

**HAS**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**ANAP**

appui santé & médico-social

“ Ensemble pour le développement de la **chirurgie ambulatoire** ”

**Recommandations  
organisationnelles**

**Outils et guides**

**Guide de diagnostic externe chirurgie ambulatoire**

Mai 2013

Le document source est téléchargeable sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) et sur [www.anap.fr](http://www.anap.fr)

**Haute Autorité de Santé**

2, avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

**Agence Nationale d'appui à la performance  
des établissements de santé et médico-sociaux**

23 avenue d'Italie – 75013 Paris

Tél. : +33 (0)1 57 27 12 00 – Fax : +33 (0)1 57 27 12 12

## Quelle est la finalité du guide de diagnostic externe chirurgie ambulatoire ?

Ce guide de diagnostic externe a pour finalité de permettre à chaque établissement de santé d'évaluer, à partir d'indicateurs disponibles, sa situation actuelle en chirurgie ambulatoire (et plus largement dans la globalité de sa chirurgie) en regard de son évolution passée et de son environnement sanitaire et de dégager des perspectives d'évolution future.

## Quel est l'objectif ?

Ce guide a pour objectif de constituer une aide à la décision pour les établissements, professionnels de santé et gestionnaires, dans le cadre de la préparation du projet médical et plus largement du projet d'établissement. L'analyse doit porter sur les données de l'établissement, ainsi que sur celles des établissements de son environnement sanitaire. Il peut être aussi une aide pour les Agences Régionales de Santé dans le cadre d'un projet de territoire.

## Comment est-il construit ?

Ce guide a été construit de manière à donner des clés d'interprétation sur des indicateurs existants, disponibles au niveau national et dont l'accès a été rendu public. C'est pourquoi la principale source retenue est l'outil Hospi Diag, dont les données sont publiques<sup>1</sup> (accord de licence, sans mot de passe) et disponibles depuis 2006.

Des indicateurs basés sur le PMSI permettent par ailleurs de compléter le diagnostic externe par des études plus microdiagnostiques.

## Comment l'utiliser ?

Ce guide n'a pas pour ambition de donner une vision exhaustive de l'interprétation de chaque indicateur, mais plutôt de donner les principales pistes d'interprétation qui ont semblé intéressantes aux experts sollicités. En complément, le lecteur est invité à consulter les fiches Hospi Diag qui explicitent la méthode de construction des indicateurs et donne quelques pistes complémentaires de réflexion.

Il reste enfin à souligner que :

- l'interprétation de tout indicateur ne doit pas être déconnectée de son contexte et doit être complétée par une connaissance du terrain ;
- l'interprétation d'un indicateur nécessite le plus souvent d'être croisée avec d'autres indicateurs pour accroître leur pertinence et disposer d'une vision globale de la structure ;
- l'analyse de l'évolution tendancielle sur plusieurs années est par nature plus riche qu'une photographie à un temps donné.

---

1. <http://www.anap.fr/les-projets-de-lanap/une-culture-partagee-de-la-performance/loutil-hospi-diag> ou <http://hospidiag.atih.sante.fr>.

Dimension explorée	Interprétation <sup>2</sup>	Source	Indicateurs
VOLUMES CHIRURGIE	<p>La chirurgie ambulatoire est un mode de prise en charge innovant basé sur la gestion des flux. Connaître et comparer le volume des actes ambulatoires avec les actes traditionnels permet de qualifier et quantifier ces flux. Cette approche nécessite donc des flux de volumes conséquents d'actes chirurgicaux ambulatoires. La pratique de la chirurgie ambulatoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ ne peut se faire qu'avec un volume minimal d'activité chirurgicale ;</li> <li>■ n'est pas un « palliatif » à une activité chirurgicale en déclin, mais un saut qualitatif dans la prise en charge des patients.</li> </ul>	Hospidiag	<p>CI-A2, CI-A5, CI-A12</p> <p>Volume chirurgical d'hospitalisation complète.</p> <p>Volume chirurgical ambulatoire.</p> <p>Nombre d'actes chirurgicaux.</p>
PARTS DE MARCHÉ CHIRURGICALES	<p>Le développement de la chirurgie ambulatoire dans un établissement augmente toujours, par effet vitrine, ses parts de marché de l'ensemble de la chirurgie (ambulatoire et conventionnelle). Ces indicateurs permettent à un établissement de se positionner autant dans sa zone d'attractivité que dans sa région.</p>	Hospidiag	<p>A2 et A2bis.</p> <p>A4 et A4bis.</p> <p>Parts de marché hospitalisation complète et ambulatoire, zone d'attractivité et région.</p>
CASE-MIX	<p>Le développement de la chirurgie ambulatoire intéresse les établissements à <i>case-mix</i> étroit et à <i>case-mix</i> large :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ un <i>case-mix</i> chirurgical ambulatoire étroit est souvent le résultat de gros volumes sur des spécialités comme l'ophtalmologie, la chirurgie de la main et la chirurgie « Tête et Cou ». Plus les actes sont fréquents et répétitifs, plus il est aisé de les standardiser et de les isoler pour organiser, optimiser et réguler leurs flux. Plus le niveau d'indépendance des flux est important, plus l'organisation peut être modélisable (modèle mono ou bi-disciplinaire).</li> <li>■ un <i>case-mix</i> chirurgical ambulatoire large peut être le fait d'actes moins fréquents avec des temps de réhabilitation plus longs. Son analyse par regroupement de flux similaires doit s'envisager pour atteindre des volumes suffisants d'actes afin de bénéficier des avantages organisationnels d'une prise en charge basée sur la gestion des flux (modèle pluridisciplinaire).</li> </ul>	Hospidiag	<p>CI-A15, CI-G1 à CI-G6, CI-GA-C1 à CI-GA-C5.</p> <p>Nombre minimum de racines de GHM pour 80 % des séjours MCO.</p> <p>6 interventions chirurgicales les plus fréquentes au niveau national.</p> <p>5 racines de GHM chirurgicaux les plus fréquentes dans l'établissement.</p>
VOLUMES ENDOSCOPIE	<p>Les endoscopies ne sont pas réglementairement considérées comme des actes chirurgicaux et sont donc hors périmètre de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire.</p> <p>Les endoscopies sont souvent considérées par les établissements comme des variables d'ajustement des activités de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire, afin parfois de maintenir et de justifier la mise en œuvre d'une telle Unité. De gros volumes d'endoscopie deviennent de fait des freins au développement d'une chirurgie ambulatoire qualifiée et substitutive. On veillera donc à les traiter comme un flux séparé en dehors de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire de manière à ne pas la « cannibaliser ».</p>	Hospidiag	<p>CI-A14.</p> <p>Nombre d'actes d'endoscopie.</p>
VOLUMES URGENCES	<p>Sauf cas particulier nécessitant une réflexion sur les urgences éligibles à la chirurgie ambulatoire (exemple chirurgie de la main), les flux d'urgence sont souvent des flux de volume important qui « polluent » et désorganisent les autres flux programmés comme ceux de la chirurgie ambulatoire, en particulier au niveau du bloc opératoire.</p>		<p>CI-A13.</p> <p>Nombre d'ATU.</p>

2. Ces éléments d'interprétation peuvent être complétés, pour chaque indicateur d'Hospidiag, par sa fiche technique disponible dans le menu Hospidiag.

Dimension explorée	Interprétation	Source	Indicateurs
RECOURS RÉFÉRENCE ET NIVEAU DE SÉVÉRITÉ	Les actes chirurgicaux de recours/référence et/ou les patients chirurgicaux présentant un niveau de sévérité élevé, donc non éligibles à l'ambulatoire, ne représentent qu'une part faible, voire très faible de l'activité chirurgicale d'un établissement, y compris dans les CHU. L'existence d'une activité de recours référence sévérité ne doit pas constituer une justification pour ne pas développer la chirurgie ambulatoire dans un établissement.	Hospidiag	A8, A9.  Pourcentage de séjours recours/référence.  Pourcentage de séjours de sévérité 3 et 4.
TAUX CHIRURGIE AMBULATOIRE	Le taux cible national de chirurgie ambulatoire <sup>3</sup> a été fixé par la DGOS à un minimum de 50 % fin 2016, impliquant un changement de paradigme, la chirurgie ambulatoire devenant la chirurgie de première intention.  Ainsi comme le précise l'instruction ministérielle sur la chirurgie ambulatoire aux ARS en date du 27 décembre 2010 : « il ne faut plus seulement considérer des gestes ciblés potentiellement réalisables en chirurgie ambulatoire et inscrits dans les listes fermées, souvent contestées et toujours en retard sur les pratiques des professionnels, mais étendre ce mode de prise en charge à l'ensemble des patients éligibles et à l'ensemble de l'activité de la chirurgie, la chirurgie ambulatoire devenant la référence »  Il est à noter que les taux de chirurgie ambulatoire peuvent être calculés différemment selon les classifications utilisées (Hospidiag calcule ce taux à partir de la classification ASO C, laquelle classification est plus proche de la définition de la chirurgie ambulatoire du Code de Santé Publique et considère notamment que les extractions dentaires multiples, les traitements orthopédiques sur fractures et les ablations de matériel, les mises en place d'accès vasculaires sont identifiés comme des séjours chirurgicaux, à l'inverse de la classification GHM de type C).	Hospidiag	P12, P13.  Taux de chirurgie ambulatoire.  Taux des 18 gestes marqueurs.
		Pmsi	Taux cible national de chirurgie ambulatoire.  Autres taux : MSAP, etc.
POTENTIEL AMBULATOIRE	Le potentiel de développement ambulatoire d'un établissement est la résultante d'une projection de son développement interne (par substitution d'hospitalisation conventionnelle) et de son développement externe (par augmentation des parts de marché). Il s'identifie à partir des actes <sup>4</sup> et des patients <sup>5</sup> éligibles à la chirurgie ambulatoire.	Pmsi	Potentiel ambulatoire déterminé à partir de listes internes d'actes éligibles à l'ambulatoire (regroupement d'actes CCAM).
CAPACITES CHIRURGICALES TRADITIONNELLES ET AMBULATOIRES	Le développement d'une chirurgie ambulatoire qualifiée et substitutive entraîne de fait un surdimensionnement actuel ou prévisible du nombre de lits chirurgicaux conventionnels. Cette surcapacité doit s'apprécier en fonction des taux d'occupation des lits de chirurgie, de l'IPDMS et des évolutions des pratiques professionnelles.  Par ailleurs, la suppression de la Carte Sanitaire a rendu caduque la notion même de lits et places pour la remplacer par des notions d'activité.  Le dimensionnement du nombre de places de chirurgie ambulatoire fait intervenir 3 paramètres : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ le potentiel de substitution interne,</li> <li>■ le potentiel de développement externe,</li> <li>■ la rotation des places selon le casemix.</li> </ul>	Hospidiag	CI-AC6, CI-AC7.  Nombre de lits installés en chirurgie.  Nombre de places installées en chirurgie ambulatoire.

3. Ce taux était de 38,6 % en 2011, base PMSI des GHM de type C (21 % des établissements avaient déjà une pratique ambulatoire majoritaire en 2010).

4. Pour des informations complémentaires, cf. fiches n° 10 (potentiel) et n° 20, 21 et 22 (listes d'actes) de l'abécédaire chirurgie ambulatoire (Cnamts/ministère de la Santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, janvier 2009) - [www.anap.fr](http://www.anap.fr).

5. Pour des informations complémentaires, cf. étude PNIR 2001 conditions de développement de la chirurgie ambulatoire/évaluation du potentiel de substitution pour les 18 gestes marqueurs. L'étude démontrait que 90 % des patients étaient éligibles à la chirurgie ambulatoire (étude faite à partir des recommandations médicales et psychosociales 1990 de la SFAR ; depuis la SFAR a édité de nouvelles recommandations en 2009 qui ont élargi les indications de la chirurgie ambulatoire).

Dimension explorée	Interprétation	Source	Indicateurs
OCCUPATION CHIRURGICALE AMBULATOIRE	<p>Le taux de rotation des places de chirurgie ambulatoire s'apprécie au regard du <i>case-mix</i> de l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ A minima, 1 place devrait prendre en charge 220 patients/an avec un <i>case-mix</i> qui impose une durée maximum de séjour de 12h pour le patient. Dans ce cas, une Unité de Chirurgie ambulatoire d'une capacité potentielle de 10 places peut assurer la prise en charge de 2200 patients par an au minimum.</li> <li>■ En fonction de <i>case-mix</i> spécifique, ce taux d'occupation peut-être porté jusqu'à 4 à 5 patients par jour (ex : cataracte, canal carpien, etc.). Dans ce cas, une Unité de Chirurgie Ambulatoire d'une capacité potentielle de 10 places et parfaitement optimisée pourrait prendre en charge jusqu'à 11 000 patients par an.</li> </ul> <p>Concrètement, le nombre de places ne devrait plus être considéré comme l'unité de mesure mais bien plus comme l'instrument de la fluidité du parcours patient.</p>	Hospidiag	<p>P14.</p> <p>Taux d'utilisation des places de chirurgie ambulatoire.</p>
OCCUPATION CHIRURGICALE TRADITIONNELLE	<p>Un taux d'occupation des lits de chirurgie traditionnelle s'apprécie en regard de l'IP-DMS.</p> <p>A l'échelle d'un établissement de santé, le développement de la chirurgie ambulatoire par substitution implique mécaniquement une diminution du taux d'occupation des lits de chirurgie. Cette diminution devrait être compensée à terme en engageant au moins un des deux mécanismes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ la diminution des capacités d'hospitalisation complète,</li> <li>■ l'augmentation d'activité en hospitalisation complète reposant sur deux facteurs non exclusifs l'un de l'autre : <ul style="list-style-type: none"> <li>• une réponse à des besoins populationnels chirurgicaux croissants non substituables en ambulatoire (par effet d'un vieillissement ou d'une augmentation de la population, etc.),</li> <li>• une augmentation des parts de marchés chirurgicales dans le cadre de la recherche par l'établissement d'un avantage concurrentiel consécutif à la valorisation des flux ambulatoires dans sa structure.</li> </ul> </li> </ul> <p>Du point de vue de l'organisation sanitaire en France, cette démarche s'inscrit dans une révision notable à la baisse des capacités d'hébergement de chirurgie traditionnelle<sup>6</sup>. Par ailleurs, si les capacités chirurgicales ambulatoires globales apparaissent suffisantes au niveau national pour prendre en charge un développement important de l'ambulatoire, elles devraient être mieux calibrées et mieux réparties.</p>	Hospidiag	<p>A14, P2.</p> <p>Taux d'occupation et d'utilisation des lits de chirurgie traditionnelle.</p> <p>IP DMS chirurgie.</p>

6. L'exploitation des données SAE entre 2009 et 2011 montrent la diminution de 1 175 lits de chirurgie traditionnelle et l'augmentation de 1 643 places de chirurgie ambulatoire.

Dimension explorée	Interprétation	Source	Indicateurs
BLOC OPÉRATOIRE CAPACITÉS	<p>Le bloc opératoire est une valeur importante de la chaîne ambulatoire. Sa configuration, son organisation et son dimensionnement doivent être étudiés.</p> <p>Le nombre de salles d'interventions utiles pour prendre en charge de manière optimale les patients de chirurgie ambulatoire doit s'apprécier en fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ du nombre de jours d'ouverture par semaine ;</li> <li>■ du nombre d'heures d'ouverture par jour ;</li> <li>■ du nombre de plages / vacances dédiées à l'ambulatoire en cas de centre ambulatoire intégré ;</li> <li>■ du nombre de semaines d'ouverture, du taux d'occupation cible des salles ;</li> <li>■ du <i>case-mix</i> (activité et durée d'intervention).</li> </ul> <p>Selon le <i>case-mix</i>, il existe une relation directe entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ la nature de l'intervention ;</li> <li>■ la durée des temps intermédiaires entre les interventions ;</li> <li>■ la durée entre l'induction et l'incision ;</li> <li>■ et le nombre de salles d'intervention.</li> </ul> <p>La salle d'intervention ne doit plus être considérée comme unité de mesure, mais comme un outil de fluidité/flexibilité au service d'une amélioration de la gestion des flux.</p> <p>Il faut croiser le nombre de salles d'interventions avec l'activité, le nombre de chirurgiens et d'anesthésistes, les ICR (Indice de Coût Relatif) par salle, par chirurgien et par anesthésiste.</p>	Hospidiag	<p>CI-E5.</p> <p>Nombre de salles d'interventions chirurgicales.</p>
BLOC OPÉRATOIRE PERSONNEL	<p>Il doit exister une adéquation entre le nombre d'opérateurs et les moyens disponibles.</p> <p>La chirurgie ambulatoire est synonyme de rigueur et de maîtrise de l'organisation et de volumes chirurgicaux importants. À côté de son effet vitrine sur les patients, la chirurgie ambulatoire peut permettre de « fidéliser » ou « d'attirer » les opérateurs.</p> <p>Un nombre faible de chirurgiens ou d'anesthésistes fragilise l'activité chirurgicale. Un nombre important de chirurgiens ou d'anesthésistes nécessite une plus grande rigueur dans l'organisation.</p> <p>Le nombre d'anesthésistes doit être en lien avec le nombre de chirurgiens. Leur inadéquation impacte la sécurité et l'organisation.</p> <p>L'organisation, impactant directement la gestion des flux, doit primer sur toute autre réflexion concernant le personnel.</p>	Hospidiag	<p>CI-RH3, CI-RH4.</p> <p>Nombre de Chirurgiens.</p> <p>Nombre d'Anesthésistes.</p>

Dimension explorée	Interprétation	Source	Indicateurs
BLOC OPÉRATOIRE PRODUCTIVITE	<p>Une meilleure organisation impacte directement la productivité du bloc opératoire. L'ICR rapporté par salle, par chirurgien et par anesthésiste traduit la productivité. Il prend en compte le <i>case-mix</i> et permet donc les comparaisons. Il est basé sur une moyenne ce qui ne prend pas en compte la dispersion.</p> <p>Ces indicateurs doivent être croisés et rapprochés d'autres indicateurs disponibles (par exemple, la productivité est à connecter avec un surdimensionnement des salles d'interventions, un faible taux de chirurgie ambulatoire, un nombre réduit de chirurgiens ou d'anesthésistes, une activité chirurgicale faible... en vue d'enclencher une réflexion stratégique sur un redressement, fusion ou redéploiement de la structure).</p> <p><u>Productivité du bloc opératoire</u></p> <p>Une productivité faible du bloc opératoire (ICR/Salle de bloc) traduit toujours un surdimensionnement du nombre de salles.</p> <p>Une faible utilisation du bloc opératoire peut être :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ le résultat d'une mauvaise organisation du bloc, ce qui peut représenter un frein au développement de la chirurgie ambulatoire ;</li> <li>■ le témoin d'une faible activité au regard des salles de blocs disponibles, et donc mettre en exergue d'importantes marges de manœuvre pour mieux ordonnancer les interventions de chirurgie ambulatoire et mieux articuler avec les besoins d'organisation de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire (voire la possibilité de dégager une ou des salles dédiées à l'ambulatoire en cas de blocs intégrés).</li> </ul> <p><u>Productivité des chirurgiens</u></p> <p>Globalement, l'ICR par chirurgien dans le public est souvent plus bas que dans le privé.</p> <p><u>Productivité des anesthésistes</u></p> <p>Les ICR / Anesthésiste + IADE et le nombre d'IADE / Anesthésiste donnent un aperçu de l'efficacité des équipes d'anesthésie, mais doivent être interprétés avec précaution<sup>7</sup> avec une lecture différente entre le secteur public et le secteur privé et aussi entre les organisations qui ont des activités anesthésiques de bloc prépondérantes et celles qui ont des activités anesthésiques hors bloc prépondérantes (consultations, urgences, réanimation, etc.).</p> <p>Par exemple, un ICR par anesthésiste très élevé dans le secteur privé à statut commercial peut traduire un nombre d'anesthésistes insuffisant associé à un nombre d'IADE important. Cette organisation peut influencer sur l'organisation (exemple : retard de signature d'aptitude à la rue) et constituer un frein au développement de l'ambulatoire.</p> <p>De manière globale, un bloc optimisé et maîtrisé, et donc rompu à la gestion des flux, sera plus enclin à soutenir le développement rapide de la CA.</p>	Hospidiag	<p>P9, RH2, RH3, RH5.</p> <p>ICR / salle d'intervention, ICR / chirurgien.</p> <p>ICR d'anesthésie / Anesthésiste + IADE.</p> <p>Nombre d' IADE / Anesthésiste.</p>
FINANCIER	<p>La lecture des indicateurs financiers globaux de l'établissement donne des informations importantes pour comprendre la problématique générale dans laquelle se trouve l'établissement (retour à l'équilibre, excédent régulier, faible niveau d'investissement, situation chroniquement difficile). Ce tableau général donne un éclairage crucial sur les motivations de l'établissement à développer la chirurgie ambulatoire : recherche d'économie par réduction capacitaire, développement de l'activité, optimisation des ressources à l'activité, etc.</p>	Hospidiag	<p>F1 à F12.</p> <p>Taux de marge brut, taux de CAF, durée apparente de la dette, ratio d'indépendance financière, intensité d'investissement, taux de vétusté, BFR, FDR, créances et dettes.</p>

7. Les IADE du secteur privé étant le plus souvent salariées du praticien et non de la structure n'interviennent pas dans le calcul des indicateurs de productivité.



Dimension explorée	Interprétation	Source	Indicateurs
QUALITÉ	La réflexion autour de la thématique ambulatoire, par ce qu'elle interroge sur les pratiques professionnelles et organisationnelles, est un vecteur d'amélioration de l'organisation globale de l'établissement, ambulatoire et non ambulatoire, et donc de la qualité/sécurité et de la performance des structures.	<b>Hospidiag</b>	Q1, Q2, Q3, Q5, Q6, Q9. Score agrégé de lutte contre les infections nosocomiales, Score de conformité du dossier patient et du dossier anesthésique, Conformité du délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, traçabilité d'évaluation de la douleur, Cotation PEP – Bloc opératoire.







**“ Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire ”**

Mai 2013