des 47 racines en Tarif Unique (Chirurgie ambulatoire)

Racine V11e (arrêté presta) Libelle

- 01C14 Libérations de nerfs superficiels à l'exception du médian au canal carpien
- 01C15 Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels, en ambulatoire
- 02C02 Interventions sur la rétine, en ambulatoire
- 02C05 Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire
- 02C06 Interventions primaires sur l'iris, en ambulatoire
- 02C11 Autres interventions intraoculaires en dehors des affections sévères, en ambulatoire
- 02C12 Interventions sur le cristallin avec trabéculéctomie, en ambulatoire
- 02C13 Interventions sur les muscles oculomoteurs, âge inférieur à 18 ans
- 03C09 Rhinoplasties, en ambulatoire
- 03C14 Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire
- 03C15 Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire
- 03C17 Interventions sur la bouche, en ambulatoire
- 03C21 Interventions pour oreilles décollées, en ambulatoire
- 03C27 Interventions sur les amygdales, en ambulatoire
- 05C17 Ligatures de veines et éveinages, en ambulatoire
- 05C21 Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 05, en ambulatoire
- 06C10 Interventions réparatrices pour hernies et éventrations, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire
- 06C12 Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire
- 06C14 Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales, en ambulatoire
- 06C25 Interventions réparatrices pour hernies à l'exception des hernies inguinales, crurales, âge supérieur à 17 ans
- 07C14 Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës, en ambulatoire
- 08C14 Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur, en ambulatoire
- 08C20 Greffes de peau pour maladie de l'appareil musculosquelettique ou du tissu conjonctif, en ambulatoire
- 08C28 Interventions maxillofaciales, en ambulatoire
- 08C36 Interventions sur le pied, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire
- 08C38 Autres arthroscopies du genou, en ambulatoire
- 08C43 Interventions non mineures sur la main, en ambulatoire
- 08C44 Autres interventions sur la main, en ambulatoire
- 08C45 Ménisectomie sous arthroscopie, en ambulatoire
- 08C58 Arthroscopies d'autres localisations, en ambulatoire
- 08C59 Ténosynovectomies du poignet
- 09C07 Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein, en ambulatoire
- 09C08 Interventions sur la région anale et périanale, en ambulatoire
- 09C10 Autres interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les seins, en ambulatoire
- 09C12 Interventions pour kystes, granulomes et interventions sur les ongles
- 09C13 Interventions pour condylomes anogénitaux
- 09C15 Interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les seins pour lésions traumatiques
- 11C09 Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 11, en ambulatoire
- 11C12 Injections de toxine botulique dans l'appareil urinaire
- 12C04 Prostatectomies transurétrales, en ambulatoire

Annexe I

- 12C07 Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire
- 12C08 Circoncision, en ambulatoire
- 13C11 Dilatations et curetages, conisations pour tumeurs malignes, en ambulatoire
- 13C12 Dilatations et curetages, conisations pour affections non malignes, en ambulatoire
- 13C20 Exérèses ou destructions de lésions du col de l'utérus sauf conisations
- 21C04 Interventions sur la main ou le poignet à la suite de blessures, en ambulatoire
- 21C06 Greffes de peau ou parages de plaies pour lésions autres que des brûlures

Application du principe de neutralité sur la Chirurgie ambulatoire – secteur ex-DG

Racine	GHM	GHS	Libellé	TU / IT
01C14	01C14J	78	Libérations de nerfs superficiels à l'exception du médian au canal carpien, en ambulatoire	TU
01C15	01C15J	83	Libérations du médian au canal carpien, en ambulatoire	TU
02C02	02C02J	414	Interventions sur la rétine, en ambulatoire	TU
02C06	02C06J	429	Interventions primaires sur l'iris, en ambulatoire	TU
02C10	02C10J	449	Autres interventions intraoculaires pour affections sévères, en ambulatoire	IT
02C12	02C12J	459	Interventions sur le cristallin avec trabéculéctomie, en ambulatoire	TU
02C13	02C13J	469	Interventions sur les muscles oculomoteurs, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire	TU
03C21	03C21J	696	Interventions pour oreilles décollées, en ambulatoire	TU
03C27	03C27J	713	Interventions sur les amygdales, en ambulatoire	TU
03C29	03C29J	719	Autres interventions sur l'oreille, le nez ou la gorge pour tumeurs malignes, en ambulatoire	IT
05C17	05C17J	1493	Ligatures de veines et éveinages, en ambulatoire	TU
05C18	05C18J	1498	Autres interventions sur le système circulatoire, en ambulatoire	IT
05C21	05C21J	1512	Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 05, en ambulatoire	TU
06C14	06C14J	1982	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales, en ambulatoire	TU
06C24	06C24J	2019	Cures d'éventrations postopératoires, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	IT
06C25	06C25J	2024	Interventions réparatrices pour hernies à l'exception des hernies inguinales, crurales, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	TU
07C14	07C14J	2355	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës, en ambulatoire	TU
08C14	08C14J	2768	Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur, en ambulatoire	TU
08C20	08C20J	2773	Greffes de peau pour maladie de l'appareil musculosquelettique ou du tissu conjonctif, en ambulatoire	TU
08C29	08C29J	2803	Interventions sur le tissu mou pour tumeurs malignes, en ambulatoire	IT
08C35	08C35J	2825	Interventions sur le bras, coude et épaule, en ambulatoire	IT
08C37	08C37J	2835	Interventions sur le pied, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	IT
08C38	08C38J	2840	Autres arthroscopies du genou, en ambulatoire	TU
08C43	08C43J	2865	Interventions non mineures sur la main, en ambulatoire	TU
08C45	08C45J	2875	Ménisectomie sous arthroscopie, en ambulatoire	TU
08C58	08C58J	2937	Arthroscopies de l'épaule, en ambulatoire	TU

Annexe I

08C60	08C60J	2947	Interventions sur le poignet autres que les ténosynovectomies, en ambulatoire	IT
09C05	09C05J	3332	Mastectomies subtotaales pour tumeur maligne, en ambulatoire	IT
09C14	09C14J	3380	Certains curages lymphonodaux pour des affections de la peau, des tissus sous-cutanés ou des seins, en ambulatoire	IT
11C07	11C07J	4138	Interventions sur l'urètre, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	IT
11C10	11C10J	4157	Interventions pour incontinence urinaire en dehors des interventions transurétrales, en ambulatoire	IT
11C11	11C11J	4162	Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires, en ambulatoire	IT
12C07	12C07J	4535	Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	TU
12C08	12C08J	4540	Circoncision, en ambulatoire	TU
13C12	13C12J	4968	Dilatations et curetages, conisations pour affections non malignes, en ambulatoire	TU
14C05	14C05J	5312	Avortements avec aspiration ou curetage ou hystérotomie, en ambulatoire	IT
17C05	17C05J	6326	Autres interventions au cours d'affections myéloprolifératives ou de tumeurs de siège imprécis ou diffus, en ambulatoire	IT
21C05	21C05J	7424	Autres interventions pour blessures ou complications d'acte, en ambulatoire	IT
21C06	21C06J	7430	Greffes de peau ou parages de plaies pour lésions autres que des brûlures, en ambulatoire	TU

2013 Application du principe de neutralité sur la Chirurgie ambulatoire - secteur ex-QQN

Racine	GHM	GHS	Libellé	TU / IT
01C14	01C14J	78	Libérations de nerfs superficiels à l'exception du médian au canal carpien, en ambulatoire	TU
03C30	03C30J	724	Interventions sur l'oreille externe, en ambulatoire	IT
06C24	06C24J	2019	Cures d'éventrations postopératoires, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	IT
08C38	08C38J	2840	Autres arthroscopies du genou, en ambulatoire	TU
08C39	08C39J	2845	Interventions sur l'avant-bras, en ambulatoire	IT
08C58	08C58J	2937	Arthroscopies de l'épaule, en ambulatoire	TU
09C03	09C03J	3323	Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites, en ambulatoire	IT
09C05	09C05J	3332	Mastectomies subtotaales pour tumeur maligne, en ambulatoire	IT
09C08	09C08J	3347	Interventions sur la région anale et périanale, en ambulatoire	TU
09C09	09C09J	3352	Interventions plastiques en dehors de la chirurgie esthétique, en ambulatoire	IT
13C07	13C07J	4943	Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires, en ambulatoire	IT
13C08	13C08J	4948	Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin, en ambulatoire	IT
17C03	17C03J	6317	Autres interventions au cours de lymphomes ou de leucémies, en ambulatoire	IT
17C05	17C05J	6326	Autres interventions au cours d'affections myéloprolifératives ou de tumeurs de siège imprécis ou diffus, en ambulatoire	IT
21C04	21C04J	7419	Interventions sur la main ou le poignet à la suite de blessures, en ambulatoire	TU
23C02	23C02J	7905	Interventions chirurgicales avec autres motifs de recours aux services de santé, en ambulatoire	IT

Annexe I

2014

Liste des GHM concernés par la suppression des bornes basses pour le secteur ex-DG

GHM	GHS	LIBELLE
01C031	22	Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 1
01C041	26	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 1
01C041	65	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 1
01C051	30	Interventions sur le rachis et la moelle pour des affections neurologiques, niveau 1
01C061	34	Interventions sur le système vasculaire précérébral, niveau 1
01C091	43	Pose d'un stimulateur cérébral, niveau 1
01C111	51	Craniotomies pour tumeurs, âge inférieur à 18 ans, niveau 1
01C121	55	Craniotomies pour affections non tumorales, âge inférieur à 18 ans, niveau 1
01C121	69	Craniotomies pour affections non tumorales, âge inférieur à 18 ans, niveau 1
02C031	415	Interventions sur l'orbite, niveau 1
02C091	440	Allogreffes de cornée, niveau 1
02C091	460	Allogreffes de cornée, niveau 1
02C101	445	Autres interventions intraoculaires pour affections sévères, niveau 1
03C131	655	Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes autres que les amygdalectomies et/ou les adénoïdectomies isolées, âge supérieur à 17 ans, niveau 1
03C161	669	Autres interventions chirurgicales portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou le cou, niveau 1
03C241	698	Interventions sur les glandes salivaires, niveau 1
03C251	703	Interventions majeures sur la tête et le cou, niveau 1
03C261	707	Autres interventions sur la tête et le cou, niveau 1
03C291	715	Autres interventions sur l'oreille, le nez ou la gorge pour tumeurs malignes, niveau 1
04C021	1005	Interventions majeures sur le thorax, niveau 1
04C041	1013	Interventions sous thoracoscopie, niveau 1
05C021	1430	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niveau 1
05C021	1524	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niveau 1
05C031	1434	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niveau 1
05C031	1528	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niveau 1
05C041	1438	Pontages aortocoronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niveau 1
05C051	1442	Pontages aortocoronariens sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niveau 1
05C061	1446	Autres interventions cardiopulmonaires, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle, niveau 1

Annexe I

05C061	1518 Autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle, niveau 1
05C071	1450 Autres interventions cardiothoraciques, âge inférieur à 2 ans, avec circulation extracorporelle, niveau 1
05C091	1458 Autres interventions cardiothoraciques, âge inférieur à 2 ans, sans circulation extracorporelle, niveau 1
05C101	1462 Chirurgie majeure de revascularisation, niveau 1
05C111	1466 Autres interventions de chirurgie vasculaire, niveau 1
05C121	1471 Amputations du membre inférieur, sauf des orteils, pour troubles circulatoires, niveau 1
05C141	1479 Poses d'un stimulateur cardiaque permanent avec infarctus aigu du myocarde ou insuffisance cardiaque congestive ou état de choc, niveau 1
05C151	1484 Poses d'un stimulateur cardiaque permanent sans infarctus aigu du myocarde, ni insuffisance cardiaque congestive, ni état de choc, niveau 1
05C181	1494 Autres interventions sur le système circulatoire, niveau 1
05C191	1499 Poses d'un défibrillateur cardiaque, niveau 1
06C031	1935 Résections rectales, niveau 1
06C041	1939 Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 1
06C051	1943 Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodénum, âge inférieur à 18 ans, niveau 1
06C071	1947 Interventions mineures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 1
06C081	1951 Appendicectomies compliquées, niveau 1
06C091	1955 Appendicectomies non compliquées, niveau 1
06C131	1974 Libérations d'adhérences péritonéales, niveau 1
06C151	1983 Autres interventions sur le tube digestif en dehors des laparotomies, niveau 1
06C161	1987 Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodénum pour tumeurs malignes, âge supérieur à 17 ans, niveau 1
06C191	1991 Hémorroïdectomies, niveau 1
06C191	2014 Hémorroïdectomies, niveau 1
06C201	1996 Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodénum pour ulcères, âge supérieur à 17 ans, niveau 1
06C211	2000 Autres interventions sur le tube digestif par laparotomie, niveau 1
06C221	2004 Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodénum pour affections autres que malignes ou ulcères, âge supérieur à 17 ans, niveau 1
06C231	2008 Certaines interventions pour stomies, niveau 1
06C241	2015 Cures d'événtrations postopératoires, âge supérieur à 17 ans, niveau 1
07C061	2319 Interventions diagnostiques sur le système hépato-biliaire et pancréatique pour affections malignes, niveau 1
07C071	2323 Interventions diagnostiques sur le système hépato-biliaire et pancréatique pour affections non malignes, niveau 1
07C081	2327 Autres interventions sur le système hépato-biliaire et pancréatique, niveau 1
07C091	2331 Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave pour tumeurs malignes, niveau 1
07C101	2335 Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave pour affections non malignes, niveau 1
07C111	2339 Dérivations biliaires, niveau 1
07C121	2343 Autres interventions sur les voies biliaires sauf cholécystectomies isolées, niveau 1
07C131	2347 Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale pour affections aiguës, niveau 1

Annexe I

08C021 hanches, niveau 1	2743 Interventions majeures multiples sur les genoux et/ou les
08C041 niveau 1	2747 Interventions sur la hanche et le fémur, âge inférieur à 18 ans,
08C061	2751 Amputations pour affections de l'appareil musculosquelettique
08C121	2755 Biopsies ostéoarticulaires, niveau 1
08C131	2759 Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de
08C211	2774 Autres interventions portant sur l'appareil
musculosquelettique et le tissu conjonctif, niveau 1	
08C221	2779 Interventions pour reprise de prothèses articulaires, niveau 1
08C241	2783 Prothèses de genou, niveau 1
08C251	2787 Prothèses d'épaule, niveau 1
08C271	2791 Autres interventions sur le rachis, niveau 1
08C291	2799 Interventions sur le tissu mou pour tumeurs malignes, niveau 1
08C321	2808 Interventions sur la jambe, âge supérieur à 17 ans, niveau 1
08C341 niveau 1	2817 Interventions sur les ligaments croisés sous arthroscopie,
08C351	2821 Interventions sur le bras, coude et épaule, niveau 1
08C371	2831 Interventions sur le pied, âge supérieur à 17 ans, niveau 1
08C421	2856 Interventions non mineures sur les tissus mous, niveau 1
08C471	2881 Prothèses de hanche pour traumatismes récents, niveau 1
08C481	2885 Prothèses de hanche pour des affections autres que des
traumatismes récents, niveau 1	
08C491	2889 Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes
récents, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	
08C501	2893 Interventions sur la hanche et le fémur sauf traumatismes
récents, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	
08C511	2897 Interventions majeures sur le rachis pour fractures, cyphoses
et scolioses, niveau 1	
08C521	2901 Autres interventions majeures sur le rachis, niveau 1
08C531	2905 Interventions sur le genou pour traumatismes, niveau 1
08C541	2909 Interventions sur le genou pour des affections autres que
traumatiques, niveau 1	
08C551	2914 Interventions sur la cheville et l'arrière-pied pour fractures,
niveau 1	
08C561	2918 Interventions pour infections ostéoarticulaires, niveau 1
08C561	2922 Interventions pour infections ostéoarticulaires, niveau 1
08C571	2928 Libérations articulaires du membre inférieur à l'exception de la
hanche et du pied, niveau 1	
09C021	3314 Greffes de peau et/ou parages de plaie pour ulcère cutané ou
cellulite, niveau 1	
09C041	3324 Mastectomies totales pour tumeur maligne, niveau 1
09C051	3328 Mastectomies subtotaux pour tumeur maligne, niveau 1
09C091	3348 Interventions plastiques en dehors de la chirurgie esthétique,
niveau 1	
09C111	3358 Reconstructions des seins, niveau 1
09C111	3362 Reconstructions des seins, niveau 1
09C141	3376 Certains curages lymphonodaux pour des affections de la peau,
des tissus sous-cutanés ou des seins, niveau 1	
10C021	3717 Interventions sur l'hypophyse, niveau 1
10C031	3721 Interventions sur les glandes surrénales, niveau 1

Annexe I

10C081	3733 Autres interventions pour troubles endocriniens, métaboliques ou nutritionnels, niveau 1
10C091	3738 Gastroplasties pour obésité, niveau 1
10C101	3742 Autres interventions pour obésité, niveau 1
10C131	3754 Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité, niveau 1
11C021	4112 Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale, niveau 1
11C031	4116 Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale, niveau 1
11C031	4149 Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale, niveau 1
11C041	4120 Autres interventions sur la vessie à l'exception des interventions transurétrales, niveau 1
11C071	4134 Interventions sur l'urètre, âge supérieur à 17 ans, niveau 1
11C101	4153 Interventions pour incontinence urinaire en dehors des interventions transurétrales, niveau 1
11C131	4168 Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques, niveau 1
12C031	4513 Interventions sur le pénis, niveau 1
12C041	4518 Prostatectomies transurétrales, niveau 1
12C091	4541 Autres interventions pour tumeurs malignes de l'appareil génital masculin, niveau 1
12C111	4549 Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes, niveau 1
12C121	4553 Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour affections non malignes, niveau 1
13C031	4922 Hystérectomies, niveau 1
13C051	4930 Interventions sur le système utéroannexiel pour tumeurs malignes, niveau 1
13C061	4934 Interruptions tubaires, niveau 1
13C071	4939 Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires, niveau 1
13C141	4974 Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour tumeurs malignes, niveau 1
13C151	4978 Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour affections non malignes, niveau 1
13C181	4990 Myomectomies de l'utérus, niveau 1
14C03A	5314 Accouchements uniques par voie basse avec autres interventions, sans complication significative
14C06A	5318 Césariennes avec naissance d'un mort-né, sans complication significative
14C07A	5322 Césariennes pour grossesse multiple, sans complication significative
14C08A	5326 Césariennes pour grossesse unique, sans complication significative
14C09A	5330 Grossesses ectopiques avec intervention chirurgicale, sans complication significative
15C02A	5837 Interventions majeures sur l'appareil digestif, groupes nouveau-nés 1 à 7, sans complication significative
15C03A	5838 Interventions majeures sur l'appareil cardiovasculaire, groupes nouveau-nés 1 à 7, sans complication significative
15C04A	5839 Autres interventions chirurgicales, groupes nouveau-nés 1 à 7, sans complication significative

Annexe I

15C05A	5840 Interventions chirurgicales, groupes nouveau-nés 8 à 9, sans complication significative
15C06A	5841 Interventions chirurgicales, groupe nouveau-nés 10, sans complication significative
16C021	6104 Interventions sur la rate, niveau 1
16C031	6108 Autres interventions pour affections du sang et des organes hématopoïétiques, niveau 1
17C021	6309 Interventions majeures au cours de lymphomes ou de leucémies, niveau 1
17C031	6313 Autres interventions au cours de lymphomes ou de leucémies, niveau 1
17C041	6318 Interventions majeures pour affections myéloprolifératives ou tumeurs de siège imprécis ou diffus, niveau 1
17C051	6322 Autres interventions au cours d'affections myéloprolifératives ou de tumeurs de siège imprécis ou diffus, niveau 1
18C021	6702 Interventions pour maladies infectieuses ou parasitaires, niveau 1
26C021	8802 Interventions pour traumatismes multiples graves, niveau 1
27C021	8906 Transplantations hépatiques, niveau 1
27C061	8922 Transplantations rénales, niveau 1

Annexe I

2014 : Liste des GHM concernés par la suppression des bornes basses pour le secteur ex-OQN

GHM	LIBELLE
GHS	
01C031	22 Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 1
01C041	26 Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 1
01C041	65 Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 1
01C051	30 Interventions sur le rachis et la moelle pour des affections neurologiques, niveau 1
01C061	34 Interventions sur le système vasculaire précérébral, niveau 1
03C241	698 Interventions sur les glandes salivaires, niveau 1
03C251	703 Interventions majeures sur la tête et le cou, niveau 1
03C261	707 Autres interventions sur la tête et le cou, niveau 1
04C021	1005 Interventions majeures sur le thorax, niveau 1
04C041	1013 Interventions sous thoracoscopie, niveau 1
05C021	1430 Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niveau 1
05C021	1524 Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niveau 1
05C031	1434 Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niveau 1
05C031	1528 Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niveau 1
05C041	1438 Pontages aortocoronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niveau 1
05C051	1442 Pontages aortocoronariens sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niveau 1
05C061	1446 Autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle, niveau 1
05C061	1518 Autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle, niveau 1
05C071	1450 Autres interventions cardiothoraciques, âge inférieur à 2 ans, avec circulation extracorporelle, niveau 1
05C101	1462 Chirurgie majeure de revascularisation, niveau 1
05C111	1466 Autres interventions de chirurgie vasculaire, niveau 1
05C121	1471 Amputations du membre inférieur, sauf des orteils, pour troubles circulatoires, niveau 1
05C141	1479 Poses d'un stimulateur cardiaque permanent avec infarctus aigu du myocarde ou insuffisance cardiaque congestive ou état de choc, niveau 1
05C181	1494 Autres interventions sur le système circulatoire, niveau 1
05C191	1499 Poses d'un défibrillateur cardiaque, niveau 1
06C031	1935 Résections rectales, niveau 1
06C041	1939 Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 1
06C071	1947 Interventions mineures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 1
06C081	1951 Appendicectomies compliquées, niveau 1
06C091	1955 Appendicectomies non compliquées, niveau 1
06C131	1974 Libérations d'adhérences péritonéales, niveau 1
06C161	1987 Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodénum pour tumeurs malignes, âge supérieur à 17 ans, niveau 1
06C191	1991 Hémorroïdectomies, niveau 1
06C191	2014 Hémorroïdectomies, niveau 1

Annexe I

06C201	1996 Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodénum pour ulcères, âge supérieur à 17 ans, niveau 1
06C211	2000 Autres interventions sur le tube digestif par laparotomie, niveau 1
06C221	2004 Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodénum pour affections autres que malignes ou ulcères, âge supérieur à 17 ans, niveau 1
06C231	2008 Certaines interventions pour stomies, niveau 1
06C241	2015 Cures d'événtrations postopératoires, âge supérieur à 17 ans, niveau 1
07C061	2319 Interventions diagnostiques sur le système hépato-biliaire et pancréatique pour affections malignes, niveau 1
07C081	2327 Autres interventions sur le système hépato-biliaire et pancréatique, niveau 1
07C091	2331 Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave pour tumeurs malignes, niveau 1
07C101	2335 Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave pour affections non malignes, niveau 1
07C111	2339 Dérivations biliaires, niveau 1
07C121	2343 Autres interventions sur les voies biliaires sauf cholécystectomies isolées, niveau 1
07C131	2347 Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale pour affections aiguës, niveau 1
08C021	2743 Interventions majeures multiples sur les genoux et/ou les hanches, niveau 1
08C061	2751 Amputations pour affections de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, niveau 1
08C131	2759 Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau de la hanche et du fémur, niveau 1
08C211	2774 Autres interventions portant sur l'appareil musculosquelettique et le tissu conjonctif, niveau 1
08C221	2779 Interventions pour reprise de prothèses articulaires, niveau 1
08C241	2783 Prothèses de genou, niveau 1
08C251	2787 Prothèses d'épaule, niveau 1
08C271	2791 Autres interventions sur le rachis, niveau 1
08C291	2799 Interventions sur le tissu mou pour tumeurs malignes, niveau 1
08C321	2808 Interventions sur la jambe, âge supérieur à 17 ans, niveau 1
08C351	2821 Interventions sur le bras, coude et épaule, niveau 1
08C371	2831 Interventions sur le pied, âge supérieur à 17 ans, niveau 1
08C421	2856 Interventions non mineures sur les tissus mous, niveau 1
08C471	2881 Prothèses de hanche pour traumatismes récents, niveau 1
08C481	2885 Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents, niveau 1
08C491	2889 Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans, niveau 1
08C501	2893 Interventions sur la hanche et le fémur sauf traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans, niveau 1
08C511	2897 Interventions majeures sur le rachis pour fractures, cyphoses et scolioses, niveau 1
08C521	2901 Autres interventions majeures sur le rachis, niveau 1
08C531	2905 Interventions sur le genou pour traumatismes, niveau 1
08C541	2909 Interventions sur le genou pour des affections autres que traumatiques, niveau 1
08C551	2914 Interventions sur la cheville et l'arrière-pied pour fractures, niveau 1

Annexe I

08C571	2928 Libérations articulaires du membre inférieur à l'exception de la hanche et du pied, niveau 1
09C041	3324 Mastectomies totales pour tumeur maligne, niveau 1
09C051	3328 Mastectomies subtotaux pour tumeur maligne, niveau 1
09C111	3358 Reconstructions des seins, niveau 1
09C111	3362 Reconstructions des seins, niveau 1
09C141	3376 Certains curages lymphonodaux pour des affections de la peau, des tissus sous-cutanés ou des seins, niveau 1
10C021	3717 Interventions sur l'hypophyse, niveau 1
10C031	3721 Interventions sur les glandes surrénales, niveau 1
10C081	3733 Autres interventions pour troubles endocriniens, métaboliques ou nutritionnels, niveau 1
10C131	3754 Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité, niveau 1
11C021	4112 Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale, niveau 1
11C031	4116 Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale, niveau 1
11C031	4149 Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale, niveau 1
11C041	4120 Autres interventions sur la vessie à l'exception des interventions transurétrales, niveau 1
11C071	4134 Interventions sur l'urètre, âge supérieur à 17 ans, niveau 1
11C101	4153 Interventions pour incontinence urinaire en dehors des interventions transurétrales, niveau 1
11C131	4168 Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques, niveau 1
12C031	4513 Interventions sur le pénis, niveau 1
12C041	4518 Prostatectomies transurétrales, niveau 1
12C111	4549 Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes, niveau 1
12C121	4553 Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour affections non malignes, niveau 1
13C031	4922 Hystérectomies, niveau 1
13C051	4930 Interventions sur le système utéroannexiel pour tumeurs malignes, niveau 1
13C061	4934 Interruptions tubaires, niveau 1
13C071	4939 Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires, niveau 1
13C141	4974 Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour tumeurs malignes, niveau 1
13C151	4978 Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour affections non malignes, niveau 1
13C181	4990 Myomectomies de l'utérus, niveau 1
14C03A	5314 Accouchements uniques par voie basse avec autres interventions, sans complication significative
14C06A	5318 Césariennes avec naissance d'un mort-né, sans complication significative
14C07A	5322 Césariennes pour grossesse multiple, sans complication significative
14C08A	5326 Césariennes pour grossesse unique, sans complication significative
14C09A	5330 Grossesses ectopiques avec intervention chirurgicale, sans complication significative

Annexe I

15C04A	5839 Autres interventions chirurgicales, groupes nouveau-nés 1 à 7, sans complication significative
16C021	6104 Interventions sur la rate, niveau 1
16C031	6108 Autres interventions pour affections du sang et des organes hématopoïétiques, niveau 1
17C021	6309 Interventions majeures au cours de lymphomes ou de leucémies, niveau 1
17C031	6313 Autres interventions au cours de lymphomes ou de leucémies, niveau 1
17C041	6318 Interventions majeures pour affections myéloprolifératives ou tumeurs de siège imprécis ou diffus, niveau 1
17C051	6322 Autres interventions au cours d'affections myéloprolifératives ou de tumeurs de siège imprécis ou diffus, niveau 1
18C021	6702 Interventions pour maladies infectieuses ou parasitaires, niveau 1
23C021	7901 Interventions chirurgicales avec autres motifs de recours aux services de santé, niveau 1
26C021	8802 Interventions pour traumatismes multiples graves, niveau 1

2014 Mise au tarif unique - Classe des couples et taux d'évolution de la masse - Secteur ex DG

Racine	Libellé racine	Classe de TU
01C08	Interventions sur les nerfs crâniens ou périphériques et autres interventions sur le système nerveux, en ambulatoire	Classe 2
01C10	Pose d'un stimulateur médullaire, en ambulatoire	Classe 2
01C14	Libérations de nerfs superficiels à l'exception du médian au canal carpien, en ambulatoire	Classe 3
01C15	Libérations du médian au canal carpien, en ambulatoire	Classe 4
02C02	Interventions sur la rétine, en ambulatoire	Classe 2
02C03	Interventions sur l'orbite, en ambulatoire	Classe 2
02C05	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire	Classe 4
02C06	Interventions primaires sur l'iris, en ambulatoire	Classe 2
02C07	Autres interventions extraoculaires, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire	Classe 3
02C08	Autres interventions extraoculaires, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	Classe 3
02C09	Allogreffes de cornée, en ambulatoire	Classe 2
02C09	Allogreffes de cornée, en ambulatoire	Classe 2
02C10	Autres interventions intraoculaires pour affections sévères, en ambulatoire	Classe 2
02C11	Autres interventions intraoculaires en dehors des affections sévères, en ambulatoire	Classe 3
02C12	Interventions sur le cristallin avec trabéculéctomie, en ambulatoire	Classe 3
02C13	Interventions sur les muscles oculomoteurs, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire	Classe 3
03C06	Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire	Classe 2
03C07	Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	Classe 2
03C09	Rhinoplasties, en ambulatoire	Classe 2
03C14	Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire	Classe 4

Annexe I

03C15	Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire Classe 4
03C16	Autres interventions chirurgicales portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou le cou, en ambulatoire Classe 2
03C17	Interventions sur la bouche, en ambulatoire Classe 3
03C19	Ostéotomies de la face, en ambulatoire Classe 1
03C20	Interventions de reconstruction de l'oreille moyenne, en ambulatoire Classe 2
03C21	Interventions pour oreilles décollées, en ambulatoire Classe 3
03C24	Interventions sur les glandes salivaires, en ambulatoire Classe 2
03C27	Interventions sur les amygdales, en ambulatoire Classe 2
03C29	Autres interventions sur l'oreille, le nez ou la gorge pour tumeurs malignes, en ambulatoire Classe 2
03C30	Interventions sur l'oreille externe, en ambulatoire Classe 3
03K02	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire Classe 4
05C11	Autres interventions de chirurgie vasculaire, en ambulatoire Classe 1
05C13	Amputations pour troubles circulatoires portant sur le membre supérieur ou les orteils, en ambulatoire Classe 2
05C17	Ligatures de veines et éveinages, en ambulatoire Classe 3
05C18	Autres interventions sur le système circulatoire, en ambulatoire Classe 2
05C21	Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 05, en ambulatoire Classe 2
06C10	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire Classe 3
06C12	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire Classe 3
06C14	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales, en ambulatoire Classe 2
06C19	Hémorroïdectomies, en ambulatoire Classe 2
06C19	Hémorroïdectomies, en ambulatoire Classe 2
06C23	Certaines interventions pour stomies, en ambulatoire Classe 2
06C24	Cures d'éventrations postopératoires, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire Classe 2
06C25	Interventions réparatrices pour hernies à l'exception des hernies inguinales, crurales, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire Classe 2
07C14	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës, en ambulatoire Classe 2
08C12	Biopsies ostéoarticulaires, en ambulatoire Classe 2
08C13	Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau de la hanche et du fémur, en ambulatoire Classe 2
08C14	Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur, en ambulatoire Classe 3
08C20	Greffes de peau pour maladie de l'appareil musculosquelettique ou du tissu conjonctif, en ambulatoire Classe 2
08C21	Autres interventions portant sur l'appareil musculosquelettique et le tissu conjonctif, en ambulatoire Classe 2
08C28	Interventions maxillofaciales, en ambulatoire Classe 2
08C29	Interventions sur le tissu mou pour tumeurs malignes, en ambulatoire Classe 2

Annexe I

08C32	Interventions sur la jambe, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire Classe 1
08C35	Interventions sur le bras, coude et épaule, en ambulatoire Classe 1
08C36	Interventions sur le pied, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire Classe 2
08C37	Interventions sur le pied, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire Classe 2
08C38	Autres arthroscopies du genou, en ambulatoire Classe 3
08C39	Interventions sur l'avant-bras, en ambulatoire Classe 1
08C40	Arthroscopies d'autres localisations, en ambulatoire Classe 2
08C42	Interventions non mineures sur les tissus mous, en ambulatoire Classe 2
08C43	Interventions non mineures sur la main, en ambulatoire Classe 2
08C44	Autres interventions sur la main, en ambulatoire Classe 3
08C45	Ménisectomie sous arthroscopie, en ambulatoire Classe 4
08C46	Autres interventions sur les tissus mous, en ambulatoire Classe 3
08C54	Interventions sur le genou pour des affections autres que traumatiques, en ambulatoire Classe 2
08C57	Libérations articulaires du membre inférieur à l'exception de la hanche et du pied, en ambulatoire Classe 2
08C58	Arthroscopies de l'épaule, en ambulatoire Classe 2
08C59	Ténosynovectomies du poignet, en ambulatoire Classe 3
08C60	Interventions sur le poignet autres que les ténosynovectomies, en ambulatoire Classe 2
09C02	Greffes de peau et/ou parages de plaie pour ulcère cutané ou cellulite, en ambulatoire Classe 2
09C03	Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites, en ambulatoire Classe 3
09C05	Mastectomies subtotaales pour tumeur maligne, en ambulatoire Classe 2
09C07	Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein, en ambulatoire Classe 3
09C08	Interventions sur la région anale et périanale, en ambulatoire Classe 2
09C09	Interventions plastiques en dehors de la chirurgie esthétique, en ambulatoire Classe 2
09C10	Autres interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les seins, en ambulatoire Classe 3
09C12	Interventions pour kystes, granulomes et interventions sur les ongles, en ambulatoire Classe 4
09C13	Interventions pour condylomes anogénitaux, en ambulatoire Classe 3
09C14	Certains curages lymphonodaux pour des affections de la peau, des tissus sous-cutanés ou des seins, en ambulatoire Classe 2
09C15	Interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les seins pour lésions traumatiques, en ambulatoire Classe 2
10C08	Autres interventions pour troubles endocriniens, métaboliques ou nutritionnels, en ambulatoire Classe 1
11C04	Autres interventions sur la vessie à l'exception des interventions transurétrales, en ambulatoire Classe 2
11C07	Interventions sur l'urètre, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire Classe 2
11C09	Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 11, en ambulatoire Classe 2

Annexe I

11C10	Interventions pour incontinence urinaire en dehors des interventions transurétrales, en ambulatoire	Classe 2
11C11	Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires, en ambulatoire	Classe 2
11C12	Injections de toxine botulique dans l'appareil urinaire, en ambulatoire	Classe 4
11C13	Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques, en ambulatoire	Classe 2
12C03	Interventions sur le pénis, en ambulatoire	Classe 2
12C04	Prostatectomies transurétrales, en ambulatoire	Classe 1
12C06	Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire	Classe 3
12C07	Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	Classe 2
12C08	Circoncision, en ambulatoire	Classe 4
13C04	Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin, en ambulatoire	Classe 1
13C06	Interruptions tubaires, en ambulatoire	Classe 2
13C07	Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires, en ambulatoire	Classe 1
13C08	Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin, en ambulatoire	Classe 3
13C11	Dilatations et curetages, conisations pour tumeurs malignes, en ambulatoire	Classe 4
13C12	Dilatations et curetages, conisations pour affections non malignes, en ambulatoire	Classe 4
13C19	Interventions pour stérilité ou motifs de soins liés à la reproduction, en ambulatoire	Classe 2
13C20	Exérèses ou destructions de lésions du col de l'utérus sauf conisations, en ambulatoire	Classe 4
14C05	Avortements avec aspiration ou curetage ou hystérotomie, en ambulatoire	Classe 3
16C03	Autres interventions pour affections du sang et des organes hématopoïétiques, en ambulatoire	Classe 2
17C03	Autres interventions au cours de lymphomes ou de leucémies, en ambulatoire	Classe 2
17C05	Autres interventions au cours d'affections myéloprolifératives ou de tumeurs de siège imprécis ou diffus, en ambulatoire	Classe 2
18C02	Interventions pour maladies infectieuses ou parasitaires, en ambulatoire	Classe 2
21C04	Interventions sur la main ou le poignet à la suite de blessures, en ambulatoire	Classe 2
21C05	Autres interventions pour blessures ou complications d'acte, en ambulatoire	Classe 2
21C06	Greffes de peau ou parages de plaies pour lésions autres que des brûlures, en ambulatoire	Classe 2
22C02	Brûlures non étendues avec greffe cutanée, en ambulatoire	Classe 2
23C02	Interventions chirurgicales avec autres motifs de recours aux services de santé, en ambulatoire	Classe 2

Annexe I

2014 Mise au tarif unique – Classe des couples et taux d'évolution de la masse – Secteur ex-OQN

Racine	Libellé racine	Classe de TU
01C08	Interventions sur les nerfs crâniens ou périphériques et autres interventions sur le système nerveux, en ambulatoire	Classe 3
01C10	Pose d'un stimulateur médullaire, en ambulatoire	Classe 2
01C14	Libérations de nerfs superficiels à l'exception du médian au canal carpien, en ambulatoire	Classe 3
01C15	Libérations du médian au canal carpien, en ambulatoire	Classe 4
02C02	Interventions sur la rétine, en ambulatoire	Classe 2
02C03	Interventions sur l'orbite, en ambulatoire	Classe 2
02C05	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire	Classe 4
02C06	Interventions primaires sur l'iris, en ambulatoire	Classe 4
02C07	Autres interventions extraoculaires, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire	Classe 4
02C08	Autres interventions extraoculaires, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	Classe 4
02C09	Allogreffes de cornée, en ambulatoire	Classe 3
02C09	Allogreffes de cornée, en ambulatoire	Classe 3
02C10	Autres interventions intraoculaires pour affections sévères, en ambulatoire	Classe 3
02C11	Autres interventions intraoculaires en dehors des affections sévères, en ambulatoire	Classe 3
02C12	Interventions sur le cristallin avec trabéculéctomie, en ambulatoire	Classe 3
02C13	Interventions sur les muscles oculomoteurs, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire	Classe 3
03C06	Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire	Classe 3
03C07	Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	Classe 2
03C09	Rhinoplasties, en ambulatoire	Classe 2
03C14	Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire	Classe 4
03C15	Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	Classe 4
03C16	Autres interventions chirurgicales portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou le cou, en ambulatoire	Classe 3
03C17	Interventions sur la bouche, en ambulatoire	Classe 4
03C19	Ostéotomies de la face, en ambulatoire	Classe 2
03C20	Interventions de reconstruction de l'oreille moyenne, en ambulatoire	Classe 2
03C21	Interventions pour oreilles décollées, en ambulatoire	Classe 3
03C24	Interventions sur les glandes salivaires, en ambulatoire	Classe 2
03C27	Interventions sur les amygdales, en ambulatoire	Classe 2
03C29	Autres interventions sur l'oreille, le nez ou la gorge pour tumeurs malignes, en ambulatoire	Classe 2
03C30	Interventions sur l'oreille externe, en ambulatoire	Classe 4
03K02	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire	Classe 4
05C11	Autres interventions de chirurgie vasculaire, en ambulatoire	Classe 1

Annexe I

05C13	Amputations pour troubles circulatoires portant sur le membre supérieur ou les orteils, en ambulatoire	Classe 2
05C17	Ligatures de veines et éveinages, en ambulatoire	Classe 4
05C18	Autres interventions sur le système circulatoire, en ambulatoire	Classe 2
05C21	Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 05, en ambulatoire	Classe 2
06C10	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire	Classe 4
06C12	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	Classe 3
06C14	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales, en ambulatoire	Classe 2
06C19	Hémorroïdectomies, en ambulatoire	Classe 2
06C19	Hémorroïdectomies, en ambulatoire	Classe 2
06C23	Certaines interventions pour stomies, en ambulatoire	Classe 3
06C24	Cures d'éventrations postopératoires, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	Classe 2
06C25	Interventions réparatrices pour hernies à l'exception des hernies inguinales, crurales, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	Classe 2
07C14	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës, en ambulatoire	Classe 2
08C12	Biopsies ostéoarticulaires, en ambulatoire	Classe 3
08C13	Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau de la hanche et du fémur, en ambulatoire	Classe 2
08C14	Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur, en ambulatoire	Classe 3
08C20	Greffes de peau pour maladie de l'appareil musculosquelettique ou du tissu conjonctif, en ambulatoire	Classe 4
08C21	Autres interventions portant sur l'appareil musculosquelettique et le tissu conjonctif, en ambulatoire	Classe 2
08C28	Interventions maxillofaciales, en ambulatoire	Classe 2
08C29	Interventions sur le tissu mou pour tumeurs malignes, en ambulatoire	Classe 3
08C32	Interventions sur la jambe, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	Classe 1
08C35	Interventions sur le bras, coude et épaule, en ambulatoire	Classe 1
08C36	Interventions sur le pied, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire	Classe 3
08C37	Interventions sur le pied, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	Classe 2
08C38	Autres arthroscopies du genou, en ambulatoire	Classe 4
08C39	Interventions sur l'avant-bras, en ambulatoire	Classe 2
08C40	Arthroscopies d'autres localisations, en ambulatoire	Classe 2
08C42	Interventions non mineures sur les tissus mous, en ambulatoire	Classe 2
08C43	Interventions non mineures sur la main, en ambulatoire	Classe 3
08C44	Autres interventions sur la main, en ambulatoire	Classe 4
08C45	Ménisectomie sous arthroscopie, en ambulatoire	Classe 4
08C46	Autres interventions sur les tissus mous, en ambulatoire	Classe 4
08C54	Interventions sur le genou pour des affections autres que traumatiques, en ambulatoire	Classe 2

Annexe I

08C57	Libérations articulaires du membre inférieur à l'exception de la hanche et du pied, en ambulatoire	Classe 2
08C58	Arthroscopies de l'épaule, en ambulatoire	Classe 2
08C59	Ténosynovectomies du poignet, en ambulatoire	Classe 4
08C60	Interventions sur le poignet autres que les ténosynovectomies, en ambulatoire	Classe 3
09C02	Greffes de peau et/ou parages de plaie pour ulcère cutané ou cellulite, en ambulatoire	Classe 3
09C03	Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites, en ambulatoire	Classe 3
09C05	Mastectomies subtotaales pour tumeur maligne, en ambulatoire	Classe 2
09C07	Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein, en ambulatoire	Classe 3
09C08	Interventions sur la région anale et périanale, en ambulatoire	Classe 2
09C09	Interventions plastiques en dehors de la chirurgie esthétique, en ambulatoire	Classe 3
09C10	Autres interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les seins, en ambulatoire	Classe 3
09C12	Interventions pour kystes, granulomes et interventions sur les ongles, en ambulatoire	Classe 4
09C13	Interventions pour condylomes anogénitaux, en ambulatoire	Classe 4
09C14	Certains curages lymphonodaux pour des affections de la peau, des tissus sous-cutanés ou des seins, en ambulatoire	Classe 2
09C15	Interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les seins pour lésions traumatiques, en ambulatoire	Classe 2
10C08	Autres interventions pour troubles endocriniens, métaboliques ou nutritionnels, en ambulatoire	Classe 2
11C04	Autres interventions sur la vessie à l'exception des interventions transurétrales, en ambulatoire	Classe 2
11C07	Interventions sur l'urètre, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	Classe 3
11C09	Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 11, en ambulatoire	Classe 2
11C10	Interventions pour incontinence urinaire en dehors des interventions transurétrales, en ambulatoire	Classe 1
11C11	Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires, en ambulatoire	Classe 2
11C12	Injections de toxine botulique dans l'appareil urinaire, en ambulatoire	Classe 3
11C13	Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques, en ambulatoire	Classe 2
12C03	Interventions sur le pénis, en ambulatoire	Classe 3
12C04	Prostatectomies transurétrales, en ambulatoire	Classe 1
12C06	Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire	Classe 3
12C07	Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	Classe 3
12C08	Circoncision, en ambulatoire	Classe 4
13C04	Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin, en ambulatoire	Classe 1
13C06	Interruptions tubaires, en ambulatoire	Classe 2

Annexe I

13C07	Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires, en ambulatoire	Classe 1
13C08	Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin, en ambulatoire	Classe 3
13C11 ambulatoire	Dilatations et curetages, conisations pour tumeurs malignes, en	Classe 4
13C12 ambulatoire	Dilatations et curetages, conisations pour affections non malignes, en	Classe 4
13C19 en ambulatoire	Interventions pour stérilité ou motifs de soins liés à la reproduction,	Classe 2
13C20	Exérèses ou destructions de lésions du col de l'utérus sauf conisations, en ambulatoire	Classe 4
14C05 ambulatoire	Avortements avec aspiration ou curetage ou hystérotomie, en	Classe 4
16C03	Autres interventions pour affections du sang et des organes hématopoïétiques, en ambulatoire	Classe 2
17C03 ambulatoire	Autres interventions au cours de lymphomes ou de leucémies, en	Classe 2
17C05	Autres interventions au cours d'affections myéloprolifératives ou de tumeurs de siège imprécis ou diffus, en ambulatoire	Classe 3
18C02 ambulatoire	Interventions pour maladies infectieuses ou parasitaires, en	Classe 2
21C04 ambulatoire	Interventions sur la main ou le poignet à la suite de blessures, en	Classe 4
21C05 ambulatoire	Autres interventions pour blessures ou complications d'acte, en	Classe 2
21C06	Greffes de peau ou parages de plaies pour lésions autres que des brûlures, en ambulatoire	Classe 3
22C02	Brûlures non étendues avec greffe cutanée, en ambulatoire	Classe 3
23C02	Interventions chirurgicales avec autres motifs de recours aux services de santé, en ambulatoire	Classe 3

LISTES DES GESTES MARQUEURS

Les 5 premiers gestes marqueurs de 2008

- Adénoïdectomies
- Arthroscopies du genou hors ligamentoplasties
- Chirurgie des varices
- Chirurgie du cristallin
- Extractions dentaires

Les 12 nouveaux gestes marqueurs de 2009

- Chirurgie anale
- Chirurgie du canal carpien et autres libérations nerveuses (MS)
- Chirurgie de la conjonctive (ptérygion)
- Chirurgie de la maladie de Dupuytren
- Chirurgie des bourses
- Chirurgie des hernies inguinales
- Chirurgie du sein/tumorectomie
- Chirurgie réparatrice des ligaments et tendons (main)
- Chirurgie du strabisme
- Chirurgie de l'utérus, de la vulve, du vagin et AMP
- Coelioscopies gynécologiques
- Exérèses de kystes synoviaux

Les gestes marqueurs en 2010 : cf. Fiche

Les gestes marqueurs en 2012 : cf. fiche

Les gestes marqueurs en 2013 : cf. fiche

ANNEXE II

Freins et leviers associés au développement de la chirurgie ambulatoire

SOMMAIRE

1. LE DÉVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE AU SEIN D'UN ÉTABLISSEMENT PEUT ÊTRE APPRÉHENDÉ EN CINQ PHASES THÉORIQUES D'ORGANISATION.....	2
1.1.1. <i>De la chirurgie foraine à l'unité de chirurgie ambulatoire dédiée.....</i>	<i>2</i>
1.1.2. <i>Le rythme de transformation de l'activité chirurgicale est variable d'une phase à l'autre.....</i>	<i>6</i>
1.2. <i>L'existence d'équipes dédiées est une condition nécessaire du développement de la chirurgie ambulatoire au sein des établissements de santé.....</i>	<i>6</i>
1.2.1. <i>La chirurgie ambulatoire est associée à l'émergence de nouvelles compétences dans le domaine de la gestion des flux.....</i>	<i>6</i>
1.2.2. <i>La polyvalence des infirmières de bloc et de l'unité de chirurgie ambulatoire.....</i>	<i>7</i>
1.3. <i>Le développement de la chirurgie ambulatoire doit s'appuyer sur une prise en charge organisée autour du parcours du patient.....</i>	<i>8</i>
1.3.1. <i>La chirurgie ambulatoire est conçue comme un mode de prise en charge mettant le parcours du patient au centre de l'organisation pour garantir sa sécurité et son confort.....</i>	<i>8</i>
1.3.2. <i>La réduction de la pratique de chirurgie « foraine » du fait de la structuration de la chirurgie ambulatoire doit permettre d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients.....</i>	<i>9</i>
1.4. <i>Le développement de la chirurgie ambulatoire doit s'appuyer sur une organisation des blocs chirurgicaux et une gestion des plannings spécifiques.....</i>	<i>9</i>
1.4.1. <i>Le recours au bloc commun peut être privilégié.....</i>	<i>9</i>
1.4.2. <i>La croissance future de l'UCA devrait être anticipée dans l'organisation des unités de chirurgie ambulatoire.....</i>	<i>10</i>
2. LE DÉVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE EST FREINÉ DES FACTEURS TECHNIQUES, ORGANISATIONNELS ET HUMAINS.....	11
2.1. <i>Le développement de la chirurgie ambulatoire est fondé sur la diffusion de l'innovation et de nouvelles techniques médicales et organisationnelles.....</i>	<i>11</i>
2.1.1. <i>L'innovation organisationnelle et technique permet de réduire la durée moyenne de séjour et de développer la chirurgie ambulatoire.....</i>	<i>11</i>
2.1.2. <i>Les progrès de l'innovation technique et organisationnelle réduisent progressivement la part des actes qui ne peuvent être éligibles à l'ambulatoire.....</i>	<i>13</i>
2.2. <i>Le développement de la chirurgie ambulatoire nécessite la formation du personnel médical et non médical ainsi que leur disponibilité au sein des établissements.....</i>	<i>14</i>
2.2.1. <i>Au niveau d'un établissement, la fermeture de lits d'hospitalisation complète pose des difficultés en termes d'organisation.....</i>	<i>14</i>
2.2.2. <i>Le développement de la chirurgie ambulatoire suppose de renforcer la formation initiale et continue des médecins.....</i>	<i>14</i>
2.3. <i>Le parcours ambulatoire du patient peut être rallongé à plusieurs étapes-clés, ce qui perturbe le développement de la chirurgie ambulatoire.....</i>	<i>15</i>
2.3.1. <i>Premier frein : les freins empêchant la mise en place d'un bloc opératoire efficient.....</i>	<i>15</i>

2.3.2.	<i>Deuxième frein : l'organisation des plannings est spécifique en chirurgie ambulatoire.....</i>	16
2.3.3.	<i>Troisième frein : l'autorisation de sortie du patient.....</i>	17
2.4.	L'adhésion à la démarche ambulatoire n'est pas systématique de la part des patients.....	18
2.4.1.	<i>Les réticences psychologiques des patients et des médecins de ville.....</i>	18
2.4.2.	<i>Les caractéristiques de la patientèle qui empêchent le développement de la chirurgie ambulatoire sont d'ordre médical et psycho-social.....</i>	19
2.5.	Le développement de la chirurgie ambulatoire suppose d'améliorer l'articulation de l'hôpital avec les soins de ville en amont et en aval des interventions et de faciliter l'implication de ces professionnels.....	22
2.5.1.	<i>Les coopérations entre l'hôpital et la ville sont peu répandues et font l'objet d'attentes très variables.....</i>	22
2.5.3.	<i>Le développement de l'implication des professionnels de ville nécessite de clarifier et compléter le cadre juridique et financier de leur intervention et de renforcer leur formation.....</i>	26
3.	LA CHIRURGIE AMBULATOIRE GÉNÈRE UN DOUBLE DIVIDENDE : ELLE A POUR OBJECTIF PREMIER L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE PRISE EN CHARGE ET PERMET DANS UN DEUXIÈME TEMPS DES ÉCONOMIES.....	27
3.1.	Le développement de la chirurgie ambulatoire est d'abord justifié par une volonté d'apporter une qualité de prise en charge accrue.....	27
3.1.1.	<i>Le développement de la chirurgie ambulatoire doit permettre une maîtrise accrue des risques liés à l'hospitalisation pour le patient tout en améliorant son confort.....</i>	27
3.1.2.	<i>L'amélioration des conditions de travail des équipes de chirurgie ambulatoire est également un levier de développement.....</i>	29
3.1.3.	<i>Le renforcement de la qualité des soins permet par ailleurs de renforcer l'adhésion des personnels à la démarche.....</i>	29
3.2.	Le développement de chirurgie ambulatoire permet de générer des économies de fonctionnement.....	30
3.2.1.	<i>Au niveau national, le développement de la chirurgie ambulatoire permet d'éviter l'ouverture de nouveaux lits d'hospitalisation complète par absorption de la demande nouvelle.....</i>	30
3.2.2.	<i>Le développement de la chirurgie ambulatoire doit être suffisant en volume pour générer une réduction de la chirurgie conventionnelle.....</i>	30
3.3.	Le développement de la chirurgie ambulatoire nécessite une modification de la nature des investissements afin de prendre en compte ses exigences.....	31
3.3.1.	<i>L'activité de chirurgie ambulatoire peut progresser sans investissement significatif avant la création de l'UCA dédiée.....</i>	31
3.3.2.	<i>La création d'une UCA dédiée nécessite une modification de la nature des investissements.....</i>	31
3.4.	À la différence de l'analyse au niveau national, la fermeture de lits d'hospitalisation complète implique une réduction de l'offre qui n'est pas systématique au niveau de l'établissement.....	32
3.4.1.	<i>Au niveau d'un établissement, le développement de la chirurgie ambulatoire peut n'être accompagné d'aucune économie si les lits libérés sont remplacés par d'autres activités.....</i>	32
3.4.2.	<i>La présence d'un service d'urgences dans l'établissement génère un flux d'activité qui peut être pris en charge en ambulatoire sous conditions.....</i>	33

3.5. L'inscription dans une démarche de développement de la chirurgie ambulatoire peut améliorer l'attractivité de l'établissement et augmenter ses « parts de marchés » sur le territoire de santé.....	34
3.5.1. <i>Les établissements présentent des profils d'évolution du volume de pratique chirurgicale diversifiés, qui traduisent la complexité de mesurer les économies liées à la chirurgie ambulatoire.....</i>	34
4. LES RÉORGANISATIONS TERRITORIALES ENTRAÎNÉES PAR LE DÉVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE DEVRAIENT ÊTRE ANTICIPÉES PAR LES ARS ET ACCOMPAGNÉES PAR LA MOBILISATION D'UNE DIVERSITÉ D'OUTILS DE PILOTAGE	41
4.1. Proposition de méthodologie d'identification des réorganisations à prévoir	41
4.1.1. <i>Objet de la démarche: aider les ARS à prévoir les réorganisations territoriales à venir du fait du développement de la chirurgie ambulatoire</i>	41
4.1.2. <i>Proposition de méthode.....</i>	42
4.1.3. <i>Résultats.....</i>	42
4.2. Le développement de la chirurgie ambulatoire peut nécessiter d'impulser des réorganisations pour renforcer la cohérence et l'efficacité de l'offre du territoire au regard des contraintes d'accessibilité et de continuité des soins.....	43
4.2.1. <i>Les contraintes liées à l'accessibilité et la continuité des soins peuvent peser sur le développement de la chirurgie ambulatoire</i>	43
4.2.2. <i>La chirurgie ambulatoire peut difficilement se développer dans les établissements à faible niveau d'activité.....</i>	44

Introduction

La chirurgie ambulatoire correspond à un type d'hospitalisation impliquant une organisation nouvelle, plaçant le patient au centre de celle-ci. Elle peut conduire, dans certains cas, à développer de nouvelles techniques chirurgicales adaptées à la prise en charge en ambulatoire, mais, de manière générale, l'acte en lui-même ne change pas : l'organisation est alors le principal domaine d'innovation.

La chirurgie ambulatoire se développe en France, et son taux de croissance est supérieur à celui de la chirurgie réalisée en hospitalisation complète. Il existe toutefois de grandes différences entre les établissements, que ce soit en fonction de leur statut, de leur taille ou de leur localisation géographique (partie 1).

Le développement de la chirurgie ambulatoire au sein des établissements hospitaliers n'est pas uniforme, en témoigne la grande variété des taux de chirurgie ambulatoire parmi ceux-ci. Les observations réalisées au sein de 17 établissements de tous statuts dans 5 régions (Île-de-France, Lorraine, Midi-Pyrénées, Pays de la Loire et Bretagne), l'analyse de la littérature disponible et les entretiens menés par la mission montrent ainsi que le développement de la chirurgie ambulatoire s'effectue par phase.

Le développement de la chirurgie ambulatoire est exigeant : les obstacles à la progression du taux de chirurgie ambulatoire sont nombreux mais les leviers existent. La principale difficulté réside dans le fait que le changement doit être réalisé en respectant l'impérieuse nécessité d'assurer pour le patient une qualité et une sécurité de soins égales voire supérieures.

Le développement de la chirurgie ambulatoire est progressif et doit s'entendre dans un plan d'ensemble au sein de chaque établissement. Nombreux sont les cas de développement significatif de la chirurgie ambulatoire qui restent malheureusement circonscrits à une équipe réduite. Les effets attendus de diffusion des bonnes pratiques et l'ambition de faire de la chirurgie ambulatoire la pratique majoritaire justifient qu'elle soit prise en compte dans le développement général de l'établissement. Concrètement, ceci signifie que l'UCA gagnerait à être proche des unités de chirurgie conventionnelles, de partager, la plupart du temps, un bloc commun et de concevoir des plans d'investissement qui intègrent tous les exigences de la chirurgie ambulatoire, notamment celles liées au parcours du patient (partie 2).

Malgré la hausse significative du taux de chirurgie ambulatoire, tant les autorités publiques (au premier rang desquelles la DGOS et le réseau des ARS) que les équipes hospitalières en place éprouvent des difficultés à maintenir une progression suffisante du taux de chirurgie ambulatoire. Les freins rencontrés sont d'ordres techniques, humains et organisationnels. En effet, la diffusion de l'innovation technique et organisationnelle est, à moyen terme, la seule limite au développement de la chirurgie ambulatoire : pour assurer un niveau de qualité et de sécurité des soins doivent être développées des pratiques innovantes. À l'instar d'autres domaines, comme l'industrie, les cycles d'innovation ont des durées variables et l'innovation ne se décrète pas. Les freins sont également humains : les patients peuvent ne pas être éligibles en raison de critères psycho-sociaux ou d'une simple réticence à ce type de prise en charge et les équipes professionnelles doivent développer de nouvelles compétences. Enfin et surtout, l'organisation concrète de la chirurgie ambulatoire peut se heurter à plusieurs écueils répartis tout au long du parcours de soin du patient, jusqu'à l'articulation avec les soins de ville qui peut être améliorée (partie 3).

Annexe II

La levée de ces freins permet de bénéficier du double dividende que porte la chirurgie ambulatoire : d'une part, elle offre au patient un niveau de confort supérieur, favorise l'innovation et donc à terme, la qualité des soins et, d'autre part, elle entraîne une réduction des dépenses hospitalières qui contribue à la maîtrise des dépenses de l'objectif national de dépenses de l'assurance-maladie (ONDAM). La réduction des dépenses rend toutefois nécessaire la fermeture de lits d'hospitalisation complète, ce qui n'est pas systématique dans les faits. Le développement de la chirurgie ambulatoire entraîne enfin au niveau local des effets dynamiques qui redirigent la demande de soins vers les établissements attractifs : certains d'entre eux vont par conséquent voir leur activité diminuer au profit d'autres, plus attractifs (partie 4).

Les effets dynamiques engendrés par le développement de la chirurgie ambulatoire dirigent une partie de la demande vers des établissements plus attractifs, au détriment de leurs voisins. La mission a conduit une étude permettant d'identifier les territoires de santé dans lesquels une telle recomposition est hautement probable. Elle accompagne cette analyse d'une série de propositions concernant les outils à mettre en œuvre pour accompagner cette recomposition (partie 5).

1. Le développement de la chirurgie ambulatoire au sein d'un établissement peut être appréhendé en cinq phases théoriques d'organisation

Le développement de la chirurgie ambulatoire au sein d'un établissement hospitalier fait intervenir un nombre élevé d'acteurs et de domaines d'expertise. Il concerne le personnel médical, le personnel non-médical, les patients et l'administration de l'établissement. Il implique des changements de pratique à plusieurs niveaux : dans l'organisation des bâtiments, l'organisation des blocs, la gestion des plannings et la technique opératoire (par la diffusion du progrès technique).

La mission a identifié plusieurs phases dans le développement de la chirurgie ambulatoire au sein d'un établissement hospitalier. Elles sont d'ordre théorique, aucun établissement sauf exception ne répondant à l'ensemble des critères simultanément pour être situés précisément au sein d'une phase. Il est par ailleurs possible qu'un établissement ne franchisse pas toutes les étapes et « évite » l'une d'entre elle.

Cette classification théorique des différents stades de maturité de la chirurgie ambulatoire a l'avantage de :

- ◆ spécifier les freins au développement de la chirurgie ambulatoire ;
- ◆ permettre aux établissements d'anticiper les décisions à prendre au temps T pour passer à l'étape suivante en T+1 ; des décisions excessivement précoces peuvent en effet conduire un établissement à atteindre tôt un plafond d'activité de chirurgie ambulatoire que l'établissement peine ensuite à dépasser, faute d'anticipation des besoins futurs ;
- ◆ identifier les phases où peuvent être envisagées des économies de structure.

1.1.1. De la chirurgie foraine à l'unité de chirurgie ambulatoire dédiée

Cinq étapes principales peuvent être identifiées dans le développement de la chirurgie ambulatoire au niveau d'un établissement. Ces étapes sont organisationnelles : chacune d'entre elle correspond à un type d'organisation spécifique.

Annexe II

Ces étapes restent théoriques dans la mesure où les établissements peuvent être à cheval entre deux étapes ou tout simplement sauter une d'entre elles pour passer à celle d'après. Les phases se succèdent donc, mais elles peuvent se chevaucher.

◆ **étape 1 : absence de démarche de chirurgie ambulatoire**

L'établissement se caractérise par une absence de démarche structurée de développement de la chirurgie ambulatoire. Ceci ne signifie pas que le taux de chirurgie ambulatoire est nul dans la mesure où la chirurgie foraine existe : ces actes sont toutefois réalisés au sein des services de chirurgie conventionnelle. Le taux de chirurgie ambulatoire se situe à un niveau faible. La communauté médicale n'a pas amorcé de réelle démarche de déploiement de la chirurgie ambulatoire.

◆ **étape 2 : amorce de la démarche de développement de chirurgie ambulatoire**

La démarche de développement est amorcée. Les chirurgiens et anesthésistes ont été sensibilisés à l'intérêt de la chirurgie ambulatoire et la démarche est portée parallèlement par l'administration de l'établissement et par un ou plusieurs confrères au sein de la commission médicale d'établissement (CME).

Elle se traduit concrètement par la création d'une unité de chirurgie ambulatoire (UCA), c'est à dire en une unité dont le but est de centraliser progressivement toute la chirurgie ambulatoire. Lors de cette phase, l'UCA est généralement créée dans les locaux d'un service de chirurgie conventionnelle qui ont été reconfigurés *a minima*, sans création d'un nouveau bâtiment ou restructuration complète de tout ou partie d'un bâtiment ancien.

La phase d'amorce de la démarche de chirurgie ambulatoire permet d'absorber dans un premier temps une partie de la chirurgie foraine.

◆ **étape 3 : maturation de la démarche de développement de chirurgie ambulatoire**

Une fois la démarche amorcée, une étape majeure consiste en la création d'une UCA dédiée. Dans les établissements multi-sites, il est possible qu'une UCA soit créée par site.

Une UCA dédiée propose des locaux d'accueil et de séjour dédiés à l'ambulatoire, tout en étant localisés dans une unité d'hospitalisation classique. La différence avec la phase 2 réside dans le fait que le parcours du patient est pris en compte dans la conception architecturale de l'unité. Ainsi est permise la « marche en avant » du patient, consistant pour ce dernier à entrer par un point A dans l'UCA et à sortir par un point B sans jamais revenir sur ses pas. Ce modèle théorique pur connaît de nombreuses adaptations concrètes (par exemple, la salle d'attente et la salle de collation peuvent être une seule et même salle).

Les modalités d'organisation du bloc opératoire sont variables :

- le bloc opératoire est commun aux activités traditionnelles et ambulatoires ;
- le bloc opératoire dispose de salles dédiées à l'ambulatoire et de salles dédiées à la chirurgie conventionnelle ;
- le bloc opératoire est entièrement dédié à la chirurgie ambulatoire.

La phase de maturation de la démarche conduit à :

- absorber la chirurgie foraine (en tout ou partie) ;
- éventuellement augmenter l'attractivité de la structure sur le territoire de santé.

◆ **étape 4 : optimisation du développement de la chirurgie ambulatoire**

L'optimisation du développement de la chirurgie ambulatoire s'effectue en deux temps :

- ◆ d'abord, la hausse de la productivité de l'UCA dédiée à taille constante ;
- ◆ ensuite, la croissance de l'UCA dédiée.

Annexe II

Dans un premier temps, la productivité de l'UCA augmente. La création d'une UCA dédiée permet des effets d'apprentissage en termes d'organisation. La chaîne de traitement des patients, de l'appel à J-1 à l'appel à J+1, voit sa maîtrise améliorée. Lors de cette phase peuvent se développer des démarches telles que le *fast-tracking* permettant de réduire la durée de prise en charge et d'améliorer le taux d'occupation des places.

Dans un second temps, la hausse de l'activité de chirurgie ambulatoire au sein de l'UCA doit pouvoir s'accompagner, si le volume le demande, par une croissance de la taille de l'UCA.

Cette croissance devrait idéalement être permise par la réduction progressive des services de chirurgie conventionnelle au bénéfice de l'UCA : l'UCA doit pouvoir croître en absorbant progressivement des adjacents afin de pouvoir augmenter le nombre de prises en charge quotidien. Il convient alors de regrouper les services de chirurgie conventionnelle dans le cadre de services transversaux avec des personnels non médicaux polyvalents

◆ **étape 5 (option) : autonomisation de la chirurgie ambulatoire au sein de l'établissement**

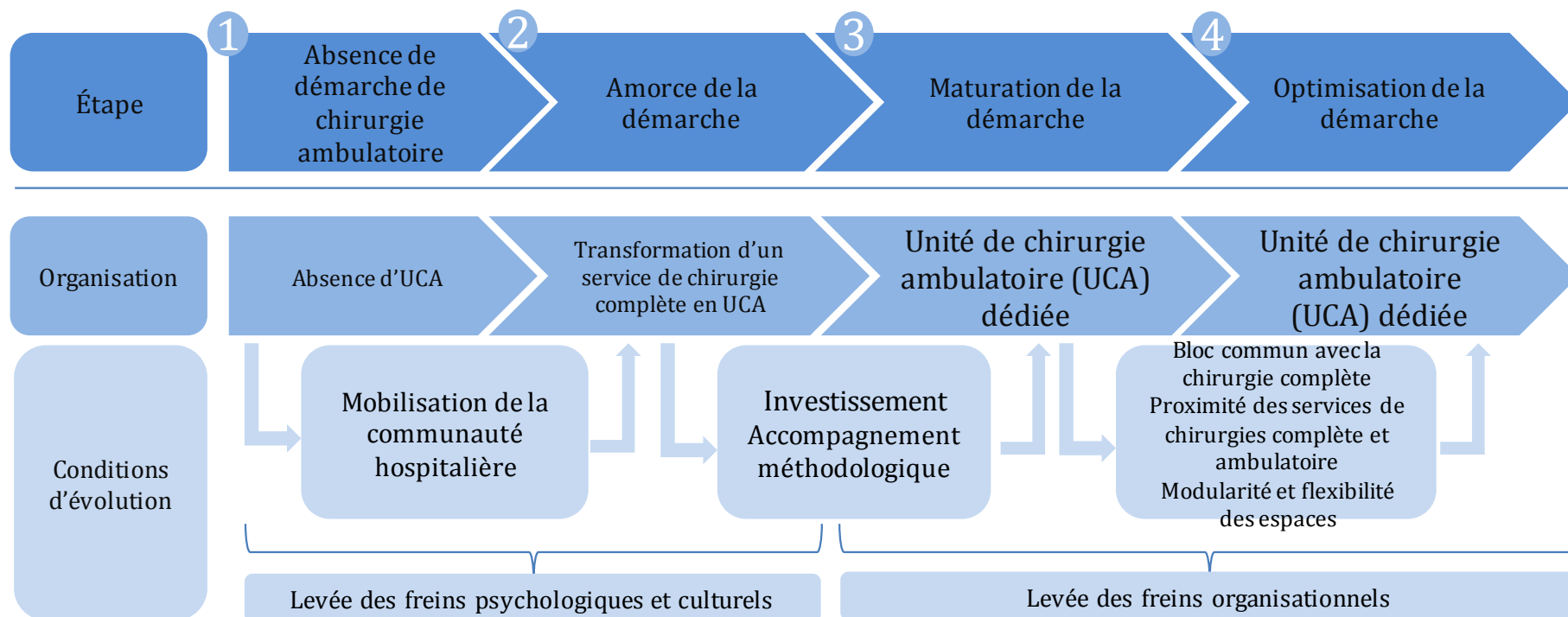
L'étape finale du développement de la chirurgie ambulatoire au sein d'un établissement peut se traduire par le « détachement » de l'UCA au sein de l'établissement hospitalier. Lorsqu'un nombre suffisant de gestes sont arrivés à maturité et permettent une productivité très élevée, il est concevable de créer une UCA physiquement détachée des unités de chirurgie conventionnelle, dans un bâtiment à part ou très proche du bloc conventionnel. L'HAS et l'ANAP identifient ce type d'organisation comme des « structures satellites ». Elles possèdent en propre des moyens humains et matériels exigés pour la pratique ambulatoire. Le bloc opératoire est alors dédié et est situé en dehors du bloc traditionnel, tout en restant dans le périmètre de l'établissement de santé avec hébergement.

Il existe en France un nombre limité de structures indépendantes qui sont totalement détachées, y compris juridiquement, d'un établissement de soins classiques. Elles n'existent en France que dans le cas où leur création résulte d'établissements de santé qui ont fait disparaître leur capacité d'hébergement, tout en gardant leur entité juridique. Ces structures ne correspondent donc pas exactement aux « structures satellites » telles que définies par l'ANAP et la HAS.

Proposition n° 1 : Encourager le développement de centres autonomes au sein des établissements de santé pour les actes à fort volume et haute maturité

Annexe II

Graphique 1 : Les étapes théoriques du développement de la chirurgie ambulatoire au sein d'un établissement de santé



Source : Mission.

1.1.2. Le rythme de transformation de l'activité chirurgicale est variable d'une phase à l'autre

◆ De l'absence de démarche de chirurgie ambulatoire à l'amorce de la démarche (phase 1 à 2)

Le passage de la phase 1 à la phase 2 peut être rapide (moins d'un an). Le délai peut néanmoins être assez variable en fonction de l'engagement de la communauté administrative et médicale de l'établissement et du degré de diffusion du progrès technique chez les chirurgiens et anesthésistes (cf. partie 3.1 relative au rôle du progrès technique dans le développement de la chirurgie ambulatoire).

◆ De l'amorce de la démarche à la maturation de celle-ci (phase 2 à phase 3)

Le passage de la phase 2 à la phase 3 nécessite une réflexion approfondie sur la future structure physique à construire, l'organisation de l'UCA et le management des équipes. Le franchissement de cette étape s'envisage donc à court ou moyen terme (deux années environ).

Lorsqu'un établissement se situe en phase 2, il acquiert toutefois une expérience qui lui permet d'appréhender ces questions dans de meilleures conditions que s'il envisageait de passer directement de la phase 1 à la phase 3 (de l'absence de démarche directement à la construction d'une UCA).

◆ De la maturation à l'optimisation de la démarche (phase 3 à phase 4)

Le passage de la phase 3 à la phase 4 nécessite la mise en œuvre d'une organisation innovante, le changement de pratiques des chirurgiens et anesthésistes et une organisation du planning des vacances appropriée (passage de la vacation nominative à la vacation par discipline).¹ L'horizon temporel de mise en œuvre de ce changement organisationnel est variable : il nécessite en tout état de cause de capitaliser sur les bonnes pratiques mises en œuvre dans l'établissement.

1.2. L'existence d'équipes dédiées est une condition nécessaire du développement de la chirurgie ambulatoire au sein des établissements de santé

1.2.1. La chirurgie ambulatoire est associée à l'émergence de nouvelles compétences dans le domaine de la gestion des flux

L'organisation de l'unité de chirurgie ambulatoire repose essentiellement sur les capacités des personnels soignants et à l'administration de l'établissement à créer des processus rationalisés de gestion des flux de patients.

Si l'acte chirurgical est strictement identique à celui pratiqué en chirurgie conventionnelle, la chirurgie ambulatoire nécessite une modification en profondeur des pratiques organisationnelles. Ces pratiques sont mises en œuvre au quotidien par le cadre de bloc, les infirmiers anesthésistes, les infirmiers, les aides-soignants et les anesthésistes et chirurgiens.

¹ La vacation nominative consiste à organiser le planning opératoire selon des plages horaires dédiées chacune à un seul chirurgien. La vacation par discipline correspond quant à elle au recours à des plages horaires dédiées à des spécialités, ce qui permet de maximiser le taux d'occupation des places et le temps opératoire.

Annexe II

La chirurgie ambulatoire se caractérise par une organisation des flux spécifiques, qui est de la responsabilité du cadre de bloc et des infirmières : ces personnels doivent donc être dédiés à la chirurgie ambulatoire.

Par exemple, la création d'un intervenant pilote en ambulatoire (IPA), qui fait l'objet d'expérimentation(s) en France, illustre bien les nouvelles compétences nécessaires au sein d'une unité de chirurgie ambulatoire.

L'IPA assure, avant, pendant et après la journée ambulatoire la relation avec le patient. Il a pour objectif de faciliter la coordination des activités autour d'un même patient et dans l'améliorer la qualité de la prise en charge. Il assure également une liaison fiable pour le patient entre le secteur ambulatoire et le patient lorsque celui-ci est de retour à son domicile. L'IPA est ainsi garant, au titre de cette mission, de la qualité de la prise en charge du patient sur une durée supérieure à celle passée dans l'établissement, du suivi de la sécurité du patient lorsqu'il n'est plus sous la surveillance directe de l'équipe de l'UCA et qu'il est à domicile et de la qualité de la mise en œuvre des recommandations pour le patient avant son arrivée et près son départ.

Encadré 1 : Les implications des exigences de maîtrise des flux en termes de ressources humaines

La coordination entre les acteurs et l'adéquation entre les ressources et l'activité voient leur importance croître avec le volume d'activité et/ou la multiplicité des intervenants. La régulation du parcours du patient nécessite une vision globale.

La chirurgie ambulatoire nécessite donc le développement de nouvelles compétences relatives à la gestion des flux dans les UCA. Ils sont caractérisés par deux fonctions : anticipation et régulation. Cette fonction de gestion des flux peut se concevoir, comme l'indique l'ANAP et la HAS dans leurs recommandations organisationnelles parues en mai 2013, à un niveau opérationnel limité (régulation du brancardage), intermédiaire (infirmière programmatrice) ou plus large et structurel (régulation des activités médicales).

Ces nouvelles activités doivent, pour être pertinentes, être correctement articulées avec les fonctions de médecins coordonnateurs et de cadre de bloc.

1.2.2. La polyvalence des infirmières de bloc et de l'unité de chirurgie ambulatoire

La chirurgie ambulatoire suppose de passer d'une organisation spécialisée par type de chirurgie à une organisation par durée de séjour, avec une équipe dédiée à la chirurgie ambulatoire au sein d'une unité. Les infirmières qui participent à l'unité de chirurgie ambulatoire assistent les patients qui subissent des opérations liées à plusieurs spécialités. Ces infirmières devraient donc être formées à une gestion polyvalente des patients, afin d'éviter la survivance de divisions organisationnelles par spécialité chirurgicale.

De même, les infirmières du bloc opératoire devraient être en mesure d'assumer la gestion d'opérations de plusieurs types de spécialités au sein d'une même salle, afin que la même équipe demeure sur place et de réduire les temps de latence entre deux opérations. La polyvalence des effectifs infirmiers est un élément clé de la diffusion de l'efficacité inhérente à la chirurgie ambulatoire, permettant la mise en place de procédures normées, quel que soit le type d'opération.

1.3. Le développement de la chirurgie ambulatoire doit s'appuyer sur une prise en charge organisée autour du parcours du patient

1.3.1. La chirurgie ambulatoire est conçue comme un mode de prise en charge mettant le parcours du patient au centre de l'organisation pour garantir sa sécurité et son confort

La chirurgie ambulatoire est un concept d'organisation centré sur le patient dont le principe est de réduire le temps de sa prise en charge (au maximum à douze heures) dans une structure sans hébergement nocturne.

Elle est pensée comme un mode de prise en charge qui permet d'améliorer la qualité des soins en réduisant le risque d'exposition aux infections nosocomiales, en augmentant la satisfaction du patient qui ne reste qu'une durée limitée dans l'établissement et qui peut bénéficier d'une période de récupération plus courte (réhabilitation précoce).

La démarche de développement de la chirurgie ambulatoire est fondée sur la protocolisation de la substitution d'une intervention chirurgicale effectuée en hospitalisation traditionnelle vers l'ambulatoire. Cette protocolisation met le patient au centre de la réflexion dans la mesure où :

- ◆ sont analysés les risques/bénéfices de l'acte proposé (volet médical et psychologique) ;
- ◆ sont envisagées les évolutions de techniques chirurgicales ou/et anesthésiques associées pour garantir la maîtrise de la douleur et éviter les nausées et vomissements² ;
- ◆ sont identifiés les risques opérationnels propres à chaque corps de métier afin de construire un parcours du patient adapté à l'acte.
- ◆ sont exclusivement sélectionnés les patients éligibles à l'acte, c'est-à-dire présentant les meilleures garanties de succès de la prise en charge en ambulatoire.

En termes d'organisation, le fait de placer le patient au centre de l'activité se traduit concrètement, de l'amont de l'intervention à l'aval de celle-ci par :

- ◆ une consultation anesthésique plus complète qu'en chirurgie conventionnelle dans la mesure où l'anesthésiste consacre plus de temps au patient pour lui indiquer les modalités de la prise en charge en ambulatoire, les consignes à respecter (hygiène, horaires, arrivée à jeun etc.) et répond aux interrogations préalables du patient ;
- ◆ une organisation de la prise en charge fondée sur le séquençage et l'optimisation de celle-ci : accueil au bureau d'entrée, préparation de l'intervention technique, anesthésie, acte chirurgical, passage en SSPI, collation, sortie ; entre chaque étape, le brancardage est un élément crucial d'optimisation des temps de trajet et de confort ;
- ◆ l'appel du lendemain doit permettre d'identifier d'éventuelles difficultés pour le patient et de lui fournir les indications appropriées pour son rétablissement.

² Chaque spécialité doit en fait gérer plusieurs risques spécifiques à son activité. Ainsi en urologie, outre les risques communs tels que la douleur (colique néphrétique) ou l'hémorragie, doit être géré le risque rétentionnel vésical.

1.3.2. La réduction de la pratique de chirurgie « foraine » du fait de la structuration de la chirurgie ambulatoire doit permettre d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients

Compte tenu des exigences de rationalisation de l'activité associée à la chirurgie ambulatoire, l'amélioration de la qualité de service en faveur des patients suppose d'écarter la possibilité d'assurer un service de chirurgie ambulatoire dans un cadre forain, c'est-à-dire en intégrant à des unités classiques des places pour les patients opérés en ambulatoire.

La chirurgie foraine est pratiquée de manière générale par les établissements qui ne sont pas dotés d'une unité de chirurgie ambulatoire dédiée ou qui disposent d'une unité sous-dimensionnée par rapport au développement de leur activité. Le recours à ce type de pratique peut être subi : certains établissements peinent par exemple à structurer une unité de chirurgie ambulatoire du fait de leur structure pavillonnaire.

La persistance d'une activité foraine est sous-optimale dans la mesure où :

- ◆ la prise en charge ambulatoire de patients au sein d'un service d'hospitalisation complète ne permet pas de raccourcir leur parcours. Ces patients ne sont ni regroupés, ni identifiés, puisqu'ils sont répartis dans les lits correspondant aux spécialités chirurgicales respectives, ce qui empêche une prise en charge rapide et optimisée de cette patientèle spécifique ;
- ◆ l'intégration des patients d'ambulatoire à la structure d'hospitalisation complète ne génère pas d'économies de personnel pour l'hôpital, dans la mesure où les patients occupent des lits au sein de services qui ne se départissent pas de leurs équipes de nuit. Par ailleurs, la chirurgie foraine permet de générer des recettes supplémentaires puisqu'elle génère une activité supplémentaire pour les services de chirurgie conventionnelle : elle présente ainsi le risque de motiver des demandes d'ouverture de lits au sein de ceux-ci.

La prise en charge en chirurgie « foraine » ne correspond pas à l'esprit de la chirurgie ambulatoire qui fait du parcours du patient la pierre angulaire de toute l'organisation. Les représentants des ARS avec lesquels la mission a pu s'entretenir ont confirmé que cette approche est sous-optimale et ne peut se substituer à un plan d'ensemble plaçant le patient au centre de la réflexion.

1.4. Le développement de la chirurgie ambulatoire doit s'appuyer sur une organisation des blocs chirurgicaux et une gestion des plannings spécifiques

1.4.1. Le recours au bloc commun peut être privilégié

Trois types d'organisation du bloc opératoire en chirurgie ambulatoire existent :

- ◆ le bloc opératoire est commun aux activités traditionnelles et ambulatoires ;
- ◆ le bloc opératoire dispose de salles dédiées à l'ambulatoire et de salles dédiées à la chirurgie conventionnelle ;
- ◆ le bloc opératoire est entièrement dédié à la chirurgie ambulatoire.

Les deux premières options sont les plus performantes dans la mesure où elles permettent :

- ◆ la réduction du temps de déplacement des chirurgiens et anesthésistes entre les blocs et amélioration du temps opératoire ; l'UCA nouvellement créée devrait être située à proximité directe des unités de chirurgie conventionnelle ;

Annexe II

- ◆ le rapprochement des blocs permet de faciliter la diffusion de l'innovation technique et organisationnelle de la chirurgie ambulatoire vers la chirurgie conventionnelle. Elle contribue ainsi positivement à la réduction de la durée moyenne de séjour (DMS) en chirurgie conventionnelle ;
- ◆ l'existence d'un bloc dédié ou d'une salle dédiée à l'ambulatoire au sein d'un bloc classique peut empêcher d'optimiser l'usage de ces salles d'opération en fin de journée dans la mesure où, pour garantir une sortie avant la fermeture de l'UCA, les opérations en ambulatoire ne peuvent guère être réalisées après 15h ou 16h.

L'utilisation d'un bloc commun ambulatoire/chirurgie conventionnelle apparaît comme une solution optimale en théorie. En pratique toutefois, les choix d'organisation du bloc sont contraints par plusieurs facteurs :

- ◆ l'existence de salles dédiées à l'ambulatoire et d'autres dédiées à la chirurgie conventionnelle peut être justifiée par des contraintes architecturales ;
- ◆ elle peut également s'expliquer par la nécessité de laisser aux équipes dédiées à la chirurgie ambulatoire un temps d'apprentissage où celles-ci ne sont pas perturbées par la nécessité de programmer dans une même salle l'ambulatoire et la chirurgie conventionnelle. Cette organisation permet de garantir la fluidité de la programmation en ambulatoire ;
- ◆ la création d'un bloc opératoire entièrement dédié à la chirurgie ambulatoire peut être justifiée par une activité chirurgicale centrée sur des spécialités où les actes sont en majorité courts et très maîtrisés (canal carpien, cataracte).

En conclusion, si un optimum organisationnel existe (bloc commun), les conditions locales (nature de la demande, disponibilité des chirurgiens et anesthésistes, configuration architecturale) restent déterminantes pour déterminer à court terme l'organisation du bloc.

Proposition n° 2 : Privilégier le recours au bloc commun chirurgie ambulatoire/conventionnelle, sauf dans les cas où les actes pratiqués sont arrivés à maturité technique et peuvent être réalisés en grand nombre au sein des établissements.

1.4.2. La croissance future de l'UCA devrait être anticipée dans l'organisation des unités de chirurgie ambulatoire

Il convient d'éviter de créer une UCA dédiée (phase 3 de la typologie) qui ne soit pas en mesure de croître si le potentiel de chirurgie ambulatoire est en hausse. La création d'une UCA de taille excessivement modeste présente le risque de la faire atteindre rapidement une taille critique qui, après optimisation des *process* internes (phase 4 de la typologie), ne permet plus d'absorber la demande.

Dans cette situation risquent de coexister une UCA fonctionnant au maximum de ses possibilités et un développement non maîtrisé de la chirurgie foraine ou/et d'une pratique en chirurgie conventionnelle pour des séjours pouvant être réalisés en ambulatoire.

L'anticipation de la croissance de l'activité de chirurgie ambulatoire peut se traduire par l'intégration, dès la conception initiale de l'UCA dédiée, de sa croissance future par absorption d'espaces adjacents, qui comprennent des blocs opératoires.

Les observations de terrains réalisées par la mission confirment que la modularité des unités de chirurgie ambulatoire et de chirurgie conventionnelle dès leur conception initiale, est idéale pour permettre la croissance de l'UCA.

Annexe II

La modularité des espaces reste une cible idéale qui n'est pas réalisable dans l'ensemble des établissements, du fait de contraintes architecturales. Néanmoins, la conception initiale de l'UCA devrait prévoir sa localisation à proximité de locaux de chirurgie conventionnelle qui puissent être aisément intégrés à l'UCA.

L'anticipation de la croissance de l'activité ambulatoire nécessite de prendre en compte :

- ◆ les types de spécialités pratiquées et la disponibilité future d'un nombre suffisant de professionnels dans celles-ci sur le territoire. En effet, le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire est variable selon les spécialités (pour une approche quantitative de ce potentiel, voir l'annexe III) ;
- ◆ l'évolution tendancielle de la demande de chirurgie sur le territoire de santé à apprécier avec le soutien de la tutelle ;
- ◆ la capacité de l'établissement à diffuser le progrès technique en ambulatoire pour structurer une offre plus large et innovante, à même d'améliorer l'attractivité du site et son volume d'activité.

2. Le développement de la chirurgie ambulatoire est freiné des facteurs techniques, organisationnels et humains

Le développement de la chirurgie ambulatoire est principalement conditionné par le rythme de diffusion de la connaissance du progrès technique et organisationnel qui permet de réduire à moyen terme la période d'hospitalisation, pour une opération, une sécurité médicale et un accompagnement équivalents.

Une fois ce prérequis respecté, les freins qui conduisent à minorer le potentiel de déploiement de la chirurgie ambulatoire sont nombreux. Ils sont à la fois de nature organisationnelle et humaine, mais ils peuvent néanmoins être dépassés grâce à des bonnes pratiques que la mission a pu identifier au cours de ses visites d'établissements et des entretiens conduits avec les parties prenantes.

2.1. Le développement de la chirurgie ambulatoire est fondé sur la diffusion de l'innovation et de nouvelles techniques médicales et organisationnelles

2.1.1. L'innovation organisationnelle et technique permet de réduire la durée moyenne de séjour et de développer la chirurgie ambulatoire

L'innovation est la condition essentielle au développement de la chirurgie ambulatoire. En améliorant la gestion de la douleur et des complications post-opératoires ou l'organisation des flux, l'innovation, qu'elle soit organisationnelle ou technique, permet de réduire progressivement les durées de séjour, jusqu'à exclure la nécessité d'une nuit d'hospitalisation.

Dans les faits, la diffusion de l'innovation se traduit par la réduction de la durée de séjour. La réduction progressive des durées de séjour suppose que pour un acte chirurgical équivalent, les difficultés pré et post-opératoires soient appréhendées de telle façon qu'une nuit d'hospitalisation devienne superflue.

Ce mouvement de réduction des durées de séjour nécessite la diffusion de l'innovation :

- ◆ aux opérations chirurgicales, en introduisant des techniques moins invasives et moins traumatisantes pour le patient ;

Annexe II

- ◆ à la gestion de la douleur, pilotée par les anesthésistes, qui doit s'adapter à un processus de récupération rapide du patient dès sa sortie du bloc opératoire ;
- ◆ à la gestion rationalisée du patient, en améliorant l'information diffusée avant l'opération, le suivi du patient après l'opération et l'organisation des flux tendus de patients au sein de l'unité de chirurgie ambulatoire.

La gestion de la douleur et des complications associées à une opération chirurgicale (nausées, vomissements) suppose des progrès des techniques anesthésiques. L'objectif est, à acte chirurgical constant, de ne pas laisser un patient rentrer chez lui avec des complications post-opératoires douloureuses qui justifieraient un retour à l'hôpital. L'amélioration des techniques anesthésiques repose sur trois mouvements complémentaires :

- ◆ un meilleur dosage des antalgiques, pour permettre un retour à domicile ;
- ◆ une prescription d'antalgiques anticipée avant l'opération, associée à des explications claires pour que le patient soit en mesure de déterminer s'il nécessite des prises supplémentaires ;
- ◆ des anesthésies locorégionales, notamment en orthopédie, pour éviter des anesthésies générales.

Comme indiqué *supra*, l'innovation est aussi et surtout organisationnelle, en améliorant la conception des UCA pour limiter le brancardage ou en adoptant des techniques de quantification en temps de chaque activité afin de l'optimiser.

Encadré 2 : Un exemple de démarche d'innovation : la récupération rapide après chirurgie (RRA)

La récupération rapide après chirurgie (RRA) est également appelée « réhabilitation précoce » : elle correspond à un certain nombre de méthodes ayant pour objectif la reprise d'une autonomie active et complète du patient le plus rapidement possible après la chirurgie. La RRA contribue par conséquent au développement de la chirurgie ambulatoire.

Le concept de récupération rapide des patients vise à réduire le stress physique et psychique lié à une intervention chirurgicale. Elle contribue à prévenir les nausées, vomissements et à réduire la douleur post-opératoire.

Dans les faits, elle consiste en un travail sur la prise en charge de la douleur, la gestion de l'immobilisation, la nutrition et la réduction du stress par exemple. Les mesures se combinent pour permettre au patient de se rétablir plus rapidement afin d'envisager un retour précoce à domicile : jeûne préopératoire limité, prévention de l'hypothermie, techniques spécifiques d'analgésie, limitation de l'utilisation des drains et des sondes urinaires ou naso-gastriques, réalimentation précoce, mobilisation rapide par apprentissage avant l'opération des gestes de rééducation.

La RRA se diffuse aujourd'hui à des gestes lourds alors qu'elle restait jusqu'à maintenant cantonnée à des interventions simples dans le passé.

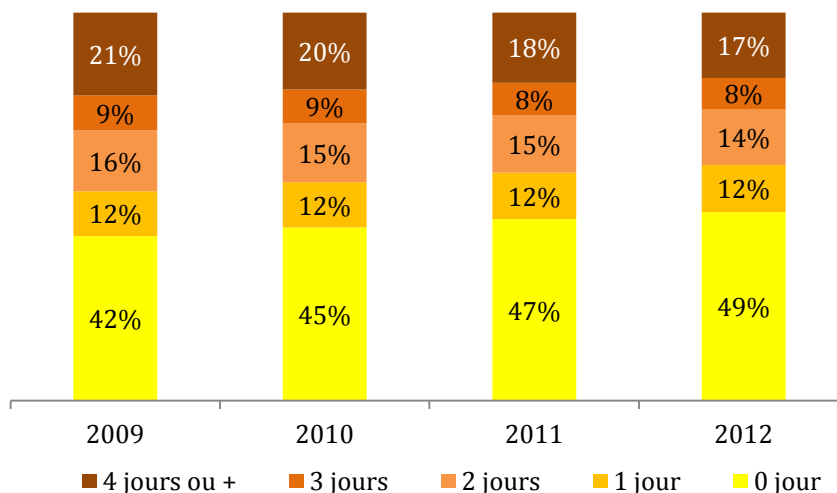
Ces progrès techniques permettent à la fois des transferts en ambulatoire et une réduction globale des durées moyennes de séjour. Ainsi, l'analyse de la répartition des durées de séjour par racine de GHM entre 2009 et 2012 permet d'identifier un accroissement de la part de séjours traités en moins d'une journée (« zéro jour »), qui représentaient 42 % des séjours en 2009, contre 49 % en 2012 pour les séjours de sévérité 1³. Réciproquement, les séjours de quatre jours ou plus, de trois jours et de deux jours diminuent dans la part totale des séjours de chirurgie de sévérité 1⁴.

³ Hors CMD 14 et 15.

⁴ Hors CMD 14 et 15.

Annexe II

Graphique 2 : Évolution de la part respective des séjours par durée de séjour de chirurgie (J et 1 hors CMD 14 et 15) sur la période 2009-2012 (sur 100 %)



Source : ATIH, Répartition des séjours par durée et par racine entre 2009 et 2012, document communiqué à la mission.

2.1.2. Les progrès de l'innovation technique et organisationnelle réduisent progressivement la part des actes qui ne peuvent être éligibles à l'ambulatoire

Si certaines racines de GHM sont communément transférables en chirurgie ambulatoire, (cf. tableau *infra*), **d'autres groupes homogènes de malades (GHM) ne peuvent pas, en l'état actuel de la connaissance médicale, être transférés à ce mode d'hospitalisation.**

Ceci ne signifie toutefois pas qu'elles puissent être prises en charge en ambulatoire à terme : le rythme de diffusion de l'innovation est variable et des progrès très rapides peuvent être réalisés.

Les établissements interrogés par la mission ont souligné que **les polyopathologies** excluent *a priori* une prise en charge en ambulatoire dans tous les cas.

Deux indicateurs peuvent être utilisés pour modérer les possibilités de transferts d'actes chirurgicaux en ambulatoire :

- ◆ les niveaux de sévérité de niveau 3 et 4, qui indiquent des risques liés au patient, sont pour l'instant majoritairement exclus d'un traitement en ambulatoire ;
- ◆ les durées de séjour constatées par GHM sont également un indicateur de la lourdeur relative d'une intervention chirurgicale, même si cet indicateur doit être nuancé : ainsi, une durée de séjour de trois jours peut indiquer à la fois un cas complexe ou une mauvaise gestion des nuitées ; c'est pourquoi il est important d'observer les durées de séjour moyennes nationales, afin d'apprécier si ces durées sont le signe d'une complexité ou d'une déficience d'organisation.

Pour rappel, la mission se fonde sur le croisement de ces deux variables (niveau de sévérité et durée de séjour) pour déterminer des taux de transférabilité applicables aux séjours définis selon le couple niveau de sévérité/durée de séjour (pour la méthode, voir Annexe III).

2.2. Le développement de la chirurgie ambulatoire nécessite la formation du personnel médical et non médical ainsi que leur disponibilité au sein des établissements

2.2.1. Au niveau d'un établissement, la fermeture de lits d'hospitalisation complète pose des difficultés en termes d'organisation

La pratique ambulatoire modifie en profondeur les conditions d'activité des personnels soignants. Elle nécessite une approche progressive en termes managériaux, faute de quoi la remise en cause excessivement rapide des modes d'organisations passés risque d'échouer.

Le changement de méthode de travail dû au placement du patient au centre de la prise en charge rompt avec les organisations antérieures de plusieurs façons :

- ◆ l'unité est conçue autour du parcours de soins et non autour de l'hébergement : ceci entraîne une rupture entre le praticien hospitalier et les lits du service d'hospitalisation complète dans lequel il travaille, dans la mesure où l'UCA est partagée par plusieurs chirurgiens et anesthésistes ;
- ◆ les rythmes de travail sont modifiés (cf. les remarques relatives à l'organisation des plannings) ; les chirurgiens et anesthésistes peuvent à terme « perdre » la main sur leur emploi du temps au profit des responsables de planning ;
- ◆ la qualité de la gestion des flux est plus importante qu'en chirurgie conventionnelle pour la satisfaction du client. Ceci peut conduire les personnels soignants à consacrer plus de temps à la gestion des flux qu'antérieurement.

Le développement de la chirurgie ambulatoire au sein d'un établissement hospitalier nécessite donc de mobiliser le personnel hospitalier, et en particulier la communauté médicale qui pratique la chirurgie ambulatoire au quotidien.

Proposition n° 3 : Inscrire le développement de la chirurgie ambulatoire au rang de priorité dans les établissements de santé, notamment au sein de la CME.

La mission relève que l'identification au sein de la Commission médicale d'établissement (CME) d'un ou plusieurs chirurgiens et anesthésistes désireux de porter le message de développement de la chirurgie ambulatoire est une condition essentielle de réussite de la démarche. Le développement de la chirurgie ambulatoire doit donc également être inscrit au rang de priorité dans le projet d'établissement. Cette recommandation fait également partie des points soulignés par l'ANAP et la HAS.

Un facteur de succès identifié par la mission et par la HAS et l'ANAP consiste en la définition, en amont, des fonctions managériales et des modalités de pilotage. La fonction de coordination de l'UCA est attribuée réglementairement à un médecin, en général un anesthésiste, qui a trois fonctions : encadrer les équipes, organiser les soins et gérer les flux (cette dernière fonction peut être déléguée à un cadre de santé spécialisé). L'existence d'une fonction managériale clairement identifiée tôt dans le processus de développement de la chirurgie ambulatoire est une condition essentielle à son succès.

2.2.2. Le développement de la chirurgie ambulatoire suppose de renforcer la formation initiale et continue des médecins

La formation aux pratiques de l'ambulatoire est un frein, pour certains chirurgiens et anesthésistes, qui empêche le passage à l'ambulatoire.

À ce titre, quatre axes d'amélioration peuvent permettre de réduire l'hétérogénéité des taux de chirurgie ambulatoire entre les établissements :

- ◆ le renforcement de la place de l'ambulatoire au sein du cursus initial de formation des chirurgiens et des anesthésistes : la société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) souligne que cette formation est aujourd'hui limitée à un seul cours⁵, très suivi par les étudiants, mais qui ne suffit pas à les doter des réflexes nécessaires au passage à l'ambulatoire ;
- ◆ le développement de l'internat en ambulatoire est nécessaire à une meilleure diffusion de la connaissance de l'intérêt et des conditions de la pratique de ce type de chirurgie ;
- ◆ le renforcement de la formation continue dispensée aux chirurgiens et aux anesthésistes, afin d'intégrer notamment à cette dynamique les chirurgiens et anesthésistes qui n'ont pas bénéficié d'une formation initiale intégrant l'ambulatoire : à ce titre, la SFAR et l'AFCA d'un diplôme universitaire national concentré sur l'ambulatoire qui s'adresse aux chirurgiens, anesthésistes, cadres de santé, médecins, et aux directeurs d'établissement ;
- ◆ la sensibilisation des chirurgiens, anesthésistes et du personnel soignant non médical aux compétences organisationnelles nécessaires pour assumer la gestion des flux.

Proposition n° 4 : Sensibiliser toutes les parties prenantes à l'unité de chirurgie ambulatoire aux compétences organisationnelles nécessaires pour optimiser le parcours du patient.

2.3. Le parcours ambulatoire du patient peut être rallongé à plusieurs étapes-clés, ce qui perturbe le développement de la chirurgie ambulatoire

2.3.1. Premier frein : les freins empêchant la mise en place d'un bloc opératoire efficient

Comme indiqué *supra*, la proximité et la polyvalence du bloc opératoire sont les deux conditions de son efficience : le bloc doit être proche de l'unité de chirurgie ambulatoire et peut être utilisé à la fois pour la chirurgie ambulatoire et la chirurgie conventionnelle afin d'optimiser le planning des salles (bloc commun).

Les établissements visités ont fait état de difficultés pour adapter les locaux existants aux circuits courts nécessaires au parcours de soin de chirurgie ambulatoire. Ainsi, dans certains centres hospitaliers, l'unité de chirurgie ambulatoire est localisée à un étage distinct du bloc opératoire, ce qui génère des flux ascendants et descendants en ascenseur et ralentit les transferts entre l'unité et le bloc opératoire. De même, certains établissements sont des hôpitaux pavillonnaires : lorsque les spécialités sont réparties sur plusieurs pavillons, l'unité de chirurgie ambulatoire doit être placée le plus proche possible du bloc opératoire.

La mise en place d'un bloc opératoire efficient doit, à organisation physique constante, s'accompagner d'un transfert de l'activité ambulatoire au plus près du bloc commun afin de limiter les déplacements de patients, et ainsi le besoin de brancardage et d'équipes de brancardiers.

⁵ Le cursus de formation est conditionné par le concours de l'internat, ce qui explique le nombre limité d'heures consacré à la chirurgie ambulatoire.

2.3.2. Deuxième frein : l'organisation des plannings est spécifique en chirurgie ambulatoire

Le développement d'une activité de chirurgie ambulatoire suppose une programmation chirurgicale permettant de doter les patients d'un temps de récupération suffisant avant leur remise à la rue.

La chirurgie ambulatoire nécessite d'organiser une arrivée cadencée des patients pour réduire le temps passé au sein de l'établissement et d'augmenter le taux de rotation. Le planning doit ainsi prendre en compte la complémentarité des spécialités : dans tous les cas, il est préférable, pour optimiser le planning opératoire, de disposer d'une diversité de chirurgiens et de volumes élevés.

L'organisation du planning est centrale dans le bon fonctionnement de l'unité de chirurgie ambulatoire : la mission observe qu'il est de bonne pratique de confier cette responsabilité à un cadre de bloc. Ce dernier a donc « la main » sur les plannings des interventions. La mission observe que certains établissements du secteur ex-OQN ont créé de nouvelles fonctions correspondant à un manager de bloc.

Que le bloc soit commun ou les salles dédiées à l'ambulatoire et à la chirurgie conventionnelle séparées, de nombreux établissements se heurtent à une concurrence sur la plage opératoire du matin entre :

- ◆ les opérations réalisées en chirurgie ambulatoire, programmée le plus tôt possible pour permettre la récupération des patients ;
- ◆ les opérations les plus complexes d'hospitalisation complète, que les chirurgiens ont l'habitude de privilégier au début de leur vacation opératoire du fait de leur technicité.

Les chirurgiens interrogés par la mission ont souligné leur réticence à l'égard de la priorisation systématique de la chirurgie ambulatoire en début de journée, sachant la complexité de certaines opérations en chirurgie conventionnelle qu'ils souhaitent effectuer le matin. Cette situation est d'autant plus difficile lorsque les chirurgiens libéraux imposent leurs vacations opératoires à l'établissement.

Idéalement, il convient de d'utiliser un bloc le matin pour les interventions lourdes et un autre pour les interventions ambulatoires. L'après-midi, les opérations moyennement complexes et les interventions de chirurgie ambulatoire peuvent ainsi être réalisées⁶. Ceci nécessite à l'évidence deux blocs communs, ce qui représente un coût : chaque établissement doit donc déterminer, au vu de la nature de ses activités, quelle est l'organisation optimale.

L'optimisation des plannings, c'est-à-dire du taux d'occupation des salles, est favorisée par le recours à des vacations par discipline plutôt qu'à des vacations par chirurgien (vacation nominative). Dans les faits, ceci permet au gestionnaire du planning d'éviter des « trous » dans le planning, ce qui peut arriver si la vacation est nominative. Enfin, la création de créneaux dédiés à l'ambulatoire dans les blocs communs est également un facteur d'optimisation des flux.

⁶ La réalisation de la chirurgie ambulatoire dans l'après-midi peut entraîner une complexité de la prise en charge post-opératoire : ainsi, en urologie, le mode d'anesthésie locorégionale (rachi-anesthésie) restreint le recours à l'ambulatoire en deuxième moitié de journée, sauf à sortir avec une sonde à demeure qui doit être retirée secondairement.

Annexe II

C'est principalement l'autonomie de l'équipe en charge de la programmation qui est le facteur déterminant de l'optimisation des taux d'occupation des salles. Les gestionnaires de flux (cf. encadré *supra*), sous la supervision du médecin coordonnateur, doivent être en mesure de construire le planning opératoire après l'ordonnancement⁷. Ceci est la condition nécessaire à une optimisation des flux : ce transfert de responsabilité est un changement majeur pour les chirurgiens et anesthésistes qui doivent être accompagnés.

Proposition n° 5 : Confier la gestion du planning opératoire à un cadre de bloc (ou *manager*) non médecin et privilégier les vacances par discipline plutôt que par chirurgien.

2.3.3. Troisième frein : l'autorisation de sortie du patient

L'autorisation de sortie du patient est techniquement fondée sur un score normé, apprécié par les infirmières, comme le score de Chung ou de Kortilla, qui permet d'évaluer la capacité du patient à rentrer chez lui.

Dans les faits, l'article D6124-101 du code de la santé publique prévoit que « le médecin anesthésiste-réanimateur autorise, en accord avec le médecin ayant pratiqué l'intervention, la sortie du patient de l'établissement dans le cas d'une intervention effectuée dans une structure de soins alternative à l'hospitalisation pratiquant l'anesthésie ou a chirurgie ambulatoire ».

À la suite de cet accord s'appliquent les dispositions de l'article D6124-304 du code de la santé publique. Celles-ci concernent plus spécifiquement le bulletin de sortie, signé par l'un des médecins de la structure, et remis au patient avant son départ.

Encadré 3 : Extrait de l'article D6124-304 du code de la santé publique

[...] lorsque la structure de soins pratique l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire, chaque patient reçoit un bulletin de sortie avant son départ de la structure. Ce bulletin, signé par l'un des médecins de la structure, mentionne l'identité des personnels médicaux ayant participé à l'intervention, les recommandations sur les conduites à tenir en matière de surveillance postopératoire ou anesthésique et les coordonnées de l'établissement de santé assurant la permanence et la continuité des soins.

La signature du bulletin de sortie peut constituer un frein à la sortie précoce du patient. L'intervention de la signature d'un médecin avant la sortie du patient peut parfois intervenir tardivement, en fin de journée, ce qui conduit à des temps d'attente excessivement longs pour le patient et réduit son confort. Ce temps d'attente dépend du planning opératoire du médecin et de sa capacité à « s'extraire » du bloc opératoire pour signer les autorisations de sortie.

Les cadres gestionnaires de l'unité de chirurgie ambulatoire doivent donc prévoir, pour éviter des temps d'attente injustifiés après l'opération, des sorties régulières des anesthésistes ou des chirurgiens des blocs opératoires entre deux interventions afin de garantir des sorties fréquentes de patients.

La mission a constaté que certains établissements considèrent que la signature du bulletin de sortie pouvait éventuellement être confiée à un personnel soignant non médecin dans certains cas. La mission n'étant pas qualifiée pour émettre une recommandation à ce sujet, mais considérant qu'il existe à ce sujet une potentielle simplification, recommande de saisir les sociétés savantes et la HAS à ce sujet pour identifier les cas où une telle délégation pourrait se justifier.

⁷ L'ordonnancement est l'inscription du patient au programme opératoire après la consultation.

Proposition n° 6: Saisir les sociétés savantes et la HAS d'un avis portant sur l'identification des cas où une délégation de la signature du bulletin de sortie à un personnel soignant non médecin serait envisageable dans des conditions de sécurité égales.

2.4. L'adhésion à la démarche ambulatoire n'est pas systématique de la part des patients

2.4.1. Les réticences psychologiques des patients et des médecins de ville

Un patient doit toujours être en mesure de choisir son mode de prise en charge et ce dernier ne peut être imposé. Certains patients font état de réticences à l'égard de la chirurgie ambulatoire, ce qui suppose, pour les établissements, de les convaincre de l'intérêt de ce mode d'hospitalisation.

La bonne information du patient suppose des consultations plus longues conduites par les chirurgiens afin d'expliquer en détail aux patients l'organisation de l'opération ainsi que les conséquences post-opératoires.

Les facteurs d'insatisfaction fréquemment cités dans les études réalisées par les établissements de santé sont :

- ◆ la qualité de l'accueil ;
- ◆ la qualité de la prise en charge chirurgicale, médicale et non médicale ;
- ◆ la qualité de la visite pré-opératoire ;
- ◆ les délais d'attente (avant et après l'opération, si l'organisation ne permet pas des arrivées et des départs séquencés) ;
- ◆ la qualité de l'information des patients ;
- ◆ la douleur ;
- ◆ le confort ;
- ◆ le parking ;
- ◆ les repas ;
- ◆ l'hygiène ;
- ◆ le brancardage.

Les établissements interrogés par la mission ont mis en évidence les difficultés pour les chirurgiens et anesthésistes de convaincre des patients mal informés et sceptiques à l'égard de la chirurgie ambulatoire. Les doutes exprimés sont liés à la fois au déficit d'information au niveau national et au scepticisme ou au manque d'information des médecins de ville qui orientent les patients vers l'hôpital.

Les interlocuteurs de la mission ont mis en avant plusieurs axes d'amélioration qui pourraient permettre de modérer la méfiance des patients *a priori* à l'égard d'une prise en charge en ambulatoire.

Proposition n° 7: Continuer à communiquer sur le thème de l'amélioration de la qualité de la prise en charge permise par la chirurgie ambulatoire.

Il apparaît nécessaire de diffuser, au niveau national, un message rassurant et constructif sur la chirurgie ambulatoire :

- ◆ lancer une campagne nationale pour déjouer les préjugés à l'égard de la chirurgie ambulatoire, en valorisant la qualité de la prise en charge ainsi que la sécurité des interventions chirurgicales ;

Annexe II

- ◆ montrer qu'une nuit à l'hôpital n'est pas systématique en sensibilisant les patients sur leur caractère superflu pour certaines opérations : certaines ARS ont lancé des campagnes de communication régionales en partenariat avec l'Assurance-Maladie ;
- ◆ sensibiliser les médecins de ville à l'intérêt d'une prise en charge en ambulatoire en prévoyant une formation initiale relative à la chirurgie ambulatoire dès la première année de médecine : les sociétés savantes ont notamment proposé que tous les externes aient vocation à s'orienter dans toutes les spécialités soient informés des enjeux médicaux et financiers qui sous-tendent le développement de ce mode de prise en charge.

2.4.2. Les caractéristiques de la patientèle qui empêchent le développement de la chirurgie ambulatoire sont d'ordre médical et psycho-social

L'objectif de faire de la chirurgie ambulatoire la pratique de référence signifie que tout acte est, *ab initio*, réalisable en chirurgie ambulatoire. Selon ce raisonnement, il est nécessaire d'identifier des critères suffisants pour exclure ce mode de prise en charge. Le même principe s'applique aux critères médicaux et sociaux : tout patient devrait être considéré comme éligible jusqu'à ce que le médecin détermine que sa condition médicale ou sa situation psycho-sociale l'empêche.

Comme l'indiquent les recommandations de la SFAR de 2009, le « concept fondamental est triptyque acte/patient/structure qui correspond à l'analyse du bénéfice/risque pour le patient, à la prévisibilité de sa prise en charge et de l'organisation mise en place »⁸.

- ◆ **Les caractéristiques médicales des patients peuvent être un obstacle à une prise en charge en ambulatoire**

Les caractéristiques médicales de la patientèle peuvent être un frein au transfert de l'activité de chirurgie conventionnelle vers une prise en charge ambulatoire. Ainsi le niveau de sévérité minimise le taux de recours à la chirurgie ambulatoire⁹.

Toutefois, l'évolution des techniques d'anesthésie et de chirurgie peut être un levier pour réduire la part des patients écartée pour des raisons médicales d'un traitement en ambulatoire.

À titre d'exemple, plusieurs chirurgiens et anesthésistes rencontrés par la mission ont souligné que l'âge ne devait plus être un facteur exclusif *a priori* d'un traitement en ambulatoire, voire être considéré comme un facteur en faveur de ce mode d'hospitalisation. En effet, compte tenu des désagréments provoqués par l'hospitalisation complète d'un patient d'âge avancé fragile, et notamment des risques de pertes de repères, il est possible de privilégier une opération en ambulatoire pour les personnes âgées.

⁸ Les 71 recommandations de la SFAR datées de 2009 sont disponibles à l'adresse suivante : http://www.sfar.org/_docs/articles/207-rfe_ambulatoire2009.pdf

⁹ Les recommandations de la SFAR abordent la condition du patient sous l'angle du statut ASA : elle recommande que les patients de statut ASA I, II et III stable soient éligibles à l'ambulatoire. L'analyse du rapport bénéfice risque fonde le principe de cette sélection au cas par cas.

Le *case mix* des établissements peut être de nature à minorer le potentiel de prise en charge en ambulatoire. Toutefois, compte tenu des progrès techniques constatés par les sociétés savantes, et des possibilités croissantes de transférer des niveaux de sévérité 3 en ambulatoire - sous réserve d'une coordination avec les soins de ville - les différentiels de *case-mix* seront à l'avenir de moins en moins déterminants pour justifier le manque de dynamisme de la chirurgie ambulatoire¹⁰.

◆ **La précarité des patients est un facteur qui tend à diminuer le potentiel de prise en charge en ambulatoire**

La précarité des patients génère plusieurs problématiques qui tendent à minimiser les cohortes susceptibles d'être prises en charge en ambulatoire, notamment dans des territoires plus sensibles d'un point de vue socio-économique.

Dans tous les cas, comme le recommande la SFAR, les conditions de la compréhension et de l'acceptation des modalités de prise en charge par le patient doivent être comprises. La précarité s'accompagne en effet souvent d'un isolement social qui rend difficile la mobilisation d'accompagnants pour l'assistance à domicile post-opératoire.

En ce qui concerne l'existence d'un accompagnant du patient, la SFAR recommande de s'assurer que lors du trajet du retour à son lieu de résidence post-opératoire, le patient ne conduise pas un véhicule et qu'il soit raccompagné par un tiers. Toutefois, cette recommandation est nuancée par la SFAR dans la mesure où elle conseille également que « la présence d'un accompagnant au lieu de résidence post-opératoire soit évaluée en fonction du couple acte-patient et soit définie au préalable par les acteurs de la structure en fonction de l'organisation mise en place ».

Certains chirurgiens et anesthésistes rencontrés par la mission ont par ailleurs souligné la rigidité de la règle uniforme imposant un accompagnant pour chaque patient pris en charge en ambulatoire. Cette rigidité est double :

- ◆ elle ne prend pas en compte la technicité ni la lourdeur de l'opération chirurgicale subie par le patient ;
- ◆ elle ne prend pas en compte l'environnement géographique du patient, et notamment sa proximité relative avec un centre médical en mesure d'apporter une assistance en cas de complications.

Pour faciliter la prise en charge en ambulatoire des patients confrontés à des difficultés d'éloignement géographique ou des conditions de logement ne permettant pas l'accueil d'une personne immédiatement après son opération, certains établissements disposent de places d'hébergement hôtelier qu'ils peuvent mobiliser à cet effet. Ces capacités hôtelières ont été installées à l'origine pour permettre d'héberger des membres de la famille des patients. Elles sont généralement gérées par une association qui passe convention avec l'établissement. La prise en charge financière de l'hébergement ainsi proposée obéit à des schémas variés qui font souvent intervenir, outre l'établissement et les patients concernés, les CPAM et les mutuelles des patients.

Par exemple dans un établissement visité par la mission, l'hôpital a passé convention avec la Croix-Rouge, gestionnaire de ces places d'hébergement. Le financement des places fait intervenir les patients et la CPAM via son fonds d'aide sanitaire et sociale¹¹.

¹⁰ Hubert Le Hetet, « Valorisation de l'activité de chirurgie ambulatoire par le développement d'un réseau de coordination ville-établissement de santé », Congrès de la SFAR en 2012

¹¹ Le coût de revient des places est au total pris en charge à hauteur d'un tiers par la CPAM (environ 33€ la place). La participation de la CPAM au financement des nuitées varie selon la situation des personnes hébergées (de 75% à 0%).

Annexe II

Dans un autre établissement, un projet en cours vise à « *répondre aux besoins d'hébergement des personnes dont la distance entre le centre hospitalier et le domicile est trop importante pour envisager l'aller-retour, l'acte ambulatoire et la surveillance dans la même journée (...) c'est une réponse concrète à l'isolement social des populations urbaines vieillissantes*¹² ». Le tarif des chambres proposée est de 45 €, à ce jour non pris en charge par la CPAM ni les mutuelles¹³. Enfin la MSA a mis en place des expérimentations d'hôtels hospitaliers avec prise en charge des nuitées dans le cadre de son plan de développement de la chirurgie ambulatoire.

On constate donc en pratique une diversité de situations tant du point de vue des objectifs que de la gestion et du financement des nuitées d'hôtels. Il semble donc nécessaire d'organiser en premier lieu sous l'égide des ARS un recensement des dispositifs existants, de leurs objectifs et de leur mode de gestion et de financement. En second lieu, il conviendrait de définir un cadre unifié d'expérimentation permettant d'évaluer le supplément de séjours de chirurgie ambulatoire enregistrés grâce à cette possibilité d'hébergement et les économies réalisées par rapport au coût d'une nuitée d'hospitalisation. Les conditions de prise en charge des dépenses de nuitées d'hôtel entre l'hôpital, l'Assurance-Maladie, les mutuelles et les patients pourraient relever de l'initiative locale dans un premier temps. Les protocoles devraient prévoir de façon précise les conditions d'une prise en charge intégrale du coût des chambres par l'assurance maladie et/ou l'hôpital (indications médico-socio-environnementales). Les évaluations des protocoles seraient assurées par les ARS avec établissement d'un bilan national.

Proposition n° 8 : Mettre en place un cadre national d'expérimentation en matière d'hôtels hospitaliers permettant d'évaluer de façon précise les gains de séjours de chirurgie ambulatoire ainsi obtenus, les motifs de recours, les dépenses associées et le différentiel qui en résulte par rapport à des séjours réalisés en hospitalisation conventionnelle.

¹² Document de synthèse HUS : développement d'un hôtel hospitalier.

¹³ Toutefois dans le cadre d'un autre projet « Hospital » lié à l'IHU, l'assurance-maladie aurait accepté à titre expérimental de participer au financement de l'hébergement hôtelier pour des interventions très innovantes.

2.5. Le développement de la chirurgie ambulatoire suppose d'améliorer l'articulation de l'hôpital avec les soins de ville en amont et en aval des interventions et de faciliter l'implication de ces professionnels

Les coopérations organisées entre l'hôpital et la ville en vue de développer la chirurgie ambulatoire sont actuellement peu répandues même si la plupart des établissements rencontrés ont indiqué souhaiter renforcer le lien entre l'hôpital et la médecine de ville pour améliorer les parcours des patients.

La mission a constaté néanmoins que les contributions attendues des professionnels de santé de ville, au-delà des déclarations de principe, faisaient l'objet d'attentes hétérogènes et parfois contradictoires. Certaines dispositions réglementaires limitent leurs possibilités d'intervention. Leur disponibilité ne peut toujours être garantie en particulier dans les territoires sous-dotés. Certains établissements préfèrent donc pour certains types d'interventions plus lourdes recourir aux services d'hospitalisation à domicile.

2.5.1. Les coopérations entre l'hôpital et la ville sont peu répandues et font l'objet d'attentes très variables

L'attente la plus fréquemment exprimée par les acteurs hospitaliers concerne l'amélioration de l'information et de la formation des médecins généralistes sur la chirurgie ambulatoire, ceux-ci étant jugés généralement insuffisamment au fait de ses progrès et en conséquence parfois réticents. De leur côté, les médecins généralistes font valoir que les établissements ne les associent ni en amont ni en aval pas à la prise en charge de leurs patients. Compte tenu du rôle essentiel joué par le médecin traitant vis-à-vis des patients¹⁴, promouvoir leur information apparaît une action clé, reprise dans la plupart des plans d'action des ARS en faveur de la chirurgie ambulatoire. Quelques initiatives existent par ailleurs pour promouvoir de véritables coopérations organisées mais leur développement apparaît freiné par l'absence de vision partagée des rôles des professionnels de ville dans les parcours des patients.

2.5.1.1. Les initiatives visant à renforcer les liens hôpital-ville restent peu nombreuses dans l'ensemble

Les ARS s'attachent à promouvoir quelques actions, parmi lesquelles on peut citer :

- ◆ prise en compte du lien ville-hôpital dans les critères d'un appel d'offre « intéressement au développement de la chirurgie ambulatoire »¹⁵ ;
- ◆ intégration de la thématique chirurgie ambulatoire dans le développement professionnel continu des médecins généralistes participant aux groupes qualité¹⁶ ;

¹⁴ Différents sondages font régulièrement état de taux de confiance élevés vis-à-vis des médecins traitants (90 %) et de façon générale vis-à-vis des professionnels de santé.

¹⁵ ARS Bretagne : deux critères qualitatifs (coordination avec la médecine de ville pré-opératoire, dossier de liaison ville-hôpital) parmi les dix retenus pour bénéficier de l'intéressement ; 3 critères quantitatifs étaient retenus par ailleurs.

¹⁶ Cf. ARS Bretagne : groupes d'échanges de pratiques entre médecins abordant différentes thématiques ; les animateurs de ces groupes ont bénéficié d'une formation préalable sur la chirurgie ambulatoire à l'initiative de l'ARS.

Annexe II

- ◆ accompagnement à domicile des patients par des infirmières libérales dans le cadre d'un partenariat entre un centre hospitalier public et une union régionale de professionnels de santé infirmiers¹⁷ ; les infirmières assurent deux visites au domicile des patients en J0 et J+1 et prennent contact si nécessaire avec le médecin traitant.

On peut également citer une démarche ancienne menée à l'initiative d'une clinique et d'une URML visant à impliquer un réseau de médecins généralistes dans la prise en charge des patients opérés en ambulatoire¹⁸.

Au total, les coopérations organisées entre établissements hospitaliers et soins de ville restent limitées même si la plupart des acteurs hospitaliers déclarent y être favorables.

2.5.1.2. Les contours exacts des prestations attendues des professionnels de ville nécessitent d'être précisés

S'agissant des médecins traitants, un point de consensus peut être identifié sur son rôle de relais en matière d'information du patient sur les avantages de la chirurgie ambulatoire. Les acteurs hospitaliers souhaitent que le médecin traitant soit en mesure d'informer et de rassurer le patient en amont et en aval de l'intervention.

D'autres interlocuteurs, dont la SFAR, ont souligné auprès de la mission que si jusqu'à présent le médecin traitant était rarement appelé à intervenir dans la prise en charge post-opératoire du patient, cette situation allait sans doute évoluer avec l'inclusion progressive en ambulatoire de patients présentant des maladies chroniques : le médecin traitant ayant vocation à l'avenir à remettre en route les traitements habituels de ces patients, interrompus le temps de l'intervention.

S'agissant des infirmiers, la plupart des interlocuteurs de la mission estiment que leur rôle devrait aussi s'accroître avec la prise en charge en ambulatoire d'interventions plus lourdes, nécessitant la gestion de dispositifs médicaux tels que la pose et le retrait de cathéters péri-nerveux ou le suivi et l'ablation des redons. Comme il a été vu précédemment, leur intervention systématique au titre de l'accompagnement aval des patients pour certaines interventions est aussi préconisée par certains acteurs. L'intervention accrue des infirmiers de ville sous réserve de leur formation préalable pourrait aussi faciliter le passage en ambulatoire de certains types d'intervention aujourd'hui suivies d'une hospitalisation en raison des gestes techniques qu'elles nécessitent dans les suites de l'intervention¹⁹. Dans cette perspective, le recours à des dispositifs de type PRADO tels que portés par l'assurance maladie pourraient utilement être développés.

Proposition n° 9 : Lancer une action nationale de sensibilisation et d'information des médecins de ville et aux bénéficiaires de la chirurgie ambulatoire et intégrer cette thématique dans les modules de développement professionnel continu qui leur sont destinés.

Proposition n° 10 : veiller dans le cadre de la contractualisation ARS-établissement à ce que l'information systématique des médecins traitants soit assurée en amont et en aval des séjours de chirurgie ambulatoire et encourager la mise en place d'outils d'interface adaptés avec les UCA (téléphone et messagerie sécurisée).

¹⁷ CH de Compiègne et URPS, expérimentation soutenue financièrement par l'ARS.

¹⁸ Clinique de Cesson-Sévigné en Bretagne en 2005 ; l'expérimentation ne s'inscrivait néanmoins pas parfaitement dans les standards de prise en charge, le suivi post-opératoire étant en partie délégué au médecin traitant. En revanche, plusieurs éléments du protocole présentaient un réel intérêt (information immédiate des médecins traitants, accès organisé et aisé à l'UCA, exploitation en commun des données de suivi des patients).

¹⁹ Par exemple retrait d'une sonde urétrale suite à une résection prostatique.

Annexe II

Toutefois, il doit être noté que des points de vue critiques vis-à-vis de la nécessité d'impliquer les professionnels de ville dans les parcours des patients ambulatoires ont également été exprimés²⁰, en particulier de la part de la HAS et de l'Association française de chirurgie ambulatoire. Pour ces acteurs, une condition clé de la qualité et de la sécurité des soins en chirurgie ambulatoire réside dans l'anticipation minutieuse et la maîtrise des besoins du patient à l'issue de son intervention une fois revenu à son domicile. Le patient doit avoir à sa disposition tous les traitements et les dispositifs médicaux qui lui sont nécessaires, il doit avoir reçu et avoir à sa disposition toute l'information nécessaire sur les manifestations habituelles dans les suites de l'intervention et être en mesure d'y faire face. En cas de signe clinique d'alerte, il doit joindre l'établissement où il a été opéré et s'y rendre sans délai en cas de nécessité. La présidente de l'AFCA souligne que les progrès dans les techniques de pansement et de gestion de la douleur rendent aujourd'hui possible le retour à domicile des patients même pour des interventions plus lourdes telles que les cholécystectomies ou la chirurgie de l'épaule sans nécessité d'intervention des professionnels libéraux du moins des médecins traitants.

On peut estimer toutefois que la mise en œuvre de protocoles de sortie délimitant précisément les prescriptions de soins à domicile et d'aides²¹ nécessaires pour certaines interventions plus lourdes dorénavant pratiquées en chirurgie ambulatoire serait de nature à répondre à la fois au souci d'anticipation et de rigueur exprimé et au besoin d'accompagnement des patients concernés.

La mission estime qu'il serait donc utile d'identifier précisément avec les acteurs concernés les types d'interventions justifiant d'établir des protocoles de sortie prévoyant le recours à des soins de ville à domicile et précisant leur contenu. De façon plus générale, il conviendrait de définir un cadre permettant de suivre et d'évaluer les dispositifs de coopération ville – hôpital mises en place au triple plan du développement de la chirurgie ambulatoire, de la qualité et de l'efficacité des prises en charge. Les cadres mis en place pour le suivi et l'évaluation des expérimentations PRADO²² et des dispositifs PAERPA pourraient être capitalisés à cet effet.

On peut également ranger parmi les questions qui méritent des compléments d'expertise celle du recours éventuel aux outils de la télémédecine pour faciliter le suivi à domicile des patients.

Proposition n° 10 : Confier à la HAS le soin de préciser les objectifs et les conditions d'intervention éventuelles des médecins traitants et des professionnels de soins de ville dans la prise en charge aval des patients de chirurgie ambulatoire, en particulier pour les gestes et les patients qui nécessitent un suivi post-opératoire ; intégrer dans ces travaux la question des aides à la vie²³ éventuellement nécessaires.

²⁰ Réserve faite de la nécessité d'information du médecin traitant.

²¹ Pour certaines interventions, les patients ont besoin notamment de services d'aides ménagères et d'aide aux gestes de la vie quotidienne lors du retour à domicile.

²² Programme d'accompagnement du retour à domicile, développé notamment pour les suites de certaines interventions de chirurgie orthopédique –cf. rapport « charges et produits 2014 ». Dans le cadre des programmes PRADO, un intervenant rémunéré par l'Assurance maladie assure la coordination de l'accompagnement à domicile.

²³ Cf. terminologie assurance maladie utilisée pour PRADO : besoin d'aides ménagères, etc.

2.5.2. *Le recours à l'hospitalisation à domicile en aval de la chirurgie ambulatoire devrait rester exceptionnel*

Certains acteurs hospitaliers ont indiqué recourir à l'hospitalisation à domicile en aval des interventions de chirurgie ambulatoire pour les patients qui selon le nécessitent.

L'hospitalisation à domicile (HAD) permet de prodiguer aux patients avec des pathologies lourdes et complexes de bénéficier des soins coordonnés requis par leur état à domicile. Comme le rappelle l'AFCA, elle répond à trois principaux types de besoin de soins, les soins palliatifs, la chimiothérapie, et les pansements complexes. Sa mise en œuvre nécessite l'accord du médecin traitant qui coordonne la prise en charge.

Les acteurs institutionnels²⁴ et les sociétés savantes concernées estiment unanimement que cette pratique, contradictoire avec la notion même d'alternative à l'hospitalisation qui caractérise la chirurgie ambulatoire, doit être combattue. Ils font valoir que si le suivi post-opératoire du patient nécessite de mobiliser les moyens de la HAD, la logique est alors de pratiquer l'intervention dans le cadre d'une hospitalisation complète.

Les partisans du recours ponctuel à la HAD estiment au contraire que la HAD constitue un moyen approprié pour étendre le périmètre des interventions chirurgicales pratiquées en ambulatoire²⁵ et que la prise en charge des patients est au total moins coûteuse que l'hospitalisation complète pour les interventions non soumises au tarif unique²⁶.

Le question du recours à la HAD se présente en définitive comme une alternative - plus coûteuse - au recours à des soins de ville en aval et soulève donc les mêmes objections de principe de la part de acteurs institutionnels et des sociétés savantes qui redoutent l'impact négatif d'un recours plus ou moins systématique à ces modes d'accompagnement des patients à domicile. Deux risques peuvent être identifiés à cet égard :

- ◆ un risque pour la qualité des prises en charge en chirurgie ambulatoire à l'hôpital ; celle-ci nécessite en effet d'identifier et de répondre en amont de l'intervention à l'ensemble des besoins de prise en charge des patients. Le fait de s'appuyer en aval de la sortie d'hospitalisation sur des prestataires de soins de ville, que ce soit dans le cadre de l'hospitalisation à domicile ou celui de la sollicitation de professionnels de santé de ville fait peser le risque d'une moindre responsabilisation de l'hôpital vis-à-vis des suites de l'intervention ;
- ◆ un risque de banalisation des dispositifs de HAD vers des prestations de type soins infirmiers à domicile pour des patients dont l'état de santé ne requiert pas de coordonner des soins complexes et multiples mais simplement un accompagnement dans les suites de l'hospitalisation. Il s'agirait alors d'une sorte d'équivalent hospitalier de dispositifs type PRADO.

Certains estiment que ce type d'évolution de la HAD répondrait à des besoins réels et croissants d'accompagnement des patients à la sortie de l'hôpital, présentant pour les prescripteurs hospitaliers l'avantage d'une réponse organisée de qualité et sécurisante. Il reste qu'il conviendrait toutefois alors d'en faire un dispositif distinct, tant sur le plan des objectifs de prise en charge que sur celui des tarifs et du statut juridique.

²⁴ Source : Haute autorité de santé (HAS).

²⁵ Par exemple en cas de *photovaporisation laser pour hypertrophie de la prostate* : il est nécessaire d'assurer en aval la surveillance de la sonde urinaire, de procéder à son ablation et de contrôler la reprise de la miction. Cette surveillance implique de recourir à des soins infirmiers. L'intervention d'un infirmier est également nécessaire pour la surveillance et le retrait des cathéters péri-nerveux.

²⁶ Le coût journalier d'une place de HAD est de l'ordre de 140 €. Le coût de revient de l'intervention à domicile d'une infirmière libérale (acte médico-infirmier type 4+ déplacement) est de l'ordre de 16 €.

Annexe II

Au total, la mission estime que le recours à la HAD pour accompagner les patients de chirurgie ambulatoire de retour à leur domicile devrait rester limité aux patients dont l'état de santé le justifie²⁷.

Proposition n° 11 : réserver le recours à l'hospitalisation à domicile en aval de la chirurgie ambulatoire aux patients dont l'état de santé nécessite impérativement une prise en charge coordonnée de soins complexes ; expérimenter en parallèle dans le cadre d'appels à projets de nouveaux services plus légers d'intervention à domicile, n'ayant pas le caractère d'hospitalisation, dont les services de HAD pourraient se porter promoteurs .

Les débats autour de la HAD révèlent en tout état de cause les craintes d'une partie des chirurgiens et des anesthésistes vis-à-vis d'une éventuelle augmentation des effets indésirables consécutifs à l'intervention liés au retour du patient à domicile susceptible de mettre en cause leur responsabilité.

2.5.3. Le développement de l'implication des professionnels de ville nécessite de clarifier et compléter le cadre juridique et financier de leur intervention et de renforcer leur formation

Le développement de l'implication des infirmiers dans le suivi à domicile des patients est actuellement freiné par l'absence de cotation adaptée des actes qu'ils accomplissent dans ce cadre. Ainsi, dans l'expérience menée en Picardie, il a été souligné qu'il n'existait pas de cotation adaptée pour les interventions assurées par les infirmières dans ce cadre. De même, la plupart des interventions susceptibles de se développer ne sont pas non plus cotées puisqu'elles ne sont pratiquées aujourd'hui qu'à l'hôpital.

De plus, les infirmiers ne sont aujourd'hui autorisés à pratiquer certains actes tels que le retrait de cathéters péri-nerveux que sous la responsabilité d'un médecin, ce qui pose des difficultés évidentes dans le cas des soins de ville à domicile.

En revanche, il peut être précisé que la règle selon laquelle aucune consultation individuelle ne peut être facturée au patient dans les 15 jours suivant l'intervention ne s'applique qu'aux chirurgiens et aux anesthésistes ayant pratiqué l'intervention. Elle ne concerne pas les médecins généralistes ni les infirmiers susceptibles d'intervenir au domicile du patient²⁸.

La question de la responsabilité des chirurgiens et des anesthésistes libéraux qui prennent en charge des patients en ambulatoire a également été soulevée, la crainte existant que davantage d'évènements indésirables surviennent dans le cadre du retour à domicile du patient, avec des conséquences éventuelles tant judiciaires que sur leur assurance de responsabilité civile professionnelle. Plus largement, la perspective d'une implication accrue des professionnels de ville pour le suivi d'actes effectués à l'hôpital nécessite de préciser le cadre juridique des responsabilités respectives des intervenants.

Enfin, tous les intervenants ont souligné la nécessité de développer des formations adaptées pour les professionnels de ville souhaitant participer à la prise en charge des patients de chirurgie ambulatoire, ce qui nécessite de préciser les modalités de mise en place et de financement de ces formations.

²⁷ Patients en cours de traitement pour un cancer par exemple.

²⁸ Cf. réponse de la Direction de la sécurité sociale sollicitée par la mission sur l'interprétation de l'article L162-1-7 du code de la sécurité sociale sur ce point: « Ces dispositions s'appliquent donc bien pour **tous les types de chirurgie** et les actes interventionnels réalisés en établissement de santé mais uniquement **pour le médecin qui a réalisé l'acte** ».

Proposition n° 12 : adapter en tant que de besoin la nomenclature des actes infirmiers aux besoins nouveaux de prise en charge d'aval des patients de chirurgie ambulatoire à leur domicile.

Proposition n° 13 : développer la formation des infirmiers de ville à des gestes techniques de soins pratiqués jusqu'à présent dans le cadre hospitalier (en particulier à l'initiative des établissements concernés).

Encadré 4 : La question du RSI

Des indemnités journalières sont versées à l'artisan, commerçant ou industriel qui se trouve dans l'incapacité physique temporaire constatée par le médecin traitant de travailler en raison notamment d'une maladie ou d'un accident. Elles sont attribuées après avis du service médical de la caisse RSI (dans les faits, un organisme conventionné). L'indemnité journalière est versée à compter du 4^{ème} jour d'hospitalisation (délai de carence de trois jours) ou du 8^{ème} en cas de maladie ou d'accident (délai de carence de sept jours).

Dans les faits, la transmission du bulletin d'hospitalisation à la mutuelle peut poser problème dans la mesure où le patient doit demander un bulletin de situation à transmettre à sa caisse ou à son employeur. Les bulletins ne sont pas adressés systématiquement aux caisses.

3. La chirurgie ambulatoire génère un double dividende : elle a pour objectif premier l'amélioration de la qualité de prise en charge et permet dans un deuxième temps des économies

3.1. Le développement de la chirurgie ambulatoire est d'abord justifié par une volonté d'apporter une qualité de prise en charge accrue

Les économies potentielles générées par le développement de la chirurgie ambulatoire (voir 5.2) ne sont possibles que grâce à l'amélioration de la prise en charge en chirurgie ambulatoire : elles en sont le produit.

A contrario, une démarche qui aborderait le développement de la chirurgie ambulatoire seulement sous l'angle des économies à dégager risquerait de conduire à négliger la nécessité de développement progressif identifiée *supra* (respect des étapes, levée préalable des freins psychologiques et culturels avant la création d'une UCA dédiée).

3.1.1. Le développement de la chirurgie ambulatoire doit permettre une maîtrise accrue des risques liés à l'hospitalisation pour le patient tout en améliorant son confort

La chirurgie ambulatoire doit permettre le développement de la qualité et de la sécurité des soins chirurgicaux. La littérature scientifique disponible à ce sujet a été rassemblée par la HAS et l'ANAP dans le document intitulé « Socle de connaissances » daté d'avril 2012.

Les risques associés classiquement à l'hospitalisation sont les suivants :

- ◆ la mortalité et la morbidité²⁹ ;

²⁹ La morbidité ne fait pas l'objet d'une définition unique. Elle correspond de manière générale à un événement malencontreux lié à la procédure chirurgicale, avec la possibilité d'un préjudice grave au cours des deux semaines suivantes l'opération. Les principaux événements concernés sont : l'accident vasculaire cérébral, l'infarctus du myocarde, l'embolie pulmonaire, la thrombose veineuse profonde, la stase pulmonaire, la sepsis, la pneumonie et l'ulcère gastro-duodéal.

Annexe II

- ◆ les infections associées aux soins (maladies nosocomiales) : un des bénéfices fréquemment avancé de la chirurgie ambulatoire est la réduction du nombre d'infections associées aux soins ;
- ◆ les symptômes postopératoires indésirables : la douleur post-opératoire et les nausées et vomissements post-opératoires.

Les principaux résultats de ces études sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Synthèse des conclusions relatives aux risques en chirurgie ambulatoire

Thème	Études	Résultats	Limites
Mortalité et morbidité majeures	Neuf études observationnelles publiées entre 1980 et 2012	Mortalité rare Taux de morbidité sévère faibles	Définition non commune de la morbidité Faiblesse méthodologique de la comparaison avec la chirurgie conventionnelle
Infections nosocomiales	Quatre études observationnelles (3 en France, 1 en Allemagne)	La diminution des infections associées aux soins est probable	Pas de méthode commune d'évaluation du risque d'infection nosocomiale
Douleur post-opératoire	Treize études observationnelles	Pas de comparaison avec la chirurgie conventionnelle	
Nausées et vomissements post-opératoires	Sept études observationnelles	Pas de comparaison avec la chirurgie conventionnelle	

Source : Mission, à partir de HAS-ANAP.

Il convient de souligner que les études à disposition restent parcellaires et qu'elles abordent rarement la question de la comparaison avec la chirurgie conventionnelle. Les données disponibles indiquent une mortalité et une morbidité réduites. En revanche, les études relatives à la douleur post-opératoires et aux nausées et vomissements sont moins conclusives et insistent plutôt sur la méthode de traitement de ceux-ci.

Les études tendent également à montrer qu'il est probable que les infections nosocomiales soient réduites car le risque d'infection augmente avec la durée d'hospitalisation et l'utilisation de techniques micro-invasives en chirurgie ambulatoire réduit l'exposition des tissus et le risque d'infection.

La moindre exposition aux infections nosocomiales conduirait à cinq à six fois moins d'infections sur site opératoire pour les patients ambulatoires par rapport à l'hospitalisation traditionnelle, comme indiqué dans l'abécédaire de la chirurgie ambulatoire publié par la CNAMTS et le ministère de la santé, de la jeunesse et des sports puisque l'exposition à ce risque augmente avec la durée de l'hospitalisation.

Une sortie précoce du patient réduit la probabilité d'être exposé. En outre, le recours à des techniques peu invasives, favorisée par la prise en charge en ambulatoire, diminue le risque d'infection selon la HAS.

3.1.2. L'amélioration des conditions de travail des équipes de chirurgie ambulatoire est également un levier de développement

L'activité ambulatoire d'un établissement de santé est caractérisée par l'absence de prise en charge la nuit et les week-ends. Ceci a un effet direct sur les personnels soignants dont le rythme de travail est différent d'une unité de chirurgie conventionnelle. L'absence de travail de nuit et du week-end constitue une incitation que les équipes rencontrent par la mission. Toutefois, la nature de l'activité des infirmières, des infirmières-anesthésistes et des aides-soignants est différente des unités de chirurgie conventionnelle car il nécessite des capacités de gestion des flux et de réactivité nouvelles.

De manière générale, la mission a constaté que les équipes des UCA se sentaient valorisées d'être affectées à la prise en charge en ambulatoire, ayant le sentiment de fournir une qualité de service renforcée et de maîtriser de nouvelles compétences. Sans que des données statistiques consolidées ne soient disponibles, il semblerait que le taux d'absentéisme soit significativement plus bas dans les UCA que dans les unités d'hospitalisation complète.

3.1.3. Le renforcement de la qualité des soins permet par ailleurs de renforcer l'adhésion des personnels à la démarche

La chirurgie ambulatoire constitue une modification en profondeur de l'organisation de la pratique chirurgicale. Elle requiert un investissement considérable en temps de la part des professionnels de santé et des directions d'établissement lors de la conception et de l'initialisation de la démarche.

Le développement de la chirurgie ambulatoire et l'adhésion des personnels à cette démarche se renforcent mutuellement : le succès de l'ambulatoire dépend de l'adhésion des personnels et l'adhésion des personnels conditionne les résultats.

La chirurgie ambulatoire est un levier précieux d'adhésion au projet de l'établissement car il est innovant : elle est une manière de concentrer l'hôpital sur les soins au bénéfice du patient et non plus sur l'hébergement. La contrainte est alors renversée et donne du sens à l'action des personnels soignants.

La mission a observé que, dans plusieurs établissements visités, avaient été développées des démarches qualité permettant, à chaque étape de la prise en charge, de suivre la satisfaction du patient.³⁰ Ceci est permis par le principe même de la chirurgie ambulatoire qui est construite autour de la notion de parcours ambulatoire du patient. La phasage de ce parcours conduit à identifier, à chaque étape, les risques associés et à mettre en œuvre une démarche qualité.

Sans que l'adhésion des personnels soignants à la démarche ambulatoire soit quantifiable, la mission souligne que les équipes rencontrées ont confirmé le fait que la chirurgie ambulatoire était associée à la qualité de la prise en charge, et que ceci renforce le sens de leur action.

Cette adhésion est conditionnée par trois éléments :

- ◆ la constitution d'une équipe dédiée, dont les personnels en charge de la gestion des flux qui ont une vision transversale de l'activité ;
- ◆ la formation de ces personnels ;

³⁰ Par exemple, au SINCAL à Nancy, sont synthétisés chaque année les résultats des enquêtes qui présentent étape par étape et par thématiques le taux de satisfaction : accueil UCA, accueil bloc, attente consultation anesthésie, organisation de la prise en charge, respect de l'intimité, information, prise en charge par les brancardiers, disponibilité du personnel, prise en charge de la douleur, informations sur la sortie, hôtellerie.

- ◆ un portage interne à l'établissement qui fasse de la chirurgie ambulatoire un objectif prioritaire.

3.2. Le développement de chirurgie ambulatoire permet de générer des économies de fonctionnement

3.2.1. Au niveau national, le développement de la chirurgie ambulatoire permet d'éviter l'ouverture de nouveaux lits d'hospitalisation complète par absorption de la demande nouvelle

La croissance des actes de chirurgie ambulatoire est plus forte en France que celles des actes de chirurgie conventionnelle³¹ depuis 2007. La chirurgie ambulatoire permet, en plus de convertir les lits d'hospitalisation classique en ambulatoire, de ne pas ouvrir de nouveaux lits d'hospitalisation complète. Le développement de la chirurgie ambulatoire permet donc d'éviter d'associer la croissance tendancielle de la demande de chirurgie à l'ouverture du nombre de lits d'hospitalisation.

En plus de générer une amélioration de la qualité des soins offerte aux patients, la chirurgie ambulatoire permet également de générer des économies s'il s'opère un mouvement de substitution entre la prise en charge en hospitalisation complète et la chirurgie ambulatoire.

3.2.2. Le développement de la chirurgie ambulatoire doit être suffisant en volume pour générer une réduction de la chirurgie conventionnelle

Les économies potentielles pour les établissements de santé permises par le développement de la chirurgie ambulatoire correspondent à la réduction des besoins en personnel, des charges logistiques et hospitalières et la restructuration des établissements à très faible activité. Ces trois types d'économies sont présentés en détails dans le cadre de l'annexe III.

Sans fermeture initiale de lits en chirurgie conventionnelle, aucune des économies présentées ici ne sont envisageables, puisque les ressources sont orientées vers de nouveaux postes de dépenses. Le développement parallèle de la chirurgie ambulatoire et de la chirurgie conventionnelle, dans le cadre d'une augmentation globale des actes de chirurgie, ne permet pas de générer des économies si cela implique un effet d'addition entre les deux modes opératoires sans fermetures effectives de lits d'hospitalisation.

Le développement du taux de chirurgie ambulatoire sur le total des actes de chirurgie suppose une substitution des activités de chirurgie ambulatoire à la chirurgie conventionnelle.

Cette substitution n'est possible qu'à partir d'un seuil permettant de supprimer une unité d'œuvre de chirurgie conventionnelle. En effet, la fermeture de quelques lits au sein d'un service au profit de la chirurgie ambulatoire ne permet pas d'économiser le personnel non soignant et médical de nuit.

Pour générer des économies, le développement de la chirurgie ambulatoire doit donc s'accompagner de plusieurs facteurs clefs de succès :

³¹ Le taux de recours à la chirurgie n'a augmenté que de 4,7 points sur la période 2007-2012, contre 8,5 points pour la chirurgie ambulatoire.

Annexe II

- ◆ s'appuyer sur une unité de chirurgie ambulatoire dont le degré d'autonomie par rapport aux services de chirurgie conventionnelle permet d'exploiter pleinement le potentiel de rationalisation inhérent à la chirurgie ambulatoire ;
- ◆ générer des effets de seuil suffisants pour se substituer à un service de chirurgie conventionnelle : après avoir interrogé les établissements ainsi que la direction générale de l'offre de soins (DGOS), la mission estime que le seuil à partir duquel un établissement peut supprimer une équipe de nuit est de 24 lits.

3.3. Le développement de la chirurgie ambulatoire nécessite une modification de la nature des investissements afin de prendre en compte ses exigences

3.3.1. L'activité de chirurgie ambulatoire peut progresser sans investissement significatif avant la création de l'UCA dédiée

Pour rappel, la phase d'amorce de la démarche de développement de la chirurgie ambulatoire (phase 2) consiste en la création d'une UCA dans des locaux préexistants anciennement utilisés pour la chirurgie conventionnelle.

Lors de la phase 2, la création d'une UCA ne nécessite pas d'investissement majeur : les équipes rencontrées ont indiqué que cette phase nécessitait de réaliser des investissements modestes. La réutilisation de locaux précédemment dédiés à la chirurgie conventionnelle permet d'exploiter un premier potentiel de chirurgie ambulatoire en réalisant des investissements modestes en matière d'identification visuelle du service et de transformation d'espaces préexistants en modules indispensables à une unité de chirurgie ambulatoire (zones d'entrées et de sorties dédiées pour le patient, le personnel et le matériel).

L'exploitation du potentiel de chirurgie ambulatoire ne nécessite donc pas d'investissement considérable lorsque l'établissement n'a pas amorcé de démarche de développement de celle-ci.

3.3.2. La création d'une UCA dédiée nécessite une modification de la nature des investissements

La création d'une UCA en phase 3 peut dans certains cas nécessiter des investissements pour reconfigurer en profondeur les lieux. Dans la mesure où la mission recommande le recours à des blocs communs, le nombre de bâtiments neufs à créer devrait rester limité.

En tout état de cause, ces investissements s'inscrivent dans les plans pluriannuels d'investissement des établissements hospitaliers. Plus que le montant des investissements, la nature de ceux-ci est fondamentale : les établissements de santé, pour parvenir à développer la chirurgie ambulatoire, gagneraient avant tout à intégrer dans leurs plans d'investissement pluriannuels les contraintes et exigences de la chirurgie ambulatoire. Cette prise en compte de la chirurgie ambulatoire dans les investissements peut être soutenue par les ARS qui disposent d'effectifs à même de conseiller les établissements de santé en la matière.

Enfin, la phase de différenciation (phase 5) nécessite un investissement considérable dans la mesure où doit être créé un nouveau bâtiment différent de l'établissement principal. Dans la mesure où ce cas est rare et ne peut intervenir qu'à long terme, il n'est pas étudié ici.

Proposition n° 14 : Intégrer les exigences de la chirurgie ambulatoire dans l'ensemble des décisions d'investissement des établissements de santé, notamment *via* les Stratégies régionales d'investissement de santé et *via* l'activité du COPERMO.

En conclusion, le développement de la chirurgie ambulatoire n'est pas systématiquement associé à un investissement. Deux situations caractéristiques permettent d'envisager une hausse du taux de chirurgie ambulatoire sans investissement, ou avec un effort financier très faible :

- ◆ les établissements n'ayant adopté aucune démarche structurée de développement de la chirurgie ambulatoire, qui peuvent par conséquent transformer dans un premier temps un service de chirurgie conventionnelle (ou des locaux inoccupés) en unité de prise en charge en ambulatoire. Cette transformation ne nécessite pas d'investissement significatif. L'unité créée n'est pas encore réellement une UCA dans la mesure où le parcours du patient n'est pas, à ce stade, pris en compte dans la conception architecturale de l'unité ;
- ◆ la création d'une UCA dédiée nécessite avant tout d'infléchir la nature des investissements prévus plus que de dédier de nouvelles ressources à celui-ci.

3.4. À la différence de l'analyse au niveau national, la fermeture de lits d'hospitalisation complète implique une réduction de l'offre qui n'est pas systématique au niveau de l'établissement

3.4.1. Au niveau d'un établissement, le développement de la chirurgie ambulatoire peut n'être accompagné d'aucune économie si les lits libérés sont remplacés par d'autres activités

Si les économies générées par la chirurgie ambulatoire sont théoriquement induites de la substitution de lits d'hospitalisation complète par une prise en charge en moins de douze heures, les pratiques observées par la mission dans les établissements révèlent que la suppression effective de lits, et donc d'équipes de nuit, n'est pas automatique malgré le développement de la chirurgie ambulatoire.

Les établissements visités par la mission se caractérisaient tous par une croissance du nombre de séjours en ambulatoire. Toutefois, cette mutation ne s'est pas accompagnée dans tous les établissements d'une suppression de lits d'hospitalisation, et ce pour plusieurs motifs.

Tout d'abord, dans les établissements qui disposent d'une démographie médicale dynamique, le développement de la chirurgie ambulatoire permet d'accroître le nombre de séjours chirurgicaux, sans pour autant réduire le nombre de lits d'hospitalisation complète. La chirurgie ambulatoire permet donc dans ce cadre l'absorption de la file active, et non la réduction du nombre de lits d'hospitalisation complète.

Deuxièmement, certains établissements n'ont pas réduit le nombre de lits d'hospitalisation complète, en fondant leur analyse économique sur le fait que le maintien d'une activité de chirurgie conventionnelle, doublée d'une croissance de la chirurgie ambulatoire, accroît les recettes de l'établissement. Dans ce cas de figure, l'établissement de santé économise sur le coût marginal de chaque intervention chirurgicale grâce au développement de l'ambulatoire, mais accroît le nombre de séjours sans réduire ses coûts de fonctionnement, ce qui génère à la fois une stabilité voire un accroissement de la dépense de l'établissement, et une croissance des dépenses de l'assurance maladie, compte tenu de l'augmentation du nombre de séjours.

Enfin, les établissements de santé font parfois le choix de ne pas supprimer les lits d'hospitalisation complète, mais de les convertir en lits d'aval pour les urgences ou en lits de médecine afin de répondre à la diversité de la demande de soins. Dans ce cas, compte tenu de la subsistance de permanences de nuit, le développement de la chirurgie ambulatoire ne génère pas d'économies sur la suppression d'équipes de nuit.

Annexe II

Ces trois phénomènes mettent en évidence que l'intérêt de l'établissement et de l'assurance-maladie peuvent être incompatibles dans le cadre du développement de la chirurgie ambulatoire : ce nouveau mode d'hospitalisation est un moyen pour l'établissement de gagner des parts de marché et d'accroître son nombre de séjours à moindre coûts, tandis que l'assurance maladie attend une substitution de l'ambulatoire à la chirurgie conventionnelle avec une convergence progressive des tarifs.

La mission a établi une typologie des situations démographiques des établissements, en étudiant les effets de substitution effectifs entre chirurgie conventionnelle et chirurgie ambulatoire à l'échelle des 17 établissements visités, afin d'estimer la part de la croissance de la chirurgie ambulatoire susceptible de générer effectivement des économies (cf. 5.4).

3.4.2. La présence d'un service d'urgences dans l'établissement génère un flux d'activité qui peut être pris en charge en ambulatoire sous conditions

Les établissements de santé interrogés par la mission, ont souligné que les exigences liées à la permanence des soins et à la présence des services d'urgence sont un frein pour le développement de l'ambulatoire.

- ♦ **La prise en charge en chirurgie ambulatoire directement après l'admission par les urgences peut sembler contradictoire** avec la définition de la chirurgie ambulatoire qui correspond à de la « chirurgie programmée ».

Cette prise en charge reste néanmoins possible même si elle est soumise à des conditions exigeantes en termes d'organisation. L'intégration des urgences dans un planning de bloc opératoire génère en effet un flux de séjours non programmés. La maîtrise d'un planning ambulatoire qui peut être alimenté par des patients admis en urgence suppose une organisation à la fois plus flexible et plus réactive. Parmi les bonnes pratiques observées par la mission, le fait de réserver une plage de chirurgie ambulatoire aux urgences en début d'après-midi peut permettre de les intégrer au gré des admissions. Il convient d'établir des protocoles entre l'unité de chirurgie ambulatoire et les services d'urgence afin de privilégier, lorsque la pathologie le permet, une prise en charge en ambulatoire.

- ♦ **Le besoin de « lits d'aval » pour le service des urgences freine la baisse des dépenses permise par le développement de la chirurgie ambulatoire.**

La présence d'un service d'urgences peut réduire l'intérêt pour une structure de développer l'ambulatoire si elle ne pense pas être en mesure de fermer effectivement des lits. En effet, certains chirurgiens et anesthésistes rencontrés par la mission ont souligné que la plupart des lits libérés par la chirurgie ambulatoire en chirurgie conventionnelle avaient été remplacés par des lits d'aval pour prendre en charge les patients arrivés en urgence, ce qui réduit l'incitation économique du développement de l'ambulatoire et peut décourager les équipes administratives et chirurgicales qui opèrent les réorganisations.

3.5. L'inscription dans une démarche de développement de la chirurgie ambulatoire peut améliorer l'attractivité de l'établissement et augmenter ses « parts de marchés » sur le territoire de santé

3.5.1. Les établissements présentent des profils d'évolution du volume de pratique chirurgicale diversifiés, qui traduisent la complexité de mesurer les économies liées à la chirurgie ambulatoire

Le développement de la chirurgie ambulatoire peut se traduire concrètement par une hausse du volume d'activité en chirurgie ambulatoire alors même que le volume d'activité de chirurgie conventionnelle reste approximativement stable ou en légère hausse. Concrètement, ceci signifie que l'établissement capte une partie de la demande de chirurgie sur le territoire de santé au détriment des autres structures.

Dans le cadre de ses observations, la mission a identifié 5 établissements sur 17 visités dans cette situation^[1]. En moyenne sur la période 2007-2011, ils ont connu une hausse du volume d'activité de chirurgie conventionnelle inférieure à 10 % et une croissance soutenue de la chirurgie ambulatoire (+ 18,8 % de 2007 à 2011 sur le volume total des séjours des 5 établissements).

L'engagement dans une démarche de chirurgie ambulatoire permet donc de capter une partie de la demande du territoire de santé : elle génère ainsi des effets dynamiques de recomposition de l'offre qui réoriente les flux.

La mission a également constaté que le développement de la chirurgie ambulatoire ne s'accompagnait pas toujours d'une réduction du nombre de séjours en chirurgie conventionnelle.

L'évolution du volume d'activité chirurgicale traduit plusieurs phénomènes de substitution entre la chirurgie conventionnelle et la chirurgie ambulatoire. L'analyse de l'activité des 17 établissements visités par la mission (cf. tableau suivant) met en évidence une augmentation du nombre de séjours de chirurgie sur la période 2007-2011 de 258 %.

L'augmentation du volume total de séjours de chirurgie traduit :

- ◆ le dynamisme de la pratique chirurgicale traduite par l'évolution à la hausse des séjours codés en C dans le PMSI : hausse tendancielle de la demande ;
- ◆ l'effet de substitution plus ou moins important entre la chirurgie conventionnelle et la chirurgie ambulatoire.

Tableau 2 : Établissements visités par la mission

Établissements visités par la mission	Statut	Région administrative
CH Saint Briec	Centre hospitalier (ex DG)	Bretagne
Hôpital Joseph Ducuing	Hôpital privé à but non lucratif (ex DG)	Midi-Pyrénées
Clinique de la main Angers	Centre hospitalier privé (ex OQN)	Pays-de-la-Loire
Hôpital Bicêtre	Centre hospitalier (ex DG)	Ile-de-France
CH Montauban	Centre hospitalier (ex DG)	Midi-Pyrénées
CHU Nantes	Centre hospitalier universitaire (ex DG)	Pays-de-la-Loire

^[1] La clinique de la main réalisant uniquement des opérations en chirurgie ambulatoire, elle a été exclue de cette liste.

Annexe II

Établissements visités par la mission	Statut	Région administrative
CHP Saint Briec - Clinique Jeanne d'Arc	Centre hospitalier privé (ex OQN)	Bretagne
CH le Mans	Centre hospitalier (ex DG)	Pays-de-la-Loire
Hôpital Saint Antoine	Centre hospitalier (ex DG)	Ile-de-France
Institut Gustave Roussy	Centre de lutte contre le cancer (ex DG)	Ile-de-France
CHU Nancy	Centre hospitalier universitaire (ex DG)	Lorraine
SINCAL Nancy	Centre hospitalier (ex DG)	Lorraine
CHU Toulouse	Centre hospitalier universitaire (ex DG)	Midi-Pyrénées
CHU Rennes	Centre hospitalier universitaire (ex DG)	Bretagne
Clinique Jules Vernes Nantes	Centre hospitalier privé (ex OQN)	Pays-de-la-Loire
CHR Metz	Centre hospitalier (ex DG)	Lorraine
Clinique Claude Bernard	Centre hospitalier privé (ex OQN)	Ile-de-France

Source : Mission.

L'augmentation totale de l'activité de chirurgie reflète trois types de situations :

- ◆ les établissements qui connaissent une croissance parallèle de la chirurgie conventionnelle et de la chirurgie ambulatoire ;
- ◆ les établissements au sein desquels la chirurgie conventionnelle est stable tandis que la chirurgie ambulatoire augmente ;
- ◆ les établissements où la chirurgie conventionnelle recule tandis que la chirurgie ambulatoire augmente, signe d'une substitution effective entre les deux modes d'hospitalisation.

3.5.1.1. Addition des deux modes d'hospitalisation en cas de dynamique de la demande d'actes de chirurgie

Cinq établissements parmi ceux étudiés par la mission connaissent une croissance de la chirurgie conventionnelle supérieure à 10 % entre 2007 et 2011.

Tableau 3 : Établissements où la chirurgie conventionnelle a progressé de plus de 10 % entre 2007 et 2011

Établissements	Évolution 2007-2011 de l'hospitalisation complète (en %)	Évolution 2007-2011 de la chirurgie ambulatoire (en %)
CH Saint Briec	51	38
Hôpital Joseph Ducuing	22	67
CH Montauban	16	12
Hôpital Bicetre	10	37
CHU Nantes	10	34

Source : ATIH, mission.

Ces établissements connaissent une croissance dynamique de la demande d'actes de chirurgie, qui est à la fois absorbée par la croissance de la chirurgie conventionnelle (+ 22 % en moyenne) et de la chirurgie ambulatoire (+ 37 % en moyenne). Dans ce cas de figure, la chirurgie ambulatoire n'est qu'un des leviers qui permet d'accroître la productivité de l'établissement afin d'assumer un nombre plus important d'actes de chirurgie.

Annexe II

Malgré l'augmentation relative de la part de séjours traitée en ambulatoire (29,9 % pour les cinq établissements en 2007 à 34,9 % en 2011, tous actes de chirurgie confondus), la chirurgie ambulatoire ne permet pas d'absorber toute la croissance de la demande de séjours chirurgicaux.

Pour ces établissements, et dans la perspective d'identification des économies potentielles générées par la chirurgie ambulatoire, les entretiens avec les équipes de direction administrative et médicale ainsi que l'analyse de leur activité montrent que le développement de la chirurgie ambulatoire n'a pas permis de générer des économies sur le stock de séjours, outre les gains de productivité générés par ce nouveau mode d'hospitalisation.

A titre d'exemple, en Midi-Pyrénées, le dynamisme démographique de la région ainsi que de l'emprise de l'agglomération de Toulouse s'accompagnent d'une augmentation du nombre d'interventions chirurgicales de tous types. La croissance démographique est associée à un phénomène de vieillissement de la population qui génère plus de prises en charges chirurgicales.

Ce dynamisme démographique participe contribue à l'absence de substitution entre le développement de la chirurgie ambulatoire et la chirurgie conventionnelle, provoquant une croissance parallèle des deux types d'interventions. Cette structure démographique accroît le volume de la patientèle, et explique en grande partie la croissance conjointe du nombre d'interventions chirurgicales complètes et ambulatoires.

Ainsi, au centre hospitalier de Montauban, le nombre total d'actes de chirurgie a augmenté de 15 % entre 2007 et 2011, avec une croissance plus importante de la chirurgie conventionnelle (16,3 %) que de la chirurgie ambulatoire (11,6 %).

Tableau 4 : Évolution du nombre d'actes de chirurgie au centre hospitalier de Montauban

Actes de chirurgie	2007	2008	2009	2010	2011	Évolution 2007-2011 (%)
Nombre de RSA de chirurgie (HC)	2 459	2 585	2 589	2 628	2 861	16
Nombre de RSA de chirurgie (ambulatoire)	975	983	1 035	982	1 088	12
Total actes de chirurgie	3 434	3 568	3 624	3 610	3 949	15

Source : Mission, PMSI.

À l'hôpital Joseph Ducuing à Toulouse, le nombre d'actes a également progressé entre 2007 et 2011, de 34,6 % pour tous les actes, dont 21,8 % pour les actes de chirurgie conventionnelle et 67,0 % pour les actes effectués en chirurgie ambulatoire. Des économies ont donc été générées pour les actes supplémentaires, traités en ambulatoire plutôt qu'en hospitalisation classique.

Tableau 5 : Évolution du nombre d'actes de chirurgie à l'hôpital Joseph Ducuing

Actes de chirurgie	2007	2008	2009	2010	2011	Évolution 2007-2011 (%)
Nombre de RSA de chirurgie (HC)	1 403	1 471	1 465	1 578	1 709	22
Nombre de RSA de chirurgie (ambulatoire)	554	726	876	900	925	67
Total actes de chirurgie	1 957	2 197	2 341	2 478	2 634	35

Source : Mission, PMSI.

Annexe II

Dans les établissements dotés d'une démographie médicale dynamique, le développement de la chirurgie ambulatoire ne génère pas d'effets de substitution sur le stock d'hospitalisation mais entraîne plutôt d'addition entre les deux modes de prise en charge. Toutefois, le développement de l'ambulatoire permet d'économiser sur la création de nouveaux lits d'hospitalisation complète, d'accroître le nombre d'actes traités, et donc les recettes de l'établissement, et enfin d'améliorer l'attractivité de l'hôpital, ce qui génère une augmentation de la demande de chirurgie, et donc des recettes supplémentaires.

3.5.1.2. Absorption par la chirurgie ambulatoire de la croissance de la demande d'actes de chirurgie, sans diminution du nombre d'actes en hospitalisation complète

Six établissements se caractérisent par une relative stabilité du nombre d'actes réalisés en chirurgie conventionnelle (croissance inférieure à 10 % sur la période 2007-2011) et une croissance soutenue de la chirurgie ambulatoire (190 % entre 2007 et 2011 en moyenne).

Tableau 6 : Établissements où la chirurgie conventionnelle a progressé de moins de 10 % entre 2007 et 2011

Établissement	Évolution 2007-2011 de l'hospitalisation complète (en %)	Évolution 2007-2011 de la chirurgie ambulatoire (en %)
Institut Gustave Roussy	8	16
Clinique Jules Vernes Nantes	6	9
CHU Toulouse	5	21
SINCAL Nancy	5	15
CHU Nancy	1	95
Clinique de la main Angers	0	34

Source : ATIH, mission.

Dans ces établissements, la croissance de 14 % en moyenne entre 2007 et 2011 du nombre total d'actes de chirurgie est principalement portée par la progression de la chirurgie ambulatoire (+ 36 %), tandis que la chirurgie conventionnelle connaît une relative stagnation (+ 4 % entre 2007 et 2011).

Dans ce cas de figure, la croissance de la chirurgie ambulatoire n'engendre pas une diminution du nombre d'actes en chirurgie conventionnelle. Elle représente néanmoins une part croissante du nombre total d'actes de chirurgie, passant de 31,5 % en 2007 à 39,4 %, tous actes confondus, en 2011.

À titre d'exemple, au centre hospitalier universitaire (CHU) de Toulouse, le nombre d'actes a progressé de 4 % entre 2007 et 2012, avec une progression plus importante de la chirurgie ambulatoire (20,9 %) que de la chirurgie conventionnelle (4,7 %).

Tableau 7 : Évolution du nombre d'actes de chirurgie au CHU de Toulouse

Actes de chirurgie	2007	2008	2009	2010	2011	Évolution 2007-2011 (%)
Nombre de RSA de chirurgie (HC)	31 051	31 444	31 352	32 027	32 510	5
Nombre de RSA de chirurgie (ambulatoire)	8 857	9 772	10 201	9 864	10 712	21
Total actes de chirurgie	39 908	41 216	41 553	41 891	43 222	8

Source : Mission, PMSI

Annexe II

De même, le CHU de Nancy enregistre une croissance globale du nombre d'actes de chirurgie (+9,7 %) alors que la chirurgie conventionnelle est stable sur la période 2007-2011 (+0,8 %). La croissance des actes de chirurgies est donc principalement portée par la chirurgie ambulatoire (+ 94,8 %).

Tableau 8 : Évolution des actes de chirurgie au CHU de Nancy

	2007	2008	2009	2010	2011	Évolution 2007-2011 (%)
Hospitalisation complète	21026	21464	21303	21917	21189	1
Chirurgie ambulatoire	2206	2969	3359	3915	4298	95
Total actes de chirurgie	23232	24433	24662	25832	25487	10

Source : ATIH, mission.

Pour ces établissements, la chirurgie ambulatoire absorbe la croissance des actes de chirurgie, ce qui permet des gains de productivité pour la prise en charge d'un même acte, mais n'a pas permis de fermetures de lits. Il n'y a pas d'économies nettes de fonctionnement dégagées dans ces établissements où le nombre d'actes de chirurgie conventionnelle demeure stable. Toutefois, la stabilité de l'hospitalisation complète combinée à la croissance de l'ambulatoire permet d'accroître les recettes de l'établissement sans augmentation de capacités d'hospitalisation de nuit, ce qui génère un gain net pour l'hôpital. Ce phénomène génère en revanche des dépenses supplémentaires pour l'assurance maladie.

De plus, le raisonnement sur la stabilité des lits d'hospitalisation se fait à l'échelle de l'établissement. Si certaines spécialités sont transférées majoritairement en ambulatoire, cela entraîne des suppressions de lits d'hospitalisation complète pour ces spécialités, ou leur réaffectation à d'autres besoins de l'hôpital.

3.5.1.3. Établissements où une substitution progressive s'opère entre la chirurgie conventionnelle et la chirurgie ambulatoire

Six établissements enregistrent une régression supérieure à 2 % du nombre d'actes effectués en chirurgie conventionnelle, soit -9 % en moyenne entre 2007 et 2011 tandis que la chirurgie ambulatoire progresse de 48 % en moyenne dans ces établissements.

Tableau 9 : Établissements où la chirurgie conventionnelle a régressé entre 2007 et 2011

Établissements	Évolution 2007-2011 de l'hospitalisation complète (en %)	Évolution 2007-2011 de la chirurgie ambulatoire (en %)
CH le Mans	-2	52
CHU Rennes	-2	51
CHR Metz	-3	28
Hôpital Saint Antoine	-6	73
CHP Saint Briec - Clinique Jeanne d'Arc	-17	50
Clinique Claude Bernard	-27	30

Source : ATIH, mission.

Ces établissements, au sein desquels la chirurgie ambulatoire est passée de 45 % du total des actes en moyenne en 2007 à 68 % en 2011, tous actes confondus, ont connu une substitution effective entre l'activité de chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation complète.

À titre d'exemple, le CHR Metz-Thionville enregistre une régression de la chirurgie conventionnelle entre 2007 et 2011 (-2,8 %), une progression de 28 % des actes en chirurgie ambulatoire, pour une progression globale des actes de 7,5 %. Dans ce cas, la chirurgie ambulatoire permet d'absorber plus que le surcroît de demande de chirurgie, en se substituant progressivement à l'hospitalisation complète.

Annexe II

Tableau 10 : Évolution des actes de chirurgie au CHR de Metz-Thionville

	2007	2008	2009	2010	2011	Évolution 2007-2011 (en %)
Hospitalisation complète	12 783	12 186	11 685	11 790	12 420	-3
Chirurgie ambulatoire	6 479	7 337	7 148	7 461	8 292	28
Total actes de chirurgie	19 262	19 523	18 833	19 251	20 712	7

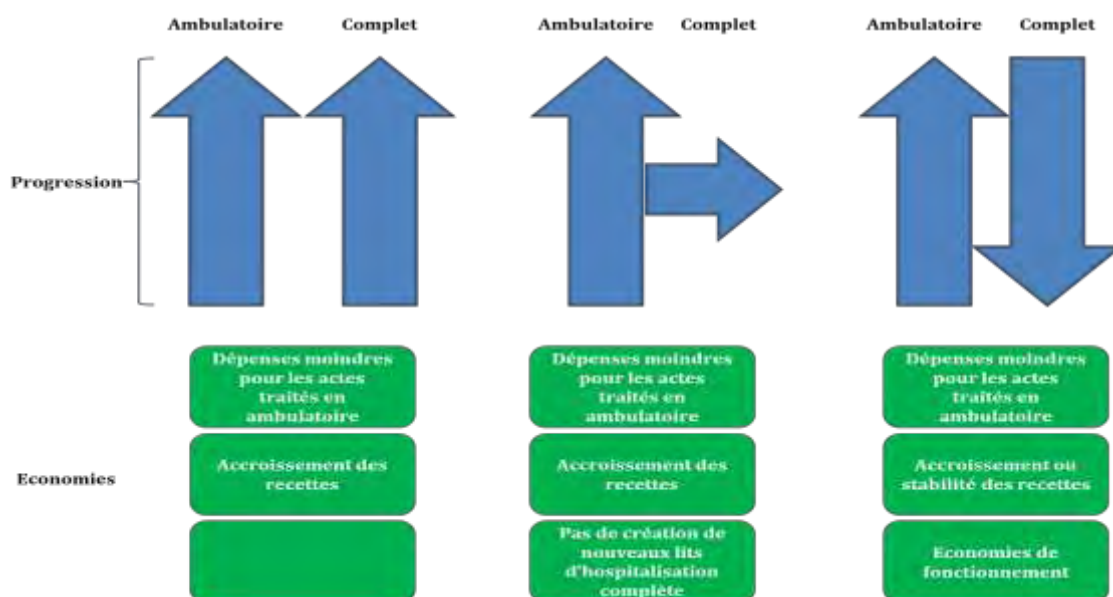
Source : ATIH, mission.

Cet effet de substitution peut néanmoins correspondre soit à une fermeture de lits, soit à un remplacement des lits de chirurgie par des lits d'aval utilisés par les urgences ou par des lits de médecine, soit à la croissance d'une spécialité de chirurgie conventionnelle. La réduction du nombre de lits de chirurgie ne signifie donc pas systématiquement l'émergence d'économies nettes de fonctionnement liées à des fermetures d'unités de chirurgie.

L'absence de substitution parfaite entre les actes effectués en chirurgie conventionnelle et le développement de la chirurgie ambulatoire, qui s'accompagne d'une stabilité ou d'une augmentation du nombre total d'actes en chirurgie, peut refléter deux types de dynamiques médicales :

- ◆ une augmentation globale de la demande d'actes de chirurgie à l'échelle du territoire de santé : le développement de la chirurgie ambulatoire permet de réduire la file d'attente pour la chirurgie conventionnelle, sans s'y substituer ;
- ◆ une absorption de l'augmentation de la demande chirurgicale par la chirurgie ambulatoire, avec un nombre stable d'actes effectués en chirurgie conventionnelle, ce qui permet de réduire les dépenses des établissements liées au surcroît d'activité. La croissance démographique affecte entraîne une augmentation du nombre de séjours en chirurgie. Dans ce cadre, malgré la progression du nombre d'opérations réalisées en chirurgie ambulatoire, cette dynamique ne permet pas toujours de générer une substitution effective entre les deux modes d'hospitalisation.

Graphique 3 : Économies potentielles selon l'évolution du volume de séjours en chirurgie conventionnelle et en chirurgie ambulatoire



Source : Mission

Le développement de l'ambulatoire peut donc être associé, selon la démographie médicale :

- ♦ à une croissance parallèle des deux modes d'hospitalisation, qui génère des dépenses moindre pour les actes traités en ambulatoire et une croissance des recettes ;
- ♦ à une stabilité de la chirurgie conventionnelle tandis que l'ambulatoire progresse, ce qui permet des dépenses moindres pour les actes traités en ambulatoire, une croissance des recettes et l'absence de création de nouveaux lits d'hospitalisation complète ;
- ♦ une baisse des séjours en chirurgie conventionnelle, qui permet des dépenses moindres pour les actes traités en ambulatoire, des recettes stables ou en baisse et des économies nettes de fonctionnement (équipes de nuit).

4. Les réorganisations territoriales entraînées par le développement de la chirurgie ambulatoire devraient être anticipées par les ARS et accompagnées par la mobilisation d'une diversité d'outils de pilotage

Parmi les freins identifiés par la mission, l'incapacité d'un établissement public de santé à choisir sa spécialisation et les contraintes inhérentes aux urgences ainsi qu'à la permanence des soins peuvent justifier une réorganisation de l'offre de soins hospitalière à l'échelle du territoire de santé, afin d'augmenter le taux de chirurgie ambulatoire.

4.1. Proposition de méthodologie d'identification des réorganisations à prévoir

4.1.1. Objet de la démarche : aider les ARS à prévoir les réorganisations territoriales à venir du fait du développement de la chirurgie ambulatoire

Les analyses relatives au développement de la chirurgie ambulatoire indiquent que celui-ci entraînent des effets dynamiques sur la demande : celle-ci se concentre dans les établissements attractifs au détriment d'établissements qui le sont moins. Tant l'évolution des capacités de prise en charge (existence d'une spécialité) que les effets réputationnels entrent en jeu dans la génération de ces effets dynamiques.

L'exercice de prospective consistant à prévoir exactement où et comment les effets dynamiques auront lieu, à quels établissements particuliers ils bénéficieront et dans quelles structures ils joueront en sens inverse, est particulièrement complexe : il nécessiterait la création d'un modèle fondé sur des évolutions prévisionnelles de variable qui ne sont pas disponibles, comme :

- ◆ l'intensité et les effets de l'évolution de la réputation des établissements ;
- ◆ le rôle exact de la situation géographique dans la redistribution de la demande : ceci impliquerait une connaissance précise des réseaux de transport et de la culture locale sur chaque territoire de santé ;
- ◆ l'élasticité de la demande selon qu'on analyse un établissement du secteur ex-DGou un établissement du secteur ex-OQN.

Par conséquent, c'est au niveau du pilotage local par les ARS qu'une prévision plus affinée peut être réalisée, elles seules, avec le soutien de la DGOS et de leurs partenaires locaux, disposant d'une connaissance suffisamment fine du terrain pour anticiper les évolutions de la demande.

Afin d'appuyer les ARS dans cet exercice, la mission propose une grille d'analyse simplifiée permettant d'identifier les grandes tendances potentiellement à l'œuvre dans le cadre du développement de la chirurgie ambulatoire. Cette méthode est fondée sur plusieurs questionnements brefs dont l'objectif est d'identifier *a priori*, les principaux cas pour lesquels une réorganisation territoriale pourrait devoir être nécessaire.

L'analyse menée est fondée à partir des résultats de l'analyse réalisée dans l'annexe III. Pour rappel, la méthode présentée dans cette annexe permet d'identifier pour chaque établissement :

- ◆ une cotation de la capacité à générer une hausse substantielle du volume d'actes en chirurgie ambulatoire ;
- ◆ une estimation du degré de maturité de la démarche de développement de la chirurgie ambulatoire (positionnement sur la « courbe en S »).

Proposition n° 15: Diffuser auprès des ARS un guide d'identification des réorganisations futures de l'offre de soins sur chaque territoire de santé dues au développement de la chirurgie ambulatoire, à partir de la méthode générale IGF/IGAS

4.1.2. Proposition de méthode

L'analyse est menée par territoire de santé, qui est la grille d'analyse géographique la plus fine disponible dans les bases de données de l'ATIH. Le territoire de santé présente l'avantage d'avoir une cohérence en matière de santé et d'être déjà utilisé par les ARS.

La mission identifie une configuration dans laquelle une réorganisation territoriale semble très probable sur un territoire de santé.

Il serait en théorie possible de concevoir d'autres configurations pour anticiper les mouvements de réorganisation. Néanmoins, l'incertitude méthodologique devient trop forte à ce stade et une vision de terrain plus précise devient nécessaire, notamment grâce aux outils présentés dans la partie 5.2.

◆ **Configuration retenue: un territoire de santé disposant de plusieurs établissements à fort potentiel et à démarche mature coexistant avec des établissements de faible potentiel peu matures**

Le territoire de santé dispose d'un ou plusieurs établissements cotés « fort » ou « moyen » en matière de capacité à générer une hausse substantielle du volume d'actes en chirurgie ambulatoire.

Si ce ou ces établissement(s) se trouvent en phase 2 (accélération) ou en phase 3 (optimisation) en termes de maturité, ceci signifie qu'ils ont toutes les chances de générer un surcroît d'activité significatif rapidement. Les établissements de phase 4 avec un potentiel moyen peuvent également être rattachés à cette catégorie.

Dans cette situation, la concentration de la chirurgie ambulatoire dans ces établissements risque d'être forte. Les autres établissements du territoire de santé vont vraisemblablement perdre des parts de marché. En termes de réorganisation territoriale, il est probable que les établissements les moins avancés (phase 1) avec le plus faible potentiel (« quasi-nul » ou « faible ») perdent le plus de parts de marché, ce qui justifierait une réorganisation territoriale.

4.1.3. Résultats

Techniquement, la configuration retenue par la mission se traduit par l'identification des territoires de santé où coexistent :

- ◆ des établissements en phase 3, cotés avec un potentiel « moyen » ou « fort » ou/et en phase 4 cotés d'un potentiel « moyen » ; cette catégorie est appelée « établissements attractifs »
- ◆ des établissements en phase 1 cotés « quasi-nul » ou « faible » et/ou en phase 2 cotés « faibles » ; cette catégorie est appelée « établissements en baisse ».

Les résultats sont appréciés selon le nombre d' « établissements attractifs » par territoire de santé.

- ◆ 45 territoires de santé comptent deux établissements attractifs ou plus, correspondant, sur ces territoires à 237 « établissements en baisse » ;
- ◆ 25 territoires de santé comptent deux établissements attractifs ou plus, correspondant, sur ces territoires à 163 « établissements en baisse » ;
- ◆ 16 territoires de santé comptent deux établissements attractifs ou plus, correspondant, sur ces territoires à 122 « établissements en baisse ».

4.2. Le développement de la chirurgie ambulatoire peut nécessiter d'impulser des réorganisations pour renforcer la cohérence et l'efficacité de l'offre du territoire au regard des contraintes d'accessibilité et de continuité des soins

Différentes contraintes liées à l'accessibilité et à la continuité des soins peuvent contribuer à freiner le développement de la chirurgie ambulatoire dans les territoires de santé, en particulier dans les établissements publics de santé : accueil en urgence, permanence des soins, périmètre du case-mix à assurer. Par ailleurs, des niveaux d'activité chirurgicale trop faibles sont difficilement conciliables avec les exigences d'efficacité et de qualité des soins attendues du développement de la chirurgie ambulatoire.

4.2.1. Les contraintes liées à l'accessibilité et la continuité des soins peuvent peser sur le développement de la chirurgie ambulatoire

4.2.1.1. L'obligation de maintenir un large éventail de spécialités chirurgicales peut contraindre le développement des UCA dans le secteur public

Le développement de la chirurgie ambulatoire peut être facilité par une réduction du nombre de spécialités opérées en hospitalisation complète dans l'établissement permettant de consacrer des locaux et des effectifs au développement de l'ambulatoire.

Toutefois, si la spécialisation des établissements est une stratégie communément répandue pour les cliniques privées et les hôpitaux privés à but non lucratif, les hôpitaux publics ne disposent pas de la même marge de manœuvre. Ils sont tenus d'assurer la réponse aux besoins de prise en charge du territoire tels que définis par les schémas régionaux de l'offre des soins (SROS) et ne peuvent donc décider unilatéralement de renoncer à certains types d'interventions pour en développer d'autres jugées plus dynamiques ou plus profitables.

Dans les hôpitaux publics, la chirurgie ambulatoire se développe en conséquence généralement, à *case-mix* constant, par juxtaposition des UCA aux services de chirurgie complète. Dans 95 % des cas³², les UCA du secteur public restent intégrées à ces services dont elles partagent les équipements et le cas échéant les personnels non médicaux³³ dans l'objectif de limiter les coûts du développement de la chirurgie ambulatoire. Si l'établissement opte pour une UCA autonome, il doit mobiliser des moyens logistiques et des locaux qui viennent s'ajouter au moins partiellement à ceux des services de chirurgie complète³⁴. Au total, dans le secteur public, il est rare que les UCA puissent asseoir leur croissance sur le redéploiement de moyens issus de la fermeture ou de la réduction d'autres unités chirurgicales sauf en cas d'opérations de restructuration plus globales³⁵.

³² ANAP.

³³ Les personnels d'accueil et de secrétariat de l'UCA lui sont en revanche dédiés.

³⁴ Sauf à ce qu'il décide d'emblée de transférer une partie significative de son activité et de ses moyens en ambulatoire, cas de figure que la mission n'a pas eu connaissance hors hypothèse de restructuration.

³⁵ Impliquant alors une redistribution des activités entre établissements proches dans le cadre de filières de prise en charge

4.2.1.2. La contrainte d'intégration immédiate des patients passés par les urgences peut limiter l'activité potentielle de l'UCA

L'accueil des urgences est l'une des missions essentielles de service public des établissements hospitaliers au titre de la permanence des soins³⁶. Plus des 4/5^{ème} des passages aux urgences sont assurés dans le secteur public³⁷. Or, l'accueil d'urgences chirurgicales 24h/24 dans un établissement peut affecter le fonctionnement de l'UCA lorsque les patients accueillis dans ce contexte sont pris en charge dans le cadre d'un bloc commun. L'obligation de prendre en charge immédiatement ces patients au bloc contraint en effet à ménager des plages libres dans la programmation des interventions, ce qui réduit d'autant l'activité potentielle de chirurgie programmée. L'un des établissements rencontré par la mission indique néanmoins que cette contrainte ne doit pas être surestimée, compte tenu de la sous-utilisation fréquente des blocs opératoires dans le public.

4.2.1.3. De plus, la participation à la permanence des soins des praticiens réduit le temps médical disponible pour programmer des interventions

Les praticiens des établissements publics qui participent à la permanence des soins sous forme de gardes ou d'astreintes bénéficient légalement de temps de récupération (repos compensateur) dont le mode de décompte a été renforcé par l'arrêté du 8 mars 2013³⁸. En conséquence, le temps médical disponible pour assurer des interventions programmées est réduit à due concurrence des plages de récupération découlant de l'obligation de repos compensateur. Cette contrainte peut limiter dans les établissements ne disposant pas d'une masse critique suffisante de praticiens le volume d'interventions susceptible d'être programmée et pénaliser de cette manière l'activité ambulatoire. L'une des ARS a souligné à cet égard auprès de la mission l'impact positif que pouvait avoir pour le développement de la chirurgie ambulatoire la rationalisation du dispositif des gardes et astreintes dans les territoires³⁹.

4.2.2. La chirurgie ambulatoire peut difficilement se développer dans les établissements à faible niveau d'activité

La répartition ci-dessous des établissements sur la base de leur volume de séjours en chirurgie met en évidence la part relativement importante de ceux ayant une faible activité dans le secteur ex -DG :

Tableau 11 : Part des établissements avec une activité totale de chirurgie inférieure à 1 500 actes en 2012

ex DG		ex OQN	
Nombre d'EPS	Dont EPS<1 500	Nombre d'EPS	Dont EPS<1 500
385	126	523	39

Source : ATIH, mission.

³⁶ L'article L6112-1 du Code de la Santé liste quatorze missions de service public que les établissements de santé peuvent être appelés à mener ou auxquelles ils peuvent participer, parmi lesquelles la permanence des soins.

³⁷ Source DREES, « le panorama des établissements de santé en 2011 ».

³⁸ Prise en compte des temps de trajet et d'intervention effectués dans le cadre des astreintes.

³⁹ Plus généralement, la PDSSES en l'absence d'organisation ad hoc au niveau du territoire coûte cher aux établissements, la mobilisation des équipes n'ayant pas pour contrepartie des recettes d'activité suffisantes

Annexe II

Ces établissements avec une faible activité parviennent difficilement dans l'ensemble à développer et/ou consolider une activité ambulatoire. Sur la période 2007-2012, le total des séjours chirurgicaux ambulatoires pour ces établissements du secteur ex DG a diminué de d'environ 1680 séjours et de 3583 pour ceux du secteur ex OQN. Il augmentait dans le même temps de plus de 247 000 séjours pour l'ensemble des établissements ex -DG et de plus de 371 000 dans le secteur ex OQN.

Néanmoins, comme l'ont confirmé les visites de terrain effectuées par la mission, il n'est pas rare que des établissements ayant une faible activité de chirurgie se recentrent sur un panel limité de gestes pratiqués en ambulatoire. Les organisations associées peuvent prendre la forme d'hôpital de semaine, combinant ou non chirurgie et anesthésie ambulatoire⁴⁰. Elles peuvent associer des établissements publics et le cas échéant des établissements publics et privés. Elles fonctionnent généralement avec des vacations de chirurgiens et/ou d'anesthésistes de l'établissement référent du territoire dans le cadre d'une formule de coopération (communauté hospitalière de territoire-CHT ; Groupement de coopération sanitaire de moyens- GCS ; direction commune, etc.). L'objectif est habituellement de fournir une alternative à la fermeture du service concerné en offrant un service de chirurgie de proximité à la population.

L'un des établissements rencontrés par la mission siège d'une CHT entre cinq hôpitaux publics⁴¹ a indiqué à la mission qu'une activité de chirurgie pouvait ainsi être maintenue sur des sites avec une faible activité, *via* la mise en place d'équipes médicales de territoire dans le cadre de projet de filières et l'aide de l'ARS pour le financement de temps médicaux partagés. Cet établissement jugeait néanmoins difficile de développer une activité de chirurgie ambulatoire dans les centres hospitaliers concernés, compte tenu notamment du faible dynamisme de l'activité sur l'un des sites⁴².

En revanche, un groupement de coopération sanitaire de chirurgie constitué entre trois établissements publics a permis de développer une activité de chirurgie ambulatoire spécialisée à l'échelon du territoire⁴³. De même, la mise en place d'un pôle chirurgical de territoire entre deux centres hospitaliers⁴⁴ a permis le maintien d'une activité chirurgicale de proximité (inférieure à 1 000 actes) avec un volet ambulatoire recentré sur la chirurgie vasculaire simple (taux de chirurgie ambulatoire de 42 %).

Dans l'une des régions visitées, le groupement de coopération sanitaire constitué associait un centre hospitalier public et des praticiens libéraux⁴⁵. Le taux de chirurgie ambulatoire était proche de 45 % en 2012 pour une activité totale d'environ 1 800 séjours de chirurgie, avec un éventail d'interventions relativement diversifié. On peut également citer un partenariat entre un CH et une clinique⁴⁶ qui a permis une meilleure utilisation des blocs opératoires et la mise en place de circuits communs.

⁴⁰ Partage du plateau technique pour la réalisation d'endoscopies.

⁴¹ Centre hospitalier de Saint Briec ; le projet d'établissement 2013-2017 prévoit la constitution ou le développement de filières chirurgicales fondées sur le maillage et la gradation des soins pour quatre spécialités (chirurgie pédiatrique, chirurgie digestive, chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie vasculaire et thoracique) ; l'objectif général de développement de la chirurgie ambulatoire figure au projet d'établissement (adapter les modes de prise en charge et le parcours du patient).

⁴² Moins de 1 800 actes sur le site de Lannion.principalement concerné.

⁴³ Plus de 50 % de chirurgie ambulatoire urologique au CH de Douarnenez pour une activité globale un peu supérieure à 1 200 séjours, dans le cadre du GCS avec le CHI de Cornouailles et le CH Hôtel Dieu (établissements non rencontrés par la mission).

⁴⁴ Centre hospitalier de Montauban (plus de 2 500 séjours de chirurgie) doté d'un service de réanimation qui prend en charge les interventions les plus lourdes, et centre hospitalier de Moissac.

⁴⁵ Centre hospitalier de Lannemezan dans les Hautes-Pyrénées.

⁴⁶ Centre hospitalier de Saint-Nazaire et clinique de l'Estuaire en Pays de Loire.

Annexe II

Ces formes de coopération entre établissements sont généralement jugées satisfaisantes par les acteurs locaux. Il peut être noté qu'elles conduisent néanmoins au maintien de plateaux techniques pour une faible activité, dans un contexte où le suréquipement national en blocs opératoires reste une réalité⁴⁷. Beaucoup de petits établissements développent par ailleurs la chirurgie ambulatoire de façon autonome sur certains gestes (pose de drains transtympaniques par exemple). Au total, la mission constate que dans les hôpitaux présentant une faible activité chirurgicale, le développement de l'activité en ambulatoire resserré sur un nombre limité de gestes simples peut sans doute constituer une étape transitoire utile à certaines conditions⁴⁸. À terme, dans le prolongement des recommandations du Conseil national de chirurgie et de l'Académie de chirurgie, le regroupement des moyens chirurgicaux sur un nombre réduit de sites doit néanmoins rester l'objectif pour optimiser la qualité et l'efficacité des soins.

Proposition n° 16 : préparer avec les établissements et les acteurs concernés les conditions de réorganisation des activités de chirurgie de faible volume à horizon 2018.

⁴⁷ Une étude de la mission d'évaluation et d'audit hospitalier (MEAH depuis remplacée par l'ANAP) « benchmark des blocs opératoires dans dix régions pilotes » avait constaté que 25 % des blocs opératoires présentaient un temps de vacation offert inférieur à 27H par semaine '.

⁴⁸ L'intégration des petits établissements dans des ensembles plus vastes permet de faciliter la mise en place de circuits adaptés de prise en charge et leur qualité.

ANNEXE III

**Détermination du potentiel national de
chirurgie ambulatoire des économies
associées à son développement et
classification des établissements par
capacité de progrès**

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. LE CALCUL DU POTENTIEL CIBLE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE AU NIVEAU NATIONAL EST NÉCESSAIRE POUR REMETTRE DANS LE CONTEXTE NATIONAL LES OBJECTIFS FIXÉS À CHAQUE ÉTABLISSEMENT	2
1.1.1. <i>Les comparaisons internationales soulignent l'existence d'un retard français sans parvenir à le quantifier précisément, ce qui rend nécessaire le calcul d'un potentiel national d'activité de chirurgie ambulatoire</i>	<i>2</i>
1.1.2. <i>La détermination du potentiel national d'activité de chirurgie ambulatoire a fait l'objet d'une étude de la Fédération hospitalière de France fondée sur des hypothèses fortes</i>	<i>5</i>
1.1.3. <i>Le calcul du potentiel national d'activité de chirurgie ambulatoire est déterminant dans la fixation des objectifs de développement de chirurgie ambulatoire au niveau national.....</i>	<i>6</i>
2. MÉTHODOLOGIE DE CALCUL DU POTENTIEL NATIONAL D'ACTIVITÉ DE CHIRURGIE AMBULATOIRE	7
2.1. Le calcul du potentiel d'actes transférables en chirurgie ambulatoire est la première étape de la méthode permettant le calcul des économies associées au développement de la chirurgie ambulatoire (cf. partie 4).....	7
2.1.1. <i>Les données quantitatives sont issues des traitements de l'ATIH issues du PMSI.....</i>	<i>7</i>
2.1.2. <i>Les hypothèses posées par la mission relatives aux taux de substitution de la chirurgie conventionnelle à la chirurgie ambulatoire sont issues des observations réalisées sur le terrain et d'échanges avec la DGOS.....</i>	<i>8</i>
2.2. La méthodologie consiste à appliquer à chaque établissement une série de filtres permettant, étape après étape, d'exclure les séjours considérés comme inéligibles à la chirurgie ambulatoire	8
2.2.1. <i>L'estimation du volume total des séjours de chirurgie est fondée sur les résumés de sortie standardisés (RSS).....</i>	<i>9</i>
2.2.2. <i>Identification des situations d'exclusion rendant impossible la prise en charge en chirurgie ambulatoire.....</i>	<i>9</i>
2.2.3. <i>Le calcul réalisé par la mission conduit à l'identification d'un potentiel cible de développement de la chirurgie ambulatoire d'ici 2018.....</i>	<i>15</i>
2.3. La mission estime que le potentiel cible national maximal de chirurgie ambulatoire est de 65,6 % d'ici 2018	16
2.3.1. <i>La mission a distingué, selon le degré d'efforts qu'ils exigent, quatre scénarios d'évolution du taux de chirurgie ambulatoire</i>	<i>16</i>
2.3.2. <i>Les scénarios développés par la mission sont aussi exigeants pour les deux types d'établissements.....</i>	<i>18</i>

3. LES ÉCONOMIES ASSOCIÉES AU DÉVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE.....	21
3.1. Les économies associées à l'atteinte du potentiel maximal de chirurgie ambulatoire sont estimées à environ 700 M€ à périmètre constant, sans intégration de l'évolution tendancielle de l'activité.....	21
3.1.1. <i>Les quatre scénarios de progression du taux de chirurgie ambulatoire conduisent chacun à deux types d'économies réparties en trois étapes.....</i>	<i>22</i>
3.1.2. <i>La première étape d'économies de fonctionnement est concomitante à la disparition de lits d'hospitalisation.....</i>	<i>23</i>
3.1.3. <i>La deuxième étape d'économies correspond à la consolidation de l'unité de chirurgie ambulatoire, qui permet des gains de productivité.....</i>	<i>30</i>
3.1.4. <i>La troisième étape d'économies correspond à la nécessaire réorganisation des territoires de santé.....</i>	<i>31</i>
3.1.5. <i>Synthèse des perspectives d'économies associées au développement de la chirurgie ambulatoire.....</i>	<i>33</i>
3.2. La mission préconise l'application du scénario fort, soit un taux cible de chirurgie ambulatoire de 62,2 % d'ici 2018.....	35
3.3. Les économies attendues du développement de la chirurgie ambulatoire sont triplement conditionnées : la réduction capacitaire en chirurgie conventionnelle, la gestion de la mobilité des ressources humaines et la réorganisation des soins sur les territoires.....	36
3.3.1. <i>La réduction capacitaire est une incitation au développement de la pratique ambulatoire et une condition nécessaire à la génération d'économies de fonctionnement.....</i>	<i>37</i>
3.3.2. <i>La mobilité des ressources humaines constitue un élément important du changement.....</i>	<i>37</i>
3.3.3. <i>La chirurgie ambulatoire suscite un réagencement de l'offre et de la demande de soins variable selon les territoires et doit donc être accompagnée de la réorganisation des soins au niveau local.....</i>	<i>37</i>
4. LA MISSION A ÉTABLI UNE CATÉGORISATION MULTICRITÈRE DES ÉTABLISSEMENTS POUR ESTIMER LEUR CAPACITÉ À GÉNÉRER UNE HAUSSE DU TAUX NATIONAL DE CHIRURGIE AMBULATOIRE SUR LA PÉRIODE 2015-2018.....	38
4.1. La détermination du potentiel national de chirurgie ambulatoire et des économies associées ne peut être séparée d'une analyse relative à la capacité des établissements à générer une activité en ambulatoire.....	38
4.1.1. <i>Le calcul du potentiel national d'activité en ambulatoire et des économies associées sont fondés sur une analyse établissement par établissement mais présente des résultats nationaux.....</i>	<i>38</i>
4.1.2. <i>L'analyse nationale nécessite d'être complétée d'une approche plus opérationnelle consistant à estimer la capacité des établissements à générer une hausse du taux national de chirurgie ambulatoire.....</i>	<i>38</i>
4.2. Le potentiel de progression est estimé par catégorie homogène d'établissements rassemblant des caractéristiques objectives communes.....	39
4.2.1. <i>Le taux de chirurgie ambulatoire, le rythme de progression de celui-ci et le volume d'activité constituent un faisceau d'indices pertinents.....</i>	<i>39</i>
4.2.2. <i>La mission a identifié des catégories homogènes d'établissements caractérisées par leur taux de chirurgie ambulatoire et le volume de celle-ci, et a affiné l'analyse au vu du taux de progression.....</i>	<i>40</i>

4.2.3.	<i>Au vu de ses caractéristiques issues de la combinaison des trois critères retenus, chaque catégorie homogène d'établissement s'est vue attribuer un potentiel de progression</i>	42
4.2.4.	<i>La méthode développée par la mission permet à replacer les établissements dans un parcours théorique de progression de l'ambulatoire</i>	46
4.3.	Conclusions relatives au potentiel de développement des établissements étudiés	51
4.3.1.	<i>Première conclusion : les établissements cotés « moyen » ou « fort » : des stratégies à adopter variables en fonction de leur positionnement sur la courbe en S.....</i>	51
4.3.2.	<i>Deuxième conclusion : appliquer aux établissements à faible capacité de génération d'activité les mesures transversales et identifier quelles structures doivent faire l'objet d'un suivi spécifique.....</i>	52
4.3.3.	<i>Troisième conclusion : les établissements cotés « faible » ou « moyen » en matière de capacité à générer un surplus d'activité significatif et classés en phase 4 ne devraient pas faire l'objet d'une démarche spécifique des pouvoirs publics.....</i>	53
5.	ÉCONOMIES ASSOCIÉES AUX QUATRE PHASES DE DÉVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE	53
5.1.1.	<i>Phase 1 : départ/amorce.....</i>	54
5.1.2.	<i>Phase 2 : accélération.....</i>	55
5.1.3.	<i>Phase 3 : optimisation</i>	55
5.1.4.	<i>Phase 4 : maturité.....</i>	56
5.2.	Synthèse des économies associées à chaque phase de développement de la chirurgie ambulatoire	57

Introduction

L'objectif de faire de la chirurgie ambulatoire la « pratique majoritaire » en France correspond à une ambition de modernisation de la pratique chirurgicale : elle place l'innovation organisationnelle et technique au cœur du changement, procure une qualité de service supérieure pour les patients et permet de dégager des marges de manœuvre budgétaires pour les pouvoirs publics.

Les gains associés au développement de la chirurgie ambulatoire et les obstacles à surmonter dans cette voie sont nombreux et bien identifiés (pour l'analyse de ces sujets, voir l'annexe II). En revanche, l'analyse précise du potentiel de chirurgie ambulatoire, des économies associées et, surtout, de la situation de chaque établissement par rapport à l'exploitation du potentiel et à la génération d'économies, reste, à ce stade, plus fragile.

Conformément à la lettre de mission, une méthodologie *ad hoc* a été développée afin d'apporter aux autorités publiques une appréciation concrète de trois éléments intrinsèquement liés :

- ◆ le potentiel national de chirurgie ambulatoire, décliné par établissement ;
- ◆ les économies permises par l'exploitation du potentiel de chirurgie ambulatoire ;
- ◆ l'identification d'objectifs de hausse du taux de chirurgie ambulatoire et de réduction des dépenses ne peut faire l'économie d'une réflexion sur la situation particulière de chaque établissement. Une cartographie de ceux-ci, par catégories, est ainsi proposée afin d'identifier la capacité à progresser rapidement et à dégager un volume significatif d'actes de chirurgie ambulatoire nouveaux.

L'ensemble de l'exercice mené par la mission a pour horizon temporel l'année 2018, en décalage de deux années avec celui fixé par la lettre de mission : le développement de la chirurgie ambulatoire est un processus de maturation de moyen terme qu'une période de deux années ne peut contenir entièrement. En revanche, 2016 constitue, dans les scénarios proposés, un point d'étape central.

Concrètement, la méthodologie s'appuie sur l'analyse, établissement par établissement, du volume de séjours en chirurgie, du nombre de nuitées, des racines de GHM prises en charge et des équipes d'encadrement non-médicales nécessaires pour assumer l'activité en 2013. La mission a ensuite estimé le potentiel de transférabilité des séjours, en fonction de leur durée et de leur sévérité.

De ces analyses émergent quatre scénarios qui se distinguent les uns des autres par le taux annuel de progression de la chirurgie ambulatoire : le scénario « bas » estime le taux cible en 2018 à 54,8 % tandis que le scénario « maximal », qui correspond à l'atteinte entre 2015 et 2018 du potentiel national, fixe l'objectif à 65,6 %. La mission privilégie toutefois un scénario cible à 62,2 % de chirurgie ambulatoire, qui fixe un objectif ambitieux mais atteignable d'accélération de la croissance en chirurgie ambulatoire.

Les taux présentés sont des taux nationaux qui ne s'appliquent pas de manière identique à l'ensemble des établissements. La mission a en effet privilégié une approche consistant à analyser les situations de chaque établissement et de les consolider au niveau national. Les taux nationaux proposés sont ainsi la somme des taux établissement par établissement.

L'estimation du potentiel national de chirurgie ambulatoire est le socle de l'identification des économies associées à son développement. Les économies ainsi calculées ont pour horizon temporel l'année 2018, avec un point d'étape en 2016.

Annexe III

Les économies identifiées sont générées par le transfert d'une partie de l'activité en hospitalisation complète vers la chirurgie ambulatoire. Elles sont de trois types :

- ◆ baisse du nombre d'équipes de nuit et de week-end et réduction des charges hôtelières et logistiques inhérentes à un transfert de séjours en ambulatoire ;
- ◆ gains de productivité associés au fonctionnement de l'unité de chirurgie ambulatoire ;
- ◆ suppression des services d'hospitalisation conventionnelle des établissements à très faible activité après transfert d'une partie de leurs séjours en ambulatoire.

À l'horizon 2018, les économies permises par la progression de la chirurgie ambulatoire s'établissent entre 417 M€ pour le scénario le moins ambitieux (scénario bas) et 689 M€ en cas d'atteinte du potentiel national maximal (scénario « maximal »). Le scénario retenu par la mission identifie un potentiel d'économies d'environ 603 M€.

L'identification du potentiel d'activité en ambulatoire et des économies associées constituent des objectifs. La méthodologie de détermination de ceux-ci pourra par ailleurs être utilement réutilisée par les pouvoirs publics pour concevoir les CPOM. Une approche consolidée au niveau national doit toutefois être accompagnée d'une analyse plus qualitative visant à répondre à la question : qui peut progresser à quel rythme, et avec quels résultats ?

La mission a ainsi conçu une cartographie des établissements, en fonction de leur taux actuel de chirurgie ambulatoire, de leur volume de séjours ainsi que de la progression de la chirurgie ambulatoire afin d'établir une typologie du potentiel de mutation des structures.

Cette typologie met en évidence un retard des établissements ex-DG, qui sont nombreux à avoir, en 2013, un potentiel faible. Toutefois, le croisement entre les économies potentielles et la cartographie des établissements met en évidence que la cible fixée par la mission suppose un effort équivalent entre les établissements ex-DG et ex-OQN, en termes de potentiel transférable et d'économies associées. Seul le rythme varie, les établissements ex-DG ne pouvant pas générer de croissance de l'activité et d'économies aussi rapidement que le secteur ex-OQN.

Les projections des économies en fonction de la cartographie des établissements met en évidence que les établissements ex-OQN ont à court terme, d'ici 2016, un fort potentiel de mutation en faveur de l'ambulatoire.

Réciproquement, les établissements ex-DG pourront, selon le modèle créé par la mission, produire des économies en deux temps, afin que les structures qui ne sont pas encore pleinement engagées dans la dynamique en faveur de l'ambulatoire puissent adapter leur organisation et bénéficier d'un accompagnement méthodologique de la part des ARS.

1. Le calcul du potentiel cible de chirurgie ambulatoire au niveau national est nécessaire pour remettre dans le contexte national les objectifs fixés à chaque établissement

1.1.1. Les comparaisons internationales soulignent l'existence d'un retard français sans parvenir à le quantifier précisément, ce qui rend nécessaire le calcul d'un potentiel national d'activité de chirurgie ambulatoire

La chirurgie ambulatoire a connu un développement significatif depuis les années 1970 dans un certain nombre de pays industrialisés, notamment aux États-Unis, au Canada et en Grande-Bretagne.

Annexe III

Une des justifications au soutien du développement de la chirurgie ambulatoire est le constat d'un retard français en la matière lorsque la situation française est comparée à celle des pays précédemment mentionnés.

L'établissement de données comparables et fiables en comparaison internationale est difficile (cf. annexe II) et il n'existe pas de système d'information complet permettant de calculer pays par pays des taux de chirurgie ambulatoire à même d'être comparés. Cette situation est due à l'existence de définitions souvent hétérogènes de la chirurgie ambulatoire. Ce débat est également présent au niveau national, et s'appuie sur une conception différenciée du périmètre de la chirurgie selon les pays : ainsi, en France, la cardiologie et la radiologie interventionnelles ne font pas partie du périmètre de la chirurgie au sens de la tarification du PMSI, ce qui modifie mécaniquement le potentiel de chirurgie ambulatoire par rapport aux pays qui ont une définition différente du spectre chirurgical.

En l'absence de données comparables fiables, l'International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) a mené quatre enquêtes sur le taux de chirurgie ambulatoire dans 29 pays de l'OCDE :

- ◆ étude réalisée en 1995-1996 pour 18 procédures et 2 procédures complémentaires (hystérectomie et cholécystectomie laparoscopique) fondée sur la Classification internationale des maladies version 9 et sur les systèmes d'information des différents pays ; les pays concernés étaient : Autriche, Danemark, Italie, Norvège, Suisse, Royaume-Uni, Belgique, Pays-Bas, France, Allemagne, Finlande, Suède ;
- ◆ enquête identique menée pour 1996-1997 ;
- ◆ élargissement en 2004 de l'enquête à 37 = procédures classées en fonction de la Classification internationale des maladies version 9 ;
- ◆ l'enquête élargie de 2004 a été réitérée en 2009.

Les principaux résultats de ces enquêtes sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Annexe III

Tableau 1 : Résultats des enquêtes internationales de l'IAAS relatives aux taux de chirurgie ambulatoire

	Enquête IAAS 1994-95 (18 procédures) (en %)	Enquête IAAS 1996-1997 (18 procédures) (en %)	Enquête IAAS 2004 (37 procédures) (en %)	Enquête IAAS 2004 (37 procédures) (en %)	Enquête IAAS 2004 (part de chirurgie ambulatoire en %)	Enquête IAAS 2009 (part de chirurgie ambulatoire en %)
États-Unis	93,2	94,2	83,5	-	-	-
Allemagne	-	-	60,7	-	37,0	43,5
Belgique	39,2	44,9	79,3	78,0	30,0	-
Danemark	41,3	78,5	69,0	86,0	55,3	74,0
Espagne	-	33,0	54,0	63,0	28,0-44,0	33,0
Finlande	32,0	56,4	62,4	65,0	35,0	-
France	-	30,4	44,9	45,0	-	36,0
Irlande	38,0	40,1	-	-	-	-
Italie	-	21,9 (Veneto)	41,0	60,0	29,0	32,0
Luxembourg	19,3	-	-	-	-	-
Norvège	-	-	68,0	88,0	48,0	50,0
Pays-Bas	58,2	66,7	69,8	68,0	49,6	53,0
Portugal	10,4	9,9	18,5	55,0	10,7	35,0
Royaume-Uni	46,2	60,0	62,5	77,0	-	52,0
Suède	-	-	66,7	73,0	50,0	69,0

Source : HAS et ANAP, à partir des données de l'IAAS.

Annexe III

Comme le relèvent la HAS et l'ANAP, ces données devraient être interprétées avec une « très grande prudence ». Les difficultés afférentes à la collecte, aux bases de données utilisées et aux définitions utilisées se combinent avec la faible comparabilité des procédures médicales entre elles pour affaiblir la portée des conclusions de ces études internationales.

Il apparaît néanmoins que, dans toutes les études, les taux de chirurgie ambulatoire en France sont inférieurs à ceux de la plupart des pays européens. Il existe donc un retard français en matière de chirurgie ambulatoire, mais l'évaluation quantitative précise de celui-ci est rendue complexe par les limites des comparaisons internationales.

Il semble donc préférable de déterminer un potentiel national d'activité de chirurgie ambulatoire par une méthode *ad hoc* ne faisant pas intervenir de cibles inspirées des comparaisons internationales.

1.1.2. La détermination du potentiel national d'activité de chirurgie ambulatoire a fait l'objet d'une étude de la Fédération hospitalière de France fondée sur des hypothèses fortes

La Fédération hospitalière de France (FHF) a produit à partir des données du PMSI pour l'année 2012 une étude visant à déterminer le taux de chirurgie ambulatoire plafond atteignable à moyen terme. Cette étude considère que le taux plafond n'est atteignable que si « *les établissements modifient complètement leurs standards pour adopter une organisation centrée sur la prise en charge ambulatoire* ».

L'étude de la FHF prend comme base de calcul le nombre de séjours en chirurgie en 2012 (5,6 millions). Les hypothèses sur lesquelles elle se fonde sont les suivantes :

- ◆ exclusion d'office des arrivées par les urgences ;
- ◆ exclusion des patients transférés en provenance ou à destination d'autres structures ;
- ◆ exclusion des patients de plus de 90 ans ;
- ◆ CMA ;
- ◆ type d'acte : la FHF distingue trois catégories de GHM : les GHM pour lesquels la chirurgie ambulatoire n'est pas envisageable, les GHM pour lesquels elle est partiellement envisageable et les GHM pour lesquels elle est généralisable.

La FHF a exclu de son étude la prise en compte du statut social et de l'éloignement géographique des patients.

Outre le potentiel de chirurgie ambulatoire déjà exploité, qui s'élève à 39,8 % des séjours de chirurgie, la FHF identifie un potentiel supplémentaire de 25,5 % des séjours qui sont pris en charge en hospitalisation complète, avec une CMA maximale de niveau 2 et pour qui le type d'acte permet le développement de la chirurgie ambulatoire. Ce potentiel est calculé après exclusion des patients âgés de plus de 90 ans, des entrées par les urgences et qui n'ont pas été transférés d'établissement à établissement.

Le potentiel non exploité est ensuite réparti en quatre groupes :

- ◆ le groupe 1 est constitué de séjours pris en charge en HC (hospitalisation complète) pour de la chirurgie courante et qui ne possède pas de CMA ;
- ◆ le groupe 2 est constitué de séjours pris en charge en HC pour de la chirurgie intermédiaire et qui ne possède pas de CMA ;
- ◆ le groupe 3 est constitué de séjours pris en charge en HC pour de la chirurgie courante et qui possèdent une CMA de niveau 2 ;
- ◆ le groupe 4 est constitué de séjours pris en charge en HC pour de la chirurgie intermédiaire et qui possèdent une CMA de niveau 2.

Annexe III

La FHF applique ensuite des hypothèses de transfert : 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 2 nuits, 44 % des séjours de 3 nuits, 20 % des séjours de 4 nuits et 10 % des séjours de 5 nuits et plus.

Elle conclut que le taux atteignable de chirurgie ambulatoire pour les établissements de santé français est de 56 % au niveau national. Elle ajoute que ce potentiel se répartit de manière différenciée entre les types de statut d'établissement : 42 % pour le public (38 % pour les seuls CHU) et 66 % pour le privé lucratif.

1.1.3. Le calcul du potentiel national d'activité de chirurgie ambulatoire est déterminant dans la fixation des objectifs de développement de chirurgie ambulatoire au niveau national

Le calcul du potentiel national d'activité de chirurgie ambulatoire est une étape préalable indispensable à la détermination d'objectifs à l'ambition renforcée en matière de chirurgie ambulatoire au niveau national.

Ces objectifs nationaux sont déclinés :

- ◆ dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) entre les Agences régionales de santé (ARS) et les établissements de santé ;
- ◆ pour certains gestes (dits gestes marqueurs) au niveau national.

Enfin, disposer d'une vision racine de GHM par racine de GHM du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire afin d'identifier les établissements où la bascule de la chirurgie conventionnelle à l'ambulatoire devrait être une priorité.

Le pilotage de l'atteinte des objectifs nécessite en effet de calculer un potentiel national de chirurgie ambulatoire qui puisse être complété d'une déclinaison racine de GHM par racine de GHM afin d'orienter les décisions de pilotage des ARS et l'activité des établissements. Une analyse GHM par GHM permet ainsi, au niveau d'un établissement, d'identifier plus aisément le potentiel ambulatoire et le rythme d'atteinte des objectifs.

2. Méthodologie de calcul du potentiel national d'activité de chirurgie ambulatoire

La méthodologie de détermination du potentiel national d'activité de chirurgie ambulatoire retenue par la mission est fondée sur une base de données construite, à la demande de la mission, par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

2.1. Le calcul du potentiel d'actes transférables en chirurgie ambulatoire est la première étape de la méthode permettant le calcul des économies associées au développement de la chirurgie ambulatoire (cf. partie 4).

La mission a exploité les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), en intégrant des hypothèses vérifiées auprès de ses interlocuteurs

2.1.1. Les données quantitatives sont issues des traitements de l'ATIH issues du PMSI

La base comprenant l'activité de tous les établissements de santé a été construite à partir des données du PMSI de 2012 retraitées par l'ATIH. Elle permet d'identifier, pour chaque établissement, les variables suivantes :

- ◆ le statut de l'établissement ;
- ◆ les racines de GHM traitées dans chaque établissement, à partir des 208 racines de GHM en C ;
- ◆ les comorbidités associées à chaque établissement, par racine de GHM ;
- ◆ le nombre d'entrées par les urgences en hospitalisation complète, par racine de GHM et par établissement ;
- ◆ le nombre total d'actes en chirurgie (conventionnelle et ambulatoire), par racine de GHM et par établissement en 2012 ;
- ◆ le nombre de séjours réalisés en hospitalisation complète, par racine de GHM et par établissement ;
- ◆ les caractéristiques de durée de chaque séjour liés à une intervention chirurgicale, par racine de GHM, appréciés par la durée de séjour (J, 0 hors J, 1, 2, 3, 4, >4 nuits) et par établissement ;
- ◆ le nombre de séjours réalisés en chirurgie ambulatoire par racine de GHM et par établissement ;
- ◆ le taux de chirurgie ambulatoire dans l'établissement ;
- ◆ la variation (2009-2012) du nombre de séjours réalisés en hospitalisation complète par racine de GHM et par établissement ;
- ◆ la variation (2009-2012) du nombre de séjours réalisés en chirurgie ambulatoire par racine de GHM et par établissement.

La base de données ainsi constituée permet d'identifier le nombre de séjours par niveau de sévérité et durée de séjour, et ce, racine de GHM en C par racine de GHM en C pour chacun des établissements de santé.

2.1.2. Les hypothèses posées par la mission relatives aux taux de substitution de la chirurgie conventionnelle à la chirurgie ambulatoire sont issues des observations réalisées sur le terrain et d'échanges avec la DGOS

Outre le recours à la base de données de l'ATIH, la mission a établi des hypothèses de transférabilité en tenant compte des niveaux de sévérité des séjours. Ces hypothèses ont été établies à partir des échanges de la mission avec la DGOS, de l'étude des analyses de différentes sociétés savantes et de l'approfondissement de plusieurs travaux réalisés par les établissements de santé visités par la mission.

Plusieurs structures ont en effet calculé, au niveau de l'établissement, un potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire. Ces taux de transférabilité ont fait l'objet d'hypothèses prudentes (cf. 2.2.2), en distinguant strictement le potentiel transférable en fonction des durées des séjours et de leur niveau de sévérité.

2.2. La méthodologie consiste à appliquer à chaque établissement une série de filtres permettant, étape après étape, d'exclure les séjours considérés comme inéligibles à la chirurgie ambulatoire

Le calcul du potentiel cible de chirurgie ambulatoire est fondé sur l'ensemble des séjours¹ de chirurgie (208 GHM en C), soit 5,4 millions de séjours en 2013.

Tableau 2 : Périmètre de l'analyse menée par la mission (séjours)

Périmètre	Nombre de séjours en 2013 (en millions)
Médecine, chirurgie, obstétrique (ONDAM établissements de santé, 2014)	17,3
<i>dont chirurgie (208 GHM en C, hors obstétrique)</i>	5,4
<i>dont chirurgie (GHM en C avec nuitées : hospitalisation complète)</i>	3,1
<i>dont chirurgie ambulatoire (GHM en C sans nuitées - J et hors J)</i>	2,3

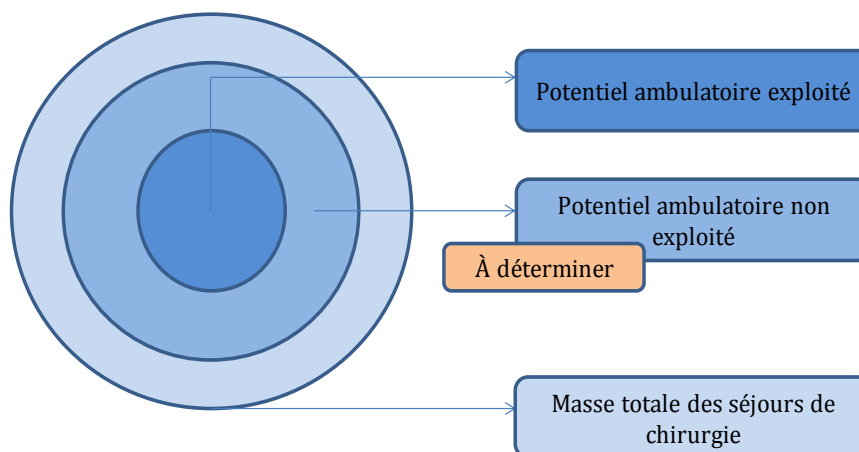
Source : Mission, à partir de données PLFSS et ATIH.

La mission a fondé son raisonnement sur les 3,1 millions de séjours en C d'une nuit au moins en 2013 pour estimer le potentiel transférable en chirurgie ambulatoire.

L'estimation du taux de chirurgie ambulatoire cible correspond aux séjours actuellement en chirurgie ambulatoire en 2013 (2,3 millions) auquel est ajouté le potentiel calculé par la mission à partir des séjours en hospitalisation complète.

¹ L'unité de référence dans le PMSI est le séjour.

Graphique 1 : La détermination du potentiel national d'activité en chirurgie ambulatoire



Source : Mission.

2.2.1. L'estimation du volume total des séjours de chirurgie est fondée sur les résumés de sortie standardisés (RSS)

Tout séjour hospitalier dans la partie Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) d'un établissement de santé public ou privé doit donner lieu à la production d'un résumé de sortie standardisé (RSS), constitué d'un ou plusieurs résumés d'unité médicale (RUM). **Chaque RSS correspond à un séjour, qui est l'unité de base** de la méthodologie développée par la mission.

Le classement de chaque RSS dans un GHM résulte de tests prédéterminés sur les informations qu'il contient. L'ensemble des tests effectués constitue l'algorithme de la classification. Ces tests sont réalisés par l'ATIH.

Les catégories majeures (CM) sont le premier niveau de classement des RSS. Elles correspondent à un système fonctionnel (affections du système nerveux, de l'œil, de l'appareil respiratoire...) et sont alors dites catégories majeures de diagnostic (CMD) car c'est le diagnostic principal du RSS qui détermine le classement.

Les séjours considérés comme composant la masse totale des séjours de chirurgie correspondent aux séjours identifiés par les racines de GHM en C (pour Chirurgie) hormis les deux catégories majeures de diagnostic (CMD) suivantes :

- ◆ CMD 14 : grossesses pathologiques, accouchements et affections du *post-partum* ;
- ◆ CMD 15 : nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale.

Les calculs effectués par la mission sont fondés sur 5,4 millions de séjours de chirurgie, ce qui correspond à l'ensemble des séjours en C, dont on retranche les CMD 14 et 15.

2.2.2. Identification des situations d'exclusion rendant impossible la prise en charge en chirurgie ambulatoire

La base de données utilisée par la mission a permis d'identifier, établissement par établissement, les séjours actuellement traités en chirurgie ambulatoire et en hospitalisation complète.

Le résultat est un potentiel de transfert exprimé de la manière suivante :

- national ;
- régional ;

Annexe III

- par territoire de santé ;
- par statut d'établissement ;
- par établissement.

Le potentiel de transfert, ajouté au taux de chirurgie ambulatoire déjà réalisé, donne le taux cible de chirurgie ambulatoire. Il est théorique et maximal. Le potentiel national de chirurgie ambulatoire est évalué comme le nombre de séjours qui ne sont exclus par aucun des critères listés ci-dessous. Les « filtres » appliqués au total des séjours de chirurgie sont donc cumulatifs : pour que le séjour soit considéré comme faisant partie du potentiel de chirurgie ambulatoire au niveau national, aucun des filtres présentés ci-dessous ne doit l'exclure.

Tableau 3 : Liste des filtres appliqués dans la détermination du potentiel national d'activité de chirurgie ambulatoire

Type de filtre	Commentaire
Niveau de sévérité	Estimation du taux de transfert, par couple niveau de sévérité/durée de séjour
Durée de séjour	Estimation du taux de transfert, par couple niveau de sévérité/durée de séjour
Admission par les urgences	Taux de réduction forfaitaire
Critères socio-économiques	Taux de réduction forfaitaire

Source : Mission.

La détermination du potentiel cible de chirurgie ambulatoire s'effectue en deux temps :

- ◆ la première étape consiste à estimer le potentiel de transférabilité en fonction des durées de séjour et de leur niveau de sévérité (cf. 2.2.2.1) ;
- ◆ la deuxième étape suppose d'appliquer une réduction forfaitaire au potentiel transférable, afin de prendre en compte la présence de services d'urgences ainsi que les caractéristiques socio-économiques de la patientèle (cf. 2.2.2.2).

2.2.2.1. Première étape : détermination des taux de transférabilité à partir des durées de séjour et des niveaux de sévérité

La base de données permet d'identifier, établissement par établissement et racine de GHM en C par racine de GHM en C, le nombre de séjours effectués ainsi que leur durée. Elle permet également une distinction au sein de chaque racine GHM par établissement l'identification des niveaux de sévérité.

Deux variables sont croisées afin d'exclure du calcul du potentiel national de chirurgie ambulatoire une série de séjours pour lesquels une telle prise en charge est exclue à ce stade de la connaissance scientifique.

- ◆ **Les durées de séjour et le niveau de sévérité du séjour sont ainsi croisés séjour par séjour pour déterminer les taux de transfert applicables. Le niveau de sévérité des jours permet d'appréhender les caractéristiques du patient**

L'intégration du niveau de sévérité dans l'analyse permet de prendre en compte la situation du patient, qui, du fait de son affection, de son état général et de la complexité de l'acte (en l'état actuel des connaissances), ne peut être pris en charge en chirurgie ambulatoire. Ceci limite donc le potentiel national de chirurgie ambulatoire.

En chirurgie ambulatoire comme en hospitalisation conventionnelle, un acte doit être réalisable en toute sécurité. Une évaluation au cas par cas des risques inhérents à chaque hospitalisation, prenant en compte le triptyque patient-acte-organisation à un moment donné, doit être effectuée.

Annexe III

Les racines de GHM ont été classées en quatre niveaux de sévérité (de 1 à 4, le niveau 1 étant le moins sévère, sans complications et morbidités associées (CMA)), représentatifs de l'état du patient par la prise en compte améliorée et élargie des CMA ainsi que des effets de l'âge. Le niveau de sévérité est donc un indicateur synthétique qui permet de caractériser la complexité de la prise en charge par la gravité des cas.

Encadré 1 : La complication ou morbidité associée (CMA)

Une complication ou morbidité associée (CMA) est une affection associée au diagnostic principal, complication de celui-ci ou de son traitement, dont la présence induit une augmentation significative de la durée ou du coût du séjour. Une CMA est identifiée lors du groupage par un test portant sur les diagnostics associés significatifs du résumé de sortie standardisé. Les CMA sont classées par niveau de sévérité allant de 2 à 4 (du moins sévère ou plus sévère).

Les niveaux de sévérité segmentent les racines de GHM en GHM. Ainsi, une racine de GHM contient plusieurs GHM qui sont chacun affectés d'un niveau de sévérité. Une racine affectée de quatre niveaux de sévérité est à l'origine de quatre GHM.

La mission a par conséquent retenu une approche racine de GHM par racine de GHM qui permet de distinguer au sein de chacune d'entre elle le nombre de séjours classés par niveau de sévérité. L'âge du patient est, avec la CMA, une composante du niveau de sévérité du GHM. Les chirurgiens et anesthésistes interrogés par la mission ont souligné que l'âge pouvait être un frein à un séjour en ambulatoire, du fait d'une récupération moins rapide que celle des patients plus jeunes. Toutefois, une hospitalisation en ambulatoire est également un facteur susceptible de réduire l'exposition des patients âgés à des risques de désorientation, ainsi qu'à une rupture de leur organisation quotidienne.

Encadré 2 : La question de l'âge des patients

Un âge élevé n'apparaît pas, en soi, comme un critère d'exclusion. Les travaux menés par la Haute autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) indiquent à cet égard que « [l'obésité et] l'âge ne sont pas un facteur d'exclusion en soi ».² Le document de la HAS et de l'ANAP fait référence à plusieurs travaux académiques :

- ◆ De Lathouwer C, Pouiller JP. Ambulatory surgery in 1994-1995 : the state of the art in 29 OECD countries. *Ambul Surg* 1998 ; 6 :43-55 ;
- ◆ International Association for Ambulatory Surgery. Day surgery. Development and practice. London : IAAS ; 2006 ;
- ◆ Spain Ministry of Health and Consumer Affairs. Day Surgery Unit Guide. Standards and Recommendations. Madrid ; 2008 ;
- ◆ Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, British Association of Day Surgery. Day case and short stay surgery : 2. *Anaesthesia* 2011 ; 66(5) :417-34.

La mission relève également que la chirurgie ambulatoire revêt un avantage spécifique pour les personnes âgées dans la mesure où elle évite un éloignement du domicile prolongé, qui peut être source de perte de repères et de difficultés après le retour au domicile. La prise en charge en chirurgie ambulatoire des patients âgés est donc possible et, dans certains cas, optimale.

- ◆ **Les durées de séjour constituent l'autre variable qui, combinée aux niveaux de sévérité, permet d'estimer les taux de transférabilité**

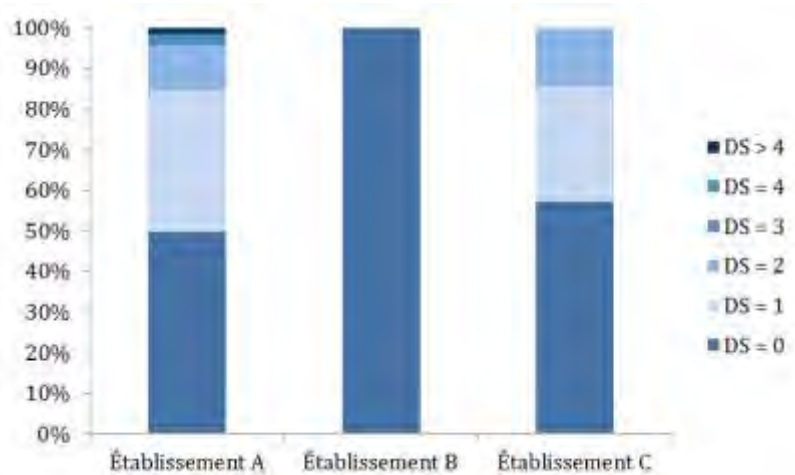
² Haute autorité de santé (HAS) et Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANA), Socle de connaissances, avril 2012. Document téléchargeable sur www.has-sante.fr et sur www.anap.fr.

Annexe III

La détermination du potentiel national d'activité de chirurgie ambulatoire nécessite de prendre en compte les durées de séjours : des séjours en hospitalisation conventionnelle d'une durée excessive ne peuvent être considérés comme relevant du potentiel de chirurgie ambulatoire à court et moyen termes, même si certaines innovations intègrent ponctuellement ces séjours en ambulatoire. Il convient en effet de relever qu'une évolution rapide des techniques peut, pour certains actes, réduire de manière très significative la durée moyenne de séjour et rendre possible un développement marqué de la chirurgie ambulatoire.

La durée de séjour est un indicateur de la complexité des GHM, même si l'hétérogénéité des durées de séjours entre établissements pour le même GHM montre que cette variable est également affectée par des facteurs organisationnels.

Graphique 2 : Exemple des durées de séjours constatées pour la racine de GHM 05C17



Source : Mission.

Ainsi, *a priori*, un séjour dont la durée est supérieure à quatre jours n'est pas considéré comme transférable à grande échelle et à court terme en ambulatoire. Ceci ne signifie toutefois pas qu'une démarche innovante soit exclue, mais elle reste modeste en volume.

Dans le cadre de la présente étude, pour un niveau de sévérité 1, les séjours d'une nuit (durée de séjour (DS) = 1) sont considérés comme étant tous éligibles à la chirurgie ambulatoire dans l'horizon de temps retenu de la mission (2016-2018). Les séjours de deux nuits (DS=2) se voient, quant à eux, appliquer un taux d'éligibilité légèrement inférieur, les séjours de trois nuits (DS=3) un taux inférieur à 40 % et les séjours de quatre nuits un taux inférieur à 30 %. Les séjours de plus de quatre nuits ne sont pas considérés comme éligibles à la chirurgie ambulatoire dans le cadre de l'horizon temporel de la mission.

◆ Croisement des durées et de séjour et des niveaux de sévérité

Comme présenté *supra*, la mission a constitué une base de données permettant, racine de GHM par racine de GHM, de distinguer le nombre de séjour par niveau de sévérité et par durée de séjour. Par exemple, pour une racine de GHM d'un établissement donné sont donc accessibles les volumes d'activité pour les séjours de sévérité 1 d'une durée de deux jours.

Le croisement de la durée de séjour avec le niveau de sévérité permet de déterminer une liste de taux de transfert qui vont décroissant avec la longueur de la durée de séjour et le niveau de la CMA, conformément aux critères exposés *supra*.

Annexe III

Tableau 4 : Taux de transfert issus du croisement de la CMA avec la DS (avant application de la réduction forfaitaire) (en %)

	DS=1	D=2	DS=3	DS=4	DS>4
Niveau de sévérité 1	100	90	40	30	20
Niveau de sévérité 2	-	-	30	20	15
Niveau de sévérité 3	-	-	-	0	0
Niveau de sévérité 4	-	-	-	-	0

Source : Mission.

2.2.2.2. Seconde étape : application de deux taux de réduction forfaitaires permettant de prendre en compte les contraintes liées aux admissions par le service des urgences et les critères socio-économiques

La mission a ensuite appliqué deux taux de réduction forfaitaire du potentiel ambulatoire correspondant aux patients admis par le service des urgences et aux critères socio-économiques d'exclusion des patients.

◆ Discussion de l'exclusion des patients admis par l'intermédiaire du service des urgences

L'admission par le service des urgences dans un établissement de santé est suivie dans moins de 5 % des cas par une intervention chirurgicale. La FHF, dans la note « *Estimation du potentiel de chirurgie ambulatoire à moyen terme selon différentes hypothèses et les pratiques observées* », estime que « le caractère « arrivée par les urgences » exclut d'emblée la possibilité d'organisation d'une prise en charge ambulatoire ».

Si l'entrée par les urgences rend plus complexe l'intégration du patient en chirurgie ambulatoire, la mission observe que cette prise en charge n'est pas impossible, même si elle nécessite une organisation spécifique et particulièrement réactive.

La prise en charge en chirurgie ambulatoire des patients admis par le service des urgences peut conduire à deux situations :

- ◆ après diagnostic au service des urgences, le patient est renvoyé chez lui et il est réadmis le lendemain ou dans les jours suivants en chirurgie complète ou ambulatoire. Le PMSI ne permet pas de distinguer les modes d'admission initiaux du patient. En tout état de cause, les patients admis aux urgences et réadmis le lendemain ou les jours suivants pour être opérés en chirurgie ambulatoire apparaissent dans les statistiques d'activité de la chirurgie ambulatoire ;
- ◆ après diagnostic au service des urgences, le patient est admis directement dans la journée dans un service pratiquant la chirurgie ambulatoire et est opéré. La mission a observé sur le terrain que cette pratique était possible quoique soumise à condition :
 - organisation flexible du planning d'opération avec libération anticipée de plages horaires « urgences » ;
 - admission du patient le matin dans le service pratiquant la chirurgie ambulatoire. Une admission dans l'après-midi rend très difficile la réalisation de l'ensemble du parcours du patient pour une sortie le soir.

Les urgences représentent respectivement 18 % des entrées de chirurgie dans les établissements ex-DG et 3 % dans les établissements ex-OQN en 2012.

Annexe III

La mission, faute de données disponibles, n'est pas en mesure de ventiler les entrées en urgence par durée de séjour, ni par sévérité. Aussi, la méthodologie de la mission ne permet pas d'indiquer si la majorité des entrées en urgences sont des séjours d'une nuit, propices à un transfert significatif en ambulatoire.

L'entrée par les urgences ne peut, au vu des entretiens menés par la mission, être considérée comme un facteur d'exclusion automatique de la chirurgie ambulatoire : les bonnes pratiques autorisant une telle prise en charge sont aussi nombreuses qu'exigeantes. En tout état de cause, à l'instar du développement général de la chirurgie ambulatoire, la question est principalement d'ordre organisationnel.

Dans la mesure où la prise en charge en chirurgie ambulatoire des patients admis par les urgences suscite plus de difficultés qu'une chirurgie programmée classique, un abattement forfaitaire de cinq points est appliqué aux taux de transférabilité obtenus ci-dessus.

Le choix d'un taux d'abattement forfaitaire de cinq points ne permet pas d'appréhender exactement, pour chaque couple DS/NS les effets des admissions par les urgences sur la transférabilité. Faute de données disponibles permettant de l'appréhender, ce taux de réduction forfaitaire est considéré par la mission comme reflétant les possibilités des établissements à terme à transférer les patients arrivés par les urgences dans les UCA.

◆ **Discussion des critères sociaux et économiques**

Outre les critères de sélection médicaux et chirurgicaux, les établissements hospitaliers doivent prendre en compte des critères sociaux et économiques dans la sélection des patients éligibles à la chirurgie ambulatoire.

- ◆ **acceptation** : le patient doit avoir accepté la chirurgie ainsi que la prise en charge en ambulatoire ;
- ◆ **accompagnement** : le patient doit pouvoir être raccompagné à domicile par un adulte responsable, et si besoin en fonction de sa pathologie, pour au moins une nuit après la sortie de l'hôpital ; par ailleurs, l'accompagnant doit pouvoir comprendre la procédure des soins postopératoires et accepter la responsabilité de la surveillance du patient. Il doit être en mesure de prendre des décisions pour le bien-être du patient si nécessaire³. Les patients atteints de pathologies psychiatriques empêchant leur collaboration avec l'équipe médicale ne peuvent pas être éligibles à la chirurgie ambulatoire⁴ ;
- ◆ **éloignement géographique** : la durée du transport et la distance du lieu de résidence par rapport à l'hôpital ne sont pas des facteurs d'exclusion. Le patient ne doit pas conduire après son intervention et il est recommandé qu'il soit accompagné par un tiers lors du trajet retour.

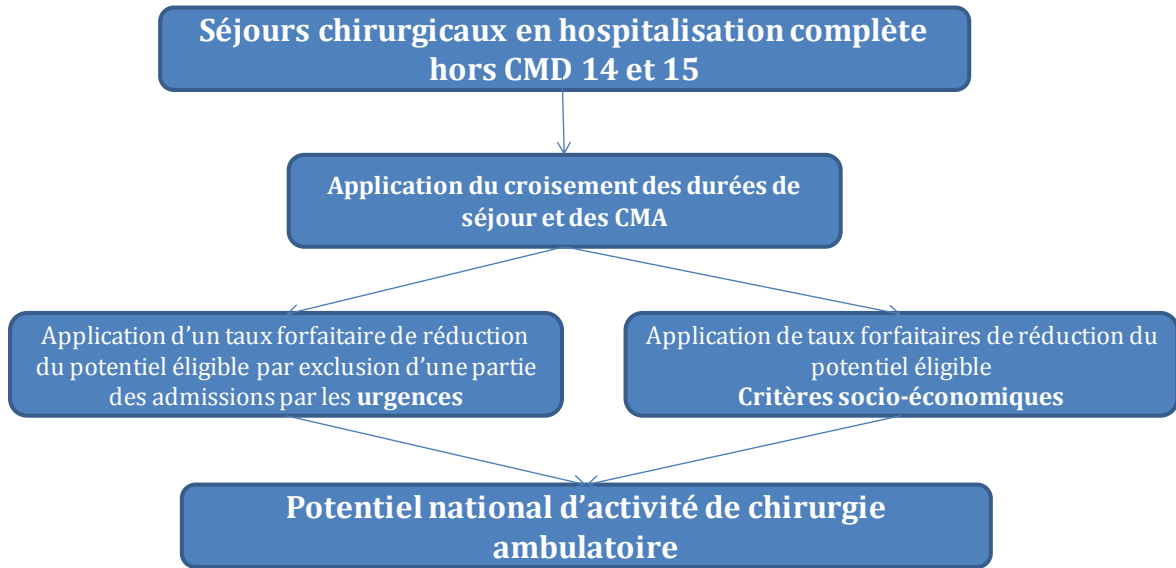
Aucune donnée consolidée au niveau national n'est disponible pour évaluer la proportion de patients qui auraient pu être pris en charge en chirurgie ambulatoire au vu des critères médico et chirurgicaux mais en ont été exclus du fait des critères sociaux et économiques. L'effet de ces derniers varie en fonction de la nature de la patientèle et de la situation géographique de l'établissement.

La mission retient par conséquent une estimation basse de 5 % des patients qui sont exclus de la chirurgie ambulatoire pour des motifs psycho-sociaux. Elle appliquera par conséquent un abattement de cinq points aux taux de transférabilité exposés ci-dessus.

³ Les mineurs doivent être accompagnés par leurs parents ou un représentant légal, les patients atteints d'un trouble du jugement (par un tiers ou un représentant légal) et les patients non francophones (par un traducteur).

⁴ Pour les critères d'éligibilité sociaux et économiques, voir Haute autorité de santé (HAS) et Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANA), Socle de connaissances, avril 2012.

Graphique 3 : Synthèse de la méthodologie



Source : Mission.

◆ **Conclusion de la démarche**

L'application des deux séries de filtres successives, à savoir la combinaison durée de séjour/niveau de sévérité puis les taux forfaitaires de réduction (urgences et critères socio-économiques), conduisent à retenir les taux de transférabilité tels qu'exprimés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 5 : Taux de transférabilité (en %)

Niv1 DS=1	Niv1 DS=2	Niv1 DS=3	Niv1 DS=4	Niv1 DS>4	Niv2 DS=3	Niv2 DS=4	Niv2 DS>4	Niv3 DS=4	Niv3 DS>4	Niv4 DS>4
90	80	30	20	10	20	10	5	0	0	0

Source : Mission.

Des taux de transférabilité ambitieux pour les séjours de sévérité n°1, pour les séjours d'une nuit (90 %) et de deux nuits (80 %). Réciproquement, compte tenu des observations de terrain de la mission ainsi que de ses entretiens avec les sociétés savantes, une forte décote est appliquée aux taux de transférabilité pour les séjours de niveau de sévérité n°2, ainsi que pour les séjours de trois nuitées ou plus. Enfin, sont exclus du potentiel de transfert les séjours de sévérité n°3, afin d'adopter une estimation réaliste du potentiel de chirurgie ambulatoire atteignable en 2018.

2.2.3. Le calcul réalisé par la mission conduit à l'identification d'un potentiel cible de développement de la chirurgie ambulatoire d'ici 2018

La méthode de détermination du potentiel national d'activité de chirurgie ambulatoire conduit à identifier une masse de séjours transférables par application homothétique des taux de transfert séjours établissement par établissement et racine de GHM par racine de GHM.

L'application de taux de transfert homothétique présente plusieurs limites :

- ◆ elle ne distingue pas, au sein des racines de GHM, les actes complexes à faible potentiel ambulatoire des actes « simples » à fort potentiel ;

Annexe III

- ♦ elle ne permet pas de prendre en compte les conditions organisationnelles, architecturales et économiques propres à chaque établissement.

Toutefois, la contrainte inhérente à un calcul consolidé au niveau national impose de recourir à des hypothèses transversales : le choix de la mission de retenir comme variable le niveau de sévérité s'explique par le fait qu'elle constitue une bonne approximation du niveau de complexité du couple acte/patient. Cette option méthodologique permet en outre de faire usage d'un nombre restreint de variables et de limiter les incertitudes de calcul.

La mission a pris connaissance des conclusions d'un travail collaboratif entre les sociétés savantes et la DGOS réalisé en 2014 sur l'estimation du potentiel de chirurgie ambulatoire. Ce travail consiste, spécialité par spécialité, racine de GHM par racine de GHM et acte par acte, à identifier une fourchette de taux de chirurgie ambulatoire atteignable à moyen terme. Les résultats de cette démarche ne sont toutefois disponibles que pour un nombre limité de spécialités.

L'approche scientifique des sociétés savantes offre une vision plus précise et exhaustive du potentiel d'actes transférables par racine de GHM. Cette analyse révèle notamment la forte hétérogénéité de chaque racine de GHM, et appelle ainsi l'attention sur les améliorations à apporter dans le futur au calcul de potentiel transférable par racine de GHM.

Toutefois, sachant que la méthodologie macroéconomique de la mission est conduite à l'échelle de chaque établissement, cela permet le cas échéant d'affiner le potentiel transférable en fonction de la structure des racines de GHM propres à chaque établissement de santé.

La méthodologie des sociétés savantes, qui ne comprend que deux spécialités, prend en compte un certain nombre de freins que la mission propose de lever. La mission estime donc un potentiel supérieur à celui calculé par les deux sociétés savantes.

La complémentarité des deux méthodologies plaide pour un calcul fondé sur la méthodologie de la mission afin d'évaluer le potentiel de séjours transférables au niveau national, et d'en déduire les économies associées. Cependant, la méthodologie scientifique devrait permettre d'évaluer plus finement, au niveau de chaque établissement, les séjours effectivement éligibles à l'ambulatoire dans un deuxième temps.

2.3. La mission estime que le potentiel cible national maximal de chirurgie ambulatoire est de 65,6 % d'ici 2018

2.3.1. La mission a distingué, selon le degré d'efforts qu'ils exigent, quatre scénarios d'évolution du taux de chirurgie ambulatoire

L'application des taux de transférabilité retenus dans le cadre de la méthodologie adoptée par la mission porte le taux de chirurgie ambulatoire à 65,6 % d'ici 2018 pour l'ensemble des racines de GHM en C, soit 55,9 % pour les établissements publics et 72,9 % pour les établissements privés.

Annexe III

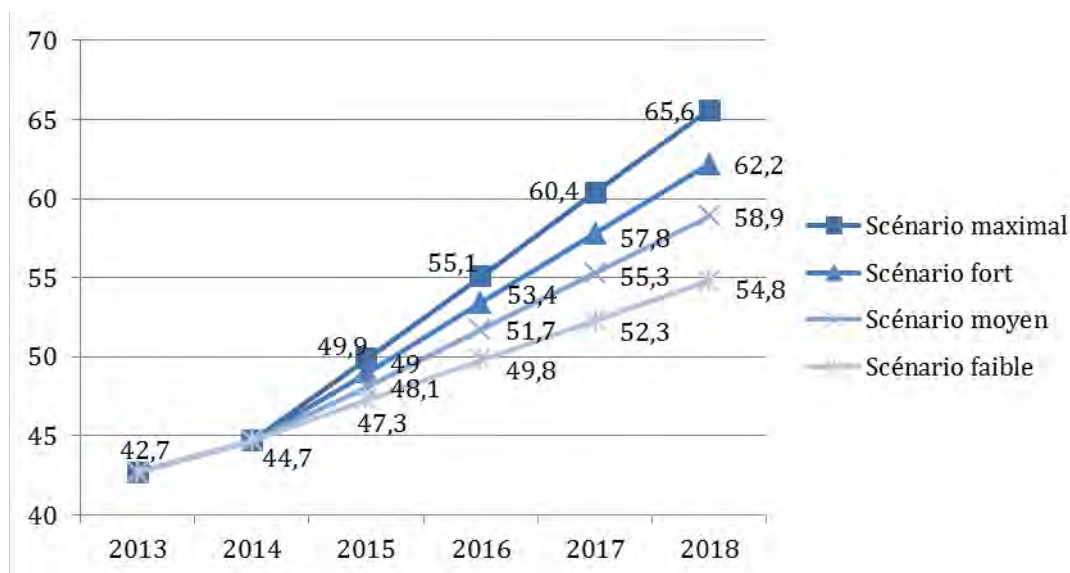
Tableau 6 : Résultats du calcul du potentiel national pour les 208 racines en C (scénario d'atteinte du potentiel national en 2018)

Type d'établissement	Séjours de chirurgie	Séjours transférables en ambulatoire	Séjours projetés en ambulatoire (dont séjours actuellement en ambulatoire)	Taux de chirurgie ambulatoire projeté (en %)
ex-DG	2 308 650	565 880	1 291 588	55,9
ex-OQN	3 074 303	662 297	2 241 206	72,9
Total	5 382 953	1 228 178	3 532 795	65,6

Source : ATIH, calculs mission.

Afin de mieux cerner les contraintes inhérentes aux mutations de la chirurgie, quatre scénarios de progression de la chirurgie ambulatoire ont été établis, en considérant que l'estimation du potentiel national présentée ci-dessus correspond au scénario le plus ambitieux. Dans le cadre de ce scénario, l'objectif est l'atteinte d'un taux de 65,6 % de chirurgie ambulatoire pour l'ensemble des GHM en C en 2018.

Graphique 4 : Évolution du taux de chirurgie ambulatoire pour les quatre scénarios définis par la mission entre 2013 et 2018



Source : Mission.

Entre 2007 et 2013, le taux de chirurgie ambulatoire a progressé en moyenne de 1,7 point par an. Les scénarios proposés sont fondés sur des taux de progression annuels plus ambitieux à partir de 2015, afin de tenir compte de la priorité donnée à la chirurgie ambulatoire dans la stratégie des établissements de santé. L'année 2014 n'est pas considérée comme pouvant relever des scénarios au vu de la date d'intervention de la mission.

Ces scénarios sont fondés sur des taux de transférabilité distincts par couple durée de séjour/niveau de sévérité. Les taux de transférabilité appliqués à chaque scénario sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 7 : Taux de transférabilité (en %)

Scénario	Niv1 DS=1	Niv1 DS=2	Niv1 DS=3	Niv1 DS=4	Niv1 DS>4	Niv2 DS=3	Niv2 DS=4	Niv2 DS>4	Niv3 DS=4	Niv3 DS>4	Niv4 DS>4
Maximal	90	80	30	20	10	20	10	5	0	0	0
Fort	80	70	20	10	10	10	5	5	0	0	0
Moyen	70	50	20	10	10	10	5	5	0	0	0

Annexe III

Bas	60	40	8	5	5	5	0	0	0	0	0
-----	----	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Source : Mission.

Le taux de chirurgie ambulatoire est, en 2013, de 42,7 %, soit 2 points de plus qu'en 2012. La progression entre 2013 et 2014 est estimée à 2 points, soit une évolution conforme à la dynamique constatée en 2013 (taux de chirurgie ambulatoire de 44,7 % en 2014). Les taux de croissance des quatre scénarios sont fixés un niveau supérieur à deux points.

Le passage de 2014 à 2015 correspond à une année de transition dans le déroulement des scénarios : les taux de progression entre 2014 et 2015 sont variables selon les scénarios. Ils s'établissent entre 5,2 points pour le scénario maximal (ambitieux – atteinte du potentiel maximal) et 2,6 points pour le scénario bas (le moins exigeant). Les années 2014 et 2015 sont, dans ce schéma, une période de transition au cours de laquelle les établissements lanceront les projets nécessaires à l'accélération du transfert des séjours en chirurgie ambulatoire.

Les scénarios sont ensuite fondés sur une progression annuelle moyenne de 2,5 points par an (scénario bas), 3,6 points par an (scénario moyen), 4,4 points par an (scénario fort) et 5,2 points par an (scénario maximal) de progression du taux de chirurgie ambulatoire entre 2015 et 2018.

Tableau 8 : Les quatre scénarios de progression de la chirurgie ambulatoire sur la période 2014-2018 (en %, sur les GHM en C)

	Taux de chirurgie ambulatoire Scénario maximal (en %)	Taux de chirurgie ambulatoire Scénario fort (en %)	Taux de chirurgie ambulatoire Scénario moyen (en %)	Taux de chirurgie ambulatoire Scénario bas (en %)
2018	65,6	62,2	58,9	54,8
2017	60,4	57,8	55,3	52,3
2016	55,1	53,4	51,7	49,8
2015	49,9	49,0	48,1	47,3
2014	44,7	44,7	44,7	44,7
2013	42,7	42,7	42,7	42,7

Source : Mission.

2.3.2. Les scénarios développés par la mission sont aussi exigeants pour les deux types d'établissements

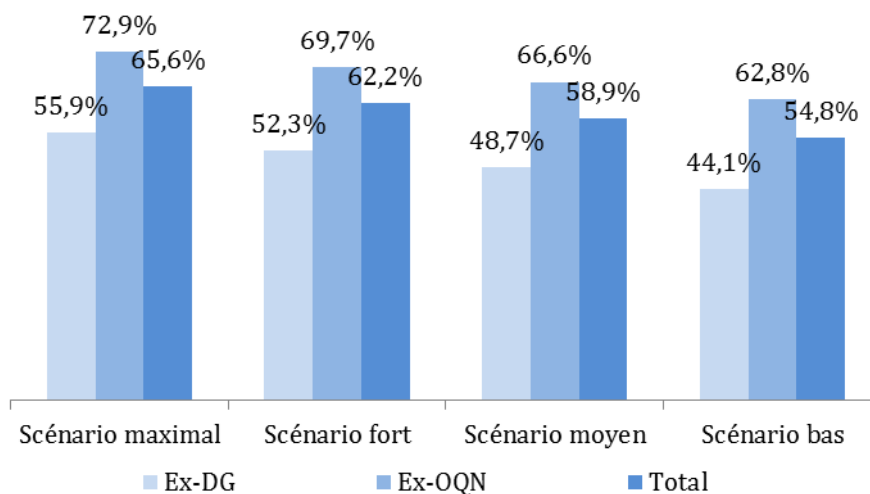
La méthodologie de la mission tient compte des situations acquises. Le différentiel de potentiel de chirurgie ambulatoire entre les établissements ex-OQN (72,9 %) et les établissements ex-DG (55,9 %) est lié à trois facteurs complémentaires :

- ◆ la part des actes transférables dans le total des actes en ambulatoire d'ici 2018 ;
- ◆ les durées de séjour moyennes constatées dans les établissements ex-OQN et ex-DG ;
- ◆ le niveau de sévérité des séjours hébergés respectivement dans les ex-OQN et ex-DG.

Le taux de chirurgie ambulatoire constaté dans les établissements ex-OQN est de 51,2 %, contre 31,3 % pour les établissements ex-DG en 2013. Le stock de séjours actuellement réalisés en chirurgie ambulatoire est deux fois supérieur dans les ex-OQN (1 578 909 séjours contre 725 708 séjours) par rapport aux établissements ex-DG.

Annexe III

Graphique 5 : Taux de chirurgie ambulatoire en 2018 selon le statut de l'établissement et le scénario retenu



Source : Mission.

Les établissements ex-OQN compteraient, à horizon 2018 (scénario maximal), 70,4 % de leurs séjours en ambulatoire déjà pris en charge sans nuitées en 2013, contre 56,2 % pour les établissements ex-DG.

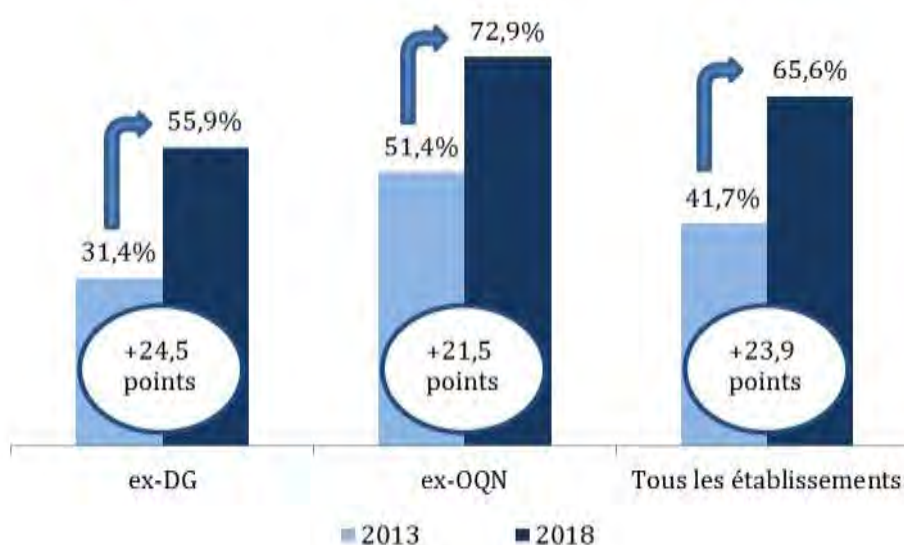
Tableau 9 : Répartition des séjours projetés en ambulatoire à horizon 2018 (scénario maximal)

	Séjours transférables en ambulatoire	Séjours projetés en ambulatoire (dont séjours actuellement en ambulatoire)	Part des séjours de 2018 déjà en ambulatoire en 2012 (en %)
Ex-DG	565 880	1 291 588	56,2
Ex-OQN	662 297	2 241 206	70,4
Total	1 228 178	3 532 795	65,2

Source : Mission, ATIH.

Les efforts requis par la progression du taux de chirurgie ambulatoire modélisée par la mission sont équilibrés entre les établissements ex-DG et les établissements ex-OQN : +24,5 points pour les établissements ex-DG, dotés en 2013 d'un taux de chirurgie ambulatoire de 31,4 %, et de 21,5 points pour les établissements ex-OQN, qui atteignent en 2013 un taux de chirurgie ambulatoire de 51,4 %.

Graphique 6 : Évolution des taux de chirurgie ambulatoire par type d'établissement pour le scénario maximal (en %/en points de pourcentage)



Source : Mission.

◆ **Facteurs différenciant le secteur ex-OQN du secteur ex-DG**

• **Durée de séjour et niveaux de sévérité moyens**

Le calcul du potentiel cible de chirurgie ambulatoire s'appuie, comme indiqué ci-dessus, sur les taux de transférabilité définis par la mission pour chaque couple durée de séjour/niveau de sévérité. Compte tenu de la forte dégressivité des taux de transférabilité (respectivement 90 % pour les séjours de sévérité n°1/DS=1 et 5 % pour les séjours de sévérité n°2/DS>4), la structure des séjours influence le potentiel de séjours transférables.

Les séjours de niveau de sévérité 1 représentent 67 % des séjours en hospitalisation conventionnelle dans les établissements ex-OQN entre contre 78 % pour les établissements ex-DG. Réciproquement, les séjours de niveau 3 et 4 représentent 14,2 % des séjours des établissements ex-DG, contre 6,3 % pour les établissements ex-OQN. Les établissements ex-DG ont une part moins importante de séjours associés à des taux de transférabilité élevés, ce qui minore le potentiel de séjours transférables.

Tableau 10 : Répartition des séjours par type d'établissement et par niveau de sévérité par rapport au total des séjours en hospitalisation conventionnelle

	Part des séjours de niveau 1 (en %)	Part des séjours de niveau 2 (en %)	Part des séjours de niveau 3 (en %)	Part des séjours de niveau 4 (en %)
Ex-DG	67,5	17,8	9,7	4,5
Ex-OQN	78,3	14,6	4,9	1,4
Total	72,8	16,2	7,4	3,0

Source : Mission.

De plus, les séjours de quatre jours ou plus représentent 38,0 % des séjours des établissements ex-DG, contre 15,9 % pour les séjours ex-OQN. Compte tenu des taux de transférabilité faibles associés aux séjours de quatre jours ou plus, les établissements ex-OQN, associés à des durées de séjour moyennes moins élevées, ont un potentiel transférable majoré par rapport aux établissements de santé du secteur ex-DG.

Tableau 11 : Répartition des séjours par durée de séjour sur l'ensemble des séjours de chirurgie par type d'établissement

	Part des séjours de 0 jour (en %)	Part des séjours de 1 jour (en %)	Part des séjours de 2 jours (en %)	Part des séjours de 3 jours (en %)	Part des séjours de 4 jours (en %)	Part des séjours de >4 jours (en %)
Ex-DG	31,3	10,3	12,6	8,5	6,2	30,8
Ex-OQN	51,2	10,2	10,6	7,0	4,8	15,9
Total	42,7	10,2	11,4	7,6	5,4	22,3

Source : Mission.

La structure des séjours (taux de chirurgie ambulatoire constaté, durées de séjour et niveaux de sévérité) influence fortement le potentiel de séjours transférables dans le cadre de la méthodologie conçue par la mission, associée à des taux de transférabilité dégressifs.

Les caractéristiques des séjours de chirurgie dans les établissements ex-OQN et les établissements ex-DG expliquent que le potentiel cible estimé dans le cadre du scénario maximal correspond respectivement à 72,9 % et 55,9 % (soit 65,6 % pour tous les établissements).

3. Les économies associées au développement de la chirurgie ambulatoire

3.1. Les économies associées à l'atteinte du potentiel maximal de chirurgie ambulatoire sont estimées à environ 700 M€⁵ à périmètre constant, sans intégration de l'évolution tendancielle de l'activité

L'estimation des économies associées au développement de la chirurgie ambulatoire s'appuie sur un raisonnement en quatre étapes :

- ◆ la détermination du potentiel d'actes transférables en chirurgie ambulatoire (cf. 2.3) ;
- ◆ l'identification des postes d'économies associés au transfert d'une partie de l'activité de chirurgie complète en chirurgie ambulatoire (cf. 3.1) ;
- ◆ l'intégration du tendancier d'augmentation des séjours en chirurgie d'ici 2018 (cf. 3.3) ;
- ◆ l'énumération des conditions de réussite de ces économies (cf. 3.4).

⁵ Scénario maximal.

Annexe III

Tableau 12 : Périmètre de l'analyse économique(en séjours et en montant (en Md€))

Périmètre	Dépenses (en Md€)	Nombre de séjours en 2013 (en millions)
Sécurité sociale (ONDAM, 2014)	174,2	-
Médecine, chirurgie, obstétrique (ONDAM établissements de santé, 2014)	75,5	17,3
<i>dont chirurgie (208 GHM en C, hors obstétrique) en 2013</i>	12,6	5,4
<i>dont chirurgie (GHM en C avec nuitées : hospitalisation complète) en 2013</i>	10,9	3,1
<i>dont chirurgie ambulatoire (GHM en C sans nuitées - J et hors J) en 2013</i>	1,7	2,3

Source : Mission, PLFSS, ATIH.

3.1.1. Les quatre scénarios de progression du taux de chirurgie ambulatoire conduisent chacun à deux types d'économies réparties en trois étapes

La mission a fondé l'estimation des économies associées au développement de la chirurgie ambulatoire sur le potentiel de séjours transférables pour les quatre scénarios :

- ◆ scénario maximal : atteinte du potentiel maximal de chirurgie ambulatoire ;
- ◆ scénario fort ;
- ◆ scénario moyen ;
- ◆ scénario bas.

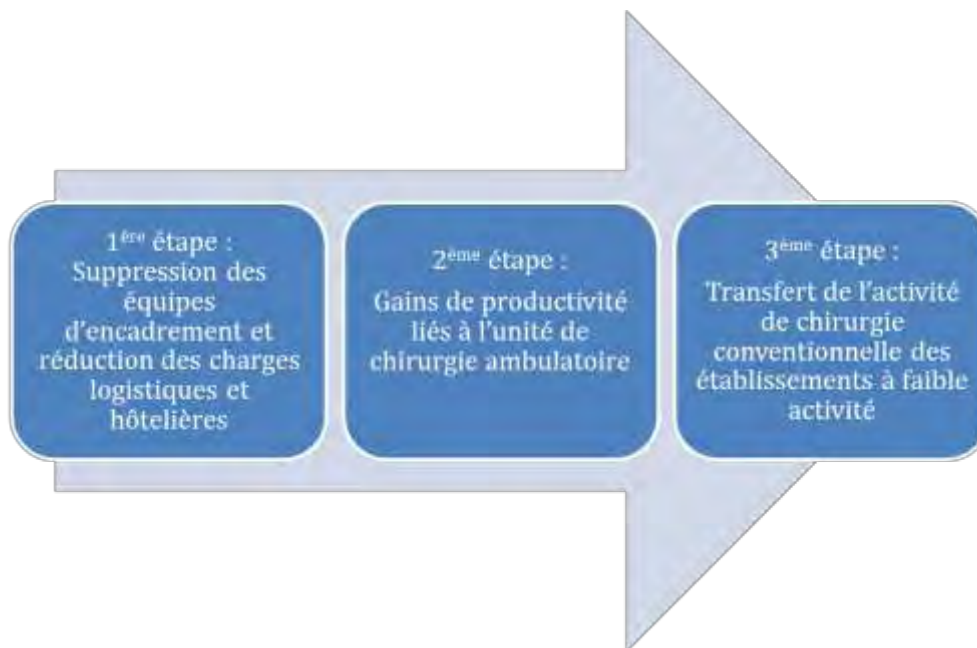
Les économies associées au développement de la chirurgie ambulatoire sont de deux ordres :

- ◆ des économies de personnel ;
- ◆ des économies de charges variables liées à la logistique et à l'hôtellerie.

Trois étapes d'économies sont envisageables :

- ◆ une première étape, réalisable à court terme, correspondant à la suppression de lits d'hospitalisation conventionnelle et aux économies de fonctionnement associées ;
- ◆ une deuxième étape, réalisable à moyen terme, correspondant aux gains de productivité liés au fonctionnement d'une unité de chirurgie ambulatoire ;
- ◆ une troisième étape, réalisable à moyen-long terme, qui suppose la disparition de l'activité chirurgicale des établissements où le développement de la chirurgie ambulatoire rend quasi-impossible le maintien d'une activité d'hospitalisation complète.

Graphique 7 : Les trois étapes d'économies



Source : Mission.

3.1.2. La première étape d'économies de fonctionnement est concomitante à la disparition de lits d'hospitalisation

La première étape d'économies identifiée par la mission repose sur trois axes, après transfert d'une partie de l'activité de chirurgie complète au sein d'une unité de chirurgie ambulatoire :

- ◆ la diminution du nombre d'équipes de nuit nécessaires à l'encadrement des lits d'hospitalisation complète ;
- ◆ la diminution du nombre d'équipes de jour nécessaires à l'encadrement des lits d'hospitalisation conventionnelle le week-end ;
- ◆ la diminution des charges associée à la substitution de séjours d'hospitalisation conventionnelle par des séjours de chirurgie ambulatoire.

3.1.2.1. Diminution des équipes de nuit nécessaires à l'encadrement de la chirurgie complète

La mission a identifié, établissement par établissement, le nombre d'équipes dont la présence ne serait plus nécessaire après transfert d'une partie de l'activité d'hospitalisation conventionnelle en chirurgie ambulatoire.

Il est essentiel de souligner que le calcul est effectué établissement par établissement : les chiffres consolidés présentés sont le résultat de l'addition des mouvements d'équipes et des économies associées de chaque établissement en France.

Le nombre d'équipes dont la présence ne serait plus indispensable après transfert du potentiel cible de séjours en ambulatoire s'obtient en suivant les calculs présentés dans le graphique ci-dessous.

Annexe III

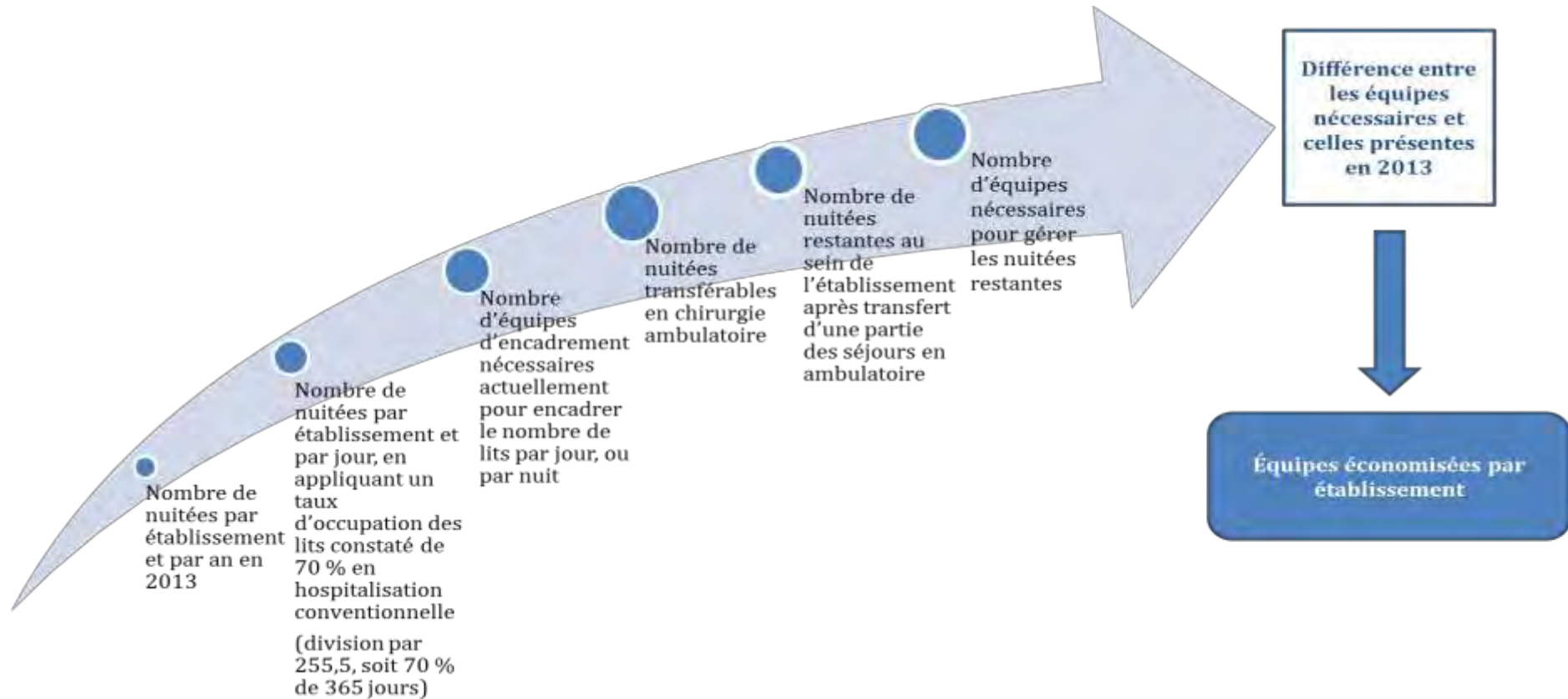
La mission a interrogé les établissements visités, la FHF, la FHP ainsi que la DGOS afin d'estimer le modèle d'encadrement des équipes non-médicales de nuit : la mission a retenu qu'une équipe de nuit (infirmier et aide-soignant) était nécessaire en moyenne pour encadrer 24 lits. Les schémas varient fortement (entre 12 et 30 lits) selon les établissements, leurs organisations et le type de chirurgie pratiqué au sein du service.

La mission a retenu les taux d'encadrement suivants :

- ◆ une équipe de nuit (un infirmier et un aide-soignant) pour 24 lits ;
- ◆ deux équipes de jour (soit au total 2,5 infirmiers et 2,5 aides-soignants) pour 12 lits.

Annexe III

Graphique 8 : Méthodologie de calcul des équipes économisées après transfert d'une partie de l'activité en ambulatoire



Source : Mission.

Annexe III

La méthode de la mission repose donc sur la notion d'équipe associée à des unités d'hospitalisation complète transférées « en bloc » à l'UCA, établissement par établissement et non sur le transfert de fractions d'ETP associées à la suppression ponctuelle de quelques lits. **Les équipes ne sont donc, dans le cadre de l'étude, jamais fractionnées.**

À titre d'exemple, pour un établissement, le calcul ci-dessous met en évidence que la réduction des nuitées peut conduire à supprimer une équipe d'encadrement de nuit.

Tableau 13 : Exemple de calcul de réduction des équipes d'encadrement de nuit

N° Finess	Nuitées actuelles /jour	Équipes actuelles	Nuitées transférables /jour	Nuitées restantes /jour	Équipes restantes /jour	Équipes économisées
Établissement A	25	2	5	20	1	1

Source : ATIH, calculs mission.

Pour chaque scénario, la mission a répliqué cette méthode afin d'évaluer, pour les établissements ex-OQN et les établissements ex-DG, les équipes susceptibles de disparaître après transfert d'une partie de l'activité en ambulatoire. Le nombre d'équipes susceptibles d'être supprimées varie de 175 équipes pour le scénario bas à 402 équipes pour le scénario maximal.

La mission a calculé le nombre d'équipes de nuit susceptibles de disparaître après transfert d'une partie de l'activité en chirurgie ambulatoire, en retenant une équipe d'encadrement pour 24 lits d'hospitalisation complète.

Tableau 14 : Réduction du nombre d'équipes de nuit après transfert en ambulatoire selon les scénarios

Type d'équipe	Scénario maximal	Scénario fort	Scénario moyen	Scénario bas
Secteur ex-DG	188	161	138	84
Secteur ex-OQN	214	168	134	91
Tous établissements	402	329	272	175

Source : Mission.

Le coût annuel complet d'une équipe de nuit, s'établit conformément au tableau ci-dessous.

Tableau 15 : Coûts patronaux bruts annuels des équipes de nuit

Type de personnel	Coût patronal annuel moyen par statut (en €)	Nombre d'agents	Équivalents temps plein (ETP)	Coût annuel d'une équipe de nuit (en €)
Infirmier	68 000	1	2,53	172 040
Aide-soignant	51 000	1	2,53	129 030
Équipe de nuit	-	2	5,06	301 070

Source : DGOS, calculs mission.

Les économies potentielles associées à la disparition d'une partie des équipes de nuit se calculent à partir du coût complet annuel d'une équipe de nuit (301 070 €), en le multipliant par le nombre d'équipes qui ne seraient plus indispensables (402).

Annexe III

Tableau 16 : Économies associées à la suppression des équipes de nuit (scénario d'atteinte du potentiel maximal d'activité de chirurgie ambulatoire)

Type d'équipe	Économies (M€)
<i>Rappel 1 équipe de nuit</i>	0,30
Équipes de nuit dans le secteur ex-DG	56,60
Équipes de nuit dans le secteur ex-OQN	64,43
Total des équipes de nuit	121,03

Source : Mission.

La disparition de 402 équipes de nuit représenterait une réduction des dépenses de 121 M€ pour le scénario maximal.

Selon le scénario retenu, les économies associées à la disparition des équipes de nuit varient entre 121 M€ (scénario maximal) et 53 M€ pour le scénario bas.

Tableau 17 : Économies associées à la suppression des équipes de nuit par scénario

	Scénario maximal	Scénario fort	Scénario moyen	Scénario bas
Taux de chirurgie ambulatoire cible d'ici 2018 (en %)	65,6	62,2	58,9	54,8
Économies associées à la suppression des équipes de nuit (en M€)	121,0	99,0	81,9	52,7

Source : Mission.

3.1.2.2. Diminution des équipes de jour nécessaires à l'encadrement de la chirurgie complète le week-end

Le transfert d'une partie de l'activité d'hospitalisation complète en chirurgie ambulatoire conduit à limiter la présence des équipes d'infirmier et d'aides-soignants de jour aux cinq jours ouvrés, du lundi au vendredi, tandis que l'hospitalisation conventionnelle nécessite un encadrement sept jours sur sept, dont le week-end.

La mission a calculé le nombre d'équipes de jour susceptibles d'être transférées à l'unité de chirurgie ambulatoire en même temps que le potentiel d'hospitalisation conventionnelle est transféré à ce mode d'hospitalisation. La mission a retenu un modèle d'encadrement de deux équipes pour 12 lits d'hospitalisation complète par jour.

Tableau 18 : Équipes de jour actuellement mobilisées pour encadrer le potentiel transférable en ambulatoire selon les scénarios

Type d'équipe	Scénario maximal	Scénario fort	Scénario moyen	Scénario bas
Secteur ex-DG	392	336	291	171
Secteur ex-OQN	424	343	280	191
Tous établissements	816	679	571	363

Source : Mission.

Comme pour les équipes de nuit, la mission a estimé le coût complet annuel d'une équipe de jour.

Annexe III

Tableau 19 : Coûts patronaux bruts annuels des équipes de jour

Type de personnel	Coût annuel moyen par statut (en €)	Nombre d'agents	Équivalents temps plein (en ETP) ⁶	Coût annuel d'une équipe de nuit (en €)
Infirmier	66 500	2,5	4,5	299 250
Aide-soignant	49 500	2,5	4,5	222 750
Équipe de jour	-	5	9,0	522 000

Source : DGOS, calculs mission.

Les équipes de jour actuellement associées au potentiel transférable en ambulatoire peuvent être divisées en deux groupes :

- ◆ un premier groupe, correspondant aux équipes de jour du lundi au vendredi, qui sera transféré à l'unité de chirurgie ambulatoire à mesure que le taux de chirurgie ambulatoire augmente, et qui fera l'objet de gains de productivité une fois leur incorporation dans l'UCA (cf. 3.1.3) ;
- ◆ un deuxième groupe, correspondant aux équipes de jour de week-end, qui ne sera plus nécessaire après transfert de l'activité en chirurgie ambulatoire, dans la mesure où les unités sont fermées le week-end.

La mission a identifié les équipes de week-end associées à l'activité d'hospitalisation conventionnelle susceptibles d'être supprimées, en multipliant les équipes de jour exposées ci-dessus par 2/7^{ème}.

Tableau 20 : Équipes de week-end actuellement mobilisées pour encadrer le potentiel transférable en ambulatoire selon les scénarios

Type d'équipe	Scénario maximal	Scénario fort	Scénario moyen	Scénario bas
Secteur ex-DG	112	96	83	49
Secteur ex-OQN	121	98	80	55
Tous établissements	233	194	163	104

Source : Mission.

Ainsi, sur les 816 équipes de jour du scénario maximal actuellement associées aux lits d'hospitalisation complète potentiellement transférables en chirurgie ambulatoire, il est possible de réaliser une économie correspondant au coût annuel de 233 équipes, soit 2/7^{ème} du total des équipes de jour.

Tableau 21 : Économies liées à la suppression des équipes de jour du week-end (scénario maximal)

Type d'équipe	Économies (M€)
<i>Rappel 1 équipe de jour</i>	0,52
2/7 d'une équipe de jour – (équipe de week-end)	0,15
Équipes de week-end ex-DG	58,46
Équipes de week-end ex-OQN	63,23
Équipes de week-end – total	121,70

Source : Mission.

La disparition de 233 équipes de jour présentes le week-end représenterait une économie de 122 M€ pour le scénario maximal.

Selon le scénario retenu, les économies associées à la disparition des équipes de week-end varient entre 122 M€ (scénario maximal) et 54 M€ pour le scénario bas.

⁶ Un agent représente 1,8 ETP pour les équipes de jour.

Annexe III

Tableau 22 : Économies associées à la suppression des équipes de week-end par scénario

	Scénario maximal	Scénario fort	Scénario moyen	Scénario bas
Taux de chirurgie ambulatoire cible d'ici 2018 (en %)	65,6	62,2	58,9	54,8
Économies associées à la suppression des équipes de week-end (en M€)	121,7	101,3	85,2	54,1

Source : Mission.

3.1.2.3. Réduction des charges variables logistiques et hôtelières liées au transfert de l'activité d'hospitalisation complète en chirurgie ambulatoire

La comptabilité analytique de certains des établissements de santé rencontrés a été analysée afin d'identifier le différentiel de charges variables logistiques et hôtelières entre une hospitalisation complète et un séjour en chirurgie ambulatoire. Après avoir partagé ces résultats avec la DGOS et les établissements concernés, ont été identifiés plusieurs postes de charges variables susceptibles d'être réduits par une prise en charge en chirurgie ambulatoire :

- ◆ la restauration, totalement (100 % de la différence entre les charges liées à la chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation conventionnelle) ;
- ◆ la blanchisserie, (10 % de la différence entre les charges liées à la chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation conventionnelle) ;
- ◆ la gestion économique, (5 % de la différence entre les charges liées à la chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation conventionnelle) ;
- ◆ les déchets hospitaliers (5 % de la différence entre les charges liées à la chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation conventionnelle) ;
- ◆ l'entretien et la maintenance, partiellement (20 % de la différence entre les charges liées à la chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation conventionnelle) ;
- ◆ le transport en ambulance, (100 % de la différence entre les charges liées à la chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation conventionnelle).

L'observation des cinq postes de charges variables retenues comme pouvant avoir un coût différent selon que le séjour est réalisé en ambulatoire ou en hospitalisation complète conduit une différence de 104,1 € en faveur du séjour en chirurgie ambulatoire.

En multipliant cette économie unitaire par le nombre de séjours transférables⁷, le transfert de patients en chirurgie ambulatoire pourrait générer une économie de charges variables de 130 M€, pour le scénario maximal.

Tableau 23 : Économies liées au différentiel de charges entre l'hospitalisation complète et la chirurgie ambulatoire (scénario maximal)

Type d'établissement	Économies (en M€)
Économie ex-DG	58,9
Économie ex-OQN	69,0
Économie totale	127,9

Source : Mission.

Selon le scénario retenu, les économies associées à la disparition des équipes de nuit varient entre 128 M€ (scénario maximal) et 67 M€ pour le scénario bas.

⁷ Séjours projetés en ambulatoire – séjours actuellement en ambulatoire.

Annexe III

Tableau 24 : Économies associées à la réduction des charges hôtelières et logistiques par scénario

	Scénario maximal	Scénario fort	Scénario moyen	Scénario bas
Taux de chirurgie ambulatoire cible d'ici 2018 (en %)	65,6	62,2	58,9	54,8
Économies associées à la réduction des charges hôtelières et logistiques (en M€)	127,9	108,8	90,2	67,3

Source : Mission.

3.1.2.4. Synthèse des économies de la première étape

La première étape, réalisable à court terme, permet de dégager un potentiel d'économies de 371 M€ pour le scénario maximal.

Tableau 25 : Économies de la première étape (Scénario maximal)

Type d'économies	Économies (en M€)
Diminution des équipes de nuit	121,0
Diminution des équipes de jour de week-end	121,7
Diminution des charges variables	127,9
Total économies de la 1^{ère} étape	370,6

Source : Mission.

Selon le scénario retenu, les économies associées à la première étape de transfert de l'activité d'hospitalisation conventionnelle en ambulatoire se situe entre 371 M€ (scénario maximal) et 174 M€ (scénario bas).

Tableau 26 : Première étape d'économies selon le scénario retenu

	Scénario maximal	Scénario fort	Scénario moyen	Scénario bas
Taux de chirurgie ambulatoire cible d'ici 2018 (en %)	65,6	62,2	58,9	54,8
Total de la première étape d'économies (en M€)	370,6	309,1	257,3	174,1

Source : Mission.

3.1.3. La deuxième étape d'économies correspond à la consolidation de l'unité de chirurgie ambulatoire, qui permet des gains de productivité

Comme exposé ci-dessus, les équipes de jour transférées à l'unité de chirurgie ambulatoire à mesure que le taux de chirurgie ambulatoire augmente feront l'objet de gains de productivité une fois leur incorporation au sein de l'unité. Une unité de chirurgie ambulatoire génère en effet des gains de productivité une fois que son organisation est stabilisée. Ainsi, tandis qu'une équipe encadre 12 lits en hospitalisation conventionnelle le jour, une équipe de chirurgie ambulatoire peut encadrer 12 places, soit 18 patients compte tenu du taux de rotation des unités de chirurgie ambulatoire (150 % en moyenne). Ainsi, une fois l'organisation stabilisée, seule 0,7 équipe est nécessaire pour encadrer 12 patients, contre 1 équipe en hospitalisation complète.

Annexe III

La mission a déjà calculé les économies liées à la suppression des équipes de week-end (cf. 3.1.2). Les gains de productivité associés au fonctionnement de l'unité de chirurgie ambulatoire correspondent donc aux gains liés aux équipes de jour de semaine, soit 5/7^{ème} des équipes de jour actuellement associées aux patients dont les séjours sont potentiellement transférables en chirurgie ambulatoire.

La mission a utilisé l'estimation des coûts complets des équipes de jour exposées dans la partie relative aux équipes de week-end (cf. 3.1.2.2), en appliquant, en calculant, pour 5/7^{ème} des équipes, soit seules les équipes de jour de semaine, une réfaction de 33,3 % au coût d'une équipe de jour.

Tableau 27 : Économies liées aux gains de productivité de l'unité de chirurgie ambulatoire (scénario maximal)

Type d'établissement	Économies (M€)
Économie ex-DG	48,2
Économie ex-OQN	52,2
Économie totale 33,3 % de l'équipe de jour	100,4

Source : Mission.

La mission estime que les gains de productivité sont susceptibles de permettre une économie de 100 M€ pour le scénario maximal.

Les économies associées aux gains de productivité varient entre 141 M€ pour le scénario maximal et 45 M€ pour le scénario bas.

Tableau 28 : Économies associées aux gains de productivité selon le scénario retenu

	Scénario maximal	Scénario fort	Scénario moyen	Scénario bas
Taux de chirurgie ambulatoire cible d'ici 2018 (en %)	65,6	62,2	58,9	54,8
Économies associées à la suppression des équipes de nuit (en M€)	100,4	83,5	70,3	44,7

Source : Mission.

3.1.4. La troisième étape d'économies correspond à la nécessaire réorganisation des territoires de santé

La mission a identifié 265 établissements (136 du secteur ex-DG et 129 du secteur ex-OQN) au sein desquels les équipes d'encadrement geraient en hospitalisation conventionnelle, après le transfert d'une partie de l'activité en chirurgie ambulatoire, moins de 12 lits par jour (soit 12 nuitées par jour, conformément aux calculs exposés *supra*) pour le scénario maximal. Le scénario bas ne prévoit quant à lui que 241 établissements seraient dans cette situation.

Tableau 29 : Nombre d'établissements à très faible activité selon le scénario retenu

	Scénario maximal	Scénario fort	Scénario moyen	Scénario bas
Nombre d'établissements ex-DG	136	133	129	127
Nombre d'établissements ex-OQN	129	123	118	114
Nombre d'établissements à très faible activité (total)	265	251	247	241

Source : Mission.

Annexe III

La mission propose que cette activité d'activité conventionnelle, qui représente un volume d'activité faible, soit intégrée aux établissements de santé ayant un volume d'actes suffisant. Dans le cadre du scénario maximal, cette mutation suppose la suppression des services d'hospitalisation conventionnelle des 265 établissements qui n'auront plus une activité suffisante pour exploiter efficacement la présence des équipes d'encadrement.

Les économies associées à cette phase ont été estimées en posant comme hypothèse la suppression des équipes d'encadrement de jour et de nuit de ces établissements, après transfert d'une partie de l'activité en ambulatoire. L'activité restante en chirurgie conventionnelle dans ces établissements représente 133 000 nuitées dans les établissements ex-OQN, soit 2 % des nuitées actuellement prises en charge, et 99 000 nuitées dans les établissements ex-DG, soit 1 % des nuitées. Ainsi, le transfert de cette activité en hospitalisation conventionnelle dans d'autres établissements ne représente pas, pour les établissements susceptibles d'accueillir ces séjours, un volume excessif.

De plus, la diffusion de la chirurgie ambulatoire dans les établissements dotés de la taille critique suffisante, la diminution généralisée des durées de séjour ainsi que les gains de productivité associés à ces mutations sont susceptibles de permettre à ces établissements d'absorber le surplus d'activité généré par la fermeture des services d'hospitalisation conventionnelle des établissements à très faible activité.

La mission a retenu un seuil de 12 lits par équipe pour déterminer si l'activité restante en chirurgie conventionnelle était suffisante pour justifier le maintien de l'activité. Ce seuil retenu est différent des ratios utilisés dans le cadre du calcul des économies dues au transfert de l'activité conventionnelle à l'ambulatoire par réduction des équipes de nuit, il correspond au seuil utilisé pour les équipes de jour.

Le seuil retenu (12 lits) est fixé à un niveau inférieur pour ne cibler que les établissements à très faible activité restante après transfert : ceci correspond en outre à 4 380 nuitées par an, ce qui s'inscrit dans la fourchette des seuils bas d'activité fréquemment cités par les interlocuteurs de la mission. L'ambition de la méthode est donc de cibler la frange d'établissements à la plus faible activité.

Les économies associées à la fermeture des services d'hospitalisation conventionnelle des établissements à très faible activité correspondent aux coûts exposés ci-dessus sur les équipes de jour et les équipes de nuit. La mission a estimé que pour les établissements dont les équipes de jour gèrent moins de 12 patients, un service de chirurgie conventionnelle correspond à une équipe de nuit (un infirmier un aide-soignant) et deux équipes de jour (2,5 infirmiers et 2,5 aides-soignants).

Chaque établissement à très faible activité est associé à la suppression d'une équipe de nuit et de deux équipes de jour, soit une économie annuelle par établissement de 823 070 € (301 700 € pour l'équipe de nuit et 522 000 € pour l'équipe de jour).

Tableau 30 : Économies associées à la suppression de la moitié des équipes d'encadrement des établissements pour le scénario maximal

Type d'établissement	Économies (en M€)
Économie ex DG	111,9
Économie ex OQN	106,2
Économie totale	218,1

Source : Mission.

La réorganisation des territoires de santé permettrait, dans le cadre du scénario maximal, une économie de 218 M€.

Selon le scénario retenu, les économies associées à cette phase varient entre 218 M€ (scénario maximal) et 198 M€ pour le scénario bas.

Annexe III

Tableau 31 : Économies associées à la réorganisation des territoires de santé selon le scénario retenu

	Scénario maximal	Scénario fort	Scénario moyen	Scénario bas
Taux de chirurgie ambulatoire cible d'ici 2018 (en %)	64,1	60,6	57,2	55,0
Réduction des équipes des établissements à faible activité (en M€)	218,1	210,7	203,3	198,4

Source : Mission.

3.1.5. Synthèse des perspectives d'économies associées au développement de la chirurgie ambulatoire

Les trois étapes d'économies correspondent, pour le scénario maximal, à un montant de 689 M€.

Tableau 32 : Synthèse des économies du scénario maximal par étape (en M€)

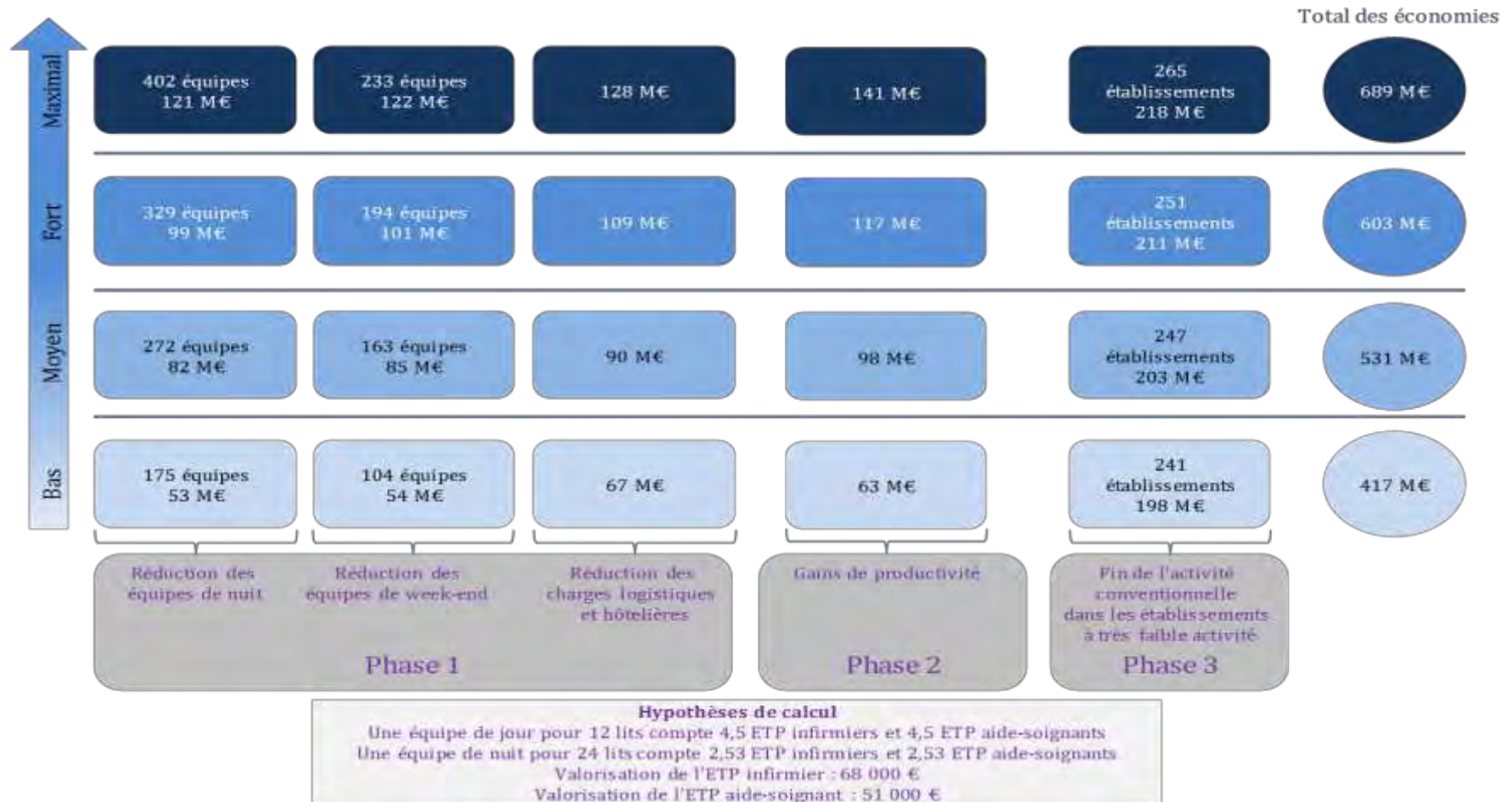
Type d'économies	Montant (en M€)
1 ^{ère} étape - Équipes de nuit	121,0
1 ^{ère} étape - Équipes de jour (week-end)	121,7
1 ^{ère} étape - Charges logistiques et hospitalières	127,9
1^{ère} étape - Total	370,6
2^{ème} étape - Gains de productivité	100,4
3^{ème} étape - Établissements à faible activité	218,1
Total	689,1

Source : Mission.

La mission a également effectué ces calculs pour les trois autres scénarios.

Annexe III

Graphique 9 : Économies associées au développement de la chirurgie ambulatoire selon le scénario retenu (en M€)



Source : Mission.

Annexe III

Les économies associées au développement de la chirurgie ambulatoire varient entre 689 M€ pour le scénario maximal et 417 M€ pour le scénario bas. Au sein de ces économies, la première étape (équipes de nuit et de week-end et charges hôtelières et logistiques) représente 51 % du volume total pour le scénario maximal. Les gains de productivité représentent 19 % des économies, et la fermeture des établissements à très faible activité représente 30 % des économies projetées.

Tableau 33 : Économies associées à chaque scénario de transfert en ambulatoire par phase (en M€)

	Scénario maximal (en M€)	Scénario fort (en M€)	Scénario moyen (en M€)	Scénario bas (en M€)
Taux cible de chirurgie ambulatoire sur les GHM en C en 2018 (en %)	65,6	62,2	58,9	54,8
1^{ère} étape - Équipes et charges	370,6	309,1	257,3	174,1
2^{ème} étape - Gains de productivité	100,4	83,5	70,3	44,7
3^{ème} étape - Établissements à très faible activité	218,1	210,7	203,3	198,4
Total des trois étapes	689,1	603,4	530,8	417,1

Source : Mission.

Le calcul des économies présentées dans le tableau ci-dessus se fait à périmètre constant, avec un volume total de séjours en chirurgie correspondant au volume 2013. Ces économies ne prennent en compte que l'effet de substitution entre l'hospitalisation conventionnelle et la chirurgie ambulatoire et non l'évolution autonome du volume total d'actes chirurgicaux.

3.2. La mission préconise l'application du scénario fort, soit un taux cible de chirurgie ambulatoire de 62,2 % d'ici 2018

La mission préconise de suivre le scénario fort pour l'établissement de la cible de chirurgie ambulatoire d'ici 2018. Ce scénario fixe une cible ambitieuse, mais réaliste de développement de la chirurgie ambulatoire à horizon 2018, avec une croissance du taux de chirurgie ambulatoire de 4,4 points entre 2015 et 2018.

Tableau 34 : Évolution du taux de chirurgie ambulatoire d'ici 2018 pour le scénario fort

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Taux de chirurgie ambulatoire (en %)	42,7	44,7	48,9	53,3	57,8	62,2

Source : Mission.

Ce scénario implique un taux de chirurgie ambulatoire de 62,2 % d'ici 2018 pour l'ensemble des établissements. Le taux cible est de 69,7 % pour les établissements ex-OQN et de 52,3 % pour les établissements ex-DG.

Tableau 35 : Projection du transfert d'une partie des séjours en chirurgie ambulatoire dans le cadre du scénario fort

	Séjours de chirurgie pour le scénario fort en 2013	Séjours transférables en ambulatoire dans le scénario fort	Séjours en ambulatoire après transferts d'ici 2018 pour le scénario fort	Taux de chirurgie ambulatoire d'ici 2018 (en %)
Ex-DG	2 308 650	481 142	1 206 851	52,3
Ex-OQN	3 074 303	563 770	2 142 679	69,7
Total	5 382 953	1 044 913	3 349 530	62,2

Source : Mission.

Annexe III

Les économies associées au scénario fort de développement de la chirurgie ambulatoire s'élèvent à 603 M€ pour les trois étapes d'économies.

Tableau 36 : Synthèse des économies associées au scénario fort (en M€)

Type d'économies	Montant (en M€)
1 ^{ère} étape - Équipes de nuit	99,1
1 ^{ère} étape - Équipes de jour (week-end)	101,3
1 ^{ère} étape - Charges logistiques et hospitalières	108,8
1^{ère} étape - Total	309,1
2^{ème} étape - Gains de productivité	83,7
3^{ème} étape - Établissements à faible activité	210,7
Total des trois étapes	603,4

Source : Mission.

Le scénario fort est l'hypothèse retenue par la mission pour construire la cartographie des établissements, le phasage des économies ainsi que l'intégration du tendancier de progression des séjours de chirurgie. Ce scénario constitue le support d'une ambition renouvelée pour la chirurgie ambulatoire en France.

3.3. Les économies attendues du développement de la chirurgie ambulatoire sont triplement conditionnées : la réduction capacitaire en chirurgie conventionnelle, la gestion de la mobilité des ressources humaines et la réorganisation des soins sur les territoires

Les économies à attendre de la croissance de la pratique ambulatoire font intervenir deux acteurs : les établissements de santé et l'Assurance-Maladie.

Les recettes des établissements de santé sont, au moins pour partie, les dépenses de l'Assurance-Maladie. Les établissements de santé cherchent, chacun à leur niveau, à maximiser leurs recettes pour garantir leur équilibre financier (ou leur rentabilité dans le cas des établissements privés).

À partir du moment où il y a généralisation du tarif unique sur les GHM qui ont un J, le séjour en ambulatoire présente un meilleur rapport coût/tarif que l'hospitalisation complète (cf. analyse sur les économies de fonctionnement). Dans le même temps, le développement de la chirurgie ambulatoire est un atout concurrentiel pour les établissements qui la pratiquent.

Un écart se creusera progressivement entre les établissements qui dégagent des marges de manœuvre financières par recours à la chirurgie ambulatoire, du fait du tarif unique, et d'autres chez qui l'activité va progresser moins rapidement, voire diminuer.

Afin de maîtriser l'évolution de la dépense publique, il est par conséquent nécessaire de compenser les économies enregistrées du fait du développement de la chirurgie ambulatoire par une évolution de la politique tarifaire ; mais dans le même temps, il est également pertinent que l'évolution dynamique de la géographie de la demande se traduise par une refonte de l'offre territoriale de soins, pour éviter les problèmes susceptibles de se poser aux établissements les moins performants.

3.3.1. La réduction capacitaire est une incitation au développement de la pratique ambulatoire et une condition nécessaire à la génération d'économies de fonctionnement

Le développement de la chirurgie ambulatoire libère des lits de chirurgie conventionnelle de deux manières :

- ◆ par substitution au sein d'un établissement, en réduisant le volume d'activité en chirurgie conventionnelle par transfert vers l'ambulatoire ;
- ◆ ou par substitution entre établissements.

Les observations réalisées auprès des établissements de santé indiquent que l'accélération des taux de chirurgie ambulatoire est fréquemment postérieure à la réduction du nombre de lits disponibles au sein des établissements, quelle que soit son origine. **La réduction capacitaire apparaît donc comme une forte incitation au développement de la chirurgie ambulatoire.**

Dans le même temps, la réduction capacitaire est une condition nécessaire à la réalisation d'économies de fonctionnement. La mission a en effet relevé à plusieurs reprises que les lits laissés vacants par la chirurgie ambulatoire, au lieu d'être fermés, étaient parfois remplacés par des lits de médecine ou des « lits d'aval » destinés à prendre en charge les patients après une admission par le service des urgences (cf. annexe II).

3.3.2. La mobilité des ressources humaines constitue un élément important du changement

Comme on l'a vu précédemment, la diminution de l'activité de chirurgie conventionnelle peut entraîner des baisses d'effectifs, des réallocations de ressources des services d'hospitalisation conventionnelle vers l'unité de chirurgie ambulatoire, ou des déplacements des besoins en personnel entre diverses structures voisines.

Ce sujet ne peut être abordé au niveau national, mais doit absolument être traité dans les plans régionaux, au regard de la pyramide des âges des personnels, de leur souhait éventuel de mobilité géographique et de la diversité de leur statut.

Sur le plan qualitatif, la transformation d'équipes spécialisées d'hospitalisation conventionnelle en équipes multidisciplinaires aptes à exercer en UCA doit faire également l'objet d'une formation et d'une valorisation.

De même, la chirurgie ambulatoire implique des ressources humaines dédiées à la planification et à l'organisation, qui doivent faire l'objet d'une professionnalisation performante en interne.

3.3.3. La chirurgie ambulatoire suscite un réajustement de l'offre et de la demande de soins variable selon les territoires et doit donc être accompagnée de la réorganisation des soins au niveau local

Le développement de la chirurgie ambulatoire est associé à une amélioration de l'attractivité des établissements. Concrètement, ceci signifie que la hausse du taux de chirurgie ambulatoire est fréquemment issue d'un transfert de l'activité interne de chirurgie conventionnelle vers l'ambulatoire mais aussi d'une captation de la demande du territoire de santé au détriment d'établissements voisins.

Le réagencement de la demande nécessite par conséquent d'être accompagné par une réorganisation de l'offre territoriale de soins : la baisse de l'activité dans certains établissements conduit ainsi à une transformation de leur activité (fermetures de services de chirurgie conventionnelle, limitation de l'activité de l'établissement à la médecine par exemple).

4. La mission a établi une catégorisation multicritère des établissements pour estimer leur capacité à générer une hausse du taux national de chirurgie ambulatoire sur la période 2015-2018

4.1. La détermination du potentiel national de chirurgie ambulatoire et des économies associées ne peut être séparée d'une analyse relative à la capacité des établissements à générer une activité en ambulatoire

4.1.1. Le calcul du potentiel national d'activité en ambulatoire et des économies associées sont fondés sur une analyse établissement par établissement mais présente des résultats nationaux

La détermination du potentiel national d'activité en chirurgie ambulatoire conduit à l'identification de résultats nationaux déclinés par statuts d'établissement et par région. Les taux cibles ainsi déterminés sont le résultat de la somme des potentiels établissements par établissements, grâce à la base de données ATIH. Celle-ci pourra par conséquent utilement servir aux ARS lors de la contractualisation (voir annexe I) pour identifier les cibles à fixer aux établissements.

Le calcul reste toutefois un exercice théorique qui n'apporte pas d'indications supplémentaires sur la situation financière de chaque établissement et le degré d'efforts à consentir pour parvenir à son potentiel. Il n'illustre pas non plus le temps nécessaire à l'atteinte de ces objectifs pour les établissements.

De même, le calcul des économies associées à l'atteinte du potentiel maximal de chirurgie ambulatoire n'apporte pas d'indication qualitative sur ces points.

4.1.2. L'analyse nationale nécessite d'être complétée d'une approche plus opérationnelle consistant à estimer la capacité des établissements à générer une hausse du taux national de chirurgie ambulatoire

La mission a complété l'approche calcul du potentiel/calcul des économies par une cartographie plus qualitative des établissements. Cette démarche vise à identifier des catégories d'établissements homogènes caractérisées par leur capacité à générer une hausse du taux national de chirurgie ambulatoire. Concrètement, il s'agit de construire des catégories d'établissements définies par :

- ◆ le niveau, en volume, de l'activité qu'ils peuvent générer ;
- ◆ la faisabilité de la génération de nouveaux volumes de chirurgie ambulatoire : il s'agit donc ici d'identifier quel est le rythme envisagé de l'évolution des taux de croissance de la chirurgie ambulatoire par catégorie d'établissement.

Cette approche permet de mettre en lumière la faisabilité de la progression du taux de chirurgie ambulatoire en France et d'apprécier la diversité des situations à cet égard.

La démarche aboutit par conséquent à identifier là où des gains significatifs en quantité sont envisageables à court terme au vu d'une série de critères objectifs et quantitatifs et, à partir de ce raisonnement, d'identifier l'ensemble des déclinaisons possibles des établissements. À une extrémité du spectre se trouvent ainsi les établissements permettant de générer des volumes de chirurgie ambulatoire élevés rapidement, et à l'autre extrémité de celui-ci les structures pouvant générer de faibles volumes à plus long terme.

L'analyse ne signifie pas, en tout état de cause, que le potentiel ne doit pas être exploité lorsque les masses sont faibles : elle consiste surtout en une appréciation des gains et du rythme de ceux-ci objectives sur la période 2015-2018.

4.2. Le potentiel de progression est estimé par catégorie homogène d'établissements rassemblant des caractéristiques objectives communes

La mission a identifié trois critères qui, combinés, permettent d'appréhender la capacité des établissements de santé à développer leur taux de chirurgie ambulatoire et à contribuer à une hausse visible du taux de chirurgie ambulatoire national.

Toute l'ambition de la méthode développée par la mission réside dans le regroupement d'établissements en catégories homogènes caractérisées chacun par un trio « taux de chirurgie/rythme de progression/volume d'actes » spécifique. À chaque groupe d'établissement ainsi caractérisé est affectée une estimation du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire au vu des informations apportées par l'analyse de chacun des trois critères.

La mission a utilisé les données fournies par l'ATIH dans l'établissement de la catégorisation d'établissements. Cette base de données est identique à celle utilisée pour la détermination du potentiel national d'activité en ambulatoire et des économies associées : les données ici présentées peuvent donc être associées aux résultats présentées en 2.3 et en 3.1. Une présentation croisée en est faite dans le rapport de synthèse.⁸

4.2.1. Le taux de chirurgie ambulatoire, le rythme de progression de celui-ci et le volume d'activité constituent un faisceau d'indices pertinents

Les critères influençant la capacité d'un établissement à progresser en matière de chirurgie ambulatoire sont nombreux. Certains sont quantifiables, d'autres ne le sont pas. Ainsi, il est impossible de disposer d'une vision établissement par établissement de l'organisation géographique de ses locaux, alors qu'il est avéré que les établissements organisés en pavillons rencontrent plus de difficultés pour développer la chirurgie ambulatoire que ceux qui sont regroupés. La mission a fait le choix de recourir à des critères quantifiables et classables afin d'établir une typologie.

Elle rappelle toutefois que la contractualisation prévue dans ses recommandations en matière de pilotage doit donner suffisamment de marge de manœuvre aux ARS pour prendre en compte les facteurs que l'analyse menée par la mission ne permet pas de saisir.

Les critères ainsi retenus par la mission sont les suivants :

- ◆ le taux de chirurgie ambulatoire en 2012 ;
- ◆ le volume d'actes ;
- ◆ le taux de progression de la chirurgie ambulatoire sur 2007-2012.

⁸ Pour rappel, la base de données de l'ATIH utilisée par la mission présente, racine de GHM par racine de GHM et établissement par établissement, les nombres de séjour répartis par durée de séjour et niveau de sévérité. Elle permet ainsi de disposer des taux de chirurgie ambulatoire et du volume d'activité. [QUID Tx PROG].

Annexe III

Il est indispensable de croiser ces critères pour déterminer la capacité d'un établissement à progresser en matière de chirurgie ambulatoire. L'analyse d'un seul critère peut conduire à une appréciation erronée : deux établissements peuvent présenter des taux de progression de la chirurgie ambulatoire faibles peuvent être dans des situations différentes en ce qui concerne leur potentiel de croissance. L'un peut être arrivé à maturité, l'autre pouvant n'avoir pas entamé de démarche de croissance.

La mission a donc retenu les trois critères taux de chirurgie ambulatoire/volume d'actes/taux de progression :

- ◆ le taux de chirurgie ambulatoire permet d'estimer si un gain est possible ;
- ◆ le volume d'actes de l'établissement permet de disposer d'une vision du niveau de ce gain potentiel ;
- ◆ le taux de progression permet de comprendre si une dynamique est engagée en faveur de la chirurgie ambulatoire.

4.2.2. La mission a identifié des catégories homogènes d'établissements caractérisées par leur taux de chirurgie ambulatoire et le volume de celle-ci, et a affiné l'analyse au vu du taux de progression

L'ensemble des 984 établissements⁹ a été réparti en quatre groupes pour le critère de taux de chirurgie ambulatoire : 0-25 %, 26 %-50 %, 50 %-75 % et 75 %-100 %.

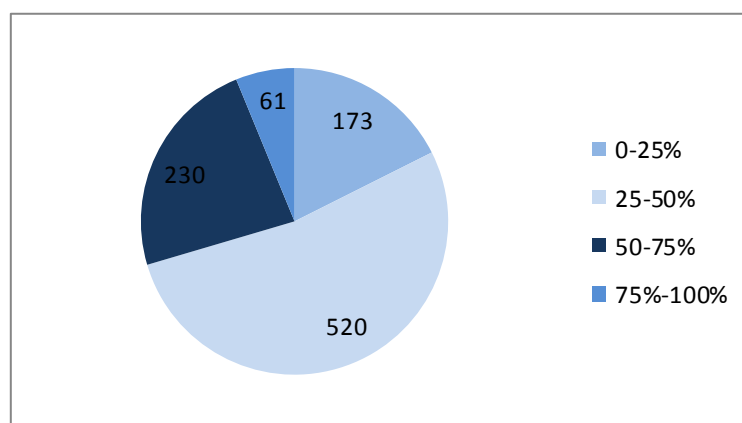
Tableau 37 : Bornes appliquées aux taux de chirurgie ambulatoire

	Tranche 1	Tranche 2	Tranche 3	Tranche 4
Taux de chirurgie ambulatoire (en %)	25	50	75	100

Source : Mission.

Cette répartition permet d'identifier le nombre d'établissement par tranche, tel que présenté dans le graphique ci-dessous.

Graphique 10 : Répartition du nombre d'établissements par tranche de taux de chirurgie ambulatoire



Source : Mission.

Les établissements ont également été regroupés en quatre groupes, appréhendés comme les quartiles de l'ensemble, en utilisant le critère du volume d'actes. Le tableau suivant indique

⁹ La cartographie des établissements est fondée sur 984 établissements (données PMSI 2012), contre 1 016 établissements (PMSI 2013) dans la base de données de l'ATIH utilisée pour le calcul des économies.

Annexe III

ainsi que les 25 % des établissements réalisant le plus faible nombre d'actes ne dépassent pas 2 101 actes par an.

Tableau 38 : Quartiles des volumes d'actes (246 établissements par quartile)

Quartiles	1 ^{er} quartile (faible volume)	2 ^{ème} quartile	3 ^{ème} quartile	4 ^{ème} quartile (fort volume)
Volume d'actes (en nombre d'actes)	2 101	3 900	6 701	171 353

Source : Mission.

Note de lecture : les chiffres indiqués dans ce tableau correspondent à la borne haute des volumes d'actes pour chaque quartile.

La détermination de quatre groupes d'établissements par recours au taux de chirurgie ambulatoire et de quatre groupes d'établissements par le volume d'actes conduit à identifier seize couples [taux de chirurgie ambulatoire/volume d'actes]. Le tableau ci-dessous présente la répartition du nombre d'établissements par couple.

Tableau 39 : Couples [taux de chirurgie ambulatoire/volume d'actes]

Tranche de taux de chirurgie ambulatoire	Quartile de volume d'actes	Nombre d'établissements du couple	Total par tranche de taux de chirurgie ambulatoire
Tranche 1 (0-25 %)	1 ^{er} quartile	82	173
	2 ^{ème} quartile	44	
	3 ^{ème} quartile	16	
	4 ^{ème} quartile	31	
Tranche 2 (25-50 %)	1 ^{er} quartile	91	520
	2 ^{ème} quartile	131	
	3 ^{ème} quartile	146	
	4 ^{ème} quartile	152	
Tranche 3 (50-75 %)	1 ^{er} quartile	34	230
	2 ^{ème} quartile	59	
	3 ^{ème} quartile	77	
	4 ^{ème} quartile	60	
Tranche 4(75-100 %)	1 ^{er} quartile	39	61
	2 ^{ème} quartile	12	
	3 ^{ème} quartile	7	
	4 ^{ème} quartile	3	

Source : Mission.

◆ **Intégration des taux de progression**

Chacun des seize groupes d'établissements rassemble des structures qui connaissent des taux de progression de la chirurgie ambulatoire variables sur la période 2007-2012. Parallèlement à la construction des couples [taux de chirurgie ambulatoire/volume d'actes] a été intégré le critère de taux de progression de la chirurgie ambulatoire.

Pour chaque couple est observée la répartition des établissements par taux de croissance de la chirurgie ambulatoire. Il est ainsi possible de déterminer, par exemple, pour chacun des couples combien et quels établissements appartiennent à la catégorie du quartile bas de croissance (les 25 % des établissements qui ont le taux de croissance le plus bas de la chirurgie ambulatoire). Ces informations sont intégrées dans la détermination du potentiel de progression établissement par établissement (voir partie suivante).

4.2.3. Au vu de ses caractéristiques issues de la combinaison des trois critères retenus, chaque catégorie homogène d'établissement s'est vue attribuer un potentiel de progression

Chaque catégorie homogène d'établissement, caractérisée par un couple taux de chirurgie/volume d'acte, se voit affecter une cote allant de 0 à 3. Cette cote reflète le potentiel de croissance de la chirurgie ambulatoire dans les établissements de la catégorie homogène.

Tableau 40 : Cotes

Potentiel	Cote
Faible	0
Moyen	1
Fort	2
Très fort	3

Source : Mission.

Afin d'affiner la pertinence de la cote, le taux de progression de la chirurgie ambulatoire a été analysé par la mission pour chaque catégorie homogène d'établissements. Concrètement, les établissements de chaque catégorie homogène ont été répartis par quartile de taux de progression. Cette répartition a permis de préciser le niveau du potentiel de croissance de la chirurgie ambulatoire. Ainsi, des catégories homogènes ont pu passer de la cote « faible » à la cote « moyen » au vu des taux de progression élevés de la chirurgie ambulatoire, indiquant qu'une démarche de développement est déjà engagée.

Le tableau présente pour chaque catégorie homogène d'établissement le niveau de chacun des trois critères apprécié par la mission et le résultat sous la forme d'une cote finale allant de « faible » (0) à « très fort » (3).

Annexe III

Tableau 41 : résultats de l'analyse -grille de passage des couples [taux de chirurgie ambulatoire/volume d'actes] au potentiel de chirurgie ambulatoire.

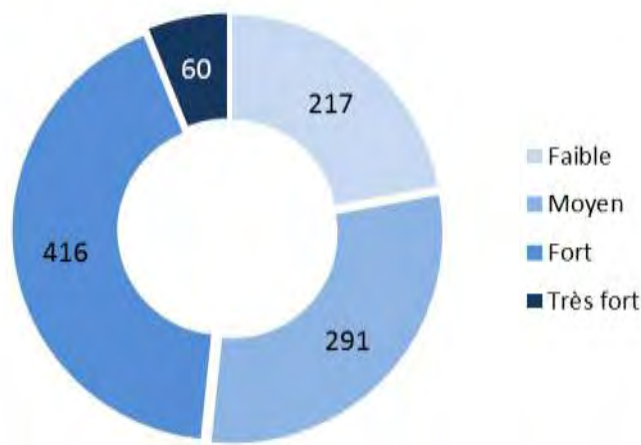
Tranche de taux de chirurgie ambulatoire	Quartile de volume d'actes	Nombre d'établissements	Taux de chirurgie ambulatoire	Progression du taux d'ambulatoire	Volume d'activité	Numéro de la cote	Potentiel de chirurgie ambulatoire
Tranche 1 (0-25 %)	1 ^{er} quartile	82	Très faible	Négative	Très faible	0	Faible
	2 ^{ème} quartile	44	Faible	Très faible	Faible	0	Faible
	3 ^{ème} quartile	16	Faible	Très faible	Moyen	1	Moyen
	4 ^{ème} quartile	31	Faible	Faible	Fort	2	Fort
Tranche 2 (25-50 %)	1 ^{er} quartile	91	Faible	Faible	Très faible	0	Faible
	2 ^{ème} quartile	131	Moyen	Moyen	Faible	1	Moyen
	3 ^{ème} quartile	146	Moyen	Faible	Faible	2	Fort
	4 ^{ème} quartile	152	Moyen	Faible	Fort	2	Fort
Tranche 3 (50-75 %)	1 ^{er} quartile	34	Fort	Moyen	Très faible	1	Moyen
	2 ^{ème} quartile	59	Fort	Moyen	Faible	2	Fort
	3 ^{ème} quartile	77	Fort	Moyen	Moyen	2	Fort
	4 ^{ème} quartile	60	Fort	Moyen	Fort	3	Très fort
Tranche 4(75-100 %)	1 ^{er} quartile	39	Très fort	Fort	Très faible	1	Moyen
	2 ^{ème} quartile	12	Très fort	Faible	Faible	1	Moyen
	3 ^{ème} quartile	7	Fort	Moyen	Moyen	2	Fort
	4 ^{ème} quartile	3	Fort	Faible	Fort	2	Fort

Source : Mission.

Annexe III

Au terme de l'analyse, 217 établissements ont un potentiel faible, soit 22,1 % du nombre total d'établissements de l'étude, 232 ont un potentiel moyen, soit 23,6 %, 475 ont un potentiel fort, soit 48,3 % et 60 ont un potentiel très fort, soit 6,1 %.

Tableau 42 : Nombre d'établissements par cote



Source : Mission.

Le tableau ci-dessous fournit la répartition des établissements par statut et par cote.

Tableau 43 : Répartition des établissements par secteur et par cote

Étiquettes de lignes	Secteur ex DG	Secteur ex OQN	Total général
Faible	180	37	217
Moyen	131	101	232
Fort	147	328	475
Très fort	3	57	60
Total général	461	523	984

Source : Mission, d'après données ATIH.

Tableau 44 : répartition par statut et par cote

Étiquettes de lignes	APHP	CH	CHR	CLCC	EBNL	ex OQN	Total général
Faible	-	151	-	14	15	37	217
Moyen	-	116	-	3	12	101	232
Fort	1	87	31	1	27	328	475
Très fort	-	1	-	-	2	57	60
Total général	1	355	31	18	56	523	984

Source : Mission, d'après données ATIH.

Dans le secteur ex-OQN, 26,4 % des établissements sont cotés en « faible » ou « moyen ». Ils sont 67,4 % dans le secteur ex-DG. Ils sont 62,7 % à être cotés « fort » dans le secteur ex-OQN pour 31,8 % des établissements du secteur ex-DG. Les CHR sont tous cotés en « fort » et l'APHP est cotée en « fort ».

Sur les 535 établissements cotés en « fort » ou « très fort », 150 sont classés dans le secteur ex-DG et 385 dans le secteur ex-OQN. Parallèlement, sur les 449 établissements cotés en « faible » ou « moyen », 311 relèvent du secteur ex-DG et 138 du secteur ex-OQN.

Annexe III

En conséquence, il apparaît que la cotation réalisée par la mission tend à mettre en évidence une capacité à faire augmenter le taux de chirurgie ambulatoire proportionnellement plus forte dans le secteur ex-OQN que dans le secteur ex-DG.

Ceci ne doit pas masquer toutefois la diversité des situations dans la mesure où 143 établissements du secteur ex-DG sont classés en « fort » ou « très fort » et 210 établissements du secteur ex-OQN sont cotés en « faible » ou « moyen », ce qui n'est pas négligeable.

◆ Analyse quantitative

L'existence de gains potentiellement élevés dans le secteur ex-OQN par rapport au secteur ex-DG doit être précisée à l'aune d'une analyse quantitative en nombre d'actes.

Tableau 45 : Nombre de séjours en ambulatoire par cote et par catégorie d'établissement

Étiquettes de lignes	Ex-DG	Ex-OQN	Total général
Faible	64 462	15 837	80 299
Moyen	123 275	218 912	342 187
Fort	445 589	939 660	1 385 249
Très fort	23 269	340 124	363 393
Total général	656 595	1 514 533	2 171 128

Source : Mission, à partir des données ATIH.

Sur les 2,17 millions de séjours en ambulatoire recensés dans la base de données utilisée par la mission en 2012, 1,51 million ont été réalisés dans le secteur ex-OQN et 0,66 million dans le secteur ex-DG. 69,7 % des séjours en ambulatoire ont donc été réalisés dans le secteur ex-OQN en 2012.

Tableau 46 : Nombre de séjours en hospitalisation complète en 2012 par cote et par secteur

Cote	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN	Total
Faible	186 714	37 522	224 236
Moyen	223 598	195 229	418 827
Fort	1 143 170	1 110 338	2 253 508
Très fort	15 500	228 049	243 549
Total général	1 568 982	1 571 138	3 140 120

Source : Mission, à partir des données ATIH.

Alors que l'analyse par nombre d'établissements montre que sur les 535 établissements cotés en « fort » ou « très fort », 150 sont classés dans le secteur ex-DG et 385 dans le secteur ex-OQN, une analyse par répartition du nombre de séjours réalisés en hospitalisation complète restant à exploiter apporte une vision plus nuancée. Pour rappel, ce nombre ne correspond pas exactement au « potentiel » tel que déterminé par la mission en partie 3.1, mais permet de mieux saisir la réalité de l'activité en hospitalisation conventionnelle.

Au terme du tableau ci-dessus, il apparaît que les établissements du secteur ex-DG classés en cote « fort » ou « très fort » rassemblent 1 158 670 séjours et le secteur ex-OQN 1 338 387 séjours. Les masses en jeu en nombre de séjours aujourd'hui réalisés en hospitalisation complète sont par conséquent réparties de manière égale entre le secteur ex-DG et le secteur ex-OQN.

En ce qui concerne les établissements classés dans les cotes « faible » et « moyen », le secteur ex-DG rassemble 410 312 séjours en hospitalisation complète et le secteur ex-OQN 232 751 séjours.

En conclusion, l'analyse par nombre d'établissement montre que tendanciellement plus d'établissements peuvent générer une hausse significative du taux de chirurgie ambulatoire dans le secteur ex-OQN que dans le secteur ex-DG mais que le potentiel atteignable en nombre de séjours est relativement analogue entre les deux secteurs : les gains atteignables sont répartis sur un nombre inférieur d'établissements dans le secteur ex-DG.

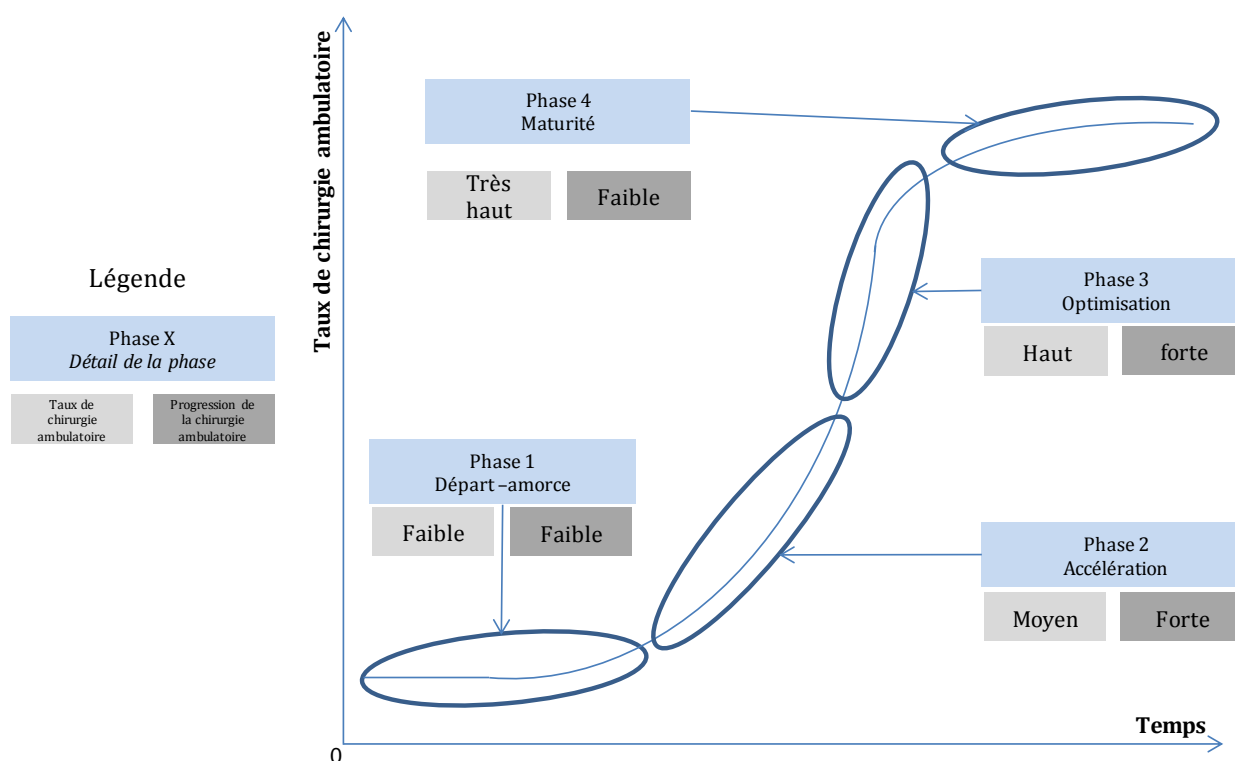
Il convient toutefois de relever que pour les 60 établissements cotés en « très fort » relèvent dans leur très grande majorité du secteur ex-OQN (57 établissements), correspondant à une activité en hospitalisation complète en 2012 de 228 049 séjours cotés « très fort » contre 15 500 dans le secteur ex-DG.

4.2.4. La méthode développée par la mission permet à replacer les établissements dans un parcours théorique de progression de l'ambulatoire

Le développement de la chirurgie ambulatoire au sein d'un établissement peut être appréhendé de façon théorique de deux manières :

- ♦ une approche organisationnelle présentée dans l'annexe n°2 indiquant quatre phases de développement de la chirurgie ambulatoire et les décisions organisationnelles relatives à chaque phase ;
- ♦ une approche quantitative modélisable de manière sommaire par une « courbe en S ». Cette courbe en S présente en abscisse le temps et en ordonnée le taux de chirurgie ambulatoire. Elle permet d'identifier quatre phases de développement de la chirurgie ambulatoire.

Graphique 11 : « Courbe en S »



Source : Mission.

Annexe III

Les seize catégories homogènes d'établissements identifiées par la mission ont été regroupées sur cette courbe en S en recourant à la grille de passage présentée dans le tableau suivant. Il présente les catégories homogènes d'établissements en fonction de leur position sur la courbe en S.

Pour une présentation des résultats, se reporter au tableau à la suite des explications ci-dessous.

◆ **Phase 1 : départ - amorce**

Durant la phase 1 de la courbe, les taux de chirurgie ambulatoire et de croissance sont faibles. La croissance de l'activité ambulatoire n'a pas réellement démarré, ce qui n'empêche d'ailleurs pas que des initiatives ponctuelles aient été mises en place (installation d'une UCA par exemple). La mission relève que cinq groupes homogènes d'établissements correspondent à cette phase, correspondant à 264 établissements, soit 26,8 % des établissements.

Les cinq catégories homogènes d'établissements sont cotées 0 pour trois d'entre elles, correspondant à 217 établissements pour qui le potentiel est très faible dans la mesure où les trois critères (taux de chirurgie ambulatoire, volume d'actes, taux de progression) sont cotés « faibles » ou « très faibles ». L'exploitation d'un volume important d'actes en ambulatoire à court terme est donc difficile. Ceci ne signifie pas toutefois qu'une démarche ne doit pas être engagée, mais elle ne conduira pas, en tout état de cause, à enregistrer une hausse significative du nombre d'actes en ambulatoire global.

Les deux autres catégories homogènes d'établissements ont un potentiel de croissance faible ou moyen. Ceci est dû à des volumes d'activités qui sont « moyen » ou « fort » : ici, le potentiel existe car le nombre d'actes transférables est potentiellement significatif. La démarche n'est certes pas réellement engagée, mais le potentiel quantitatif existe. Ces deux catégories rassemblent 47 établissements.

◆ **Phase 2 : accélération**

Durant la phase 2, la croissance de la chirurgie ambulatoire démarre et accélère : les taux de chirurgie ambulatoire sont moyens et la croissance est forte. La démarche a donc été enclenchée et le taux de chirurgie ambulatoire augmente. Le taux de chirurgie ambulatoire reste néanmoins plutôt bas, en-dessous de la moyenne, mais il est croissant.

Cette phase regroupe, aux termes des analyses menées par la mission, trois catégories homogènes d'établissements rassemblant 429 établissements, soit 43,6 % du total des établissements. Elles se caractérisent par des taux de chirurgie ambulatoire moyens. Le potentiel est estimé comme faible pour une catégorie homogène du fait du faible volume d'activité pour celle-ci. Le potentiel reste malgré tout faible pour une catégorie sur les trois dans la mesure où celle-ci est marquée par un volume d'activité très faible (34 établissements). Pour les deux autres catégories, le potentiel est moyen (298 établissements)

◆ **Phase 3 : optimisation**

Lors de la phase 3, la démarche de croissance de la chirurgie ambulatoire est en phase d'optimisation avec des taux de progression moyens et des taux de chirurgie ambulatoire élevés. À cette phase peuvent être rattachés 230 établissements répartis en quatre catégories homogènes d'établissements. Dans la mesure où les taux d'ambulatoire sont moyens et les taux de croissance élevés (une catégorie de 34 établissements), le potentiel est faible lorsque le volume d'acte l'est également, moyen lorsqu'il est moyen (deux catégories de 136 établissements au total) et élevé lorsqu'il est haut (une catégorie de 60 établissements).

Annexe III

C'est en phase 3 que l'on retrouve la seule catégorie identifiée par la mission comme présentant un potentiel particulièrement fort : elle rassemble 60 établissements et est caractérisée par un taux d'ambulatoire élevé (mais pas maximal, c'est-à-dire encore éloigné du potentiel maximal), un taux de progression moyen qui peut donc être augmenté et surtout un volume d'activité fort.

◆ Phase 4 : maturité

La phase 4 rassemble relativement peu d'établissements (quatre catégories homogènes pour 61 établissements) : ce sont les structures qui disposent des taux d'ambulatoire les plus élevés avec des taux de progression moyens ou faibles. Une première analyse peut conduire à considérer que le potentiel a été exploité dans ces établissements et que les gains à attendre sont réduits. Toutefois, dans la mesure où la mission a analysé les établissements de manière relative, c'est-à-dire en les comparant les uns aux autres, les taux de chirurgie ambulatoire ont été considérés comme « élevés » car ils sont les plus élevés en France. Établissement par établissement, ceci ne signifie pas qu'ils atteignent individuellement le taux d'ambulatoire potentiel tel que défini dans la méthodologie de calcul du potentiel national de chirurgie ambulatoire (cf. 3.1). Des marges de manœuvre existent donc encore dans les établissements rattachés à cette phase.

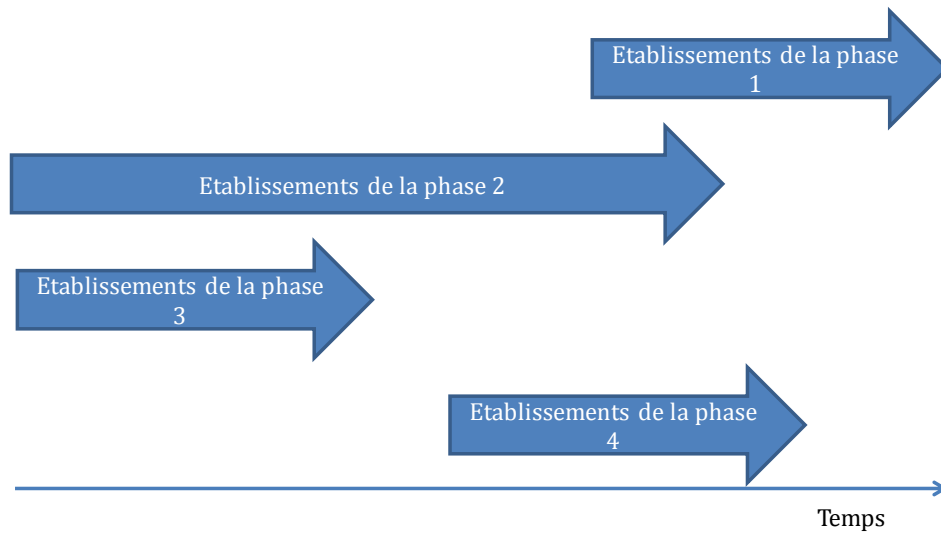
Le potentiel à réaliser dans cette phase concerne a priori deux catégories homogènes d'établissements rassemblant dix établissements, caractérisés par des taux d'ambulatoire élevés et des volumes d'activité moyens ou élevés. Les deux dernières catégories homogènes, qui rassemblent 51 établissements, ont un potentiel faible du fait de volumes faibles ou très faibles.

En synthèse, l'intérêt de cette démarche d'identification de phases consiste à pouvoir donner une estimation de l'horizon temporel des gains en matière de chirurgie ambulatoire :

- ◆ les établissements en phase 1 (démarrage-amorce) ne peuvent tendanciellement générer de l'activité ambulatoire qu'à moyen terme. Sur la période considérée par la mission (2015-2018), les gains sont plutôt à attendre en fin de période ;
- ◆ les établissements en phase 2 (accélération) peuvent en tendance dégager un volume additionnel d'activité de chirurgie ambulatoire rapidement ; l'augmentation envisagée peut durer dans la mesure où les établissements concernés vont aborder par la suite la phase 3 ;
- ◆ les établissements de la phase 3 peuvent générer rapidement une augmentation de leur taux de chirurgie ambulatoire, mais les taux annuels de croissance sont, *a priori*, élevés durant une période moins longue que les établissements de la phase 2. En effet, la phase 3 débouche sur une phase 4 où les taux de croissance sont notablement inférieurs ;
- ◆ enfin, les établissements de phase 4 peuvent générer une activité supplémentaire à moyen terme, en intégrant des actes plus complexes, mais ce surplus sera de courte durée.

Annexe III

Graphique 12 : Représentation théorique de la répartition des gains dans le temps selon le phasage



Source : Mission.

Annexe III

Tableau 47 : Grille de correspondance entre les couples [taux de chirurgie ambulatoire/taux de progression] et le positionnement sur la courbe en S

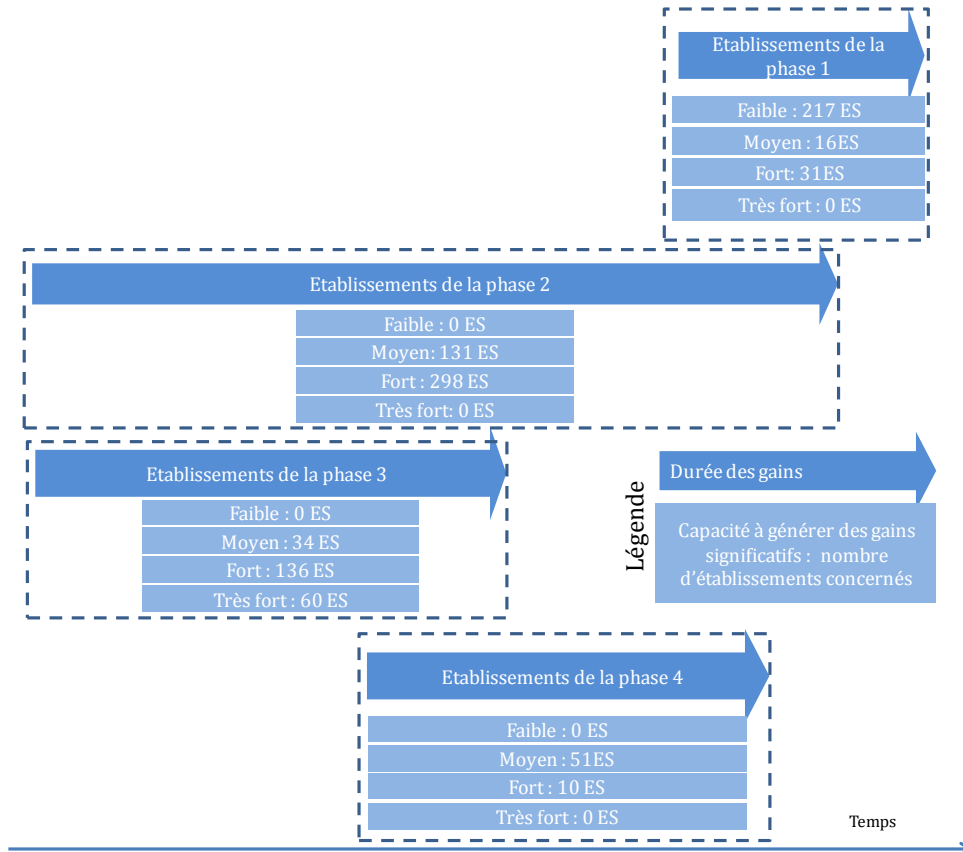
Positionnement sur la courbe en S	Couples		Taux de chirurgie ambulatoire	Progression du taux de chirurgie ambulatoire	Volume d'activité	Nombre d'établissements	Cote de potentiel estimé par la mission
	Tranche de taux de chirurgie ambulatoire (en %)	Quartile de volume d'actes					
Phase 1	0-25	Premier quartile	Très faible	Négative	Très faible	82	Faible
Phase 1	0-25	Deuxième quartile	Faible	Très faible	Faible	44	Faible
Phase 1	25-50	Premier quartile	Faible	Faible	Très faible	91	Faible
Phase 1	0-25	Troisième quartile	Faible	Très faible	Moyen	16	Moyen
Phase 1	0-25	Quatrième quartile	Faible	Faible	Fort	31	Fort
Phase 2	25-50	Deuxième quartile	Moyen	Moyen	Faible	131	Moyen
Phase 2	25-50	Troisième quartile	Moyen	Faible	Faible	146	Fort
Phase 2	25-50	Quatrième quartile	Moyen	Faible	Fort	152	Fort
Phase 3	50-75	Premier quartile	Fort	Moyen	Très faible	34	Moyen
Phase 3	50-75	Deuxième quartile	Fort	Moyen	Faible	59	Fort
Phase 3	50-75	Troisième quartile	Fort	Moyen	Moyen	77	Fort
Phase 3	50-75	Quatrième quartile	Fort	Moyen	Fort	60	Très fort
Phase 4	75-100	Premier quartile	Très fort	Fort	Très faible	39	Moyen
Phase 4	75-100	Deuxième quartile	Très fort	Faible	Faible	12	Moyen
Phase 4	75-100	Quatrième quartile	Fort	Faible	Fort	3	Fort
Phase 4	75-100	Troisième quartile	Fort	Moyen	Moyen	7	Fort

Source : Mission.

4.3. Conclusions relatives au potentiel de développement des établissements étudiés

Les ARS pourront utilement réutiliser cette méthodologie pour concevoir la contractualisation avec les établissements. La cotation proposée par la mission permet d'identifier les volumes d'activité en chirurgie ambulatoire à attendre et leur capacité à les générer rapidement.

Graphique 13 : Synthèse de l'analyse : la position des catégories homogènes d'établissements selon leur cote et leur positionnement sur la « courbe en S »



Source : Mission.

L'analyse des données permet d'identifier plusieurs conclusions clés sur le périmètre des 984 établissements considérés par la mission.

4.3.1. Première conclusion : les établissements cotés « moyen » ou « fort » : des stratégies à adopter variables en fonction de leur positionnement sur la courbe en S

Les établissements présentant une capacité à générer une activité significative en chirurgie ambulatoire et qui sont en mesure de le faire rapidement sont cotés « fort » ou « très fort » et sont positionnés en phases 2, 3 ou 4. Ils sont au nombre de 504.

Parmi ces 504 établissements, on observe que :

Rapport

- ◆ 60 présentent une capacité à générer un volume significatif fort et rapide, mais la hausse attendue a une durée relativement courte dans le temps (phase 3) ; ces établissements permettent de dégager des gains relativement aisés et significatifs. On peut rattacher à cette catégorie les 10 établissements de la phase 4 présentant une capacité moyenne à générer un volume significatif. Cette catégorie devrait par conséquent faire l'objet d'un suivi très spécifique pour atteindre les objectifs fixés par les pouvoirs publics au niveau national pour 2015 voire 2016 ; ils devraient également se voir attribuer un rôle de diffusion des bonnes pratiques ;
- ◆ 298 ont une capacité à générer une hausse significative du taux de chirurgie ambulatoire moyenne. Cette hausse dure plus longtemps dans la mesure où ils se trouvent en phase 2. Ces établissements permettent de dégager des gains moins aisés que la catégorie précédente mais ceux-ci sont significatifs dans la mesure où 298 établissements de santé sont concernés et la hausse potentielle peut être de longue durée. On peut rattacher à cette catégorie les 136 établissements de la phase 3 qui sont cotés « fort » : les gains qu'ils permettent sont du même ordre de grandeur par établissement, mais la durée d'accélération du taux de croissance est moins longue. Les 334 établissements concernés, dans la mesure où ils peuvent générer des gains rapides, peuvent être ciblés en priorité par les pouvoirs publics. Néanmoins, l'atteinte des objectifs serait pour eux moins aisée et devrait faire l'objet de mesures spécifiques.
- ◆ 31 établissements sont cotés « fort » mais sont en phase 1. Les pouvoirs publics ne peuvent attendre de ces établissements des gains immédiats : ceux-ci peuvent toutefois avoir lieu vers la fin de la période 2015-2018. Il s'agit alors pour les pouvoirs publics d'établir une stratégie d'accompagnement individualisée pour identifier et lever les obstacles au sein d'établissements qui sont encore très éloignés de leur potentiel, malgré tout non négligeable.

4.3.2. Deuxième conclusion : appliquer aux établissements à faible capacité de génération d'activité les mesures transversales et identifier quelles structures doivent faire l'objet d'un suivi spécifique

Pour les établissements des phases 2, 3 et 4 cotés « moyen », il convient d'appliquer les mesures transversales préconisées par la mission et identifier parmi les 131 établissements de phase 2 cotés faibles quelles structures peuvent faire l'objet d'un suivi particulier

175 établissements des phases 2, 3 et 4 ont été cotés par la mission en « moyen » ou « faible » en termes de capacité à générer un gain significatif de volume de chirurgie ambulatoire.

Parmi ces 175 établissements :

- ◆ 34 établissements sont en phase 3 et 10 établissements sont en phase 4 : ils ne peuvent que difficilement générer de forts volumes additionnels, ils ne devraient pas faire l'objet d'un suivi particulier par les pouvoirs publics outre les mesures transversales :
- ◆ 131 établissements sont en phase 2 et sont cotés « moyen », ce qui signifie que la génération d'une activité supplémentaire est peu aisée au vu des caractéristiques de ces établissements. Néanmoins, dans la mesure où il existe encore une marge de progression (les établissements sont peu avancés sur la courbe en S) et que le nombre d'établissements concernés est élevé, les pouvoirs publics pourraient mener une analyse plus approfondie de cette catégorie pour envisager quels établissements, parmi les 131, peuvent générer un surplus d'activité dans un horizon de temps acceptable.

Rapport

4.3.3. Troisième conclusion : les établissements cotés « faible » ou « moyen » en matière de capacité à générer un surplus d'activité significatif et classés en phase 4 ne devraient pas faire l'objet d'une démarche spécifique des pouvoirs publics

Les 233 établissements cotés « faible » ou « moyen » en matière de capacité à générer un surplus d'activité significatif et classés en phase 4 ne devraient pas faire l'objet d'une démarche spécifique des pouvoirs publics au vu du caractère modeste des gains attendus. Parmi ces 233 établissements, 217 sont cotés « faible » et 16 « moyen ».

Ceci ne signifie pas que les établissements concernés ne doivent l'objet d'aucune mesure : leur sont appliqués les mesures transversales décidées par les pouvoirs publics (contractualisation, mesures nationales). Toutefois, les gains à attendre de cette catégorie sont modestes et les pouvoirs publics gagnent à concentrer leur action sur des établissements plus à même d'enregistrer des gains plus élevés en volume et plus rapides.

5. Économies associées aux quatre phases de développement de la chirurgie ambulatoire

L'analyse présentée en 4.2 met en évidence des potentiels de développement différents selon les établissements, en fonction de leur taux actuel de chirurgie ambulatoire et de sa progression depuis 2007, ainsi que de leur volume de séjour chirurgicaux.

La catégorisation des établissements permet également d'identifier le rythme potentiel de réalisation d'économies à horizon 2018. En effet, le degré de maturité d'un établissement, exprimé par le taux actuel de chirurgie ambulatoire, son dynamisme, qui se manifeste à travers la progression récente de ce même taux ainsi que son potentiel (volume de séjours) vont également conditionner les perspectives d'économies.

La mission a associé à chacune des phases de développement de la chirurgie ambulatoire les économies associées en adoptant la même méthode que celle exposé dans la partie 3.

Les calculs exposés ci-dessous sont fondés sur le scénario fort, soit un taux cible de chirurgie ambulatoire de 62, 2 % d'ici 2018 (cf. 2.3).

La typologie des phases de développement de la chirurgie ambulatoire au sein du établissement présente l'avantage d'associer des taux cible de chirurgie ambulatoire avec les phases de développement. Ces taux varient de 45,8 % pour les établissements de la phase 1 (ex-DG), peu matures et à faible volume, à 96,9 % pour la phase 4, déjà très avancés, pour le secteur ex-DG (19 établissements correspondent à cette phase pour les ex-DG).

Tableau 48 : Taux de chirurgie ambulatoire cible en fonction de la phase (984 établissements) pour le scénario fort

	Taux de chirurgie ambulatoire ex-DG (en %)	Taux de chirurgie ambulatoire ex-OQN (en %)	Taux de chirurgie ambulatoire total (en %)
Phase 1	45,8	47,3	46,0
Phase 2	55,2	64,2	60,5
Phase 3	78,6	77,5	77,6
Phase 4	96,9	95,1	95,2
Total	52,2	69,7	62,2

Source : Mission.

Rapport

En suivant la répartition des établissements présentée dans le tableau n°10 ci-dessus en fonction de leur potentiel respectif, les économies associées à chaque phase de développement d'ici 2018 sont calculées.

5.1.1. Phase 1 : départ/amorce

La phase 1, qui correspond aux établissements dont le volume d'activité et le taux de chirurgie ambulatoire sont faibles, comprend 264 établissements, dont 46 ex-OQN et 218 ex-DG. Leur taux de chirurgie ambulatoire cible est de 46,0 % d'ici 2018, dont 47,3 % pour les ex-OQN et 45,8 % pour les établissements ex-DG.

Ces établissements représentent, en volume de séjours, 21,7 % des séjours transférables, soit 43,1 % des séjours des ex-DG et 4,2 % des séjours ex-OQN.

En appliquant la méthodologie des estimations d'économies présentée en 3.1, la mission identifie 68 équipes de nuit et 145 équipes de jour transférables dans les établissements ex-DG, et 9 équipes de nuit et 19 équipes de jour dans les établissements ex-OQN, soit 77 équipes de nuit et 164 équipes de jour. La différence entre les deux types d'établissements est liée à la part respective de la phase 1 dans le total des séjours transférables, soit 43,1 % pour les ex-DG et 4,2 % pour les ex-OQN.

Le transfert de l'activité en ambulatoire des établissements de la phase 1 met en évidence 74 établissements à trop faible activité dans le secteur ex-DG, et 20 dans le secteur ex-OQN, soit 94 établissements au total.

L'économie totale liée au transfert en ambulatoire d'une partie des séjours actuellement traités en hospitalisation conventionnelle dans les établissements de la phase 1 représente 168 M€.

Tableau 49 : Synthèse des économies de la phase 1 (scénario fort) (en M€)

Type d'économies	Établissements ex-DG (en M€)	Établissements ex-OQN (en M€)	Montant total (en M€)
1 ^{ère} étape - Équipes de nuit	20,5	2,7	23,2
1 ^{ère} étape - Équipes de jour (week-end)	21,6	2,8	24,4
1 ^{ère} étape - Charges logistiques et hospitalières	20,6	2,5	23,1
1^{ère} étape - Total	62,7	8,0	70,7
2^{ème} étape - Gains de productivité	17,9	2,3	20,2
3^{ème} étape - Établissements à très faible activité	60,9	16,4	77,3
Total des trois étapes	141,5	26,8	168,3

Source : Mission.

Les établissements de la phase 1 représentent 168 M€ d'économies, soit 30 % des économies associées au scénario fort¹⁰. Comme indiqué dans la partie 4.2 relative au potentiel de progression, ces établissements peu développés auront une mutation progressive à moyen-terme.

Cela signifie que, pour le secteur ex-DG, dont plus de 40 % des séjours se situent dans cette phase, les économies associées ne pourront être immédiates. Les économies associées à la phase 1 de développement pourraient se réaliser entre 2016 et 2018, après une période d'adaptation de l'organisation des établissements.

¹⁰ Calcul effectué sur 560 M€ d'économies pour 984 établissements, contre 603 M€ dans le scénario fort (différentiel de périmètre).

Rapport

5.1.2. Phase 2 : accélération

La phase 2 correspond aux établissements où la démarche de développement de la chirurgie ambulatoire est déjà amorcée et progresse rapidement, dotés d'un taux de chirurgie ambulatoire moyen. La phase 2 comprend 429 établissements, dont 198 ex-DG et 231 ex-OQN.

Les séjours transférables de la phase 2 représentent 58 % du potentiel transférable total, soit 54 % des séjours pour les établissements ex-DG et 62 % des séjours pour les établissements ex-OQN.

La mission identifie 81 équipes de nuit et 169 équipes de jour transférables dans les établissements ex-DG, et 118 équipes de nuit et 221 équipes de jour dans les établissements ex-OQN, soit 199 équipes de nuit et 390 équipes de jour. Ce contingent représente 59 % du total des équipes vouées à disparaître après transfert d'une partie de l'activité en chirurgie ambulatoire.

Le transfert de l'activité en ambulatoire des établissements de la phase 2 n'est pas associé à des établissements à très faible activité.

L'économie totale liée au transfert en ambulatoire d'une partie des séjours actuellement traités en hospitalisation conventionnelle dans les établissements de la phase 2 représente 228 M€.

Tableau 50 : Synthèse des économies de la phase 2 (scénario fort) (en M€)

Type d'économies	Établissements ex-DG (en M€)	Établissements ex-OQN (en M€)	Montant total (en M€)
1 ^{ère} étape - Équipes de nuit	24,4	35,5	59,9
1 ^{ère} étape - Équipes de jour (week-end)	25,2	33,0	58,2
1 ^{ère} étape - Charges logistiques et hospitalières	25,7	36,1	61,9
1^{ère} étape - Total	75,3	104,6	179,9
2 ^{ème} étape - Gains de productivité	20,8	27,2	48,0
3 ^{ème} étape - Établissements à très faible activité	-	-	-
Total des trois étapes	96,1	131,8	227,9

Source : Mission.

Les établissements de la phase 2 représentent 228 M€ d'économies, soit 41 % des économies associées au scénario fort¹¹. Comme indiqué dans la partie 4.2 relative au potentiel de progression, ces établissements dynamiques auront une mutation relativement rapide. Les économies liées aux mutations des établissements de la phase 2 pourraient par conséquent avoir un horizon de court-terme, d'ici 2016.

5.1.3. Phase 3 : optimisation

La phase 3 comprend 230 établissements, dont 26 ex-DG et 204 établissements ex-OQN, dotés d'un taux de chirurgie ambulatoire élevé et de taux moyens de progression de l'ambulatoire, signes d'une période d'optimisation de l'UCA.

¹¹ Calcul effectué sur 560 M€ d'économies pour 984 établissements, contre 603 M€ dans le scénario fort (différentiel de périmètre).

Rapport

Les séjours transférables de la phase 3 représentent 19 % du potentiel transférable total, soit 32 % des séjours pour les établissements ex-OQN et 3 % des séjours pour les établissements ex-DG. Les établissements ex-DG sont peu représentés dans cette phase d'optimisation de l'organisation de la chirurgie ambulatoire. Cela signifie que peu d'établissements ex-DG ont un taux de chirurgie ambulatoire élevé, tandis qu'un tiers des établissements ex-OQN ont entamé cette phase de consolidation de l'UCA, qui révèle une certaine maturité du processus.

La mission identifie deux équipes de nuit et cinq équipes de jour transférables dans les établissements ex-DG, et 41 équipes de nuit et 99 équipes de jour dans les établissements ex-OQN, soit 43 équipes de nuit et 104 équipes de jour (16 % du total des équipes identifiées dans le scénario fort).

Le transfert de l'activité en ambulatoire des établissements de la phase 3 est associé à 14 établissements ex-DG et 51 établissements ex-OQN dotés d'une très faible activité, soit 65 établissements.

L'économie totale liée au transfert en ambulatoire d'une partie des séjours actuellement traités en hospitalisation conventionnelle dans les établissements de la phase 3 représente 115 M€.

Tableau 51 : Synthèse des économies de la phase 3 (scénario fort) (en M€)

Type d'économies	Établissements ex-DG (en M€)	Établissements ex-OQN (en M€)	Montant total (en M€)
1 ^{ère} étape - Équipes de nuit	0,6	12,3	12,9
1 ^{ère} étape - Équipes de jour (week-end)	0,7	14,8	15,5
1 ^{ère} étape - Charges logistiques et hospitalières	1,5	18,5	20,0
1^{ère} étape - Total	2,8	45,6	48,4
2^{ème} étape - Gains de productivité	0,6	12,2	12,8
3^{ème} étape - Établissements à très faible activité	11,5	42,0	53,5
Total des trois étapes	15,0	99,8	114,8

Source : Mission.

Les établissements de la phase 3 représentent 115 M€ d'économies, soit 20 % des économies associées au scénario fort¹². Ces établissements présentent une relative maturité, leur potentiel est strictement corrélé au volume d'acte demeurant en hospitalisation conventionnelle.

Compte tenu de leur taux d'ambulatoire relativement élevé, ces établissements seront en mesure d'absorber les séjours transférables sans réorganisations, mais ils sont pour certains d'entre eux dotés de volumes de séjours trop faibles pour envisager une contribution importante à la croissance nationale de la chirurgie ambulatoire. Les économies associées à la phase 3 de développement pourront être générées relativement rapidement, à horizon 2016.

5.1.4. Phase 4 : maturité

La phase 4 comprend 61 établissements, dont 42 ex-OQN et 19 ex-DG, associés à des taux de chirurgie ambulatoire élevés et à une dynamique de progression moyenne ou faible. Ces établissements sont proches des taux cibles définis par la mission dans le cadre du calcul du potentiel national.

¹² Calcul effectué sur 560 M€ d'économies pour 984 établissements, contre 603 M€ dans le scénario fort (différentiel de périmètre).

Rapport

Les séjours transférables de la phase 4 ne représentent qu'1 % du potentiel transférable total, soit 2 % des séjours pour les établissements ex-OQN et moins d'1 % des séjours pour les établissements ex-DG. Peu d'établissements ont atteint un taux de chirurgie ambulatoire supérieur à 75 %.

La mission n'identifie aucune équipe transférable de nuit dans les établissements ex-OQN, et aucune dans les établissements ex-DG. Seules deux équipes de jour peuvent être supprimées dans les établissements ex-OQN dans le cadre de la phase 4.

Le transfert de l'activité en ambulatoire des établissements de la phase 4 est associé en revanche à un nombre important d'établissements à très faible activité : 18 établissements ex-DG et 40 établissements ex-OQN, soit 58 établissements au total.

L'économie totale liée au transfert en ambulatoire d'une partie des séjours actuellement traités en hospitalisation conventionnelle dans les établissements de la phase 4 représente 49 M€.

Tableau 52 : Synthèse des économies de la phase 4 (Scénario fort) (en M€)

Type d'économies	Établissements ex-DG (en M€)	Établissements ex-OQN (en M€)	Montant total (en M€)
1 ^{ère} étape - Équipes de nuit	-	-	-
1 ^{ère} étape - Équipes de jour (week-end)	-	0,3	0,3
1 ^{ère} étape - Charges logistiques et hospitalières	0,0	1,1	1,1
1^{ère} étape - Total	0,0	1,4	1,4
2^{ème} étape - Gains de productivité	0,0	0,2	0,2
3^{ème} étape - Établissements à très faible activité	14,8	33,0	47,8
Total des trois étapes	14,8	34,6	49,4

Source : Mission.

Les établissements de la phase 4 ne représentent que 49 M€ d'économies, soit 9 % des économies associées au scénario fort¹³. Ces établissements présentent un degré de maturité élevé, représenté par un taux de chirurgie ambulatoire supérieur à 75 %. Toutefois, ces établissements n'ont pas forcément atteint le potentiel cible de chirurgie ambulatoire établi par la mission dans le cadre du potentiel national.

Compte tenu de leur taux d'ambulatoire élevé, ces établissements devront intégrer des actes relativement plus complexes pour accroître leur taux de chirurgie ambulatoire, ce qui peut nécessiter plus de temps que l'intégration des actes les plus simples par les établissements des phases 1 et 2.

Par conséquent, les économies associées à la phase 4 de développement pourront être générées à moyen-terme, soit après 2016.

5.2. Synthèse des économies associées à chaque phase de développement de la chirurgie ambulatoire

L'analyse des économies associées à chaque phase de développement de la chirurgie ambulatoire met en évidence un fort potentiel de mutation à court-terme, pour les établissements en phase 2 et 3.

¹³ Calcul effectué sur 560 M€ d'économies pour 984 établissements, contre 603 M€ dans le scénario fort (différentiel de périmètre).

Rapport

Les établissements de la phase 4 ne représentent qu'un faible potentiel d'économies, réalisable à court ou à moyen-terme, selon la complexité des séjours restant à transférer en ambulatoire.

Les établissements de la phase 1 sont très majoritairement des établissements ex-DG, pour lesquels les économies ne pourront être réalisées à court terme compte tenu de leur situation actuelle : faible taux de chirurgie ambulatoire, faible dynamisme de la progression de l'ambulatoire depuis 2007.

Tableau 53 : Synthèse des économies des quatre phases (Scénario fort) (M€)

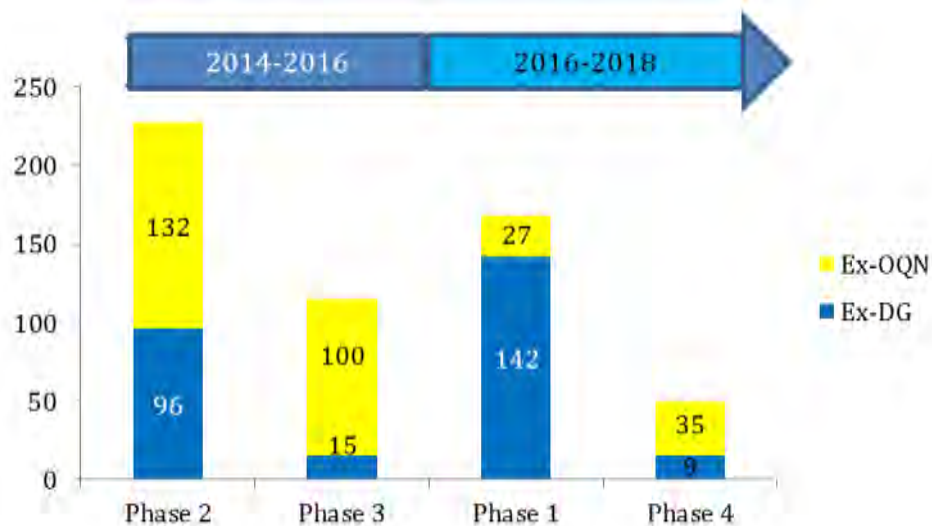
Phase d'économies	Établissements ex-DG (M€)	Établissements ex-OQN (M€)	Montant total (M€)	Part de la phase dans le total des économies (en %)
Phase 1	141,5	26,8	168,3	30
Phase 2	96,1	131,8	227,9	41
Phase 3	15,0	99,8	114,8	20
Phase 4	14,8	34,6	49,4	9
Total	267,4	293,0	560,4	100

Source : Mission.

La mission estime que les établissements des phases 2 et 3 pourront générer des économies à court terme, soit 228 M€ pour la phase 2 et 115 M€ pour la phase 3, pour un total de 343 M€. Ces économies de court-terme représentent 66 % des économies envisagées dans le cadre du scénario fort.

À moyen terme, la mission estime que les établissements de la phase 1 et 4 pourront générer 218 M€ d'économies, soit 168 M€ pour la phase 1 et 49 M€ pour la phase 4.

Graphique 14 : Contribution de chaque phase aux économies à court et moyen terme



Source : Mission.

L'analyse des économies par type d'établissement met en évidence que les ex-OQN pourront dégager rapidement des économies, ayant la majorité de leurs séjours transférables à court-terme. En effet, 85 % des économies potentielles des établissements ex-OQN sont concentrées dans les phases 2 et 3.

Rapport

A l'inverse, les établissements ex-DG suivront deux étapes d'économies :

- ♦ une première étape, liée aux établissements de la phase 2, qui peut générer des économies à court-terme pour les établissements dotés d'un taux de chirurgie ambulatoire moyen ;
- ♦ une deuxième étape, correspondant aux établissements de la phase 1, qui ne pourra produire des économies qu'à moyen-terme, après structuration de la démarche de développement de la chirurgie ambulatoire.

Ces résultats indicatifs à l'échelle nationale pourront néanmoins faire l'objet d'analyses plus précises des ARS, afin d'identifier le chemin de mutation de chaque établissement et les économies associées à leur cible de développement de l'ambulatoire d'ici 2018. La mission mettra à disposition des ARS la base de données utilisée, afin que cette méthodologie puisse servir de fondement théorique à la contractualisation locale et pratique avec les établissements.

ANNEXE IV

Liste des personnes rencontrées

1. Cabinets ministériels

- ◆ **Cabinet de la ministre en charge des affaires sociales et de la santé**
 - M. Frédéric VARNIER, Conseiller en charge du financement des établissements hospitaliers et médico-sociaux
- ◆ **Cabinet du ministre des finances et des comptes publics**
 - Mme Sophie MARTINON, Conseillère compte sociaux

2. Directions générales

- ◆ **Direction générale de l'offre de soins(DGOS)**
 - M. Jean DEBEAUPUIS , Directeur général
 - M. Félix FAUCON, Chef de service, adjoint au directeur général
 - M. Samuel PRATMARTY, Sous-directeur par intérim de la régulation de l'offre de soins
 - Mme Christine BRONNEC, Adjointe au sous-directeur de la régulation de l'offre de soins
 - Mme Déborah CVETOJEVIC, Chef de bureau « Plateaux techniques et prises en charge hospitalières aigües »
 - Mme Lydia VALDES, Adjoint chef de bureau « Plateaux techniques et prises en charge hospitalières aigües »
 - Mme Sandrine BILLET, Chef de bureau « Synthèse organisationnelle et financière »
 - M. Thierry KURT, Adjoint au chef de bureau
- ◆ **Direction du budget (DB)**
 - M. Denis MORIN, Directeur du budget
 - Mme Mélanie JODER, Sous-directrice de la 1^{ère} sous-direction
 - M. Jean-François JUERY, Chef du bureau BPB
 - M. Camille PERREAND, Bureau BCS
 - M. Nicolas NOIRIEL, Bureau BCS
- ◆ **Direction de la sécurité sociale (DSS)**
 - M. Thomas FATOME, Directeur de la sécurité sociale
 - M. Damien VERGE, Adjoint au sous-directeur du financement du système de soins
 - M. Emmanuel CHION, Chef du bureau « économie de la santé »
 - Mme Laure-Marie ISSANCHOU, Chef du bureau des établissements de santé et des établissements médico-sociaux
- ◆ **Secrétariat général des ministères sociaux**
 - M. Olivier OBRECHT, Responsable du pilotage du réseau des agences régionales de santé
 - Mme Marie-Claude HITTINGER, Chargée de mission
 - Mme Elisabeth FERY-LEMONNIER, Chargée de mission

Annexe IV

- Mme Charlotte LESPAGNOL, Adjointe au chef du bureau Economie de la santé
- M. Nicolas BLANCHARD, Chargé d'études

◆ **Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP)**

- M. Serge BOSSINI, Adjoint au secrétaire général
- M. Vincent MAYMIL, Chef du département « évaluation »
- M. Olivier PICAVET, Chef de projet du département évaluation des politiques publiques

◆ **Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)**

- M. Denis RAYNAUD, adjoint à la sous-directrice Santé
- Mme Gwenaëlle BRILHAUT

3. Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH)

- M. Housseyni HOLLA, Directeur de l'ATIH
- Dr. Max BENSADON, Directeur adjoint de l'ATIH
- Mme Véronique SAUVADET, Chef du service financement des établissements de santé
- Mme Florence PINELLI, Responsable du pôle Suivi de l'ONDAM hospitalier
- M. Clément RALLET, Responsable du pôle Allocation des ressources aux établissements de santé
- Mme Océane CORNIC, Chargée d'études

4. Assurance maladie

◆ **Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés**

- M. Frédéric VAN ROEKEGHEM, Directeur général de la CNAMTS
- Mme Mathilde LIGNOT-LELOUP, Directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
- Dr. Michel MARTY, Responsable du département de l'hospitalisation
- M. Gonzague DEBEUGNY, Responsable du département de l'offre de soins
- Dr. Dominique RUCHARD, Médecin conseil
- M. Thomas JAN, DDGOS, Responsable du département de la coordination et de l'efficacité des soins

◆ **Caisse primaire d'assurance-maladie de la Haute-Garonne**

- M. Jacques MALROUX, Directeur adjoint des soins médicaux
- M^{me} Isabelle DUMOND, Sous directrice chargée de la gestion des risques
- M^{me} Sabine LABATUT, Chargée de mission cellule coordination de la GDR
- M. Yves LOUBERE, Chargé des relations avec les établissements de santé

Annexe IV

◆ **Mutualité sociale agricole (MSA)**

- Dr. Nadine RIBET-REINHART, Praticien conseiller technique national

5. **Haute Autorité de Santé (HAS)**

- Pr. Jean-Luc HAROUSSEAU, Président du collège de la HAS
- M. Dominique MAIGNE, Directeur général de la HAS
- Pr. Jacques BELGHITI, Membre du collège, président CNEDIMS
- M^{me} Yvonnick MORICE, Membre du Collège, Président de la Commission de certification des établissements de santé
- M. Alain CORDIER, Membre du Collège, Président de la Commission parcours-maladies chroniques
- Dr. Valérie LINDECKER, Chef de projet service du développement de la certification
- M. Thomas LE LUDEC, Directeur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (DAQSS)
- Dr. Jean-Patrick SALES, Directeur de l'évaluation médico-économique et de santé publique (DEMESP)
- M. Jean-Christophe BRAS, Conseiller du Président et du Directeur général

6. **Agence nationale d'appui à la performance (ANAP)**

- Dr. Gilles BONTEMPS, Directeur associé de l'ANAP
- Dr. Christian ESPAGNO, Directeur du pôle Déploiement et maintenance

7. **Agences régionales de santé (ARS)**

◆ **ARS de Midi-Pyrénées**

- Monique CAVALIER, Directrice générale de l'ARS
- Dr. Jean-Jacques MORFOISSE, Directeur général adjoint, directeur de l'offre de soins et de l'autonomie
- M^{me} Catherine MARCHAL, Référente médicale GDR
- M. Benoît ELLEBOODE, Conseiller médical

◆ **ARS de Pays de la Loire**

- M^{me} Marie-Sophie DESAULLE, Directrice générale de l'ARS
- M. François GRIMONPREZ, Directeur de l'efficacité de l'offre
- M. Benoît VINCENT, Direction de l'efficacité de l'offre, responsable du département de l'offre hospitalière
- M. Jean-Loïc RETEAU, Chargé de mission
- M^{me} Marie-Jo PASSETEMPS, Chargé de mission

Annexe IV

◆ **ARS Île-de-France**

- M. Claude EVIN, Directeur général de l'ARS
- M^{me} Christine SCHIBLER, Directrice du pôle établissements de santé et à
- M^{me} Laetitia MESSNER, Directrice du Programme Performance

◆ **ARS Lorraine**

- M. Claude D'HARCOURT, Directeur général de l'ARS
- M. Patrick MARX, Directeur de l'efficience des soins
- M^{me} Élise BLÉRY-MASSINET, Médecin de santé publique
- M^{me} Catherine DUBOIS, Responsable Gestion du risque et qualité des soins

◆ **ARS Bretagne**

- M. Alain GAUTRON, Directeur général
- M. Hervé GOBY, Directeur de l'offre de soins et de l'accompagnement
- M. Guillaume LE DUFF, Chargé de mission démarches de performance
- M^{me} Françoise DURANDIERE, Conseillère technique médicale
- M^{me} Marie GUEGUEN, Chargée de mission auprès de la conseillère technique médicale

8. Établissements de santé

8.1. Île-de-France

◆ **Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP)**

- M. Martin HIRSCH, Directeur général
- Pr. René ADAM, Représentant de la CME
- M. Gérard COTELLON, Directeur de cabinet par intérim
- M^{me} Sibylle VEIL, Directrice du pilotage de la transformation
- Pr. François HAAB, Chef de service d'urologie
- Dr. Françoise DENOYELLE, Médecin ORL
- Dr Sophie COHEN, Direction de la politique médicale
- M. Christian JOLIVIERE, Direction de l'inspection et de l'audit

◆ **Hôpital Saint-Antoine (Hôpitaux universitaires de l'Est parisien)**

- M. Pascal DE WILDE, Directeur du Groupe Hospitalier Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien
- Pr. Bertrand GUIDET, Président de la Commission médicale d'établissement locale
- Pr Marc BEAUSSIER, PUPH, chef de service anesthésie réanimation, chef de service Chirurgie ambulatoire, membre de l'Association française pour la chirurgie ambulatoire
- M^{me} Elisabeth DELETANG-BURET, Directrice des soins

Annexe IV

- Mme Annick MARIE-LOUISE, Cadre supérieur de santé
- M. Stéphane LAFFON, Directeur des finances adjoint
- Pr. Emmanuel TIRET, PUPH, Chef du service de chirurgie générale et digestive
- Dr. Eliane WAGENER, responsable de l'UCA de l'hôpital Saint-Antoine
- Dr. Jeanne MARTY, Médecin DIM

◆ **Hôpital Bicêtre**

- Mme Christine WELTY, Directrice du Groupe hospitalier (Hôpitaux universitaires Paris-Sud)
- Pr. Jacques DURANTEAU, Président de la Commission médicale d'établissement locale (CMEL)
- Mme Marie-Françoise DOVAL, Directrice des soins-coordinatrice générale des soins
- Pr. Christophe PENNA, PUPH, Président du conseil de bloc commun
- Dr. Véronique MOLINA, Coordinatrice de l'unité de chirurgie ambulatoire
- Dr. Marie FRANK-SOLTYSIAK, Médecin DIM
- Dr Ibrahim DAGHER, Coordonnateur de la chirurgie ambulatoire A. Béclère
- Dr Bruno COSTAGLIOLI, Médecin chirurgie digestive
- M. Thomas LAURET, Directeur adjoint du groupe hospitalier
- Mme Sylvia PUGLIESE, Cadre de santé

◆ **Groupe CAPIO (Ermont-Eaubonne)**

- M. Philippe DURAND, Directeur général Capio France
- Dr. François DEMESMAY, Directeur général délégué et directeur des activités médicales du Groupe
- M. Romain DOMPS, Directeur opérationnel clinique de Domont
- M. Nicolas CARRIE, Directeur pôle Île-de-France et directeur de la clinique Claude Bernard
- M. Didier COUTURE, Directeur administratif et financier, clinique Claude Bernard
- Dr Laurent THOMAS, Président de CME, clinique Claude Bernard
- M. le Dr REGUIC, Anesthésiste responsable de la chirurgie ambulatoire
- Dr. Daniel TALLARD, Chirurgien (chirurgie viscérale)
- Dr. Laurent FOUROUX, Chirurgien (chirurgie orthopédique)
- Dr. Jean TARDY, Médecin DIM, clinique Claude Bernard
- Mme ANNE-MARIE, Infirmière anesthésiste référente RRAC
- Mme Véronique TBETA, Cadre référente RRAC
- M. Michael TAMINEAU, Chef de bloc

◆ **Institut Gustave Roussy (IGR)**

- Pr. Alexander EGGERMONT, Directeur général
- M. Charles GUEPRATTE, Directeur général adjoint
- Pr Michel DUCREUX, Coordonnateur médical
- Dr Jean-Louis BOURGAIN, Chef du service anesthésie
- Dr Françoise RIMAREIX, Chef de service Ardennes
- Mme Sophie BEAUPERE, Directrice de l'activité et des finances

8.2. Lorraine

◆ **CHU de Nancy**

- M. Bernard DUPONT, Directeur générale du CHRU de Nancy
- Dr. Lionel NACE, Vice-Président de la CME
- Dr. Thomas FUCHS-BECK, PUPH
- M^{me} Liliane ROUX, Directrice Adjointe
- Dr. Laurent BRESLER, Chef du Pôle digestif
- M^{me} Éliane TOUSSAINT, Directrice générale adjointe du CHU
- M^{me} Yasmine SAMMOUR, Directrice des affaires financières, Directrice de l'appui à la performance
- M. Gabriel GIACOMETTI, Directeur du Pôle Stratégie
- Dr. Annick VALENCE, Médecin DIM
- M. Christophe LEGRAND, Cadre de santé
- Dr. Serge BRACARD, Médecin
- M^{me} Christelle RAUCAS-FEBVREL, Chargée de projet
- M^{me} Nathalie FUGER, Cadre supérieure de santé PNTC
- M^{me} Corinne BOUIN, Cadre de santé
- M^{me} Guylaine PAYO, Cadre de santé à l'UCA Brabois
- M. Grégory BILLIET, Assistant de gestion pôle digestif/hématologie
- M^{me} Patricia CHANET, Cadre supérieure de santé Pôle digestif

◆ **CHR de Metz-Thionville**

- M^{me} Véronique ANATOLE-TOUZET, Directrice générale du CHR de Metz-Thionville
- Dr. Khalifé KHALIFÉ, Président de la CME
- M. Norbert CARL, Directeur des affaires médicales
- M. Xavier TARTAS, Directeur des affaires financières et de la contractualisation
- M^{me} Isabelle GLOAGUEN, Directrice générale des soins
- Dr. Jean-Luc PETIT, Anesthésiste
- Dr. Berek IRZAZI, Chirurgien orthopédiste

◆ **SINCAL, Centre chirurgical Émile Gallé**

- M^{me} Liliane ROUX, Secrétaire générale du SINCAL
- Dr. Alain CHASTEL, Anesthésiste-réanimateur, Vice-président de la CME
- Dr. Michèle DE GASPERI, Médecin DIM
- Dr. Olivier ROCHE, chirurgien orthopédiste, chirurgien orthopédiste
- Dr. François DAP, Chef du service de chirurgie de la main, coordonnateur de l'UCA
- M^{me} Sylvie BUET, Responsable qualité

◆ **Hôpital Clinique Claude Bernard (Metz)**

- M. Cyril DUFOURCQ, Directeur
- M. Pascal LEXA, Directeur adjoint
- M^{me} Natacha MINIATTE, Directrice des soins

Annexe IV

- Mme Joëlle MAGNANI, Directrice qualité GDR, groupe médi-partenaires
- Mme Carine CALCAGNO, Cadre de santé, responsable chirurgie ambulatoire
- Dr. Pascal FUILO, Représentant CME
- Dr. Alain GOIRLIA, Médecin anesthésiste réanimateur, coordinateur chirurgie ambulatoire
- Dr. Thierry CAPS, Médecin anesthésiste réanimateur

8.3. Bretagne

◆ **CHP de Saint-Brieuc**

- Mme Isabelle PECHIN, Directrice
- Mme Valéry HELARY, Directrice des blocs opératoires
- Dr. LENA, Médecin DIM
- Mme Julie CARREZ, Référente services de soins ambulatoire

◆ **CH de Saint-Brieuc**

- M. Jean-Pierre PERON, Directeur
- Dr. Michel DAGORNE, Président de la CME
- M. Patrick MICHEL, Directeur adjoint, en charge de l'organisation hospitalière et de la politique des systèmes d'information
- Mme Sandrine KERAMBRUN, Directeur adjoint
- M. Kevin LULLIEN, Directeur adjoint en charge du pôle finances
- Dr. Pierre-Henri THOREUX, Médecin DIM
- Mme Dominique LE GAL, Directrice des soins
- Dr. Hervé OLLIVIER, Chirurgien digestif, chef du pôle à orientation oncologique
- Dr. Bernard LENOT, Chirurgien vasculaire et thoracique, chef du pôle de chirurgie et anesthésie
- Mme Agnès GOURAUD, Cadre coordonnateur du pôle à orientation oncologique
- Dr. Cynthia GARIGNON, Chirurgien pédiatrique
- Dr. Sylvain LE CŒUR, Anesthésiste
- Dr Etienne MOINON, Gynécologue – obstétricien
- Mme Ghislaine COLIN-MOISAN, Cadre coordonnateur du pôle Chirurgie anesthésie
- M. Krys KOSTIHA, Cadre de santé unité chirurgie et anesthésie ambulatoire
- M. Bruno DISDERO, Responsable du contrôle de gestion

◆ **CHU de Rennes**

- M. André FRIZ, Directeur général
- Pr. Gilles BRASSIER, Président de la CME
- Mme Anne GALLET, Directrice adjointe, en charge du pôle anesthésie et réanimation
- M. ECOFFIER, Responsable du pôle anesthésie, réanimation, président de la SFAR
- Mme POUVREAU, Coordination de l'unité de chirurgie ambulatoire à l'hôpital sud
- Mme Brigitte SALSIMON, Directrice des finances et des systèmes d'information
- Docteur FRENET, médecin DIM

Annexe IV

- Mme Agnès RIMBERT, directrice adjointe, coordination de l'ensemble des blocs opératoires

8.4. Midi-Pyrénées

◆ Centre Hospitalier de Montauban

- M. Joachim BIXQUERT, Directeur
- Dr. Jean PAQUIS, Président de la CME
- M. Dominik PASCAL, Directeur des affaires médicales, des ressources humaines et de la recherche
- M. Guillaume TEILLARD, Directeur des soins, de la qualité et de la gestion des risques
- M^{me} Maylis PICQUET, Directeur des admissions, de la facturation et des finances
- Dr. Corneliu VORONCA, Chirurgien viscéral
- Dr. Nicolas SALAS, Chirurgien orthopédiste
- M. Antoine STRZELECKI, Anesthésiste, coordonnateur du projet de chirurgie ambulatoire
- Dr. Cécile MICHAUD, Chirurgien ophtalmologiste

◆ Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse

- M. Jacques LEGLISE, Directeur général
- M. Bernard PRADERE, PCME
- M^{me} Bénédicte MOTTE, Secrétaire générale
- M. Laurent MOLINIER, DIM
- M^{me} Dominique MARIAGE, Directeur des affaires financières
- M^{me} Christine CEAUX, CGS
- M^{me} Martine SERVAT, Directrice de la stratégie
- M^{me} Estelle OUSSAR, Chargée de projets
- Dr. Bernard COUSTETS, Coordonnateur des unités chir. ambu. du CHU
- Dr. Nicolas BONNEVIALLE, Chirurgien orthopédiste
- Dr. Sébastien CHAPUIS, Chirurgien orthopédiste
- Pr. Franck BOUTAULT, CMF
- M^{me} RIGAL, Cadre de santé
- M^{me} SOULOUMIAC, Cadre de santé
- M^{me} Laurence ZAMITH, Cadre de santé
- M. Richard PIZZUTO, Cadre de santé

◆ Hôpital Joseph Ducuing

- M. David GONZALVO, Directeur
- M^{me} Murielle BLANC, Service qualité et gestion des risques
- M^{me} Laure JENCA, Service qualité et gestion des risques
- M^{me} Sylvie FRITSCAI, Chirurgien
- M. Michel HIFF, Directeur des affaires financières
- M^{me} Christine PRIBILSKI, Cadre de bloc
- M^{me} Christelle SAVARY, Cadre urgences, chirurgie, UCA

Annexe IV

- M^{me} Claire MALAURIE, Directrice des ressources humaines
- M. Guillaume MORCELY, Anesthésiste

8.5. Pays-de-la-Loire

◆ **CHU de Nantes**

- Dr. Gilles POTEL, Président de la CME
- M. Éric MANOEUVRIER, Directeur des affaires financières et du contrôle de gestion
- Dr. Michel WEBER, Ophthalmologue, coordonnateur de la réflexion relative à la chirurgie ambulatoire
- M^{me} Martine MASSE, Directrice de la plateforme 5, UCA et imagerie

◆ **Centre hospitalier d'Angers**

- M^{me} Isabelle LESAGE, Directrice du Centre hospitalier du Mans
- Dr. VILLERET-GOUREAU, Praticien hospitalier, anesthésie ambulatoire, chef de projet de la réorganisation de la chirurgie ambulatoire
- Mme DESMAISON, Cadre supérieure de santé, pôle chirurgie

◆ **Clinique Jules Verne (Nantes)**

- Mme Catherine DEBARD, Directrice de la Clinique Jules Verne
- M. Olivier BOSSARD, Directeur Général Adjoint Groupe Harmonie Soins et Services, chargé des cliniques du groupe (olivier.bossard@mla.fr)
- Dr. Jean-Marc CHIROL, Président de la CME
- Dr. Thierry DE GAZEAU, Anesthésiste, coordonnateur de la chirurgie ambulatoire
- Dr. Georges GRAND, Médecin DIM
- Mme GUYOMAR, Cadre de l'unité de chirurgie ambulatoire

◆ **Centre de la main (Angers)**

- Dr. Guy RAIMBEAU, Fondateur et gérant du centre de la main, membre de la commission représentant la chirurgie de la main (représentant SFCM – société française de la chirurgie de la main) ;
- Dr. Bruno CESARI, Chirurgien
- Bénédicte NICOLLI, Responsable qualité

9. Fédérations hospitalières

◆ **Fédération hospitalière de France (FHF)**

- M. Gérard VINCENT, Délégué général
- M. René CAILLET, Responsable du pôle organisation sanitaire et médico-sociale
- M. Yves GAUBERT, Adjoint au délégué général, responsable du pôle Finances et Banque de données

Annexe IV

- ◆ **Fédération des hôpitaux privés (FHP)**
 - Dr. Thierry BECHU, Délégué général
 - M. David CASTILLO, Responsable études économiques et des systèmes d'information, Direction de la prospective économique, médicale et juridique
- ◆ **Fédération des établissements hospitaliers d'aide à la personne (FEHAP)**
 - M. Davis CAUSSE, Coordonnateur du Pôle santé social
 - Dr. Catherine REA, Conseiller médical

10. Sociétés savantes

- ◆ **Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR)**
 - Pr. Claude ECOFFEY, Président
 - Pr. Marc BEAUSSIER, Chef de service
 - Dr Marie-Paule CHARIOT
- ◆ **Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique (SOFOT)**
 - Pr. Norbert PASSUTI, Président de la SOFCOT
 - Pr. Charles COURT, Secrétaire général de la SOFCOT
 - Pr Christophe HULET, Président de la commission ambulatoire de la SOFCOT
 - Pr Carlos MAYNOU, Membre de la commission représentant la chirurgie du pied (représentant AFCP Association française de chirurgie du pied)
 - Dr Guy RAIMBEAU, Membre de la commission représentant la chirurgie de la main (représentant SFCM – société française de la chirurgie de la main)
 - Dr Patrice PAPIN, membre de la commission et président du syndicat des chirurgiens orthopédistes
 - Dr Bernard LLAGONNE, Membre de la commission et représentant d'ORTHORISQ
 - Pr. Franck FITOUSSI, Membre de la commission, orthopédie pédiatrique, Hôpital Trousseau
- ◆ **Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA)**
 - Pr. Corinne VONS, Secrétaire générale

11. Personnalités qualifiées et professionnels consultés

- M. Roland CASH, Économiste de la santé
- Mme Françoise GERARD-CHALAIS, Cour des comptes
- M. Fabrice LE BURGUE, Directeur du Centre hospitalier de Seclin et Carvin
- Mme Amélia BONATO, Coordonnatrice générale des Soins CHIC Castres Mazamet

ANNEXE V

Lettre de mission

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DÉLEGUÉ AU BUDGET

Les Ministres

Paris, le 21 FEV. 2014

Note à l'attention de
Madame Marie-Christine Lepetit,
Chef du service de l'Inspection générale des finances
Monsieur Pierre Boissier,
Chef du service de l'Inspection générale des affaires sociales

Objet : Evaluation de la politique publique de promotion du développement de la chirurgie ambulatoire dans le cadre de la modernisation de l'action publique

Le développement des prises en charge hospitalières ambulatoires et tout particulièrement de la chirurgie ambulatoire, hospitalisation de moins de douze heures sans hébergement de nuit, constitue un axe important de la politique du gouvernement.

Un programme national de développement de la chirurgie ambulatoire a été mis en place en 2011 avec l'objectif, concerté avec l'ensemble des acteurs, d'aboutir à une pratique ambulatoire majoritaire en chirurgie fin 2016, au terme des schémas régionaux d'organisation sanitaire. La chirurgie ambulatoire représentait 40,8% des interventions chirurgicales en France en 2012. Sa progression a été significative ces dernières années puisqu'en 2007 elle représentait 32,3%. Cette évolution est le résultat d'une mise en cohérence des actions nationales et régionales et d'une mobilisation des leviers organisationnels, réglementaires, tarifaires (mise sous accord préalable) et humains (formation).

Le développement de la chirurgie ambulatoire constitue un enjeu majeur de l'évolution de l'offre de soins en chirurgie, en termes d'amélioration de la qualité des prises en charge et d'économies attendues par la réduction des capacités complètes en chirurgie. Nous sommes déterminés à renforcer cette dynamique au cours de la période 2014-2016, conformément aux engagements pris par le comité interministériel pour la modernisation de l'action publique du 18 décembre dernier.

C'est la raison pour laquelle nous vous demandons de conduire une évaluation permettant d'établir des préconisations opérationnelles susceptibles de faciliter l'atteinte d'objectifs à l'ambition accentuée, à partir d'un diagnostic des conditions de réussite des politiques de développement de la chirurgie ambulatoire effectué auprès de quelques régions représentatives. Vous veillerez notamment à mesurer les délais nécessaires aux établissements de santé pour ajuster leur organisation interne et leurs capacités en conséquence et à proposer des modalités de gestion de la transition adaptées. L'évaluation sera également l'occasion d'affiner les hypothèses d'économie en fonction des taux de chirurgie ambulatoire atteints, en mettant en évidence les gains gradués d'une politique de développement de la chirurgie ambulatoire (investissements nécessaires, durée d'adaptation des organisations).

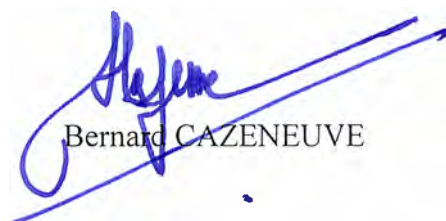
Les services de la direction générale de l'offre de soins, pilote du programme national, sont à votre disposition pour vous apporter leur appui dans la conduite de vos travaux.

Conformément au cadrage ci-joint, vous veillerez à l'association des parties prenantes aux différentes étapes du processus évaluatif. En particulier, vos travaux devront documenter le coût de la politique évaluée et, sur ces bases, identifier le potentiel d'économies ainsi que les possibilités d'amélioration de la pertinence de l'action publique. Les scénarios que vous envisagerez s'inscriront dans une logique de simplification, notamment du point de vue des bénéficiaires finaux.

La mission devra procéder à un point d'étape en avril prochain et rendre ses conclusions définitives au plus tard en mai 2014, afin d'alimenter les réflexions relatives aux campagnes budgétaires 2015 et 2016 des établissements de santé.



Marisol TOURAINE



Bernard CAZENEUVE