

FONDAMENTAUX DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

JOURNÉE CHIRURGIE AMBULATOIRE RENNES 20 MARS 2024
DR GILLES BONTEMPS

01

CONCEPT DE CHIRURGIE AMBULATOIRE

02

AUX FRONTIÈRES DE L'AMBULATOIRE

03

LES OUTILS VISUCHIR D'ANALYSE DES PRATIQUES

01

CONCEPT DE CHIRURGIE AMBULATOIRE

TRIPTYQUE AMBULATOIRE

La chirurgie ambulatoire est une organisation centrée sur le patient (et non plus le service ou PS)

C'est une **même intervention chirurgicale** avec les mêmes techniques
Chez un **patient sélectionné** (critères médicaux et psychosociaux)
Grâce à une **organisation particulière basée sur la gestion des flux**

Acte identique

triptyque

Patient sélectionné

Organisation des flux +++

PATIENT SÉLECTIONNÉ : ÉLIGIBLE À L'AMBULATOIRE DANS 90% DES CAS

❑ Critères médicaux : recommandations SFAR 2009

➤ Patients ASA 1, 2 et 3 stables éligibles à l'ambulatoire

■ Ambulatoire (toutes sévérités): 60,82 % - 5 407 371
■ Niveau 1 (équivalent ASA 1): 25,47 % - 2 264 007
■ Niveau 2 (équivalent ASA 2): 7,30 % - 649 402
■ Niveau 3 (équivalent ASA 3 stable): 4,09 % - 363 601
■ Niveau 4 (équivalent ASA 3 instable et ASA 4): 2,32 % - 206 038

Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 29 (2010) 67-72

RECOMMANDATIONS FORMALISÉES D'EXPERTS

Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire

Société française d'anesthésie et de réanimation

Les ASA 3 instable et ASA 4 représentent
- de 6% des patients en hospitalisation complète

➤ Approche plus large basée sur le bénéfice/risque

« éloignement de moins d'une heure d'une structure de soins adapté à l'acte » (ancienne recommandation SFAR 1990)



« La durée du transport et la distance d'éloignement de la structure ne sont pas des facteurs d'exclusion. » (nouvelle recommandation SFAR 2009)

❑ Critères psycho-socio-environnementaux : recommandations HCSP juin 2021

« La vulnérabilité psycho-socio-environnementale (isolement, précarité, frein linguistique, ...) ne constitue pas en soi un critère d'inéligibilité à l'ambulatoire (...) »

Des leviers spécifiques, centrés sur la personne, sont à mettre en place, évaluant le ressenti et la compréhension du patient et proposant des dispositifs adaptés : consultation infirmière centrée sur l'information au patient, associations de bénévoles, services sociaux, ... »

ORGANISATION DE GESTION DES FLUX + CIRCUITS, LOCAUX, PERSONNELS DÉDIÉS

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

« Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires (...) font l'objet d'une organisation spécifique (...) en une ou plusieurs unités de soins individualisées et disposent de moyens dédiés en locaux et en matériel. Elles disposent également d'une équipe médicale et paramédicale (...) dont tous les membres sont formés à la prise en charge (...) d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires »

- ❑ **Recommandation ANAP HAS de mai 2013**



« La chirurgie ambulatoire est une organisation nécessitant de gérer et de synchroniser des flux multiples (patients, professionnels de santé, brancardiers, logistiques...). (...) Cette contrainte de temps oblige l'optimisation des flux à chaque étape du processus, en réduisant au maximum les temps sans « valeur ajoutée » (ou zone de gaspillage). Les zones de gaspillage à repérer sont de nature variables »

- ❑ **Préconisation du HCSP de juin 2021**



« Les circuits, les locaux, les personnels ambulatoires ne doivent pas être mutualisés avec les autres types de prises en charge (conventionnel, urgence). »

ORGANISATION CENTRÉE SUR LES FLUX DE TYPE LEAN MANAGEMENT

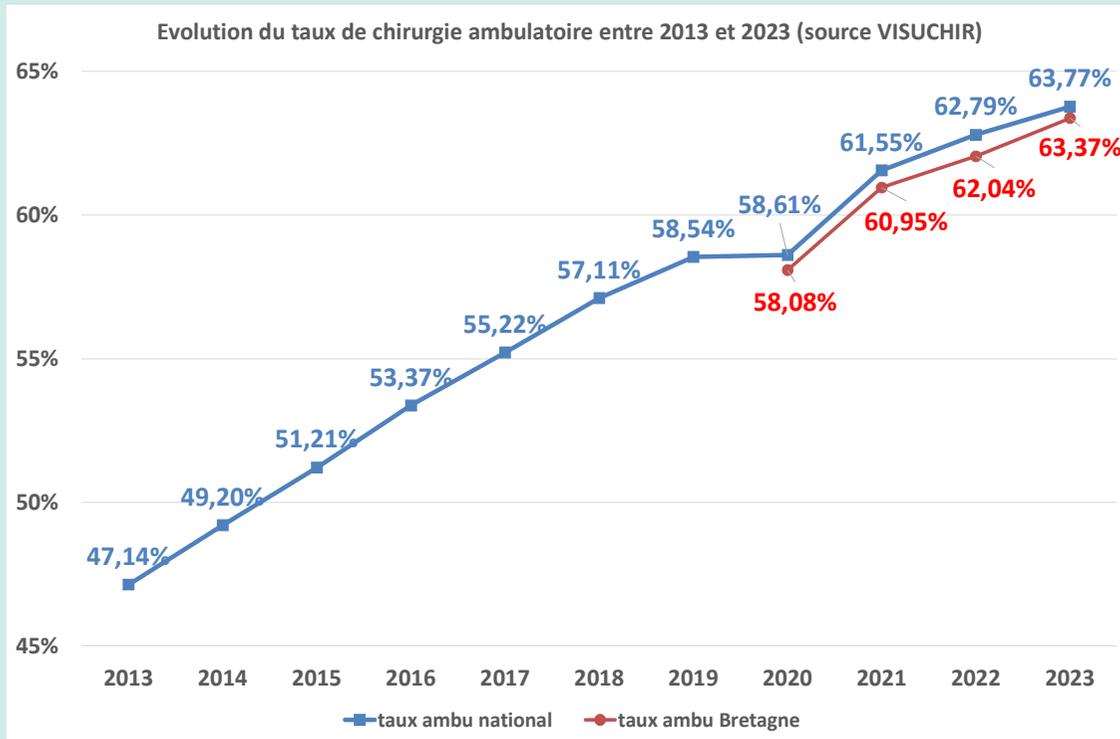
- Flux courts
- Flux tirés
- Marche en avant
- Arrivée debout au bloc
- Court-circuit SSPI
- Prescription anticipée
- Arrivée décalée des patients au fil de l'eau
- Centres autonomes
- Redéploiement du personnel vers l'ambulatoire
- Nouvelles compétences et nouveaux métiers (infirmier de parcours, gestionnaire de flux, brancardier régulateur...)

« *Sortir du bloc opératoire commun et partagé avec la chirurgie conventionnelle et diversifier les circuits ambulatoires sous toutes leurs formes en les adaptant à l'évolution de l'activité, tout en scellant définitivement la séparation et l'autonomie des flux ambulatoires.* »

La diversification des circuits peut se faire au sein d'une structure (ambulatoire ultra-court, ambulatoire court, ambulatoire long), d'un site (centre ambulatoire autonome ou satellite) ou entre les sites (centre ambulatoire indépendant). »

TAUX ET POTENTIEL AMBULATOIRE

- ❑ En 2023, le **+ fort ralentissement ambulatoire** depuis 15 ans
- ❑ Avec une **ré-augmentation de la chirurgie conventionnelle** jamais observée depuis 15 ans (alors que les DMS et les comorbidités des patients en conventionnel diminuent régulièrement)
- ❑ Un **potentiel important pour toutes les catégories**



Région Bretagne

CATEGORIE	TAUX AMBULATOIRE 2023 (rapport à la moyenne nationale)	TAUX POTENTIEL AMBULATOIRE GLOBAL
CHU	40,3 % (=)	64,2 %
CH	50,9 % (-)	76,2 %
CLCC	65,8 % (++)	89,4 %
ESPIC	71 % (++)	88,3 %
CLINIQUES	72,7 % (-)	87,7 %



QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS

2,7 fois moins de ré-hospitalisation dans les 30 jours en ambulatoire versus hospitalisation complète

Chiffres 2023 sur 8,7 millions d'actes

Taux de rehospitalisation cumulée (%)

	3 jours	7 jours	30 jours
ambulatoire	0,50 %	1,34 %	5,14 %
conventionnel	1,72 %	4,09 %	13,90 %
Total général	0,98 %	2,41 %	8,55 %



02

AUX FRONTIÈRES DE L'AMBULATOIRE

ENDOSCOPIES ET J 0

Les endoscopies ne relèvent pas de la chirurgie ambulatoire pour 2 raisons :

- ❑ **Réglementaire / tarifaire :** les endoscopies sont considérées comme de la médecine et doivent être prises en charge dans des places d'Hôpitaux De Jour (HDJ) et non comme de la chirurgie (places de Chirurgie Ambulatoire)
- ❑ **Organisationnelle :** les endoscopies dans les UCA constituent des flux importants d'activité, entrant en compétition avec les flux de chirurgie ambulatoire avec 2 risques [désorganisation de l'UCA + fuite des chirurgiens (circuits « sales » et « propres »)]

Cf. recommandation HCSP « *« Les circuits, les locaux, les personnels ambulatoires ne doivent pas être mutualisés avec les autres types de prises en charge »*

➤ **Donc créer des unités et des flux d'endoscopie distincts des UCA**

Idem pour le « J0 » qui consiste à faire arriver tous les patients d'hospitalisation complète opérés le jour même de l'intervention chirurgicale (patients transitant par l'UCA avec mélange et compétition des flux donc désorganisation de l'UCA)

➤ **Donc créer des unités et des flux de « J0 » distincts des UCA**

CHIRURGIE D'URGENCE

La CA est historiquement une chirurgie programmée **mais elle est compatible avec certaines urgences**

Recommandation ANAP/HAS « *La chirurgie non programmée est éligible à l'ambulatoire, sous réserve d'une organisation formalisée (identification d'un flux).* »

Exemple des urgences colon, rectum, grêle : appendicectomie, suture de plaie, évacuation collection...

Informations -

Classement	Département	Etablissement géographique	Volume ambulatoire	Volume total	Taux ambulatoire
1	98 - Mayotte	CH DE MAYOTTE (980500011)	600	1104	54,35 %
2	75 - Paris	CHU EST PARISIEN SITE ST ANTOINE APHP (750100091)	556	1100	50,55 %
3	44 - Loire-Atlantique	SANTÉ ATLANTIQUE (440033819)	549	741	74,09 %
4	69 - Rhône	MEDIPOLE HÔPITAL PRIVÉ (690041124)	426	737	57,80 %
5	44 - Loire-Atlantique	L'HÔPITAL PRIVÉ DU CONFLUENT (440041580)	421	793	53,09 %
6	69 - Rhône	CLINIQUE DE LA SAUVEGARDE (690780648)	317	467	67,88 %
7	59 - Nord	HÔPITAL SALENGRO CHU LILLE (590796975)	298	1078	27,64 %



CHIRURGIE LOURDE

La CA est historiquement une chirurgie classique, mais **évolution de + en + vers la chirurgie lourde**

12 308 prothèses de hanche et de genou posées en ambulatoire en 2023 (Exemple : 2910 PTG)

Informations -

Classement	Département	Etablissement géographique	Volume ambulatoire	Volume total	Taux ambulatoire
1	31 - Haute-Garonne	NOUVELLE CLINIQUE DE L'UNION (310780283)	377	719	52,43 %
2	31 - Haute-Garonne	CLINIQUE DES CEDRES (310781000)	237	472	50,21 %
3	33 - Gironde	POLYCLINIQUE JEAN VILLAR (330782582)	179	252	71,03 %
4	25 - Doubs	CLINIQUE SAINT-VINCENT (250000270)	163	693	23,52 %
5	84 - Vaucluse	SYNERGIA LUBERON (840000400)	142	246	57,72 %
6	95 - Val-d'Oise	CLINIQUE AMBULATOIRE DE DOMONT (950032714)	139	152	91,45 %
7	29 - Finistère	CLINIQUE MUTUALISTE BRETAGNE OCCIDENTALE (290036540)	122	433	28,18 %
7	67 - Bas-Rhin	CLINIQUE SAINTE ODILE HAGUENAU (670780386)	122	325	37,54 %

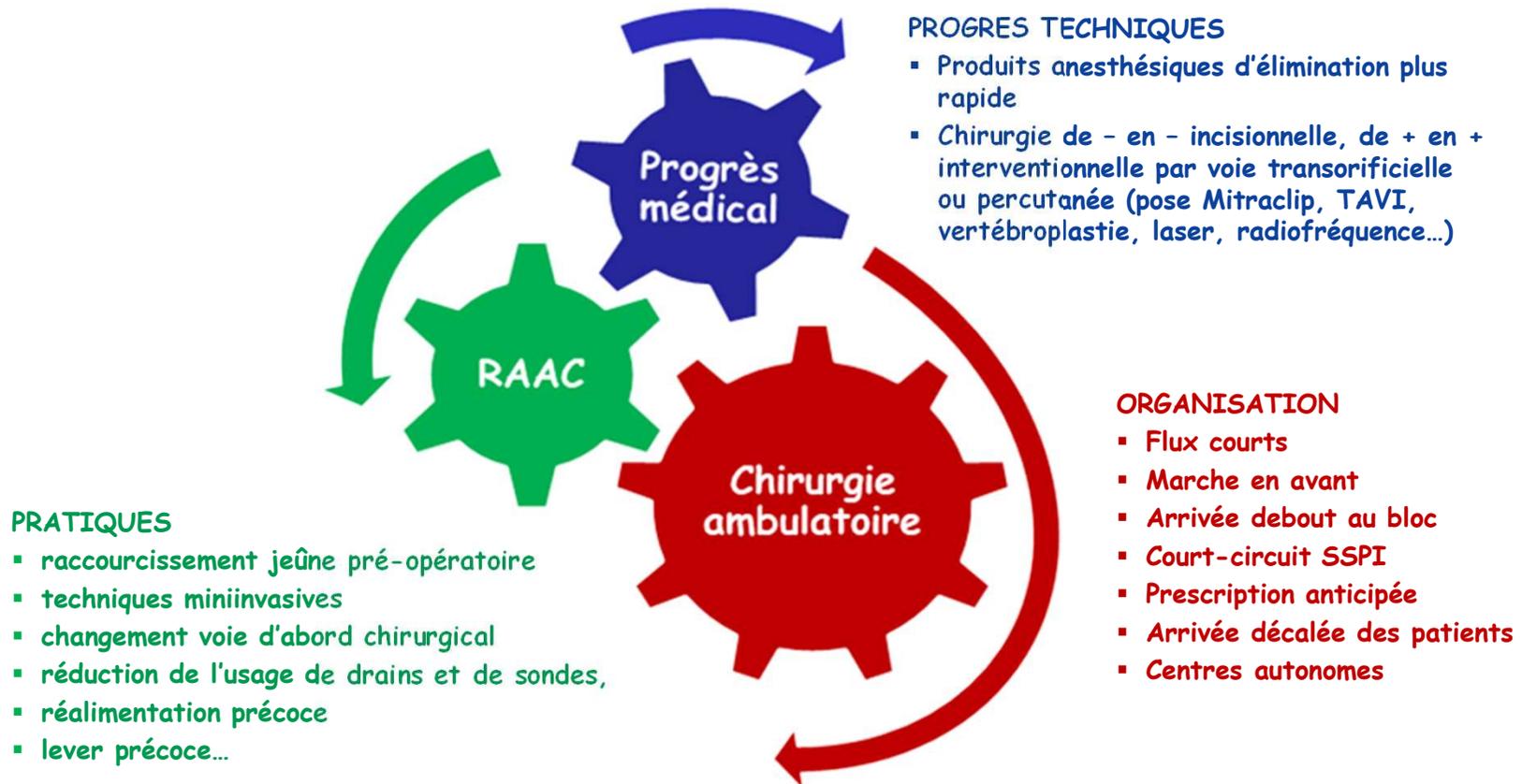
CLINIQUE DES CEDRES (310781000)	NOUVELLE CLINIQUE DE L'UNION (310780283)	POLYCLINIQUE JEAN VILLAR (330782582)
2	1	3



RAAC

- ❑ Concept décrit dans les années 90 par le Pr Kehlet sur de la chirurgie lourde (cardiaque..)
- ❑ « *Why is the patient in hospital today?* » (Br J Anaesth. 1997) : les chirurgiens devraient tous les jours se poser la question de savoir pourquoi le patient est toujours hospitalisé en chirurgie complète.
- ❑ RAAC : réhabilitation précoce, réalimentation précoce, suppression de l'usage des drains systématiques, changement des voies d'abord, techniques mini-invasives....
Avec comme conséquence la réduction de la DMS en hospitalisation complète
- ❑ **Changement des pratiques professionnelles** (et non organisationnelles comme la chirurgie ambulatoire)
- ❑ Bonnes pratiques chirurgicales s'appliquent à la fois en hospitalisation complète et ambulatoire (donc non spécifique à la chirurgie ambulatoire)

UNE CONVERGENCE DES CHANGEMENTS



03

LES OUTILS VISUCHIR D'ANALYSE DES PRATIQUES

VISUCHIR

- ❑ Outils de **mesure, d'analyse, de suivi et d'évaluation des pratiques chirurgicales**
- ❑ Objectif : faire évoluer **spontanément, via l'apport de benchmark**, les pratiques chirurgicales **vers les bonnes pratiques** professionnelles et organisationnelles (chirurgie ambulatoire, RAAC, techniques innovantes, voies d'abord chirurgicales moins traumatisantes...)
- ❑ 1 million de benchmarks et 9 millions de panoramas disponibles
- ❑ Co-construit avec les sociétés savantes (79 experts, 41 institutions professionnelles)



VISUCHIR : UNE GAMME DE 3 OUTILS, 3 CIBLES ET 3 FINALITÉS

OUTIL 1 : VISUCHIR ETABLISSEMENT

Accès direct : <http://visuchir etablissement.ssi.mde.fr>

VISUCHIR établissement s'adresse aux établissements de santé. Son objectif majeur est le développement de la chirurgie ambulatoire.

VISUCHIR établissement permet de :

- Mieux connaître un établissement
- Mieux le comparer aux autres établissements
- Lui donner des perspectives de développement ambulatoire

→ **Cible : établissements de santé**

→ **Objectif principal : aider au développement de la chirurgie ambulatoire**

Analyser la CA et estimer finement le potentiel ambulatoire d'un site

OUTIL 2 : VISUCHIR SPECIALITES

Accès direct : <http://visuchir specialites.ssi.mde.fr>

VISUCHIR spécialités s'adresse aux chirurgiens de terrain et aux sociétés savantes. Son objectif majeur est l'évaluation des pratiques professionnelles et organisationnelles.

VISUCHIR spécialités permet de :

- Explorer une spécialité chirurgicale en bénéficiant d'une vision clinique co-construite avec les sociétés savantes et conseils nationaux professionnels
- Identifier les établissements de référence pour nourrir les échanges entre professionnels
- Évaluer les pratiques par rapport aux recommandations de bonnes pratiques

→ **Cible : chirurgiens et sociétés savantes**

→ **Objectif principal : évaluer les pratiques professionnelles**

Identifier les centres de référence ambulatoire par spécialité

OUTIL 3 : VISUCHIR REGIONS

Accès direct : <http://visuchir regions.ssi.mde.fr>

VISUCHIR régions s'adresse aux institutions régionales (Assurance Maladie et ARS). Son objectif majeur est l'aide à la recomposition chirurgicale régionale.

VISUCHIR régions permet de :

- Dresser un panorama national et régional avec les chiffres clés de la chirurgie
- Comparer les régions entre elles et les établissements d'une même région entre eux
- Construire une vision de groupes d'établissements soit déjà constitués (GHT, APHP, groupe Ramsay...), soit de simuler des regroupements d'établissements

→ **Cible : institutions (régions, groupes d'ES)**

→ **Objectif principal : aider à la recomposition chirurgicale**

avoir une vision bi-site pour le CHU de Rennes et avoir une analyse du groupe Vivalto

4 SÉRIES D'INDICATEURS



Volume total,
Volume et taux ambulatoire,
Volume ambulatoire innovant,
Volume et potentiel ambulatoire

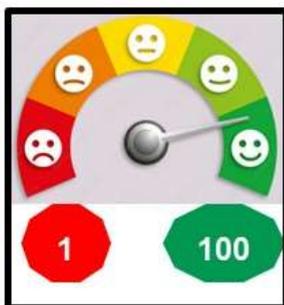
Performance ambulatoire (Indicateur de Performance Chirurgie Ambulatoire / Indice d'Organisation)
DMS en hospitalisation conventionnelle

Age
Comorbidités patients en hospitalisation conventionnelle

Nombre et taux réhospitalisation (1 à 30 jours)
Indice Global de Réhospitalisation (IGR 7 jours et 30 jours)

INDICATEUR DE PERFORMANCE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE (IPCA)

SCORE COMPOSITE CONSTITUE DE 3 VARIABLES DE PERFORMANCE



volume ambulatoire innovant

Prend en compte l'innovation ambulatoire

un acte CCAM est dit innovant en ambulatoire si son taux national moyen de CA est inférieur à 20%

Volume ambulatoire annuel

Prend en compte le volume de pratiques ambulatoires

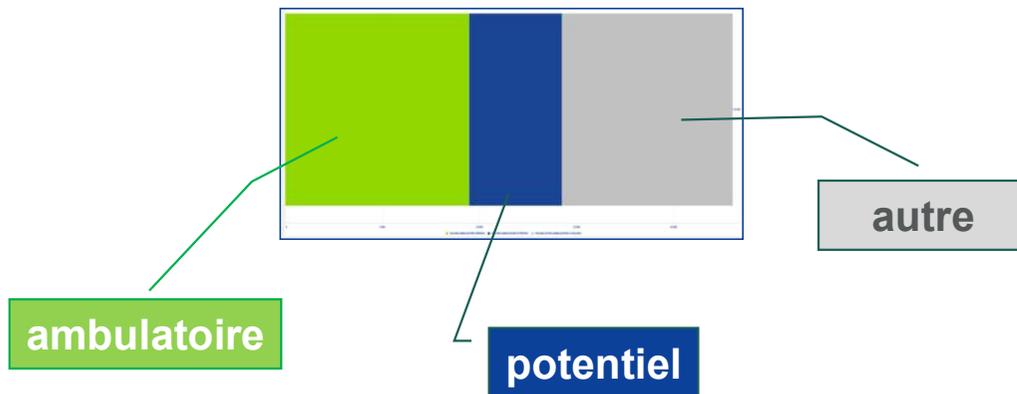


Indice d'organisation

Prend en compte le case-mix
Plus l'IO est élevé, plus l'organisation est dite performante, c'est-à-dire qu'il a une pratique ambulatoire plus fréquente que la moyenne nationale à case-mix comparable

POTENTIEL AMBULATOIRE

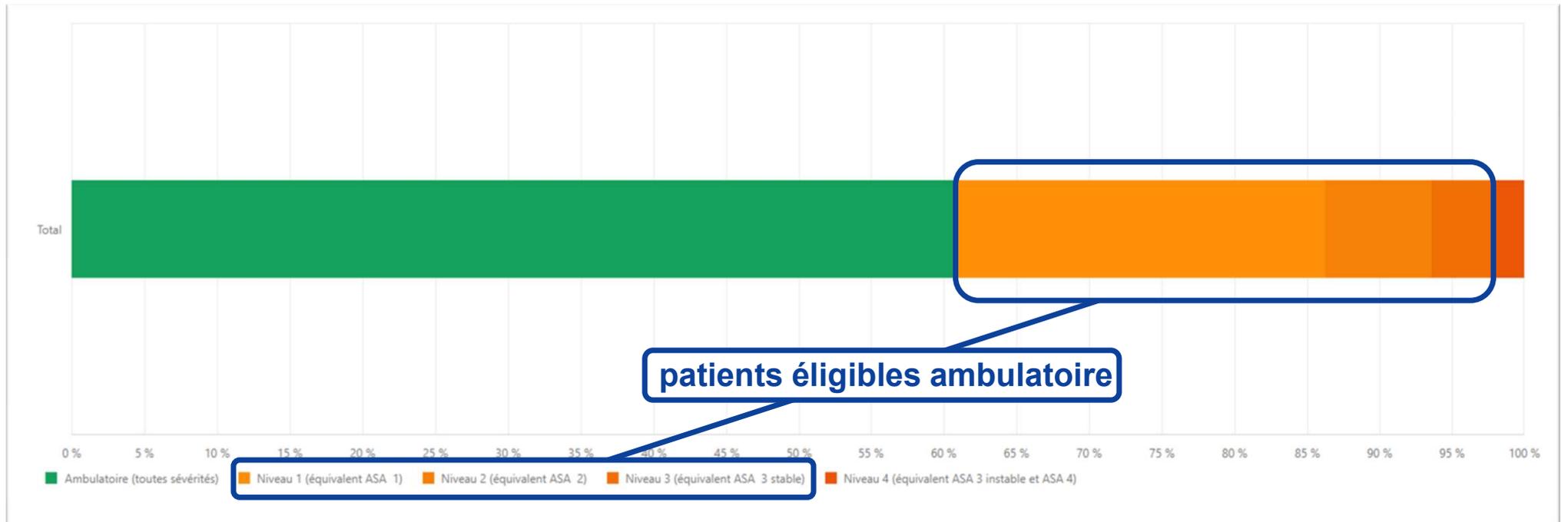
- ❑ Méthode médicalisée basée sur l'étude des actes CCAM et en référence par rapport aux bonnes pratiques ambulatoires constatées en France
- ❑ Méthode « statistique » à partir des 20 % les + performants avec constitution d'un référentiel ambulatoire statistique national : on détermine pour chaque acte CCAM la moyenne nationale des 20% d'établissements les + performants sur cet acte
- ❑ On applique ce référentiel sur chacun des actes CCAM de chaque site chirurgical et on estime un potentiel ambulatoire par site chirurgical



Avantages :

- prend en compte les case-mix (spécialités)
- prend en compte l'éligibilité patient
- En cohérence avec les recommandations
- Evolutif dans le temps

SÉVÉRITÉ ET ÉQUIVALENCE COMORBIDITÉS PATIENT



TAUX DE RÉ-HOSPITALISATION AMBULATOIRE PAR ACTE CCAM DANS LES 30 JOURS

- ☐ **Indicateur de vigilance** pour aller plus loin
- ☐ **Pas stricto sensu des taux de complications, mais travaux avec les experts pour s'approcher au plus près des complications** en nettoyant, à dire d'experts, tous les séjours de ré-hospitalisation non en lien avec épisode initial (bilatéralités, traitements itératifs)

Taux de rehospitalisation cumulée (%)

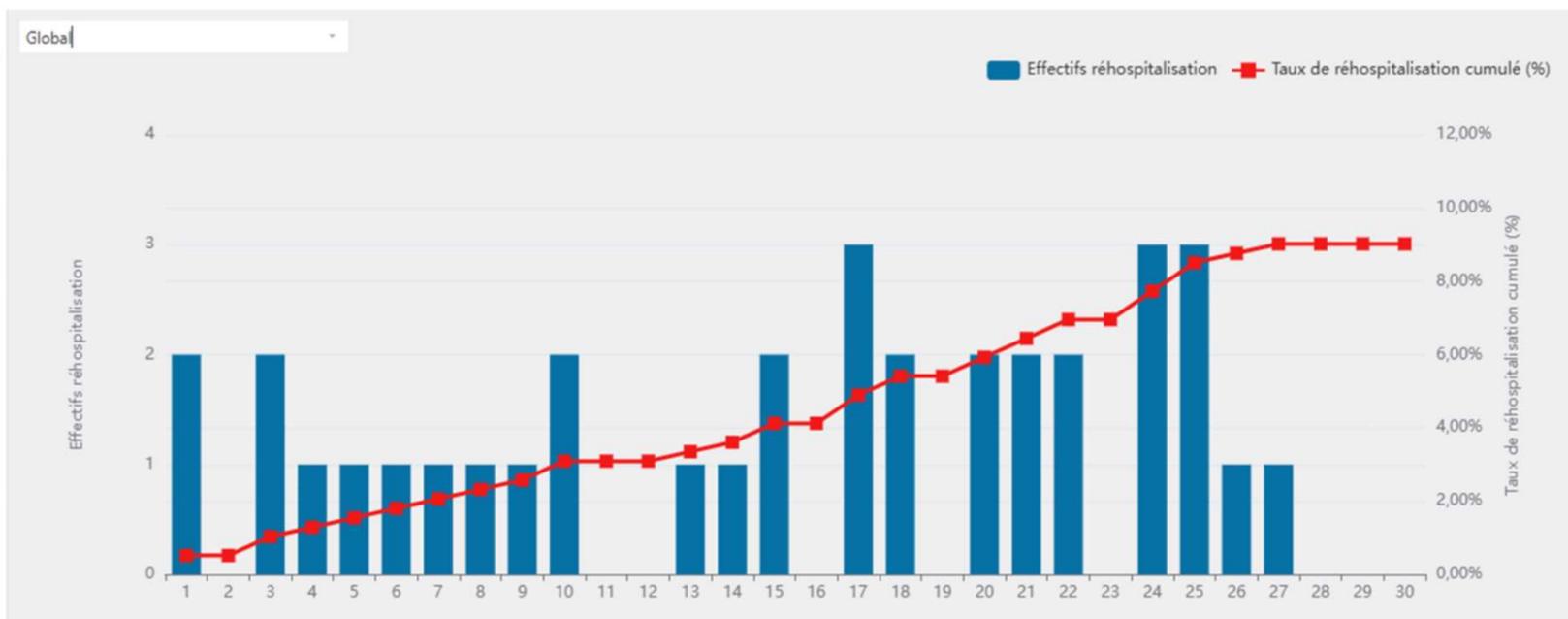
	3 jours	7 jours	30 jours
ambulatoire	0,43 %	0,85 %	7,26 %
conventionnel	1,95 %	3,90 %	11,69 %
Total général	1,03 %	2,06 %	9,02 %

Vol. rehop. 30j
35
Vol. total
388

Passage bloc op.
25,71 %

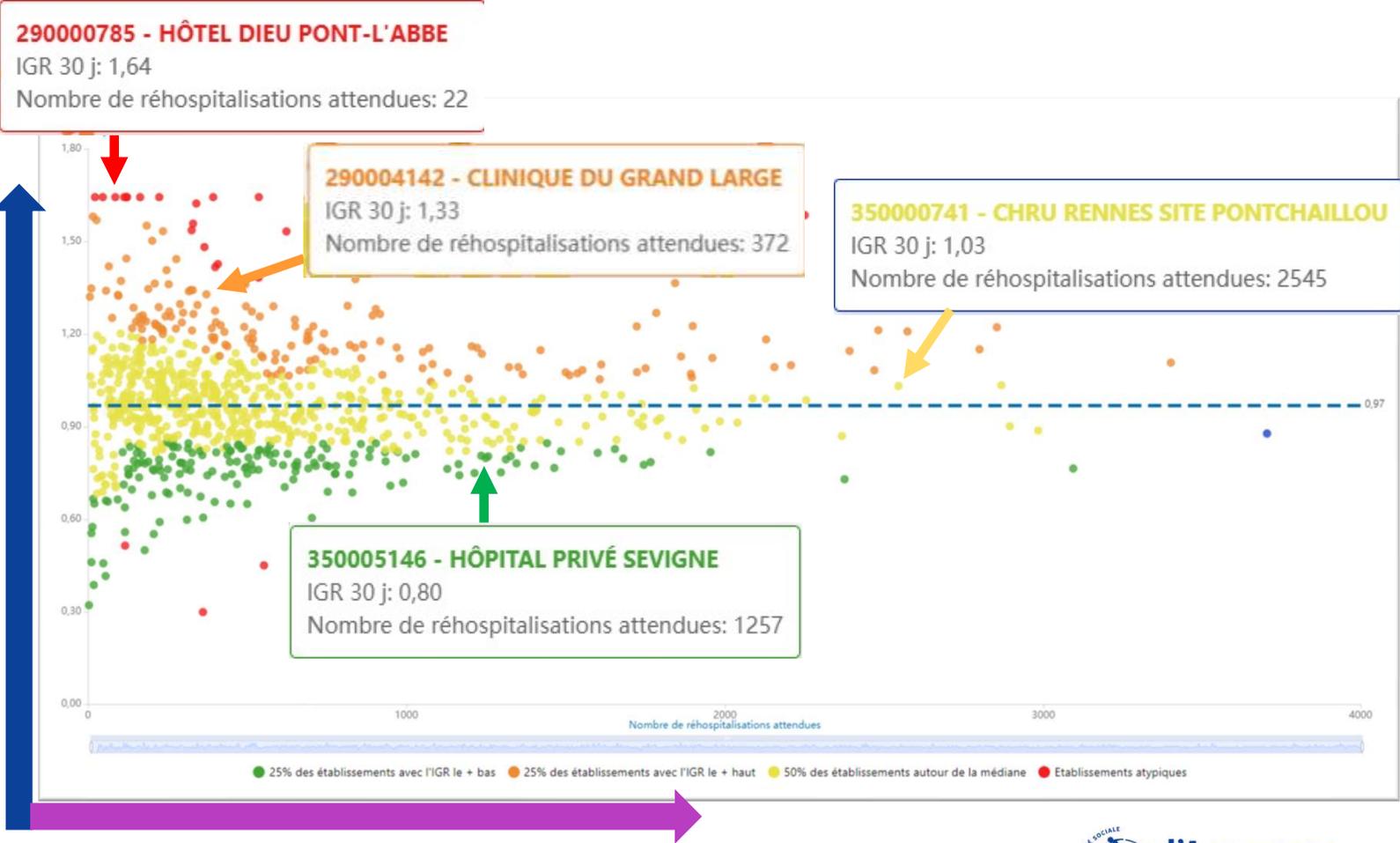
Entrées urgences
5,71 %

Sortie décès
2,86 %



Exemple : cholécystectomie par coelioscopie (HMFC004) au CH privé Saint Grégoire

INDICE GLOBAL DE RÉ-HOSPITALISATION PAR ÉTABLISSEMENT (IGR 7 ET 30 JOURS)



290000785 - HÔTEL DIEU PONT-L'ABBE
 IGR 30 j: 1,64
 Nombre de réhospitalisations attendues: 22

290004142 - CLINIQUE DU GRAND LARGE
 IGR 30 j: 1,33
 Nombre de réhospitalisations attendues: 372

350000741 - CHRU RENNES SITE PONTCHAILLOU
 IGR 30 j: 1,03
 Nombre de réhospitalisations attendues: 2545

350005146 - HÔPITAL PRIVÉ SEVIGNE
 IGR 30 j: 0,80
 Nombre de réhospitalisations attendues: 1257

IGR compris entre 0 et 2

- 1 = moyenne nationale
- Si IGR > 1, l'ES ré-hospitalise plus que la moyenne nationale
- Si IGR < 1, l'ES ré-hospitalise moins que la moyenne nationale

IGR = écart à la moyenne nationale du nombre de ré-hospitalisations d'un ES dans un délai de 30 jours, à case-mix d'actes CCAM identiques

Volumes chirurgicaux comparables (abscisse)

GAMME D'OUTILS VISUCHIR

➤ Disponibles sur data.ameli.fr

<https://data.ameli.fr/pages/visuchir/>

The screenshot shows the 'Data ameli' website interface. At the top, there is a header with the 'L'Assurance Maladie' logo and the text 'Data ameli'. Below this, a banner reads 'Bienvenue sur Data ameli' and 'le site de datavisualisation en open data de l'Assurance Maladie'. A paragraph states: 'L'Assurance Maladie met à disposition du grand public un ensemble de données en open data : datavisualisations interactives et bases de données téléchargeables sous différents formats.' Below the banner are four cards representing different data categories: 'Data pathologies', 'Data vaccin Covid', 'Data professionnels de santé libéraux', and 'VISUCHIR'. The 'VISUCHIR' card is highlighted with a yellow border and contains the text: 'Explorer de manière interactive les données des établissements chirurgicaux grâce à l'outil Visuchir.' and a link 'Accéder à Visuchir →'. A large yellow arrow points from the URL above to the 'VISUCHIR' card.



Datavisualisations sur les professionnels et les établissements de santé

Fruit d'un partenariat entre l'Assurance Maladie, les Conseils nationaux professionnels et 6 sociétés savantes, la gamme VISUCHIR comporte trois outils de datavisualisation sur la chirurgie, construits à partir des actes de la classification commune des actes médicaux (CCAM) et du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI).

- Analyser et suivre les pratiques chirurgicales d'un établissement
- Les comparer aux autres établissements
- Estimer un potentiel de développement ambulatoire
- Suivre une démarche raac
- Evaluer les pratiques professionnelles et organisationnelles
- Aider à la recomposition de l'offre régionale
- Construire une stratégie

Ces outils ont pour finalité commune, via la comparaison des données, de faire évoluer spontanément les pratiques des chirurgiens et des établissements de santé vers les bonnes pratiques professionnelles et organisationnelles. Ils constituent des supports de dialogue entre tous les acteurs.

Nouveautés 2024

VISUCHIR a été mis à jour avec les **données 2023** et avec l'intégration de **nouveaux indicateurs sur la qualité des soins**. La lettre VISUCHIR n°2 avec les faits marquants 2023 est également disponible. Consulter la page d'aide : [documentation et tutoriel de l'outil VISUCHIR](#).

Les outils VISUCHIR

VISUCHIR établissement

VISUCHIR établissement s'adresse aux établissements de santé. Son objectif principal est le développement de la chirurgie ambulatoire.

[Accéder à VISUCHIR établissement →](#)

VISUCHIR spécialités

VISUCHIR spécialités s'adresse aux chirurgiens de terrain et aux sociétés savantes. Son objectif principal est l'évaluation des pratiques professionnelles et organisationnelles.

[Accéder à VISUCHIR spécialités →](#)

VISUCHIR régions

VISUCHIR régions s'adresse aux institutions régionales (Assurance Maladie et ARS). Son objectif principal est l'aide à la recomposition chirurgicale régionale.

[Accéder à VISUCHIR régions →](#)

Informations complémentaires

Pour plus d'information, consultez la page suivant : [documentation et tutoriel de l'outil Visuchir](#).

Pour toute question ou difficulté d'utilisation, merci d'adresser votre demande à l'adresse suivante : support-national@assurance-maladie.fr.