



l'Assurance Maladie
des salariés - sécurité sociale
caisse nationale



Mutualité Sociale Agricole



Assurance Maladie
des Professions Indépendantes

PROGRAMME NATIONAL INTER-REGIMES

CONDITIONS DU DEVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

SYNTHESE ET MISE EN PERSPECTIVE DES QUATRE VOLETS DE L'ENQUETE

SOMMAIRE

MAITRISE D'OUVRAGE ET MAITRISE D'OEUVRE	Page 5
1. INTRODUCTION	Page 11
1.1 Définition	Page 13
1.2 Problématique	Page 13
1.3 Eléments de cadrage	Page 13
2. ORIENTATIONS MAJEURES	Page 15
2.1 Objectifs opérationnels	Page 17
2.2 Champ de l'étude	Page 19
2.3 Concepts clés	Page 19
2.4 Présentation des quatre volets de l'enquête	Page 20
2.5 Contributions spécifiques	Page 21
3. RESULTATS DE L'ENQUETE ET PRECONISATIONS	Page 23
3.1 Etat des lieux de la chirurgie ambulatoire en 1999	Page 25
3.2 Potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire en 2001	Page 27
3.2.1 <i>analyse des besoins de la population en 2001</i>	Page 27
3.2.2 <i>analyse de l'offre de soins en 1999</i>	Page 32
3.3 Point de vue des acteurs en 2001	Page 37
3.4.1 <i>point de vue des patients</i>	Page 37
3.4.2 <i>point de vue des professionnels de santé</i>	Page 37
3.4 Dépenses de l'assurance maladie en 2001	Page 41
3.5 Synthèse et préconisations	Page 45
ANNEXE 1 : Les contributions nationales	Page 47
ANNEXE 2 : La conduite de projet	Page 51
ANNEXE 3 : La chirurgie ambulatoire pour comprendre : <i>contribution de l'AFCA</i>	Page 55
ANNEXE 4 : Le contexte international : <i>contribution de l'IAAS</i>	Page 63
ANNEXE 5 : Le contexte réglementaire français	Page 73
BIBLIOGRAPHIE	Page 77
INDEX DES SIGLES	Page 81

**MAITRISE D'OUVRAGE
ET
MAITRISE D'OEUVRE**

MAITRISE D'OUVRAGE

Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)

Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA)

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des professions indépendantes (CANAM)

CHEF DE PROJET

Dr Gilles BONTEMPS

CNAMTS / Direction du Risque Maladie

MAITRISE D'OEUVRE

⇒ Volet "Etat des lieux et typologie des établissements"

Dr Gilles BONTEMPS

CNAMTS / Direction du Risque Maladie

Mme Nadine COUSTAR

CNAMTS / Direction du Risque Maladie

Dr Michel GIRAUDON

CNAMTS / DRSM Languedoc Roussillon

Mme Marie Hélène TOUPIN

CNAMTS / Direction du Risque Maladie

⇒ Volet "Potentiel de substitution"

Dr Laurence DI MENZA

CNAMTS / Direction du Service Médical

Dr Michel GIRAUDON

CNAMTS / DRSM Languedoc Roussillon

M. Benoît SALANAVE

CNAMTS / Direction du Service Médical

Dr Anne TOSELLI

CNAMTS / ELSM de Pau

⇒ Volet "Dépenses"

Dr Gilles BONTEMPS

CNAMTS / Direction Risque Maladie

Mme Nadine COUSTAR

CNAMTS / Direction Risque Maladie

M. Christophe ORLANDINI

CNAMTS / Direction Risque Maladie

Mme Armelle PALU-LABOUREU

CNAMTS / Direction Risque Maladie

⇒ Volet "Freins et leviers"

Dr Gilles BONTEMPS

CNAMTS / Direction du Risque Maladie

Mme Nadine COUSTAR

CNAMTS / Direction du Risque Maladie

M. Marc PERRONNIN

CREDES

Mme Marie Hélène TOUPIN

CNAMTS / Direction du Risque Maladie

Mme Marie José SOURTY

CREDES

COMPOSITION DES GROUPES DE TRAVAIL (1/2)

CONSTRUCTION DE LA METHODE	EXPLOITATION DES RESULTATS
<p>Groupe Maîtrise d'Oeuvre</p> <p><i>M. Thierry ANDRIEU</i> CRAM Alsace Moselle <i>Dr Annie ARPIN – RAMBAL</i> DRSM Ile de France <i>Mme Marie Pierre BATTESTI</i> CRAM Languedoc Roussillon <i>Dr Gilles BONTEMPS</i> CNAMTS / DRM <i>Dr Michèle BRAMI</i> CNAMTS / DSM <i>M Olivier BUSSON</i> URCAM Pays de la Loire <i>Mme Nadine COUSTAR</i> CNAMTS / DRM <i>Dr Jean DELIGNE</i> CANAM / CMR Nord <i>Dr Laurence DI MENZA</i> CNAMTS / DSM <i>Dr Anne DOUSSIN</i> CREDES <i>Mme Fanny DREMAUX</i> CRAM Nord – Picardie <i>Dr Michel GIRAUDON</i> DRSM Languedoc Roussillon <i>Dr Jean Jacques KÜSS</i> ERSM Alsace/Moselle <i>Dr Patrice PREVOST</i> DRSM de Bretagne <i>Dr Daniel PINCHENZON</i> CCMSA <i>Dr Jacques SAGNAT</i> DRSM Ile de France <i>Dr Jean Patrick SALES</i> AFCA <i>M. Benoît SALANAVE</i> CNAMTS / DSM <i>Mme Marie José SOURTY</i> CREDES <i>Dr Anne TOSELLI</i> CNAMTS / DSM <i>Mme Marie Hélène TOUPIN</i> CNAMTS / DRM</p>	<p>Comité de coordination</p> <p><i>M. Thierry ANDRIEU</i> CRAM Alsace Moselle <i>Dr Annie ARPIN – RAMBAL</i> DRSM Ile de France <i>Mme Marie Pierre BATTESTI</i> CRAM Languedoc Roussillon <i>Dr Gilles BONTEMPS</i> CNAMTS / DRM <i>M. Olivier BUSSON</i> URCAM Pays de la Loire <i>Mme Nadine COUSTAR</i> CNAMTS / DRM <i>Dr Jean DELIGNE</i> CANAM / CMR Nord <i>Dr Laurence DI MENZA</i> CNAMTS / DSM <i>Mme Fanny DREMAUX</i> CRAM Nord – Picardie <i>Dr Michel GIRAUDON</i> DRSM Languedoc Roussillon <i>Dr Daniel PINCHENZON</i> CCMSA <i>Dr Jacques SAGNAT</i> DRSM Ile de France <i>Dr Jean Patrick SALES</i> AFCA <i>M. Benoît SALANAVE</i> CNAMTS/ DSM <i>Mme Marie José SOURTY</i> CREDES <i>Mme Marie Hélène TOUPIN</i> CNAMTS / DRM</p>
<p>Groupe "Etat des lieux - Potentiel de substitution"</p> <p><i>Dr Annie ARPIN RAMBAL</i> DRSM Ile de France <i>Dr Gilles BONTEMPS</i> CNAMTS / DRM <i>Dr Michèle BRAMI</i> CNAMTS / DSM <i>M. Olivier BUSSON</i> URCAM Pays de la Loire <i>Mme Nadine COUSTAR</i> CNAMTS / DRM <i>Dr Jean DELIGNE</i> CANAM / CMR Nord <i>Dr Michel GIRAUDON</i> DRSM Languedoc Roussillon <i>Dr Jean Jacques KUSS</i> DRSM Alsace-Moselle <i>Mme Marie José SOURTY</i> CREDES <i>Mme Marie Hélène TOUPIN</i> CNAMTS / DRM</p>	<p>Groupe "Etat des lieux - Typologie des établissements"</p> <p><i>Dr Guy BAZIN</i> AFCA <i>Dr Gilles BONTEMPS</i> CNAMTS / DRM <i>M. Olivier BUSSON</i> URCAM Pays de la Loire <i>Dr André CARRE</i> MSA Basse Normandie <i>Mme Nadine COUSTAR</i> CNAMTS / DRM <i>M. Jean Marc LEFORESTIER</i> CRAM PACA Corse <i>Dr Marie Chantal L'HUILLIER</i> AFCA <i>Mme Sophie PLAZA MILHE</i> CRAM Languedoc Roussillon <i>Dr Arnaud de la SEIGLIERE</i> CCMSA <i>Mme Marie José SOURTY</i> CREDES <i>Mme Marie Hélène TOUPIN</i> CNAMTS / DRM</p>
<p>Groupe "gestes marqueurs"</p> <p><i>Dr Gilles BONTEMPS</i> CNAMTS / DRM <i>Dr Michèle BRAMI</i> CNAMTS / DSM <i>Dr Anne DOUSSIN</i> CREDES <i>Dr Jean Patrick SALES</i> AFCA</p>	<p>Groupe "Potentiel de substitution"</p> <p><i>Dr Bernadette AMIN</i> ARCMSA Picardie <i>Dr Annie ARPIN – RAMBAL</i> DRSM Ile de France <i>Dr Gilles BONTEMPS</i> CNAMTS / DRM <i>Mme Nadine COUSTAR</i> CNAMTS / DRM <i>Dr Laurence DI MENZA</i> CNAMTS / DSM <i>Dr Michel GIRAUDON</i> DRSM Languedoc Roussillon <i>Dr Hélène LOGEROT LEBRUN</i> AFCA <i>Dr Véronique MOYSAN</i> CNAMTS / DSM <i>Dr Pierre REGNARD</i> AMPI / CMR PACA <i>Dr Jacques SAGNAT</i> DRSM Ile de France <i>M. Benoît SALANAVE</i> CNAMTS / DSM <i>Dr Jean Patrick SALES</i> AFCA <i>Mme Marie José SOURTY</i> CREDES</p>

COMPOSITION DES GROUPES DE TRAVAIL (2/2)

CONSTRUCTION DE LA METHODE	EXPLOITATION DES RESULTATS
Groupe "Dépenses"	Groupe "Dépenses"
<i>M. Thierry ANDRIEU</i> <i>CRAM Alsace-Moselle</i> <i>Mme Marie Pierre BATESTI</i> <i>CRAM Languedoc Roussillon</i> <i>Dr Gilles BONTEMPS</i> <i>CNAMTS / DRM</i> <i>Dr Michèle BRAMI</i> <i>CNAMTS / DSM</i> <i>Mme Nadine COUSTAR</i> <i>CNAMTS / DRM</i> <i>Dr Patrice PREVOST</i> <i>DRSM de Bretagne</i> <i>Mme Marie Hélène TOUPIN</i> <i>CNAMTS / DRM</i>	<i>Mme Marie Pierre BATESTI</i> <i>CRAM Languedoc Roussillon</i> <i>Dr Gilles BONTEMPS</i> <i>CNAMTS / DRM</i> <i>Mme Nadine COUSTAR</i> <i>CNAMTS / DRM</i> <i>Dr Jean DELIGNE</i> <i>CANAM /CMR Nord</i> <i>Mme Cécile FONTANILLE</i> <i>CNAMTS / DRM</i> <i>Dr Dominique LAJUGIE</i> <i>DRSM Picardie</i> <i>Mme Flora LENCZNER</i> <i>CCMSA</i> <i>M. Christophe ORLANDINI</i> <i>CNAMTS / DRM</i> <i>Mme Armelle PALU-</i> <i>LABOUREU</i> <i>CNAMTS / DRM</i> <i>Mme Arlette SERAND</i> <i>CRAM Pays de la Loire</i>
	Groupe " Freins et leviers "
	<i>M. Thierry ANDRIEU</i> <i>CRAM Alsace Moselle</i> <i>Mme Edith BERNARD</i> <i>CRAMIF</i> <i>Dr Gilles BONTEMPS</i> <i>CNAMTS / DRM</i> <i>Dr Françoise BOLVIN</i> <i>ARC MSA Poitou-Charentes</i> <i>Mme Nadine COUSTAR</i> <i>CNAMTS / DRM</i> <i>Mme Fanny DREMAUX</i> <i>CRAM Nord Picardie</i> <i>Dr Michel GIRAUDON</i> <i>DRSM Languedoc Roussillon</i> <i>Mr Jean Marc LEFORESTIER</i> <i>CRAM PACA Corse</i> <i>Dr Marie Chantal L'HUILLIER</i> <i>AFCA</i> <i>Mr Marc PERRONNIN</i> <i>CREDES</i> <i>Mme Marie José SOURTY</i> <i>CREDES</i> <i>Mme Marie Hélène TOUPIN</i> <i>CNAMTS / DRM</i> <i>Dr François VENUTOLO</i> <i>AFCA</i> <i>Dr Marie Noëlle VIBET</i> <i>AMPI / CMR Aquitaine</i>

Groupe " comité de suivi "

<i>Dr Gilles BONTEMPS</i>	<i>CNAMTS / DRM</i>
<i>Dr Marie Noëlle DESMATONS</i>	<i>CANAM</i>
<i>M Emmanuel GOMEZ</i>	<i>CNAMTS / DRM</i>
<i>Dr Joëlle GUILHOT</i>	<i>CNAMTS / DSM</i>
<i>Dr Daniel PINCHENZON</i>	<i>CCMSA</i>
<i>Dr Anne TOSELLI</i>	<i>CNAMTS / DSM</i>

CORRESPONDANTS REGIONAUX

CHEFS DE PROJET INTER-REGIMES		COORDONNATEURS	
<i>Dr Sylvie THORN</i>	<i>DRSM Alsace-Moselle</i>	<i>Mr Thierry ANDRIEU</i>	<i>CRAM Alsace-Moselle</i>
<i>Dr Ibrahima DIAGNE</i>	<i>DRSM Aquitaine</i>	<i>Mme Béatrice RIGEADE</i>	<i>CRAM Aquitaine</i>
<i>Dr Laura FERNANDEZ</i>	<i>DRSM Aquitaine</i>	<i>Mr Alain MONTPEYROUX</i>	<i>CRAM Auvergne</i>
<i>Dr Michel COSNIER</i>	<i>DRSM Auvergne</i>	<i>Mme Françoise JEANNEAU</i>	<i>CRAM Bourgogne / Franche Comté</i>
<i>Dr Marie Françoise MERENTIER</i>	<i>DRSM Bourgogne</i>	<i>Mr Didier JACOTOT</i>	<i>CRAM Bourgogne / Franche Comté</i>
<i>Dr Isabelle ROUYER</i>	<i>DRSM Franche Comté</i>	<i>Mme Sophie MARTIN</i>	<i>CRAM Bretagne</i>
<i>Dr Marie Pierre EMILY</i>	<i>DRSM Bretagne</i>	<i>Mr Gilles JOURNEAULT</i>	<i>CRAM Centre</i>
<i>Dr Michel MATAS</i>	<i>DRSM Centre</i>	<i>Mme Gisèle HURSON</i>	<i>CRAM Champagne- Ardennes / Lorraine</i>
<i>Dr Pascale JEUNEHOMME</i>	<i>DRSM Champagne- Ardennes</i>	<i>Mme Nathalie STAUDT</i>	<i>CRAM Champagne- Ardennes / Lorraine</i>
<i>Dr Odile de JONG</i>	<i>DRSM Lorraine</i>	<i>Mme Sophie AUBERT</i>	<i>CRAM Champagne- Ardennes / Lorraine</i>
<i>Dr Jacques SAGNAT</i>	<i>DRSM Ile de France</i>	<i>Mme Edith BERNARD</i>	<i>CRAM Ile de France</i>
<i>Dr Annie ARPIN RAMBAL</i>	<i>DRSM Ile de France</i>	<i>Mme Erika NOUGUIER</i>	<i>CRAM Ile de France</i>
<i>Dr Michel GIRAUDON</i>	<i>DRSM Languedoc Roussillon</i>	<i>Mme Stéphanie DESPLACES</i>	<i>CRAM Ile de France</i>
<i>Dr Bernadette PAILLER</i>	<i>DRSM Limousin Poitou-Charentes</i>	<i>Mme Marie Pierre BATTESTI</i>	<i>CRAM Languedoc Roussillon</i>
<i>Dr Martine CHAUMARD</i>	<i>DRSM Midi Pyrénées</i>	<i>Mr Loïc MACHEFER</i>	<i>CRAM Limousin / Poitou- Charentes</i>
<i>Dr Véronique BEAGUE</i>	<i>DRSM Picardie</i>	<i>Mr Michel CAVALLI</i>	<i>CRAM Midi Pyrénées</i>
<i>Dr Stéphane ADAM</i>	<i>DRSM Nord-Pas-de- Calais</i>	<i>Mme Fanny DREMAUX</i>	<i>CRAM Nord-Pas-de- Calais/ Picardie</i>
<i>Dr Jean Marc GUILBAULT</i>	<i>DRSM Normandie</i>	<i>Mme Corinne GAULTIER</i>	<i>CRAM Haute et Basse Normandie</i>
<i>Dr Jacques ALBIZZATI</i>	<i>DRSM PACA-Corse</i>	<i>Mr Jean Marc LEFORESTIER</i>	<i>CRAM PACA-Corse</i>
<i>Dr Pierre CLOÏTRE</i>	<i>DRSM Pays de la Loire</i>	<i>Mme Agnès FOURNIER</i>	<i>CRAM PACA-Corse</i>
<i>Dr Guy VALARCHER</i>	<i>DRSM Rhône Alpes</i>	<i>Mme Arlette SERAND</i>	<i>CRAM Pays de la Loire</i>
<i>Dr Michaël FINAUD</i>	<i>DRSM Antilles</i>	<i>Mme Christelle GAY</i>	<i>CRAM Rhône Alpes</i>
<i>Dr Gérard DUFFAULT</i>	<i>DRSM La Réunion</i>	<i>Mme Gina RABINAUD</i>	<i>CGSS Guadeloupe</i>
		<i>Mme Myriam CHIN A SANG</i>	<i>CGSS Guyane</i>
		<i>Mme Line BEUZE</i>	<i>CGSS Martinique</i>
		<i>Mme Suzanne BOUNEA</i>	<i>CGSS La Réunion</i>

RECUEIL D'INFORMATION

Avec nos remerciements aux médecins conseils et agents administratifs de l'Assurance Maladie des Professions Indépendantes, de la Mutualité Sociale Agricole, de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (Régime Général) sans lesquels l'écriture de ce rapport n'aurait pas été possible.

1. INTRODUCTION

1.1 DEFINITION

La **Conférence de consensus de mars 1993**¹ a retenu la définition suivante de la chirurgie ambulatoire : *“ Par chirurgie sans hospitalisation, plus communément appelée chirurgie de jour ou chirurgie ambulatoire, on entend les actes chirurgicaux et/ou d’explorations, programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d’un bloc opératoire, sous anesthésie de mode variable, et suivie d’une surveillance post-opératoire prolongée, permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission. ”*

1.2 PROBLEMATIQUE

Les progrès techniques chirurgicaux et anesthésiques ont favorisé le développement de la chirurgie ambulatoire. Cependant **en comparaison des pays de l’OCDE, la chirurgie ambulatoire accuse un important retard de développement en France**. Pourtant, ce mode de prise en charge apparaît bénéfique en terme d’organisation et d’enjeux économiques². En outre, selon l’Académie Nationale de Médecine³, *« A condition d’être réalisée dans les conditions appropriées et selon les règles strictes qui en définissent le "concept", la prise en charge ambulatoire permet des soins chirurgicaux de qualité dispensés dans les conditions de sécurité requises »*.

1.3 ELEMENTS DE CADRAGE

Les **trois principales caisses nationales d’assurance maladie** (CNAMTS, CCMSA, CANAM) se sont accordées sur la nécessité d’arrêter chaque année en commun leur **Programme National Inter-Régimes** (PNIR) de gestion du risque. Ce dernier est l’expression de l’engagement commun de l’assurance maladie sur des thèmes jugés prioritaires en santé publique. A ce titre, une enquête nationale sur la chirurgie ambulatoire a été retenue sur la période 2001-2003. La conduite de ce projet⁴ s’est développée en partenariat avec l’Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA) - *"La chirurgie ambulatoire : pour comprendre"*, contribution de l’AFCA, annexe 3 - et avec le Centre de Recherche, d’Etude et de Documentation en Economie de Santé (CREDES).

L’enquête nationale inter-régimes sur la chirurgie ambulatoire doit permettre à l’assurance maladie de formuler des propositions visant à préciser les conditions de développement de la chirurgie ambulatoire en répondant à deux objectifs principaux :

- ❑ **Evaluer le potentiel d’activité** aujourd’hui pratiquée en hospitalisation complète, et qui pourrait faire l’objet d’une prise en charge en chirurgie ambulatoire.
- ❑ **Evaluer les dépenses pour l’assurance maladie** des deux modes de prise en charge (hospitalisation avec et sans hébergement) sur des pathologies ciblées et repérer les éventuels transferts de dépenses hôpital-ville/ville-hôpital susceptibles d’accompagner le développement de la chirurgie ambulatoire.

¹ CONFERENCE DE CONSENSUS, "La chirurgie sans hospitalisation ", *Fondation de l’avenir pour la recherche médicale appliquée*, Paris, 22, 23 et 24 mars 1993

² CONTRIBUTIONS NATIONALES : annexe 1

³ COMMUNIQUE, "A propos de la chirurgie ambulatoire" *Académie Nationale de Médecine*. Séance thématique du 12 juin 2001

⁴ CONDUITE DE PROJET : annexe 2

2.
ORIENTATIONS MAJEURES

2.1 OBJECTIFS OPERATIONNELS

La traduction opérationnelle des objectifs de l'enquête a conduit à construire une méthode originale conjuguant plusieurs approches, chacune faisant l'objet d'un volet propre, afin de pouvoir explorer dans sa globalité les conditions du développement de la chirurgie ambulatoire en France :

- **Repérer l'activité potentiellement réalisable en ambulatoire, à partir d'une enquête de terrain**, en prenant en compte en particulier les critères psycho-socio-environnementaux des patients retenus dans les recommandations des sociétés savantes pour une prise en charge en ambulatoire. Cette évaluation a porté sur dix-huit « gestes marqueurs », concept⁵ conçu en collaboration avec l'AFCA. *Volet " Evaluation du potentiel de substitution pour 18 gestes marqueurs en 2001"*
- **Construire un outil d'aide au diagnostic régional, sur la base de typologies d'établissements établies à partir de l'étude des systèmes d'information (SAE, PMSI et BREX)**, en vue de déterminer les classes « potentiellement porteuses » d'une capacité de transfert de leur activité d'hospitalisation complète vers la chirurgie ambulatoire. *Volet "Etat des lieux et Typologies des établissements en 1999"*
- **Inventorier les freins et les leviers au développement de la prise en charge en chirurgie ambulatoire, à partir d'une enquête d'opinion** auprès d'acteurs concernés dans les établissements de santé. *Volet "Freins et leviers : enquête d'opinion auprès des professionnels des établissements de santé en 2001"*
- **Comparer, à partir d'une enquête de terrain puis d'une interrogation des bases informationnelles de l'assurance maladie, les dépenses** pour chacun des deux modes de prise en charge (hospitalisation complète et ambulatoire) **et mesurer les éventuels transferts d'enveloppes** en rapport avec le mode de prise en charge. Cette étude a porté sur cinq actes et sur l'ensemble de l'épisode de soins (avant, pendant et après le séjour hospitalier). *Volet " Dépenses de l'assurance maladie : étude comparative entre les prises en charge en ambulatoire et hospitalisation complète en 2001"*.

⁵ "La chirurgie ambulatoire : pour comprendre", contribution de l'AFCA ; annexe 3.

SPECIFICITES DE L'ENQUETE

Le recueil des critères psycho-socio-environnementaux

Construit sur la base des recommandations des sociétés savantes [Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) et AFCA], qui portent sur les modalités de prise en charge en anesthésie/chirurgie ambulatoire, le questionnaire élaboré dans le cadre de l'enquête a eu pour objet de recueillir les critères psycho-socio-environnementaux des patients.

Le recueil de ces critères a permis d'approcher le patient dans sa globalité et non sous sa seule composante médicale. C'est la première fois que l'assurance maladie recueille les critères psycho-socio-environnementaux de patients par l'intermédiaire d'une enquête téléphonique réalisée par les médecins conseils de l'assurance maladie dans l'ensemble des régions.

Les recommandations SFAR/AFCA ont été déterminées à dire d'expert au début du développement de la chirurgie ambulatoire en France (1990) et n'ont pas fait l'objet d'une évaluation a posteriori. Les constats de cette enquête pourraient contribuer à la réflexion des sociétés savantes pour évaluer leurs recommandations et les faire évoluer.

Les typologies d'établissements

Pour pouvoir approcher l'offre de soins en terme de structure, des typologies d'établissements ont été élaborées afin d'identifier des classes d'établissements « potentiellement porteuses » d'une capacité de développement de la chirurgie ambulatoire sur plusieurs disciplines chirurgicales. Appliqué à des données plus récentes, cet outil de diagnostic pourrait contribuer à suivre les pratiques de la chirurgie ambulatoire.

Les enquêtes d'opinion

Les points de vue des acteurs, tant les professionnels de santé travaillant dans les établissements de santé que les patients opérés, ont permis de recueillir leur libre ressenti. L'assurance maladie est aussi plus à l'écoute de leurs préoccupations. Par ailleurs, l'analyse des données émanant des professionnels de santé a bénéficié de la mise en œuvre d'une technique innovante : l'analyse textuelle.

Les dépenses de l'assurance maladie

L'évaluation économique du mode de prise en charge ambulatoire a, pour la première fois dans la totalité des régions françaises, concerné l'ensemble de l'épisode des soins (de 3 semaines avant le séjour hospitalier jusqu'à 2 mois après) et non pas la seule composante hospitalière.

2.2 CHAMP DE L'ETUDE

Entrent dans le champ de l'enquête, tous les établissements de santé publics et privés développant une activité de chirurgie traditionnelle et/ou ambulatoire autorisée ou non. En est exclue l'activité en cabinet de ville.

2.3 CONCEPTS CLES

La chirurgie qualifiée et substitutive

L'enquête nationale a eu pour cible la chirurgie dite « qualifiée et substitutive ». Par chirurgie « qualifiée », on entend des actes qui relèvent pour leur réalisation d'un secteur opératoire ou d'une anesthésie au sens du décret réglementant les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire (décret 92-1102 du 2 octobre 1992) donc des actes chirurgicaux « non mineurs ». Par chirurgie « substitutive », on entend des actes effectués en hospitalisation complète et qui, sous conditions, pourraient être réalisés en chirurgie ambulatoire.

Les gestes marqueurs

La mesure du potentiel de substitution a été appréhendée à partir du concept de geste marqueur, concept dérivé des travaux de l'International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) sur les interventions traceuses et des travaux de l'AFCA sur les actes marqueurs. Ces gestes marqueurs sont des indicateurs de la pratique générale de la chirurgie ambulatoire « qualifiée et substitutive » à l'hospitalisation complète⁶. Ils en constituent donc des vecteurs de développement. En effet, dans un établissement de santé, une équipe pluridisciplinaire qui pratiquerait couramment plusieurs types d'interventions en chirurgie ambulatoire (par exemple : cataracte, hernies et arthroscopies du genou), peut être considérée comme ayant une bonne maîtrise et une pratique significative de la chirurgie ambulatoire.

Les gestes marqueurs dans le cadre de cette enquête ont été choisis en fonction de leur représentativité d'une spécialité chirurgicale (toutes les spécialités chirurgicales sont représentées dans l'enquête), de leur niveau de technicité et de complexité (des actes classiques de faible niveau d'environnement jusqu'aux actes de « pointe » réalisables en ambulatoire par des équipes entraînées) et de leur potentiel de développement.

⁶ "La chirurgie ambulatoire : pour comprendre", contribution de l'AFCA ; annexe 3

2.4 PRESENTATION DES QUATRE VOLETS DE L'ENQUETE

La liste des **18 gestes marqueurs**⁷, définie en collaboration avec l'AFCA constitue la clé de voûte de cette enquête.

En préliminaire **un état des lieux** en 1999 a été établi dans le but de fournir une photographie nationale de l'ensemble des structures pratiquant la chirurgie (traditionnelle ou ambulatoire) à partir de requêtes nationales sur les systèmes d'information (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information⁸, Statistique Annuelle d'Etablissement⁹, Base Régionale des Etablissements sous uniX¹⁰).

Cet **état des lieux** a été à l'origine des travaux statistiques menés en vue d'établir des classes d'établissements en 1999 (volet « **typologies des établissements** ») à des fins de comparaison en terme de capacité de développement de la chirurgie ambulatoire. Il a permis aussi de construire la méthode d'échantillonnage du volet « **potentiel de substitution** ».

Pour le volet « **potentiel de substitution** », il s'agissait de déterminer pour chaque geste marqueur et pour chaque région le potentiel de transfert de l'activité pratiquée en hospitalisation complète vers la chirurgie ambulatoire. Un échantillon de séjours de patients pris en charge en hospitalisation complète ou en chirurgie ambulatoire a été constitué par région administrative et par geste marqueur. Chaque région a fait l'objet d'une enquête de terrain en 2001 (examen des dossiers-patients opérés et entretiens téléphoniques avec ces patients) sur un nombre variable de gestes marqueurs parmi les 18. Des contre-indications médicales (nouveau né, patient avec une maladie générale invalidante mettant en jeu le pronostic vital, etc ...) et « psycho-socio-environnementales » (indisponibilité d'une personne responsable et valide pour raccompagner le patient et rester la nuit suivante auprès de lui, pas d'accès rapide à un téléphone, éloignement de plus d'une heure d'une structure de soins adaptée à l'acte, etc ...) ont été recherchées en vue de déterminer par geste marqueur et par région le potentiel de substitution. Il appartiendra ensuite à chaque région de définir un taux cible régional par geste marqueur en fonction de son analyse régionale et de ses choix en matière d'hospitalisation.

Ensuite, pour le volet « **dépenses** », un échantillon national, sous-ensemble de la base « potentiel de substitution », a permis l'étude en 2001 des dépenses engagées par l'assurance maladie et des éventuels transferts entre les enveloppes d'hospitalisation et l'enveloppe « médecine de ville » pour cinq interventions chirurgicales (chirurgie de la cataracte, chirurgie des varices, extractions dentaires, arthroscopie du genou et intervention pour syndrome du canal carpien). Ces interventions ont été choisies en raison de leur fréquence importante.

Enfin, une **enquête d'opinion** (volet « **freins et leviers** ») a été réalisée en 2001 auprès de professionnels travaillant dans les établissements de santé. Un questionnaire a recueilli les

⁷ La liste des 18 gestes, marqueurs du niveau de développement d'une chirurgie ambulatoire qualifiée et substitutive, comprenait : arthroscopie du genou diagnostique ou thérapeutique, extractions dentaires, chirurgie de la cataracte, chirurgie des varices, adénoïdectomie et/ou amygdalectomies, chirurgie du strabisme, chirurgie ORL (nasale), chirurgie du sein, chirurgie anale hors destruction de tumeur anale, destruction de tumeurs anales, phimosis de l'enfant de moins de 15 ans, chirurgie de la maladie de Dupuytren, décompression du nerf médian au canal carpien, chirurgie testiculaire de l'enfant de moins de 15 ans, cœlioscopies gynécologiques, hernies unilatérales ouvertes de l'adulte de plus de 14 ans, hernies sous cœlioscopie, enfin hernies de l'enfant de moins de 15 ans.

⁸ PMSI 1999

⁹ SAE 1999

¹⁰ BREX 2000

opinions et les expériences des acteurs participant directement au développement de l'activité chirurgicale d'un établissement : directeur d'établissement, président de CME, responsable des soins infirmiers, coordonnateur de l'activité d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire, chef de projet de la mise en place d'une structure ambulatoire. Il a eu pour objet de déterminer les freins et les leviers au développement de la chirurgie ambulatoire tels que ces acteurs les ont ressentis et exprimés.

2.5 CONTRIBUTIONS SPECIFIQUES

Contributions spécifiques de l'enquête au niveau institutionnel

L'inscription de l'enquête nationale dans le PNIR de gestion du risque a permis de faire porter le projet par les trois principaux régimes d'assurance maladie, concrétisant leur volonté d'unir leurs efforts sur des thèmes prioritaires, tant du point de vue médical qu'économique. Cette enquête contribue à faire prévaloir le principe d'une harmonisation nationale des méthodes d'évaluation sur le sujet. Elle devra aussi conduire à une action du Collège Assurance Maladie au sein des commissions exécutives des Agences Régionales d'Hospitalisation.

Contributions spécifiques de l'enquête en direction des sociétés savantes et des professions de santé

Cette enquête peut contribuer à l'évaluation des pré-requis médicaux et psycho-socio-environnementaux à la prise en charge ambulatoire du patient définis à dire d'experts. Ces pré-requis ont été posés en 1996 par l'AFCA, à la suite de ceux émis par la SFAR en 1990. Par ailleurs, l'enquête s'est intéressée à l'étude des freins et leviers au développement de la chirurgie ambulatoire tels qu'ils sont ressentis et exprimés par les acteurs de terrain au travers d'une enquête d'opinion.

Contributions spécifiques de l'enquête en direction des assurés

L'enquête a permis pour les patients pris en charge en hospitalisation complète de recueillir leur opinion sur une éventuelle prise en charge en ambulatoire. Elle a mesuré pour les patients pris en charge en ambulatoire leur degré de satisfaction. Ainsi, pour la première fois, l'avis du patient sur ce mode de prise en charge a été recueilli lors d'un contact téléphonique.

Via ce projet, l'assurance maladie participe à l'amélioration de la connaissance du système de soins sur la base de son expertise et de son analyse. Il pose les jalons d'une démarche innovante à la fois de collaboration entre l'assurance maladie et les professionnels travaillant dans les établissements de santé (enquête d'opinion) et auprès des assurés en les associant à une enquête nationale de santé publique et en s'intéressant à leur expérience individuelle.

3.
RESULTATS DE L'ENQUETE
ET PRECONISATIONS

3.1 ETAT DES LIEUX DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE EN 1999

En France en 1999, on notait un déséquilibre entre les deux secteurs de financement : le secteur sous OQN (Objectif Quantifié National) disposait de 81% des places d'anesthésie/chirurgie ambulatoire installées et réalisait 87% des interventions chirurgicales en ambulatoire alors que le secteur sous DG (Dotation Globale) comportait 19% des places installées et réalisait 13% des interventions chirurgicales en ambulatoire. Par ailleurs, les 18 gestes marqueurs étudiés dans le cadre de cette enquête représentaient 47 % de la chirurgie dite « qualifiée et substitutive »¹¹ (GHM 761 à 777+885).

En terme de capacités¹², la France en 1999 comptait 103 117 lits installés de chirurgie et 7243 places installées d'anesthésie-chirurgie ambulatoire. La répartition était différente selon le secteur de financement.

Le secteur sous OQN comprenait 46% des lits de chirurgie installés et 81% des places installées. Par contre, le secteur sous DG comportait 54% des lits de chirurgie installés et seulement 19% des places installées.

Des variations importantes étaient observées entre les régions. Hors DOM, le nombre de lits installés pour 100 000 habitants variait selon les régions entre 132 (Picardie) à 201 (Corse). En terme de places installées d'anesthésie-chirurgie ambulatoire, ce ratio variait de 7 places installées pour 100 000 habitants (Lorraine, Alsace et Franche Comté) à 18 places (PACA).

En terme d'activité¹³, 5 124 894 interventions chirurgicales ont été réalisées en hospitalisation complète et 2 150 503 interventions en ambulatoire en 1999.

On notait un déséquilibre entre les deux secteurs de financement au niveau de l'activité de chirurgie ambulatoire. Le secteur privé sous OQN réalise 55% des interventions chirurgicales en hospitalisation complète mais est à l'origine de 87% des interventions chirurgicales en ambulatoire.

Les régions Ile de France, PACA et Rhône-Alpes concentraient 36% des interventions chirurgicales réalisées en hospitalisation complète et 42% des interventions chirurgicales réalisées en ambulatoire.

¹¹ Qualifiée (chirurgie non mineure) et substitutive (chirurgie réalisée en hospitalisation complète et qui, sous conditions, pourrait être réalisée en ambulatoire)

¹² Source SAE 1999, INSEE 1999

¹³ Source SAE 1999

L'activité ambulatoire¹⁴ en 1999 se répartissait différemment entre les séjours de médecine¹⁵ et de chirurgie¹⁶ selon le secteur de financement : 56% en médecine et 44% en chirurgie pour le secteur sous OQN contre 69% en médecine et 31% en chirurgie pour le secteur sous DG.

L'activité ambulatoire était constituée dans le champ OQN en 20% de gestes marqueurs, 40% d'endoscopies et 40% d'autres activités¹⁷ ; dans le champ DG en 8% de gestes marqueurs, 13% d'endoscopies et 79% d'autres activités.

Les 18 gestes marqueurs représentaient 54% de la chirurgie dite « qualifiée et substitutive » (GHM 761 à 777 + GHM 885) dans le secteur des établissements sous OQN et 31% dans le secteur des établissements sous DG.

Ces 18 gestes marqueurs représentaient 15% de l'activité ambulatoire totale et 32% de la chirurgie pratiquée en ambulatoire. 79% des gestes marqueurs étaient réalisés dans le secteur sous OQN et 21% dans le secteur sous DG.

NOTA BENE :

L'exploitation des bases PMSI public et privé 2001 ne fait pas apparaître de modification sensible par rapport à 1999, à l'exception du poids des 18 gestes marqueurs dans la chirurgie dite "qualifiée et substitutive" (GHM 761 à 777 + GHM 885) évoluant de 47 à 50% (de 54% à 58% dans le secteur sous OQN, % inchangé dans le secteur sous DG).

Si la distribution relative reste globalement inchangée, il convient cependant de noter une augmentation sensible de l'activité ambulatoire en volume entre 1999 et 2001, soit environ 19% de séjours en plus. Cette augmentation est principalement liée aux séjours de médecine ambulatoire dans le secteur sous DG (33%).

Par ailleurs, le nombre de séjours de chirurgie dite "qualifiée et substitutive" (GHM 761 à 777 + GHM 885) augmente de 15%, soit 16% dans le secteur sous OQN et 13% dans le secteur sous DG.

¹⁴ Source PMSI 1999 : l'activité ambulatoire est cernée ici par la Catégorie Majeure 24, restreinte aux séjours avec acte, c'est-à-dire hors séances et transferts immédiats et hors séjours sans acte.

¹⁵ au sens PMSI c'est à dire sans acte classant Y

¹⁶ au sens PMSI c'est à dire avec acte classant Y

¹⁷ Ces autres activités comprennent, d'une part, les autres actes de chirurgie qualifiée et substitutive (non identifiés comme gestes marqueurs) et, d'autre part, des activités qui ne relèvent pas pour leur réalisation d'un secteur opératoire ou d'une anesthésie au sens du décret réglementant les structures pratiquant l'anesthésie et la chirurgie ambulatoire (actes de chirurgie mineure).

3.2 POTENTIEL DE DEVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE EN 2001

S'intéresser au potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire en France nécessite en premier lieu de **conjuguer une approche basée sur l'analyse des besoins de la population avec celle de l'offre des soins.**

3.2.1 ANALYSE DES BESOINS DE LA POPULATION EN 2001 (Volet potentiel de substitution)

L'analyse des besoins de la population en 2001 s'est basée sur une enquête de terrain qui a porté sur **34015 dossiers patients dans 1280 établissements de santé** pratiquant la chirurgie.

Le **potentiel de substitution** en chirurgie ambulatoire, potentiel d'activité aujourd'hui réalisée en hospitalisation complète et transférable vers l'ambulatoire, a été déterminé par région et par geste marqueur comme une fourchette entre deux taux : taux observé régional et taux plafond régional d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire (cf. figure 1).

Indépendamment du mode effectif de prise en charge hospitalière (ambulatoire ou à temps complet), **l'éligibilité à la chirurgie ambulatoire** résultait de la possibilité, au regard d'un certain nombre de critères médicaux et psycho-socio-environnementaux, d'être pris en charge en ambulatoire. Ces critères d'éligibilité ont été construits à partir des recommandations des sociétés savantes émises en 1990 par la SFAR et complétées en 1996 par l'AFCA. Cette éligibilité fondée sur des critères médicaux et surtout sur des critères psycho-socio-environnementaux repose donc sur une approche populationnelle indépendante de la nature de l'acte opératoire (les critères d'éligibilité sont les mêmes quel que soit le geste marqueur) et du type d'établissement.

Le taux plafond d'éligibilité a été calculé à partir de la présence d'au moins une contre-indication absolue à la chirurgie ambulatoire (exemple : durée de transport entre le domicile post-opératoire et une structure de soins adaptée à l'acte supérieure à 60 minutes, patients ASA 4 ou 5¹⁸, ...).

Le taux plancher d'éligibilité a été calculé à partir de l'existence pour un patient de l'ensemble des critères d'indications à la chirurgie ambulatoire (bonne compréhension du français, disponibilité d'une personne responsable et valide pour raccompagner le patient et rester la nuit suivante auprès de lui, accès rapide à un téléphone,...).

Les situations intermédiaires regroupent les patients ne présentant pas tous les critères d'indication sans pour autant présenter une contre-indication absolue (exemple : patients ASA3,...).

¹⁸ Il s'agit ici de l'état de santé du patient suivant les critères retenus par l'American Society of Anesthesiologists. Cinq niveaux existent :

ASA 1 : patient normal et en bonne santé.

ASA 2 : patient avec une maladie générale modérée

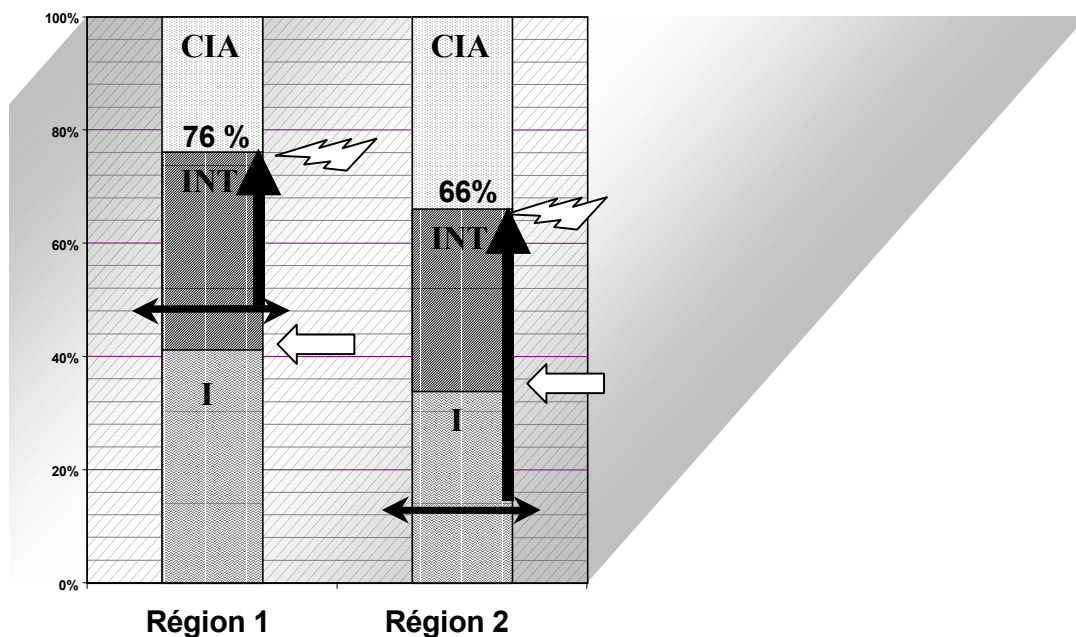
ASA 3 : patient avec une maladie générale sévère mais non invalidante





ASA 4 : patient avec une maladie générale invalidante mettant en jeu le pronostic vital

ASA 5 : patient moribond qui ne survivrait pas 24 heures

Selon les recommandations des sociétés savantes, seuls les niveaux 1, 2, ou 3 stabilisé peuvent faire l'objet d'une prise en charge ambulatoire.

Figure 1 : taux observé, taux plafond d'éligibilité, taux plancher d'éligibilité et potentiel de substitution pour un geste marqueur donné et deux régions. Source : Enquête PNIR "Chirurgie Ambulatoire" - Volet Potentiel de Substitution – septembre 2003



CIA : contre-indications absolues	 Taux plafond régional d'éligibilité = 100% - CIA
INT : situations intermédiaires entre contre-indications absolues et indications	 Taux plancher régional d'éligibilité = I
I : indications	 Potentiel de substitution régional
	 Taux observé régional

Par région et par geste marqueur étudié, les taux suivants ont ainsi été déterminés :

- ❑ Taux observé de chirurgie ambulatoire
- ❑ Taux plancher d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire
- ❑ Taux plafond d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire

Les résultats régionaux montrent qu'il existe une importante dispersion (cf. figure 2) au niveau des taux observés :

- ❑ *exemple 1 : les taux observés des extractions dentaires sont compris entre 10,8% en Franche Comté et 70,7 % en Poitou Charentes (23 régions étudiées)*
- ❑ *exemple 2 : les taux observés de la chirurgie de la cataracte sont compris entre 11,1% en Haute Normandie et 58 % en Poitou Charentes (25 régions étudiées)*
- ❑ *exemple 3 : les taux observés de l'arthroscopie du genou sont compris entre 6,1% en Auvergne et 53,8% en Bourgogne (21 régions étudiées).*

Cette dispersion confirme que les régions sont à des niveaux différents de pratique de la chirurgie ambulatoire sur les 18 gestes marqueurs.

La dispersion est moins marquée au niveau des taux plafonds régionaux d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire (cf. figure 3). On constate que ces taux plafonds d'éligibilité sont proches des niveaux de développement atteints dans les pays de l'OCDE¹⁹ qui ont déjà largement développé la chirurgie ambulatoire.

- ❑ *exemple 1 : les taux plafonds des extractions dentaires varient selon les régions entre 83,1% en Corse et 98,6 % en Champagne Ardennes*
- ❑ *exemple 2 : les taux plafonds de la chirurgie de la cataracte varient selon les régions entre 60,4% en Corse et 87,9% en Languedoc Roussillon*
- ❑ *exemple 3 : les taux plafonds de l'arthroscopie du genou varient selon 79,5% en Lorraine et 95,7% en Haute Normandie.*

Il existe donc en France un important potentiel de substitution en chirurgie ambulatoire.

- ❑ *exemple 1 : le potentiel de substitution des extractions dentaires en Basse Normandie est compris entre le taux observé (16,4%) et le taux plafond (95%)*
- ❑ *exemple 2 : le potentiel de substitution de la cataracte en Ile de France est compris entre le taux observé (46,9%) et le taux plafond (78,5%)*
- ❑ *exemple 3 : le potentiel de substitution de l'arthroscopie du genou en Alsace est compris entre le taux observé (35,5%) et le taux plafond (84,7%)*

Ce potentiel de substitution peut être approché selon quatre groupes de gestes marqueurs, attestant de différents niveaux de pratique de la chirurgie ambulatoire. Ces groupes ont été définis à partir des données toutes régions concernées en comparant le niveau du taux observé moyen pondéré²⁰ aux taux moyens pondérés d'éligibilité plancher et plafond.

Groupe 1 : ce groupe²¹ concerne les gestes marqueurs ayant déjà atteint un niveau élevé de développement en chirurgie ambulatoire pour les régions étudiées. Ces gestes constituent donc des exemples à pérenniser dans ces régions et à suivre éventuellement dans les autres régions. Il s'agit de la chirurgie :

- du phimosis de l'enfant de moins de 15 ans (étudiée dans 15 régions),
- de décompression du nerf médian au canal carpien (étudiée dans 20 régions),
- de la maladie de Dupuytren (étudiée en Ile-de-France),
- du testicule de l'enfant de moins de 15 ans (étudiée en Ile-de-France),
- de destruction des tumeurs anales (étudiée en Ile-de-France).

¹⁹ CONTEXTE INTERNATIONAL : annexe 4

²⁰ Pour un geste marqueur donné, et pour l'ensemble des régions ayant étudié ce geste, des taux moyens pondérés ont été calculés, la pondération permettant de tenir compte des taux de sondage différents d'une région à l'autre.

²¹ Groupe 1 : Gestes dont le taux observé moyen pondéré de chirurgie ambulatoire était compris entre les taux moyens pondérés d'éligibilité plancher et plafond.

Groupes 2 et 3 : ces deux groupes²² concernent des gestes marqueurs témoignant d'une pratique existante en chirurgie ambulatoire et constituent un potentiel important de substitution. Tous les deux sont ainsi les cibles prioritaires des actions de promotion de ce mode de prise en charge. Il s'agit :

- des adénoïdectomies/amygdalectomies (étudiées dans 23 régions),
- des hernies de l'enfant de moins de 15 ans (étudiées dans 2 régions),
- de la chirurgie de la cataracte (toutes régions étudiées),
- de la chirurgie du strabisme (étudiée dans 4 régions),

- des extractions dentaires (étudiées dans 23 régions),
- des arthroscopies du genou (étudiées dans 21 régions),
- de la chirurgie des varices (étudiée dans 21 régions).

Groupe 4 : ce groupe²³ concerne des gestes de pratique encore limitée en chirurgie ambulatoire. Le développement de ces gestes en chirurgie ambulatoire nécessitera une reconnaissance et une validation préalables par la communauté médicale, prenant en considération les résultats de cette enquête. Il s'agit :

- de la chirurgie ORL (nasale) (étudiée dans 11 régions),
- de la chirurgie du sein (étudiée dans 17 régions),
- de la chirurgie anale hors destruction de tumeur (étudiée dans 18 régions),
- des coelioscopies gynécologiques (étudiées en Ile-de-France),
- des hernies unilatérales ouvertes de l'adulte (étudiées dans 20 régions),
- des hernies sous coelioscopie (étudiées dans 12 régions).

Une analyse complémentaire sera menée dans chaque région. Elle comparera, dans un premier temps et pour chaque geste marqueur étudié, la valeur régionale du taux observé à celles des taux d'éligibilité (plancher et plafond). Dans un second temps, elle permettra de situer les taux régionaux des gestes marqueurs étudiés par rapport aux taux obtenus toutes régions concernées.

Cette démarche, en s'appuyant sur la connaissance du terrain et en concertation avec les professionnels concernés, conduira à proposer un schéma pertinent de développement de la chirurgie ambulatoire pour ces gestes marqueurs étudiés. Pour les gestes non étudiés dans la région, les taux moyens pondérés obtenus dans les autres régions pourront être utilisés comme cibles potentielles pour fixer les objectifs régionaux de développement correspondants. Cette démarche devra s'engager dans chaque région en veillant au respect de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des soins.

²² Groupe 2 : Gestes dont le taux observé moyen pondéré de chirurgie ambulatoire était égal ou inférieur de moins de 10 p. cent du taux moyen pondéré d'éligibilité plancher.

Groupe 3 : Gestes dont le taux observé moyen pondéré de chirurgie ambulatoire était inférieur de 10 à moins de 30 p. cent au taux moyen pondéré d'éligibilité plancher.

²³ Groupe 4 : Gestes dont le taux observé moyen pondéré de chirurgie ambulatoire était inférieur de 30 p. cent et plus au taux moyen pondéré d'éligibilité plancher.

Figure 2 : Dispersion par geste marqueur des valeurs régionales du taux observé de chirurgie ambulatoire (chaque pastille représente une valeur régionale du taux observé). Source : Enquête PNIR "Chirurgie Ambulatoire" - Volet Potentiel de Substitution – septembre 2003

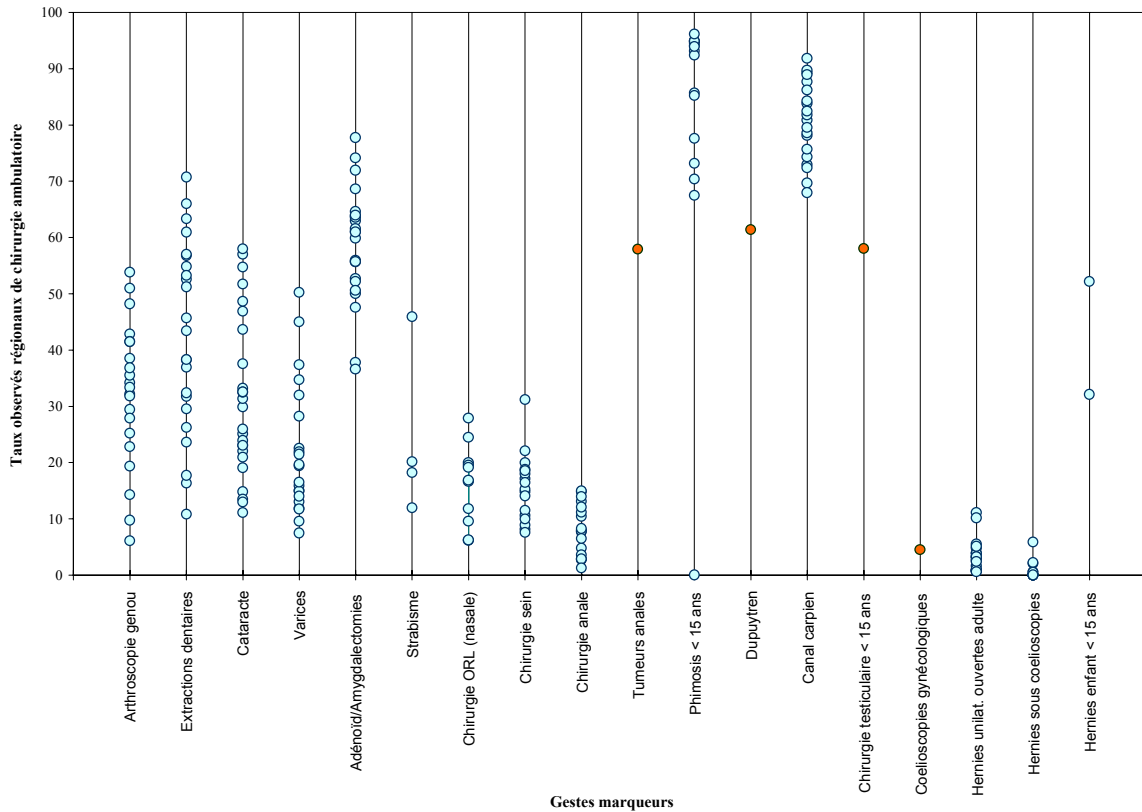
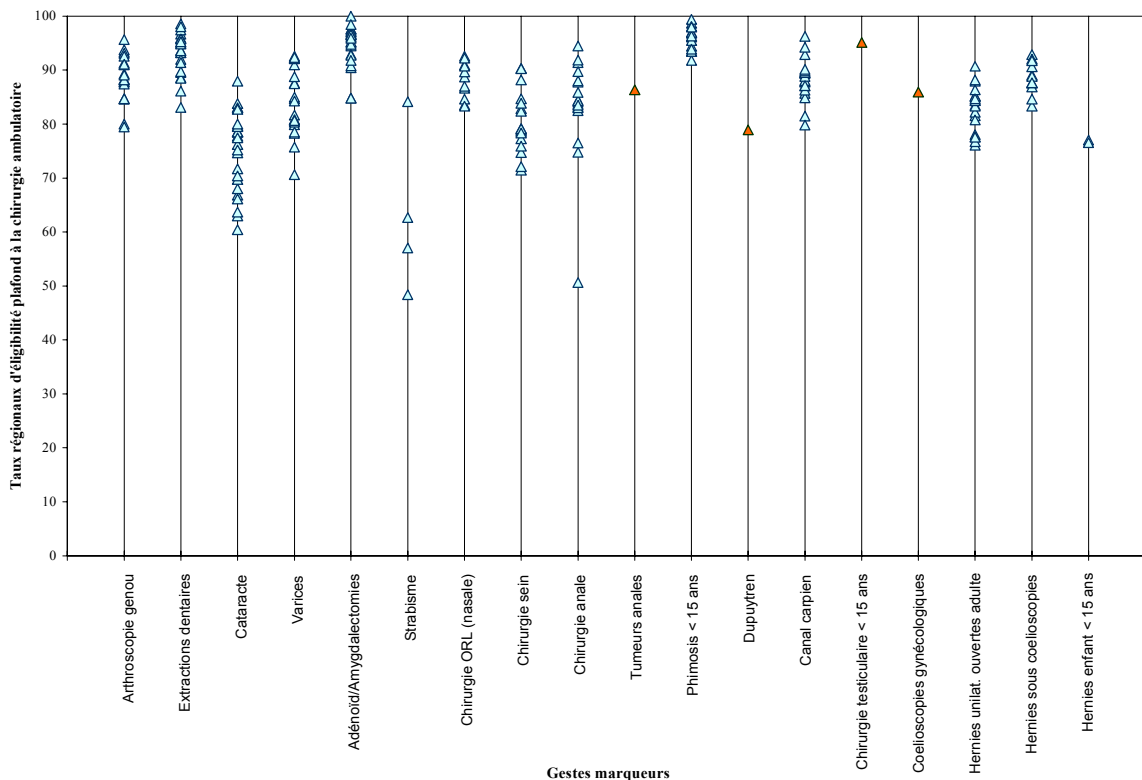


Figure 3 : Dispersion par geste marqueur des valeurs régionales du taux plafond d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire (chaque triangle représente une valeur régionale du taux plafond d'éligibilité). Source : Enquête PNIR "Chirurgie Ambulatoire" - Volet Potentiel de Substitution - septembre 2003



3.3.2 ANALYSE DE L'OFFRE DE SOINS EN 1999 (Volet Etat des lieux et typologies des établissements)

L'approche établissements a été réalisée à partir de requêtes nationales sur les données 1999 des systèmes d'information. Elle a consisté en la construction, sur la base de typologies d'établissements, d'un **outil d'aide au diagnostic** en vue de déterminer les classes d'établissements « potentiellement porteuses » d'un développement de la chirurgie ambulatoire dans leur contexte.

Cette approche a eu pour objet de construire tout d'abord, à partir de traitements de statistiques descriptives, **deux typologies d'établissements** [une typologie pour le champ Objectif Quantifié National (OQN) et une pour le champ Dotation Globale (DG)]. Cela a permis de dégager des profils de classes d'établissements à partir de critères statistiques. Ces classes d'établissements peuvent être visualisées au moyen de graphiques à deux dimensions (cf. figures 4 et 5).

Puis secondairement l'interprétation du groupe de travail a permis de caractériser la classe quant à sa potentialité à développer la chirurgie ambulatoire.

Le nombre total d'établissements de santé étudiés a été de 1265 établissements soit 499 publics et privés **sous DG (identifiés au sens FINESS juridique)** et 766 établissements privés **sous OQN (identifiés au sens FINESS géographique)**.

Les résultats ont permis de répartir :

- ❑ les 766 établissements **sous OQN en 25 classes d'établissements**,
- ❑ les 499 établissements **sous DG en 9 classes d'établissements**.

Ces classes ont été ensuite regroupées en trois catégories :

- ❑ « potentiellement porteuse » d'une capacité de développement sur plusieurs disciplines chirurgicales,
- ❑ « potentiellement non porteuse » sur plusieurs disciplines chirurgicales,
- ❑ autres cas.

Une classe appartenait à la catégorie « potentiellement porteuse » sur plusieurs disciplines chirurgicales si elle était susceptible de développer une activité de chirurgie « qualifiée et substitutive » sous deux conditions : masse critique importante sur les gestes marqueurs et transfert possible en ambulatoire sur plusieurs disciplines chirurgicales.

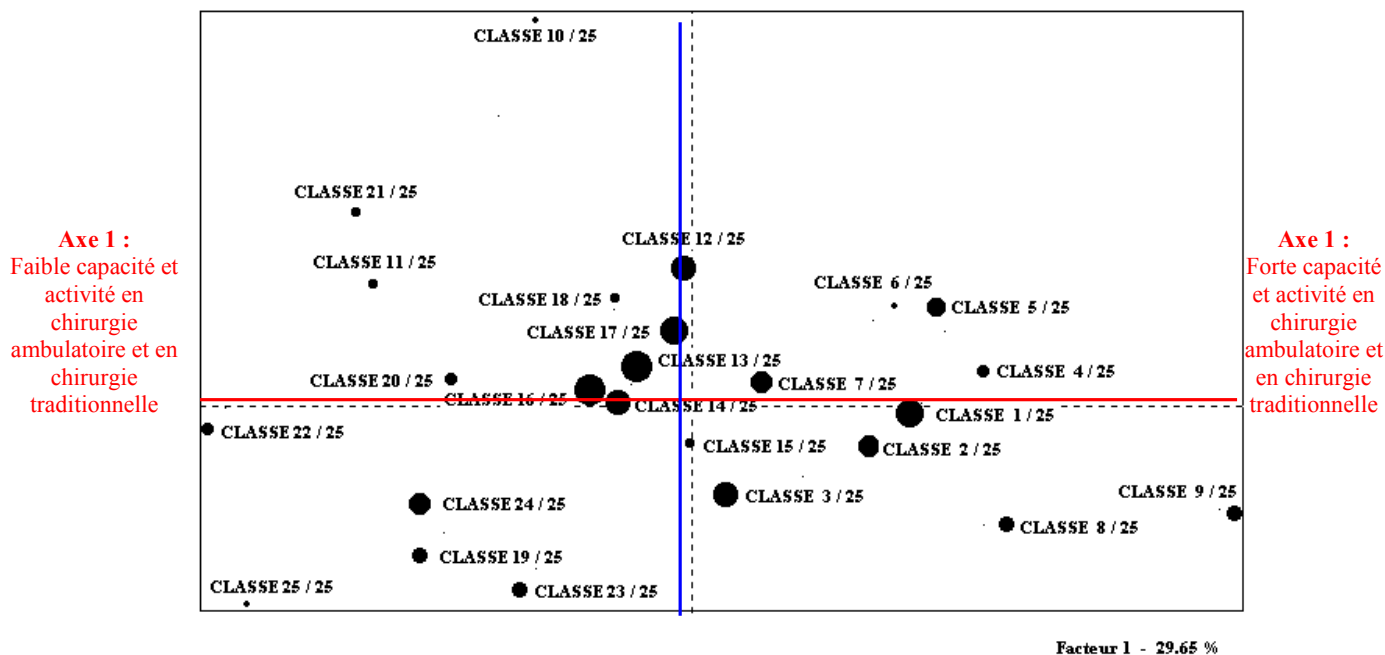
CHAMP OQN

Les 25 classes d'établissements du champ OQN peuvent être visualisées au moyen de graphiques à deux dimensions (cf. figure 4).

Figure 4 : Représentation statistique (analyse en composante principale et classification ascendante hiérarchique) des 25 classes d'établissements sous OQN sur les deux premiers axes . Source : Enquête PNIR "Chirurgie Ambulatoire" - Volet Etat des lieux/typologies – septembre 2003

Axe 2 : Faible activité de chirurgie ambulatoire et forte activité d'endoscopie dans l'activité ambulatoire

Facteur 2 - 18.01 %



Axe 2 : Forte activité de chirurgie ambulatoire et faible activité d'endoscopie dans l'activité ambulatoire.

Les classes d'établissements à droite du graphique sont celles qui regroupent les établissements ayant une forte capacité en lits et places et une forte activité en chirurgie traditionnelle et ambulatoire. Inversement, les classes d'établissements à gauche du graphique sont celles qui regroupent les établissements ayant une faible capacité en lits et places et une faible activité en chirurgie traditionnelle et ambulatoire (axe 1).

Les classes d'établissements en haut du graphique sont celles qui regroupent les établissements ayant une faible activité de chirurgie ambulatoire et une forte activité d'endoscopie ambulatoire. Inversement, les classes d'établissements en bas du graphique sont celles qui regroupent les établissements ayant une forte activité de chirurgie ambulatoire et une faible activité d'endoscopie ambulatoire (axe 2).

Pour le champ OQN, six classes ont été regroupées dans la catégorie « potentiellement porteuse » d'une dynamique de développement de la chirurgie ambulatoire sur plusieurs disciplines. Ces six classes sont constituées de 252 établissements soit 33% des établissements sous OQN. Ces six classes présentent les caractéristiques suivantes : moyenne ou forte capacité (proche ou au-delà des 60 lits de chirurgie en hospitalisation complète) ; plus l'établissement a un nombre important de lits, plus il semble difficile de mobiliser les différents acteurs autour de la chirurgie ambulatoire et, inversement, moins l'établissement a de capacités en lits, plus il semble utiliser la chirurgie ambulatoire comme un moyen d'attractivité ou d'appel.

Par ailleurs, **quinze classes ont été regroupées dans la catégorie « potentiellement non porteuse » sur plusieurs disciplines** (422 établissements).

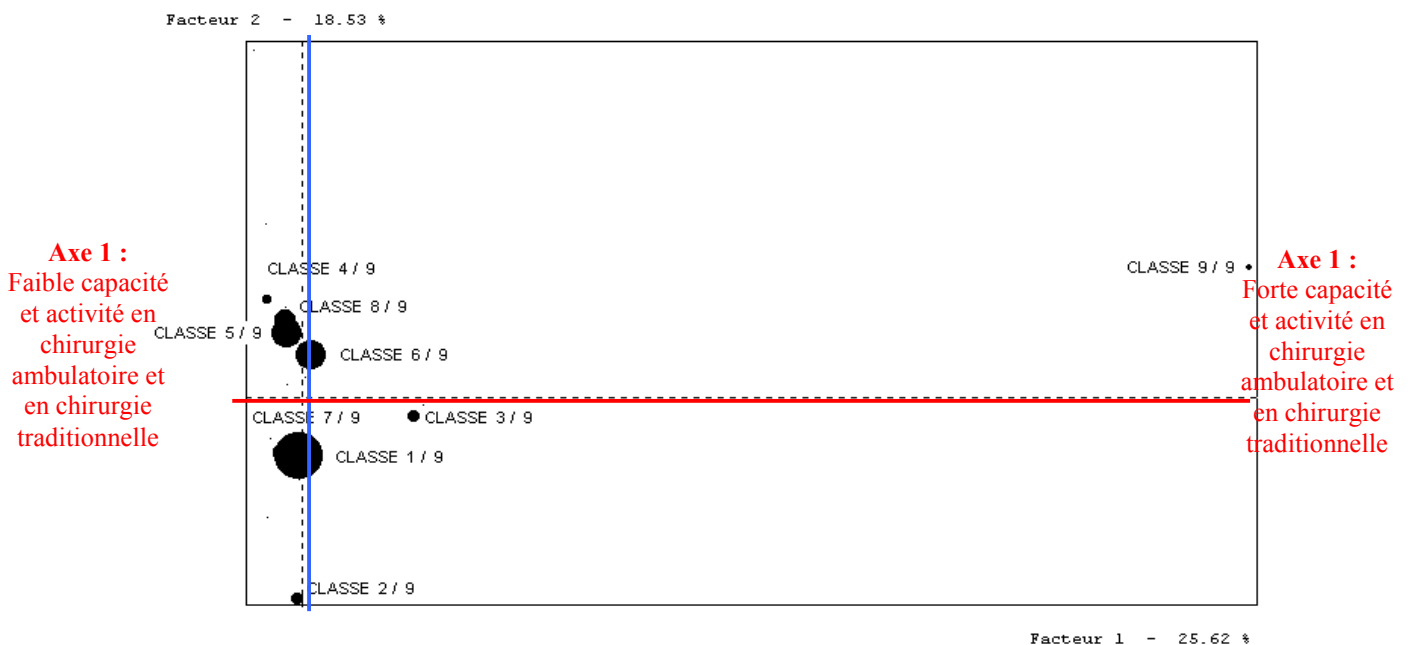
Quatre autres classes (92 établissements) comprenant des établissements monodisciplinaires et des établissements de moyenne capacité **n'ont pas pu être regroupées dans l'une de ces deux catégories.**

CHAMP DG

Les 9 classes d'établissements du champ DG peuvent être visualisées au moyen de graphiques à deux dimensions (cf. figure 5).

Figure 5 : Représentation statistique (analyse en composante principale et classification ascendante hiérarchique) des 9 classes d'établissements sous DG sur les deux premiers axes . Source : Enquête PNIR "Chirurgie Ambulatoire" - Volet Etat des lieux/typologies – septembre 2003

Axe 2 : Fort potentiel d'activité transférable



Axe 2 : Faible potentiel d'activité transférable

Les classes d'établissements à droite du graphique sont celles qui regroupent les établissements ayant une forte capacité en lits et places et une forte activité en chirurgie traditionnelle et ambulatoire. Inversement, les classes d'établissements à gauche du graphique sont celles qui regroupent les établissements ayant une faible capacité en lits et places et une faible activité en chirurgie traditionnelle et ambulatoire (axe 1).

Les classes d'établissements en haut du graphique sont celles qui regroupent les établissements ayant un fort potentiel d'activité chirurgicale transférable en ambulatoire. Inversement, les classes d'établissements en bas du graphique sont celles qui regroupent les établissements ayant un faible potentiel d'activité chirurgicale transférable en ambulatoire (axe 2).

Pour le champ DG, hors l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, **trois classes représentant 172 établissements ont été regroupées dans la catégorie « potentiellement porteuse » d'une dynamique de développement de la chirurgie ambulatoire sur plusieurs disciplines soit 35% des établissements sous DG.** Deux classes ont les caractéristiques suivantes : établissements "pivots de secteur", de recours²⁴ pour d'autres activités que la chirurgie ambulatoire, masse critique importante en gestes marqueurs, pratique importante de chirurgie ambulatoire se faisant dans des lits d'hospitalisation complète. L'autre classe a les caractéristiques suivantes : situation géographique plutôt isolée, taux d'occupation en chirurgie ambulatoire faible, activité chirurgicale réduite, spécialisation sur quelques gestes marqueurs liée à la notoriété de quelques praticiens.

Par ailleurs, **quatre classes ont été regroupées dans la catégorie « potentiellement non porteuse » sur plusieurs disciplines** (304 établissements).

Une autre classe n'a pas pu être regroupée dans l'une de ces deux catégories du fait de sa monodisciplinarité (22 établissements).

Pour l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, des données complémentaires par sites géographiques ont permis de regrouper secondairement les établissements de la classe de l'APHP en une catégorie d'établissements géographiques « potentiellement porteuse » d'une dynamique de développement de la chirurgie ambulatoire sur plusieurs disciplines et une catégorie « potentiellement non porteuse » sur plusieurs disciplines, un groupe d'établissements n'ayant pas pu être distribué dans l'une de ces deux catégories. L'APHP apparaît, pour ce qui concerne la chirurgie ambulatoire, représentative de l'ensemble des établissements français sous dotation globale.

²⁴ Etablissements répondant à des besoins nécessitant à la fois des compétences et un plateau technique hyperspécialisé, et y associant par conséquent une démarche de recherche, voire d'enseignement.

FACTEURS EXPLICATIFS

L'examen de l'ensemble des classes d'établissements a permis d'individualiser les principaux facteurs explicatifs du niveau de développement de la chirurgie ambulatoire qui sont pour la plupart liés aux établissements. Ces facteurs concernent l'organisation interne, le volume d'activité, la taille des structures, l'éventail des cas traités (case-mix), la notoriété, la spécialisation, la stratégie gestionnaire. D'autres facteurs indépendants de la structure ont été retrouvés : concurrence entre les établissements publics et privés, conséquence de l'application de la réglementation...

MODES D'UTILISATION DE CET OUTIL DE DIAGNOSTIC

Les profils d'établissements élaborés à partir des données de l'année 1999 devront être utilisés à la lumière des évolutions structurelles des établissements intervenues depuis lors : restructuration, conversion d'activité, évolution du paysage hospitalier...

Appliqué à des données plus récentes, cet outil pourrait contribuer à suivre les pratiques de chirurgie ambulatoire et à accompagner de façon plus pertinente son développement.

3.3 POINT DE VUE DES ACTEURS EN 2001

Le développement de la chirurgie ambulatoire en France ne peut se faire que si l'ensemble des acteurs (patients et professionnels de santé) adhère à ce mode de prise en charge. L'enquête a cherché à connaître leurs points de vue.

3.3.1 POINT DE VUE DES PATIENTS (Volet potentiel de substitution)

Les déclarations des patients contactés par téléphone montraient notamment qu' :

- en cas de séjour ambulatoire et quel que soit le geste marqueur, les patients déclaraient **être satisfaits de ce mode de prise en charge dans plus de 90 % des cas**. Ils déclarent l'accepter à l'avenir dans plus de 88 % des cas ;
- en cas d'hospitalisation à temps complet, **de 22 à 58 % des patients, selon le geste considéré, ont déclaré qu'ils auraient refusé la chirurgie ambulatoire si on leur avait proposé.**

On note à la fois un fort taux de satisfaction des patients opérés en chirurgie ambulatoire et un taux plutôt élevé (variable selon le geste considéré) de refus a priori d'une éventuelle prise en charge en ambulatoire en l'absence d'une information éclairée sur ce mode de prise en charge. En conséquence, une information auprès des patients pour les sensibiliser à la chirurgie ambulatoire et à ses avantages doit être menée pour favoriser son développement.

3.3.2 POINT DE VUE DE PROFESSIONNELS DE SANTE TRAVAILLANT DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE (Volet freins et leviers)

Une enquête d'opinion auprès des acteurs de terrain travaillant dans les établissements de santé a permis de recueillir les freins et les leviers au développement de la chirurgie ambulatoire tels qu'ils étaient ressentis et exprimés. Le principe fixé a été d'avoir une approche originale en analysant l'expérience et le libre ressenti des acteurs dans leur travail quotidien. Afin d'avoir l'approche la plus globale et exhaustive possible du ressenti des acteurs enquêtés, le questionnaire a comporté des questions « fermées » (listing d'items à cocher) et des questions « ouvertes » (texte libre).

Quatre acteurs ayant des fonctions représentatives au sein des établissements ont été destinataires du questionnaire d'opinion : le directeur d'établissement, le président de la Commission Médicale d'Etablissement ou du Comité Médical d'Etablissement, le responsable des soins infirmiers, le coordonnateur (ou s'il y a lieu le chef de projet) de l'unité de chirurgie ambulatoire.

1289 sites géographiques publics et privés pratiquant la chirurgie ont participé à l'enquête d'opinion en 2001 en France métropolitaine et Départements d'Outre Mer, en retournant **4712 questionnaires, soit un très fort taux de participation autour de 90%**.

Cette étude a révélé qu'il peut exister **une méconnaissance à la fois du concept organisationnel (centré sur le patient) et de la réglementation de la chirurgie ambulatoire.**

Les résultats montrent que **le patient n'apparaît pas au centre du discours des divers répondants, à l'exception des responsables des soins infirmiers**. Ces derniers sont les seuls à manifester une vision orientée vers le patient s'inscrivant dans une démarche d'information large auprès de tous les acteurs.

En effet, le **directeur** exprime un discours de fonction type avec des préoccupations réglementaires, structurelles, organisationnelles et économiques. L'expression du **président de CME** apparaît partagée entre celle du directeur et du responsable des soins infirmiers, le patient n'apparaissant pas comme sa préoccupation première. Le **chirurgien coordonnateur** exprime ses propres difficultés et ses préoccupations quotidiennes. L'**anesthésiste coordonnateur** rend compte surtout de ses difficultés organisationnelles de gestion au quotidien. La fonction transversale du coordonnateur de l'unité de chirurgie ambulatoire, indispensable et prévue par la réglementation, apparaît dévalorisée au regard de la fonction traditionnelle de producteur de soins. Il faudrait sortir d'une logique de services centrée sur le producteur et l'acte de spécialité pour aller vers une logique de prise en charge coordonnée autour du patient et de gestion des flux patients.

C'est donc avant tout grâce à une **nécessaire évolution des mentalités et des comportements des acteurs, replaçant le patient au centre de l'organisation**, que pourra s'envisager le développement de la chirurgie ambulatoire.

Cette étude a montré **la différence des problématiques entre le secteur privé et le secteur public** (cf. figures 6 et 8), témoignant de deux stades de développement de la chirurgie ambulatoire : le secteur privé est dans une phase d'industrialisation du processus et de développement, le secteur public n'en est qu'aux prémices. Cela confirme que le mode d'allocation des ressources, ainsi que la réglementation vécue différemment par les deux secteurs, peuvent être à l'origine de freins au développement de la chirurgie ambulatoire. La tarification à l'activité pour les deux secteurs et l'évolution de la réglementation pourraient donc constituer autant de leviers pour le développement de la chirurgie ambulatoire.

Cette enquête d'opinion donne une image de la chirurgie ambulatoire déjà révélée au travers des précédentes enquêtes et qui évolue peu. Elle met l'accent sur le contraste public/privé et sur les différences culturelles ou de formation des acteurs.

Il est probable que les seuls leviers constitués par le changement des modes d'allocation des ressources et de la réglementation ne soient pas suffisants pour soutenir le développement de la chirurgie ambulatoire. L'accompagnement du changement pour faire évoluer les comportements implique à la fois des actions de formation et d'information des acteurs pour replacer le patient au centre de l'épisode de soins et de l'organisation hospitalière et pour favoriser une meilleure coordination avec la médecine de ville.

Figure 6 : pourcentage de réponses selon le statut juridique à la question « quels sont les intérêts de la chirurgie ambulatoire ? »
 Source : Enquête PNIR "Chirurgie Ambulatoire" - Volet freins et leviers - septembre 2003

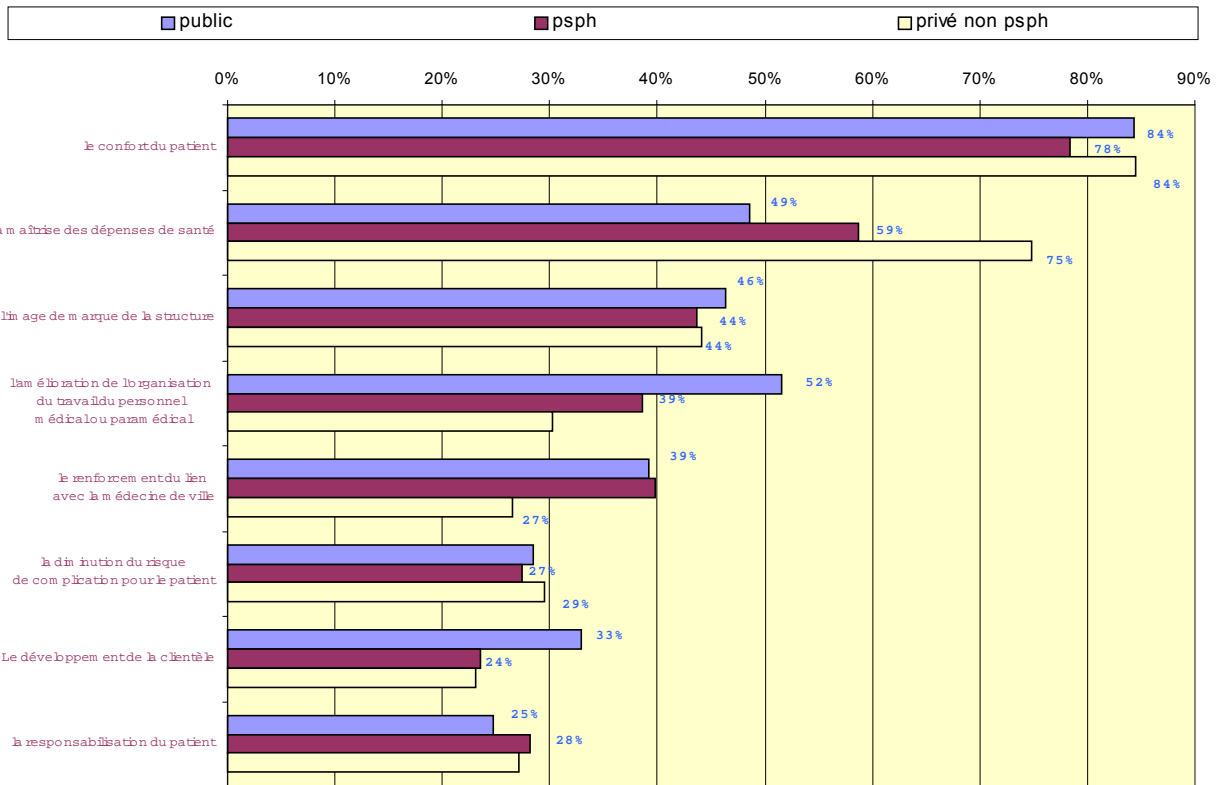


Figure 7 : pourcentage de réponses selon la qualité du répondant à la question « quels sont les intérêts de la chirurgie ambulatoire ? »
 Source : Enquête PNIR "Chirurgie Ambulatoire" - Volet freins et leviers - septembre 2003

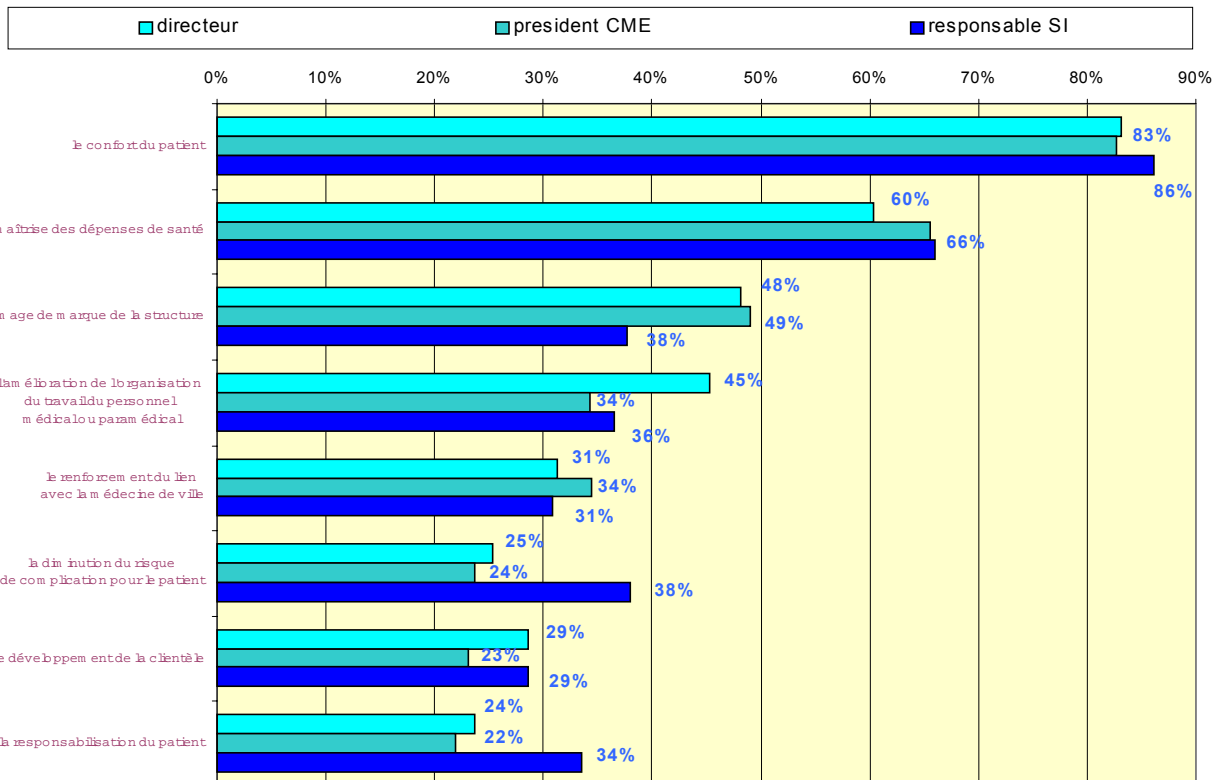


Figure 8 : pourcentage de réponses selon le statut juridique à la question « quels sont les freins majeurs de la chirurgie ambulatoire ? » Source : Enquête PNIR "Chirurgie Ambulatoire" - Volet freins et leviers - septembre 2003

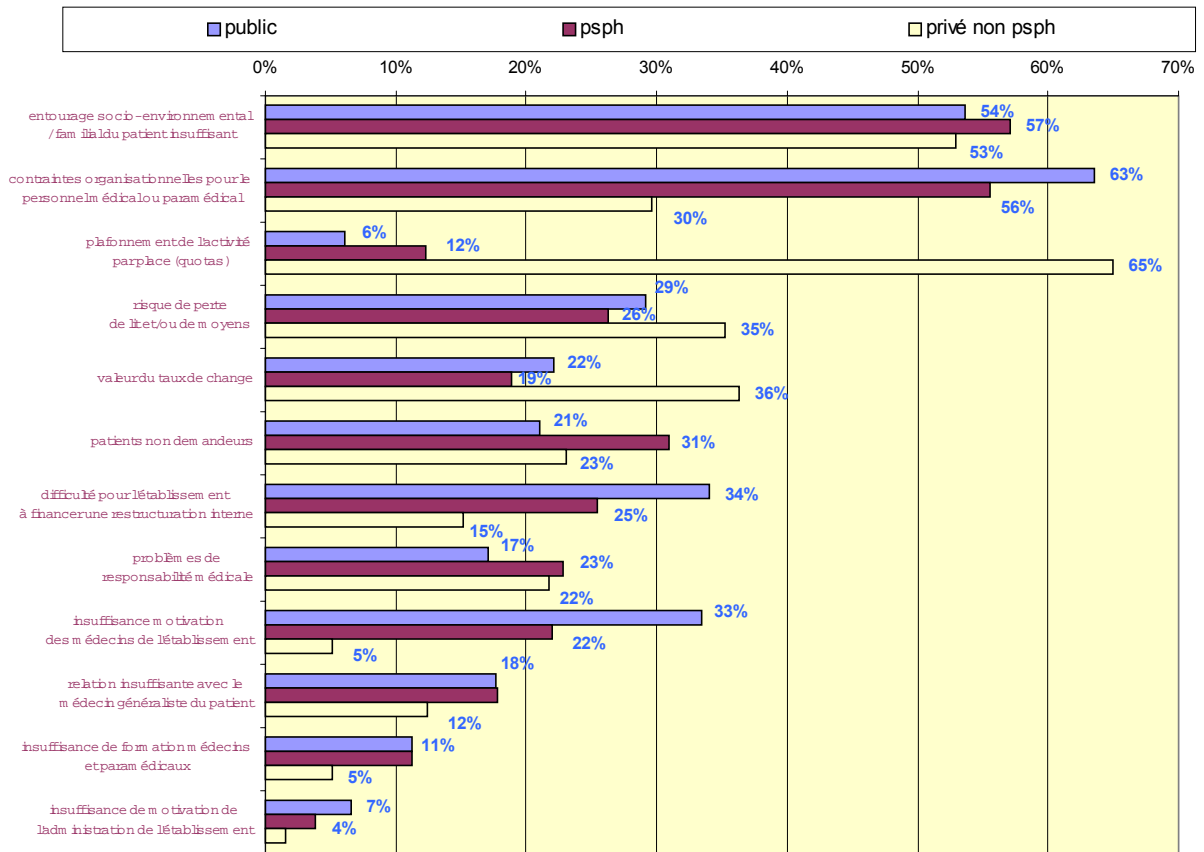
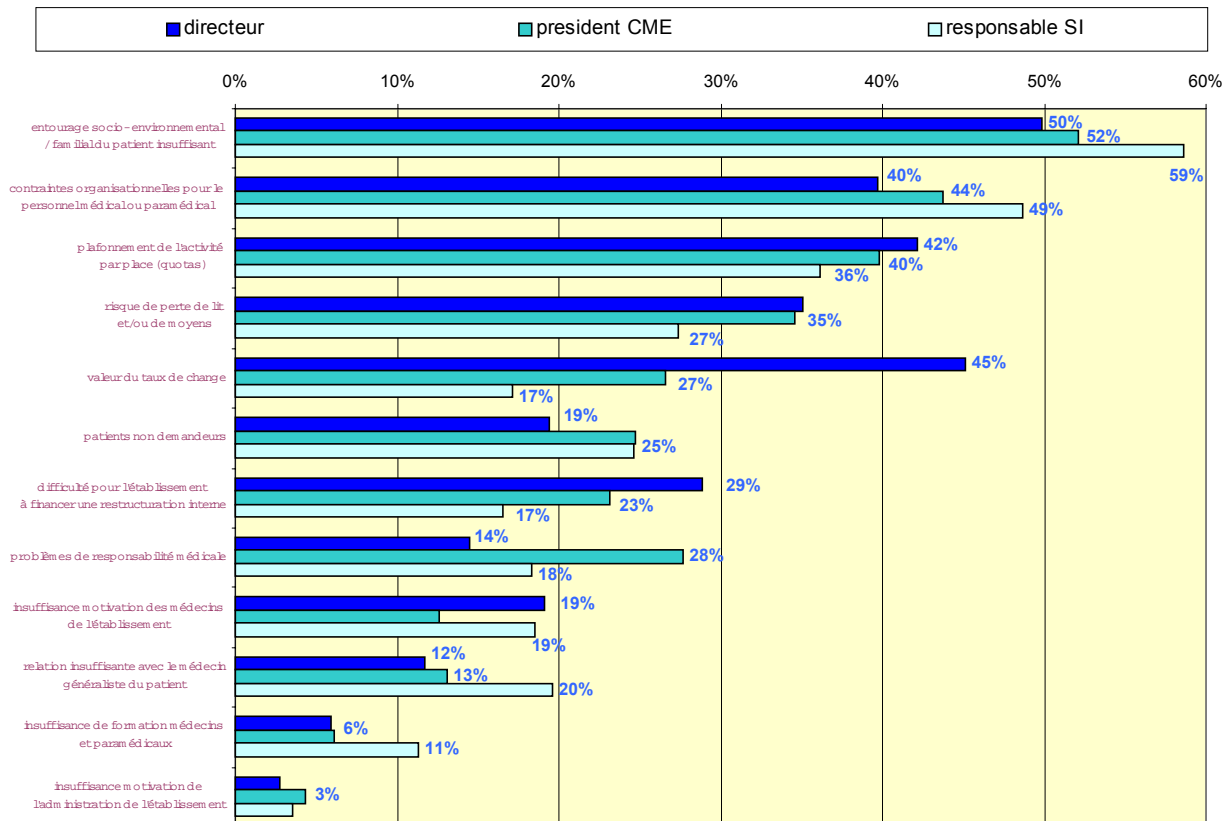


Figure 9 : pourcentage de réponses selon la qualité du répondant à la question « quels sont les freins majeurs de la chirurgie ambulatoire ? » Source : Enquête PNIR "Chirurgie Ambulatoire" - Volet freins et leviers - septembre 2003



3.4 DEPENSES DE L'ASSURANCE MALADIE EN 2001

Dans plusieurs pays de l'OCDE, la chirurgie ambulatoire s'est développée en réponse à de fortes contraintes financières. En France, aucune étude nationale n'avait jusqu'à présent étudié les dépenses liées à ce mode de prise en charge.

L'étude a eu donc pour objectifs de :

- comparer les dépenses de l'assurance maladie liées à la prise en charge en hospitalisation complète et en ambulatoire,
- étudier les éventuels transferts de dépenses entre les enveloppes « soins de ville » et hospitalières qui feraient suite aux transferts d'activité entre l'hospitalisation complète et la prise en charge ambulatoire.

Cinq interventions chirurgicales parmi les plus fréquemment pratiquées ont été la cible de ce volet : chirurgie de la cataracte unilatérale, arthroscopie du genou avec méniscectomie, intervention unilatérale pour décompression du nerf médian au niveau du canal carpien, extraction de deux dents de sagesse sous anesthésie générale et intervention unilatérale pour varices du membre inférieur.

Des conditions médico-administratives restrictives ont permis de s'assurer que les populations étudiées en hospitalisation complète et en ambulatoire étaient comparables entre elles. Ces conditions ont porté sur les patients (âge, comorbidités, état de santé), leur régime d'assurance maladie, les durées de séjour et la nature des interventions chirurgicales. Par construction, ces échantillons restrictifs ne permettent donc pas d'extrapoler les résultats à l'ensemble des pathologies chirurgicales prises en charge en chirurgie ambulatoire ni à l'ensemble de la population.

Cette étude a pris en compte **l'ensemble des dépenses** à la charge de l'assurance maladie dans une période **couvrant trois semaines avant l'intervention jusqu'à deux mois après**. Les dépenses engagées par l'assurance maladie résultent donc de la somme des dépenses extra-hospitalières et hospitalières. Les dépenses extra-hospitalières sont les produits de la liquidation. Les dépenses hospitalières ont été évaluées différemment selon le secteur de financement : produits de la liquidation pour le secteur sous OQN ; prix de journée, d'une part, et point ISA, d'autre part, pour le secteur sous DG.

Ces méthodes différentes d'appréciation des dépenses hospitalières interdisent toute comparaison des dépenses entre les deux secteurs de financement.

La population de référence de ce volet comportait 5596 dossiers exploitables issus de 889 sites géographiques publics et privés pratiquant la chirurgie. Dans le but de garantir des populations de séjours comparables, 492 de ces dossiers exploitables ont été éliminés en raison d'hospitalisations multiples dont la cause ne pouvait être précisée.

Concernant les **dépenses globales moyennes** sur une période de trois semaines avant et deux mois après l'hospitalisation (cf. tableau 1), les séjours pris en charge en ambulatoire coûtent moins cher à l'assurance maladie que les séjours pris en charge en hospitalisation complète. **Ce différentiel est, selon les actes, entre 7 % et 26 % dans le secteur sous OQN et entre 25 % et 51 % dans le secteur sous DG.** L'enquête montre que ce différentiel est lié principalement à la période d'hospitalisation.

Tableau 1 : Ecart en % entre les moyennes de dépenses significativement différentes des deux modes de prise en charge, pour chaque acte étudié et les principaux agrégats de dépenses ²⁵ Source : Enquête PNIR "Chirurgie Ambulatoire" - Volet dépenses septembre 2003

DEPENSES	ARTHROSCOPIE DU GENOU	INTERVENTION SUR LE CANAL CARIPIEN	INTERVENTION SUR LES VARICES	INTERVENTION SUR LA CATARACTE	EXTRACTION DE 2 DENTS DE SAGESSE					
OQN										
<i>Globales moyennes</i>	-12 %	- 18 %	- 26 %	- 7 %	- 23 %					
<i>avant le séjour hospitalier</i>	NS	- 17%	NS	NS	NS					
<i>pendant le séjour hospitalier</i>	- 17 %	- 21%	- 29 %	- 9 %	- 25 %					
<i>après le séjour hospitalier</i>	NS	NS	-18%	NS	NS					
<i>Enveloppe OQN</i>	- 17%	- 24%	- 27 %	- 8 %	- 35 %					
<i>Enveloppe Soins de ville²⁶</i>	- 8%	- 13 %	- 24 %	NS	NS					
DG										
<i>Globales moyennes</i>	PJ	- 37 %	PJ	- 28 %	PJ	- 51 %	PJ	- 44 %	PJ	- 37 %
	ISA	- 25 %	ISA	- 28 %	ISA	- 41 %	ISA	- 31 %	ISA	- 25 %
<i>avant le séjour hospitalier</i>	NS		NS		NS		NS		PJ	- 61 %
	NS		NS		NS		NS		ISA	- 61 %
<i>pendant le séjour hospitalier</i>	PJ	- 44 %	PJ	- 33 %	PJ	- 56 %	PJ	- 45 %	PJ	- 37 %
	ISA	- 27 %	ISA	- 32 %	ISA	- 43 %	ISA	- 30 %	ISA	- 24 %
<i>après le séjour hospitalier</i>	NS		NS		NS		NS		NS	
<i>Enveloppe DG</i>	- 45 %		- 36 %		- 54 %		- 46 %		- 40 %	
<i>Enveloppe Soins de ville²⁷</i>	NS		NS		- 38 %		NS		NS	

NS : écart non significatif

²⁵ L'écart en % correspond à : (dépenses en ambulatoire - dépenses en hospitalisation complète) * 100 / dépenses en hospitalisation complète.

²⁶ Y compris les prestations de médecine libérale délivrées pendant l'hospitalisation non intégrées à l'OQN (frais inscrits dans la partie basse du bordereau de facturation des établissements de santé sous OQN -bordereau 615- dont les frais chirurgicaux et d'anesthésie).

²⁷ Non compris les prestations délivrées pendant l'hospitalisation et intégrées à la DG (ainsi les frais chirurgicaux et d'anesthésie).

Concernant les éventuels **phénomènes d'externalisation** d'une partie des dépenses, aucun résultat ne montre qu'une prise en charge en chirurgie ambulatoire serait à l'origine d'un transfert d'une partie des dépenses réalisées pendant le séjour hospitalier vers les périodes antérieures ou postérieures au séjour hospitalier.

Si on raisonne par **enveloppes composant l'ONDAM** (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie), la prise en charge en chirurgie ambulatoire sur les cinq actes et sur la population étudiée diminue les dépenses d'assurance maladie, selon les actes, de 8 à 35 % au niveau de l'enveloppe OQN et, de 36 % à 54% au niveau de l'enveloppe DG.

En ce qui concerne l'enveloppe « soins de ville », pour certains actes, la prise en charge en ambulatoire diminue les dépenses de l'assurance maladie, en particulier sur les postes biologie, actes diagnostiques (dont la radiologie), consultations spécialisées et pharmacie pendant le séjour hospitalier sans entraîner de dépenses supplémentaires avant et après l'hospitalisation. Ce constat fait s'interroger sur une éventuelle composante « pratique médicale » ou « structure », la consommation de soins de ville augmentant avec la durée de séjour (limitée à trois jours dans notre échantillon).

*Cette étude apporte au décideur quel qu'il soit, des **arguments économiques favorables** pour ces cinq actes et pour la population étudiée. Elle a démontré pour ces cinq actes que la prise en charge ambulatoire est source d'économies sur une population ciblée (âge, durée de séjour inférieure ou égale à 3 jours, état de santé ASA²⁸ 1 ou 2...).*

Quels sont au final les gains économiques potentiels ?

En croisant les résultats de cette enquête avec les données issues des bases du PMSI public et privé pour l'année 2001, il est d'ailleurs possible d'estimer une part des gains économiques potentiellement réalisables grâce au développement de la chirurgie ambulatoire en France.

L'estimation proposée est présentée suivant deux hypothèses sur la base des séjours d'hospitalisation complète et d'ambulatoire comportant, en 2001, un des actes retenus dans l'étude des dépenses, à l'exclusion de tout autre acte classant associé (acte Y au sens PMSI) :

- ❑ **Hypothèse basse** (population A) : la plus proche des observations de l'étude des dépenses et la plus restrictive : ne sont retenus parmi les séjours sélectionnés que ceux d'une durée inférieure à 4 jours, pour lesquels l'âge des patients correspond à celui ciblé dans l'étude²⁹ (exemple : chirurgie de la cataracte pour les patients entre 65 et 75 ans),
- ❑ **Hypothèse haute** (population B) : tous les séjours comportant un des actes retenus dans l'étude, à l'exclusion de tout autre acte classant associé, sont retenus.

Le volume des séjours éligibles à la chirurgie ambulatoire en 2001 est obtenu en appliquant aux populations A et B les taux moyens pondérés d'éligibilité plafond³⁰ déterminés pour les cinq gestes marqueurs concernés (cf volet « Potentiel de substitution »). Tels qu'ils ont été calculés, ces taux prennent en compte les contre-indications médicales et psycho-socio-environnementales à la prise en charge ambulatoire.

²⁸ cf. page 27, note 18. L'étude des dépenses n'a retenu que des patients de stade 1 ou 2.

²⁹ Cf. méthode volet « étude des dépenses » : Chirurgie de la cataracte (65 à 75 ans), arthroscopie du genou et canal carpien (moins de 65 ans), extractions dentaires (15 à 45 ans), chirurgie des varices (aucun critère)

³⁰ taux moyens pondérés d'éligibilité plafond : 76.5% pour la chirurgie de la cataracte, 88.2% pour l'arthroscopie des genoux, 88.1% pour la chirurgie du canal carpien, 94.6% pour les extractions dentaires, 84.7% pour la chirurgie des varices

Le nombre de séjours substituables est déduit de la différence entre les séjours éligibles à la chirurgie ambulatoire et les séjours effectivement réalisés en ambulatoire en 2001.

Les économies potentiellement réalisables sur les cinq activités étudiées résultent alors du produit du nombre de séjours substituables et de l'écart des dépenses globales moyennes par séjour entre les deux modes de prise en charge, telles qu'elles figurent dans le volet «Etude des dépenses » (il s'agit des dépenses engagées par l'assurance maladie sur une période de trois semaines à deux mois après l'hospitalisation).

L'économie potentielle globale pour les séjours dont l'intervention est pratiquée dans les établissements sous OQN (PMSI privé) est estimée entre 38,8 millions € (hypothèse basse : 188 mille séjours substituables) et 54,8 millions € (hypothèse haute : 297 mille séjours substituables).

L'économie potentielle totale pour les séjours dont l'intervention est pratiquée dans les établissements sous DG (PMSI public) est estimée :

- selon la valorisation en prix de journée : entre 24,9 millions € (hypothèse basse : 45 mille séjours substituables) et 43,4 millions € (hypothèse haute : 75 mille séjours substituables),
- selon la valorisation par les points ISA : entre 26,8 millions € (hypothèse basse : 45 mille séjours substituables) et 46,6 millions € (hypothèse haute : 75 mille séjours substituables).

Au total pour les deux secteurs et uniquement pour les cinq activités chirurgicales ciblées de l'étude, il apparaît que les économies potentielles calculées à partir des données 2001 sont estimées entre 64 et 101 millions €

Par ailleurs, cette étude basée sur les dépenses de l'assurance maladie pourrait contribuer à la réflexion qui prévaut actuellement sur l'évolution du mode de financement des établissements vers une tarification à l'activité.

3.5 SYNTHÈSE ET PRECONISATIONS

Cette enquête par son **approche globale et plurifactorielle** montre que le mode de prise en charge ambulatoire génère satisfaction des patients et économies de temps et de ressources.

L'analyse des besoins de la population a permis de déterminer un potentiel de substitution en chirurgie ambulatoire par région et par geste marqueur en 2001. **Il appartiendra à chaque région de définir un taux cible régional par geste marqueur en fonction de ses choix en matière d'hospitalisation.** Ces taux cibles régionaux pourront s'inscrire dans le cadre de la révision des volets chirurgie des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire.

Le choix des gestes marqueurs à développer prioritairement pourrait porter sur les gestes présentant les caractéristiques suivantes : réalisation régulière en ambulatoire ; grand nombre de patients potentiellement transférables ; pratiques professionnelles protocolisées. Le choix des cinq actes retenus dans le cadre de l'étude des dépenses pourrait en constituer la trame pour les établissements qui ont les structures chirurgicales appropriées conformes à la législation actuelle et qui ont un important potentiel.

Les taux cibles régionaux par geste marqueur **devront ensuite être déclinés individuellement par établissement** en prenant en compte notamment ses différents **taux observés de chirurgie ambulatoire et sa capacité à s'inscrire dans une dynamique de développement de la chirurgie ambulatoire.** Ce dernier point pourra être évalué par les services de l'assurance maladie du fait de leur connaissance des structures, des projets d'établissement, des projets médicaux territoriaux... Il sera en particulier apprécié à partir de la lecture des typologies d'établissements en 1999 et du **caractère « potentiellement porteur ou non » d'une dynamique de développement de la chirurgie ambulatoire sur plusieurs disciplines chirurgicales.** Ce caractère est basé à la fois sur la présence d'une masse critique de gestes marqueurs substituables dans l'établissement et d'un transfert possible sur un nombre significatif de disciplines chirurgicales, témoin d'une organisation adaptée. Cette lecture nécessitera de prendre en compte les éventuelles évolutions structurelles des établissements depuis 1999, en particulier les projets de complémentarité public/privé.

Ces dix huit gestes marqueurs ont été choisis pour être des indicateurs de la pratique de la chirurgie ambulatoire et constituer des vecteurs de son développement. Ils représentent 50 % de la chirurgie ambulatoire dite « qualifiée et substitutive » (GHM 761 à 777+885). La réflexion sur le développement de la chirurgie ambulatoire **devra aussi concerner les autres actes non choisis dans le cadre de cette enquête** et qui pourraient être aussi, pour certains établissements, d'importants vecteurs de son développement.

L'enquête d'opinion a permis de montrer que l'enjeu en matière de développement de la chirurgie ambulatoire en France **nécessitait avant tout une évolution des mentalités et des comportements des acteurs, replaçant le patient au centre de l'organisation**. Cela implique une évolution de la culture centrée sur le service et l'acte de spécialité vers une nouvelle culture d'organisation tout entière centrée sur le patient. Cela nécessite donc que soit assurée l'information la plus large possible des professionnels travaillant dans les établissements de santé, en sensibilisant en particulier les équipes qui ne la pratiquent pas encore, le personnel infirmier pouvant être un relais important. Il convient aussi d'y associer les médecins généralistes et d'amplifier l'information auprès des patients. **Formation, information et communication demeurent une nécessité.**

Les résultats économiques devront faire l'objet d'une large communication auprès de l'ensemble des acteurs de santé. L'inscription de la chirurgie ambulatoire dans le cadre d'une maîtrise médicalisée des dépenses de santé permettra d'optimiser les ressources de l'assurance maladie, tout en contribuant à améliorer la qualité des soins.

Enfin, il faudra s'assurer de la conjonction favorable **d'un certain nombre de facteurs** notamment liés :

- ❑ à l'adéquation entre l'acte lui-même (technicité requise selon le niveau de complexité de l'acte) et le patient (consentement éclairé de la prise en charge ambulatoire),
- ❑ à l'opérateur ou à l'anesthésiste (techniques utilisées en pratique quotidienne, formation aux nouvelles techniques, démographie médicale...),
- ❑ à l'organisation des équipes médico-chirurgicales (coordination pour la prise en charge des patients ambulatoires),
- ❑ à l'établissement de santé (volonté de développement de la chirurgie ambulatoire inscrite dans le projet d'établissement et s'intégrant au projet médical territorial)
- ❑ à la politique régionale d'hospitalisation (développement de la chirurgie ambulatoire décliné par le schéma régional d'organisation sanitaire).

Les leviers qui pourraient être mis en œuvre pour favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire **sont donc de plusieurs natures** : l'information des patients et des professionnels de santé par une sensibilisation aux avantages de ce mode de prise en charge, la formation des professionnels de santé, notamment les généralistes par le biais de l'enseignement et de la formation continue, l'évolution du mode d'allocation des ressources et l'adaptation de la réglementation, notamment sur les quotas d'activité, les taux de change et sur la graduation des plateaux techniques dans le cadre de la révision des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire et de leur déclinaison dans les Contrats d'Objectifs et de Moyens.

La démarche sera déclinée en trois étapes :

- ❑ appropriation des résultats par l'ensemble des acteurs en assurant un large retour d'information,
- ❑ engagement d'une démarche régionale en s'aidant des résultats de l'enquête et d'autres résultats disponibles au niveau des régions,
- ❑ suivi de son développement en accompagnant les acteurs.

La collaboration active qui s'est déployée tout au long de la réalisation de cette enquête entre les représentants de l'assurance maladie et les différents acteurs devra être poursuivie et amplifiée pour s'assurer d'un développement optimal de la chirurgie ambulatoire.

ANNEXE 1
Les contributions nationales

Plusieurs enquêtes nationales et régionales, conférences et concepts ont contribué à la réflexion qui a prévalu à l'élaboration de la méthodologie de l'enquête PNIR sur la chirurgie ambulatoire.

La **conférence de consensus**³¹ consacrée à la "chirurgie sans hospitalisation" en mars 1993 a défini la chirurgie ambulatoire, précisé les conditions de sa réalisation ainsi que les types de structure adaptés à la prise en charge ambulatoire.

En 1997, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) a publié un rapport³² d'évaluation des études relative au transfert des actes de chirurgie classique vers la chirurgie ambulatoire fondé sur l'analyse critique de la littérature. Elle retient que, malgré certaines limites méthodologiques, les études ciblées, sur quatre spécialités chirurgicales, montrent que les patients peuvent être pris en charge en chirurgie ambulatoire avec la même efficacité, sans les exposer à un surcroît de complications et en mobilisant moins de ressources en terme de coût direct qu'en hospitalisation complète. Elle conclut à l'existence d'un déséquilibre d'activité en France entre secteur public et privé, dû aux modalités de tarification comme à l'application de critères d'autorisation ne prenant pas en compte suffisamment la perspective de substitution.

Depuis plusieurs années, l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA), membre de l'International Association for Ambulatory Surgery (IAAS), réfléchit aux moyens de promouvoir la chirurgie ambulatoire en France. Elle a été à l'origine de plusieurs travaux dont la réalisation en 1996 d'une enquête d'opinion auprès des acteurs travaillant dans les établissements publics³³ et la création du concept des "actes marqueurs"³⁴ traceurs d'une chirurgie ambulatoire qualifiée et substitutive. Ces deux travaux ont constitué une base de travail pour trois des volets de l'enquête inter-régimes : « potentiel de substitution », « état des lieux - typologies des établissements », « freins et leviers ».

Les publications du Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de Santé (CREDES)³⁵ se sont intéressées à analyser le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire, en essayant de pallier le défaut d'information des bases de données en matière de contre-indications (notamment psycho-sociales) par l'utilisation de la durée de séjour, témoin d'une comorbidité globale ou de problèmes psycho-sociaux.

³¹ CONFERENCE DE CONSENSUS, "La chirurgie sans hospitalisation - contribution des experts", conférence de consensus - 22, 23 et 24 mars 1993, *Fondation de l'avenir* (voir aussi "chirurgie de court séjour- Rapport sur la Conférence de consensus", *Cahiers de Chirurgie*, n°87 – 3/1993)

³² ANAES, "La chirurgie ambulatoire", *Evaluation technologique*, mai 1997

³³ MC L'HUILLIER « Où en est la chirurgie ambulatoire dans le secteur public ? » *extrait du livre AFCA 1996*

³⁴ « La notion d'actes marqueurs d'une chirurgie ambulatoire qualifiée et substitutive : méthodologie / utilité » *AFCA octobre 1996*

³⁵ CREDES, "Développer la chirurgie ambulatoire : l'exemple du Québec", novembre 1997 ; BUSSON O., DOUSSIN A., SOURTY-LE GUELLEC M-J., "Estimation du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire : l'exemple des cures de hernies inguinales ou crurales", *biblio*, n° 1303; *questions d'économie de la santé*, n°30 CREDES, mai 2000 ; SOURTY-LE GUELLEC M-J., "Le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire de la cataracte en France en 1999", *biblio*, n° 1357; *questions d'économie de la santé*, n°41, CREDES, septembre 2001 ; SOURTY-LE GUELLEC M-J., "La chirurgie ambulatoire : potentiel de développement pour 17 gestes marqueurs", *questions d'économie de la santé - analyses*, n° 50 ; avril 2002

Trois **études régionales de l'assurance maladie** se sont intéressées aux facteurs conditionnant le développement de la chirurgie ambulatoire :

- L'enquête sur l'étude comparative des dépenses de l'Assurance Maladie en hospitalisation complète et ambulatoire dans les établissements privés de Bretagne en 1998, s'attachant à la comparaison des dépenses pour cinq actes chirurgicaux sur une période de quatre mois³⁶.
- L'enquête 2000-2001 sur la chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé privés du Languedoc Roussillon, évaluant le potentiel de substitution à partir d'une approche centrée sur l'exploitation des systèmes d'information et l'analyse des dossiers médicaux en établissements³⁷.
- L'enquête sur la chirurgie ambulatoire en Alsace et en Lorraine de 2001 dressant un état des lieux ainsi que l'étude des freins et leviers au développement de la chirurgie ambulatoire par une enquête d'opinion³⁸.

Ces études régionales ont constitué une base de travail pour les quatre volets de l'enquête inter-régimes.

Enfin, l'**Académie Nationale de Médecine**, dans sa séance thématique consacrée à la chirurgie ambulatoire de juin 2001³⁹, a précisé dans son rapport final que la mise en place de ce concept organisationnel demeurerait en France très en retard par rapport aux autres pays de l'OCDE et, qu'à condition d'être réalisée dans les conditions appropriées et dans les règles, la prise en charge ambulatoire permet des soins de qualité. Par ailleurs, l'Académie précise la nécessité de faire évoluer la culture centrée sur le service et l'acte de spécialité vers une nouvelle culture d'organisation centrée sur le patient.

³⁶ PREVOST P., TAILLANTER L., *Chirurgie ambulatoire – étude comparative des coûts en hospitalisation complète et en chirurgie ambulatoire*, (ERSM de Bretagne), Rennes, mars 1998

³⁷ GIRAUDON M., *La chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé privés en Languedoc Roussillon*, (DRSM Languedoc Roussillon), décembre 2001

³⁸ KUSS J. J., JONG O. de, BALLIET J-M., THORN S., LESUR P., WEILL G., VERROUST P., "La chirurgie ambulatoire en Alsace et en Lorraine", *Actes des Journées EMOIS 2002*, Nancy, mars 2002

³⁹ PELLERIN D., PARMENTIER G., SALES J. P., JOUFFROY L., AOUSTIN M., HOLLENDER L. (contributions), "La chirurgie ambulatoire", séance thématique du 12 juin 2001, *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2001, 185, n°6, p 1023-1085

ANNEXE 2 :
La conduite de projet

1. PHASE DE PREPARATION DE LA METHODE AU PLAN NATIONAL

La préparation de la méthodologie a été réalisée sous la responsabilité d'un groupe « maîtrise d'œuvre » qui a été chargé de la mise en place de quatre groupes de travail (" Etat des Lieux ", " Gestes marqueurs ", " Potentiel de substitution " et " Dépenses "), de la déclinaison opérationnelle des objectifs de l'enquête, de la validation des choix méthodologiques dégagés par les groupes de travail et de la définition des orientations de l'enquête.

2. PHASE DE MISE EN OEUVRE DE L'ENQUETE AU PLAN REGIONAL PAR LES GROUPES PROJETS REGIONAUX

Trois des quatre volets ont nécessité la mise en œuvre d'une enquête sur le terrain. Un chef de projet régional inter-régimes a donc été désigné par région administrative ARH, ce chef de projet étant obligatoirement un médecin conseil en raison des contraintes de confidentialité liées au circuit des données médicales.

Le chef de projet régional inter-régimes s'est entouré pour accomplir ses missions d'un groupe projet rassemblant le coordonnateur CRAM/CGSS, les correspondants médicaux et administratifs des autres régimes ainsi que le représentant de l'URCAM.

Le chef de projet régional inter-régimes a assuré l'information du directeur de l'ARH en concertation avec le Collège Assurance Maladie de la Commission Exécutive, a veillé au relais de cette information auprès des établissements et au bon déroulement de l'enquête sur le terrain, a garanti la coordination inter-régimes (répartition des établissements, échanges de fiches papier, respect des délais...), a veillé à l'exhaustivité et à la qualité des fichiers régionaux pour les volets « potentiel de substitution » et « étude des dépenses » et a assuré leur transmission au niveau national pour exploitation.

Le coordonnateur CRAM/CGSS avait notamment pour mission de s'assurer de la désignation des agents administratifs chargés du recueil des fiches « structure » du volet "freins et leviers", d'organiser avec les médecins conseils le planning des visites en établissement, de contrôler l'exhaustivité et la qualité des fichiers régionaux et de les adresser au niveau national pour exploitation.

3. PHASE D'EXPLOITATION DES DONNEES AU PLAN NATIONAL

Quatre groupes de travail « potentiel de substitution », « état des lieux - typologies des établissements », « freins et leviers » et « dépenses » ont eu pour missions de rédiger les protocoles d'exploitation, d'analyser les données et de discuter les résultats.

Un comité de coordination a procédé à la validation "interne" des productions spécifiques de chaque groupe de travail et à l'organisation des connexions entre les quatre volets de l'enquête.

Un comité de suivi, pourvu d'un regard externe au projet, a été chargé de la validation aux étapes clés de l'enquête et de la confirmation des orientations prises dans l'exploitation des résultats.

4. PHASE DE PUBLICATION ET DE DIFFUSION DES RESULTATS

La publication nationale des résultats s'est accompagnée d'une diffusion des résultats au réseau de l'assurance maladie. Le chef de projet régional inter-régimes et le coordonnateur CRAM/CGSS ont pour mission de relayer cette information auprès des institutionnels et des établissements de leur région.

5. CALENDRIER 2001-2003

La note de cadrage a été arrêtée le 15 décembre 2000. Les groupes de travail chargés de la construction de la méthodologie ont œuvré entre novembre 2000 et octobre 2001. L'enquête en région s'est déroulée entre octobre 2001 et mai 2002. En février 2002 se sont mis en place les quatre groupes de travail chargés de l'exploitation des différents volets de l'enquête. L'ensemble des travaux s'est achevé en juillet 2003.

Une diffusion régionale des résultats au niveau institutionnel et auprès des établissements accompagne la publication nationale des résultats des quatre volets en septembre 2003.

Conformément à la lettre signée par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) et les directeurs des trois Caisses Nationales en octobre 2001, un groupe de travail Etat/Assurance Maladie s'est mis en place afin d'analyser les résultats de cette enquête et contribuer à la définition de préconisations organisationnelles que la DHOS sera amenée à formuler dans le cadre de la révision des SROS.

ANNEXE 3 :
La chirurgie ambulatoire : pour
comprendre
Contribution de l'AFCA



LA CHIRURGIE AMBULATOIRE : pour comprendre

L'enquête PNIR 2001 - 2003 sur la Chirurgie Ambulatoire s'est appuyée sur un partenariat avec l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire(AFCA). L'AFCA se devait de préciser, pour le lecteur, et toute personne qui souhaite comprendre ce qu'est, à cette date, la chirurgie ambulatoire en France, les notions de base susceptibles d'éclairer les choix méthodologiques et les problématiques traitées dans l'enquête.

1. HISTORIQUE

La première expérience de chirurgie ambulatoire a été rapportée en 1909 par un chirurgien écossais Nicoll⁴⁰ à propos de la prise en charge d'enfants. La chirurgie ambulatoire moderne date de la fin des années 60 où elle s'est développée dans plusieurs hôpitaux nord américains sous l'effet à la fois d'une réaction contre la bureaucratie hospitalière et de contraintes de qualité et de coût.

Au sein des systèmes de santé différents, la chirurgie ambulatoire s'est développée sur des bases communes dans de nombreux pays de l'OCDE. **Elle a constitué une réponse à des problématiques diversement ressenties selon les pays mais le plus souvent partagées** : excédent ou pénurie de l'offre de soins et nécessité de restructurer l'offre hospitalière, développement des nouvelles techniques anesthésiques et chirurgicales et modification des pratiques professionnelles, vieillissement de la population et accroissement de la demande, corporatisme médical et résistance au changement, exigence en terme de qualité et sécurité et pression médiatique, allongement des files d'attente et nécessité d'adapter et de transformer l'hôpital, ralentissement économique et réduction des dépenses dédiées à la santé.

En France, introduite pour la première fois comme alternative à l'hospitalisation complète dans la loi hospitalière de 1970, elle a fait l'objet en 1992 d'une réglementation précise.

2. DEFINITIONS

Les définitions de la chirurgie ambulatoire sont différentes selon les pays (alternative à l'hospitalisation complète, avec ou sans nuit d'hospitalisation, durée de moins de 12 heures à moins de trois jours, hôtel médicalisé, office surgery, day surgery...), mais le concept organisationnel centré sur le patient est la constante.

⁴⁰ The surgery of infancy ; James Nicoll ; British Medical Journal 1901

En France deux définitions fondatrices sont complémentaires:

- Par chirurgie ambulatoire, "on entend les actes chirurgicaux et/ou d'explorations programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous anesthésie de mode variable, et suivie d'une surveillance postopératoire prolongée, permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission."⁴¹
- « Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire permettent d'effectuer, 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 » Ces structures « dispensent sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à 12 heures (...) des prestations qui équivalent « par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées en hospitalisation à temps complet »⁴².

En corollaire la chirurgie ambulatoire N'EST PAS :

- **Une invention.** Il s'agit d'une innovation, génératrice de progrès dans les organisations, de réforme des comportements, de professionnalisation des acteurs de santé.
- **Une technique nouvelle.** Même si le progrès technique (techniques moins invasives, maîtrise de la douleur post-interventionnelle) a favorisé le développement de la chirurgie ambulatoire, il est étranger à son origine.
- **Une technique.** Il s'agit d'un mode de prise en charge.
- **Une chirurgie de cabinet ou des soins externes.** Il s'agit d'une chirurgie substitutive à l'hospitalisation complète.
- **Une chirurgie improvisée ou d'urgence,** mais une chirurgie organisée et programmée.
- **Une chirurgie mineure.** Il s'agit d'une chirurgie qualifiée, et une équipe entraînée peut mettre en œuvre des techniques sophistiquées.
- **Une simple réduction au seul concept architectural ou à la seule compétence du praticien,** c'est une organisation et une gestion des flux.
- **Une limitation à un nombre restreint d'actes chirurgicaux ou anesthésiques** mais une chirurgie protocolisée, formalisée, avec des procédures de sélection des patients.
- **Une chirurgie réservée à la seule population jeune** mais une chirurgie proposée à des patients sur une sélection multicritères.

3. CONCEPT ORGANISATIONNEL

La chirurgie ambulatoire est avant tout un **concept organisationnel centré sur le patient**. « **l'organisation est au centre du concept, le patient est au centre de l'organisation** »⁴³, en rupture avec la pratique de l'hospitalisation traditionnelle où le patient est en attente des événements générés par les différents services (admission, radiologie, bloc opératoire...).

Son développement suppose une **évolution passant d'une simple distribution des ressources centrée sur l'acte chirurgical à une culture d'organisation centrée sur le patient**. Comme l'Hôpital se trouve au centre d'enjeux de pouvoirs considérables, toute

⁴¹ Rapport de la Conférence de consensus mars 1993 ; Fondation de l'Avenir

⁴² article R.712-2-1 et D 712-30 Code de santé Publique

⁴³ Ambulatory Surgery : an organisational and cultural revolution, a social and political challenge ; De Lathouwer 3^{ème} congrès international de chirurgie ambulatoire 1999

réflexion sur l'organisation entraîne donc des résistances au changement en ce qu'elle est porteuse d'une remise en cause de la notion de chefferie de services et d'appropriation de lits.

La chirurgie ambulatoire est un concept complexe et multidisciplinaire articulant les sphères institutionnelles, administratives, organisationnelles, médicales, de soins, économiques et qualitatives. Cette articulation permet forcément de l'inscrire dans une démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge.

La chirurgie ambulatoire est caractérisée par une **unité de lieu** (un site dédié de prise en charge), **de temps** (prise en charge limitée dans le temps) **et d'action** (action coordonnée et globale de l'équipe de soins).

La mise en œuvre de ce concept suppose:

- **Une équipe pluridisciplinaire** associant des compétences chirurgicales, anesthésiques, soignantes, administratives ;
- La définition d'un **couple acte/patient au sein d'une organisation** reposant sur une sélection des patients à partir des critères médicaux, psychosociaux et environnementaux, une sélection des actes et une organisation adaptée;
- Une information adaptée et une éducation des patients **responsabilisant le patient** ;
- **Une articulation entre la Ville et l'Hôpital** avec une intégration du généraliste dans l'épisode de soins à la fois en amont de l'intervention (évaluation préopératoire et présélection du patient) et en aval (optimisation du retour à domicile).

4. OUTILS D'ANALYSE

Introduction : PROBLEMATIQUE DE LA LISTE D'ACTES AMBULATOIRES

Toute publication d'une liste préétablie d'actes réalisables en ambulatoire est illogique et dangereuse. Ce ne sont pas les actes pris isolément qui sont éligibles à l'ambulatoire. A pathologie équivalente, les patients, leurs conditions de vie, les équipes de soins et l'organisation varient. **La prise en charge ambulatoire réside en fait dans la capacité qu'a le patient à assumer sa prise en charge à domicile et dans la capacité qu'a l'organisation à optimiser le parcours du patient.** Une liste limitative d'actes engendre des comportements pervers : développer la chirurgie rapide, obliger à réaliser un acte donné en ambulatoire, interdire pour une équipe performante d'étendre ses indications, favoriser des activités non substitutives.

Seuls les acteurs d'une structure donnée, dans le cadre de leur organisation peuvent définir les actes susceptibles d'être réalisés en ambulatoire dans leur propre structure.

Néanmoins, la nécessité d'appréhender l'activité de chirurgie ambulatoire justifie la construction **d'indicateurs permettant une approche qualitative et quantitative.**

Plusieurs instruments de mesure validés ont ainsi été créés en réponse à des problématiques ciblées :

- Réaliser des Comparaisons internationales (« **interventions traceuses** »)
- Qualifier la chirurgie ambulatoire (« **actes marqueurs** » construits par l'AFCA)
- Induire une dynamique de développement de la chirurgie ambulatoire (« **gestes marqueurs** » de l'enquête PNIR).

Tous reposent sur une notion commune **de choix limité mais significatif d'actes permettant de suivre le développement de la chirurgie ambulatoire.**

Tout indicateur porte en lui à la fois une dérive normative et un pouvoir de levier. Seuls l'objectif poursuivi et le contexte décident de la pertinence de l'outil.

4.1 INTERVENTIONS TRACEUSES ("REFERENCE PROCEDURES")

Afin de répondre à la demande de l'OCDE d'avoir une base de comparaison entre les pratiques des différents pays et eu égard à la variabilité internationale des définitions de la chirurgie ambulatoire, l'IAAS⁴⁴ a construit une méthode permettant de **comparer sur des bases communes les pratiques entre les différents pays.** Des actes significatifs dont la nature est suffisamment homogène à travers les différents pays (20 interventions traceuses) ont été ciblés **afin de pouvoir analyser les écarts entre ces pays** (exemple : cure de canal carpien)

4.2 ACTES MARQUEURS

Afin de pister le développement de la chirurgie ambulatoire, de limiter les éventuels effets pervers comportementaux et abus concernant les actes d'exploration et les actes dits « externes », l'AFCA a développé le **concept d'acte marqueur.**

Un acte marqueur est un indicateur **d'un niveau de pratique en matière de chirurgie ambulatoire.** Cet instrument de mesure, support d'une politique incitative, a eu donc pour finalité de repérer et de « marquer » **dans les pratiques ambulatoires ce qui est réellement qualifié et substitutif.**

Trois types d'actes, donc trois niveaux de pratiques, ont été ainsi définis :

- niveau 1 : actes toujours réalisables en ambulatoire (sauf conditions indépendantes de l'acte) avec un impératif organisationnel et de sécurité relativement faible (*exemple: chirurgie du phimosis*)
- niveau 2 : actes réalisables régulièrement en ambulatoire mais nécessitant une bonne organisation, un bon entraînement, une maîtrise pluridisciplinaire nécessaire à un bon niveau de sécurité et une bonne prise en charge (*exemple: chirurgie de la cataracte*)
- niveau 3 : actes de pointe réalisables en ambulatoire uniquement sous conditions d'une prise en charge par une équipe d'excellence et pour un nombre limité de patients (*exemple: cholécystectomie*).

Le relevé de l'activité selon les trois types d'actes décrit le degré de maîtrise atteint par l'établissement en chirurgie ambulatoire.

4.3 GESTES MARQUEURS

Afin de **répondre à la finalité de l'enquête nationale inter-régimes** sur la chirurgie ambulatoire (formuler des propositions visant à favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire de substitution en intégrant des éléments de coûts), un troisième concept « gestes marqueurs », dérivant des deux précédents concepts « actes marqueurs » et « interventions traceuses », a conduit au choix de **18 gestes marqueurs.**

⁴⁴ IAAS ou International Association For Ambulatory Surgery

Un geste marqueur correspond à une ou plusieurs interventions chirurgicales d'une même spécialité, susceptibles d'être réalisées en ambulatoire et choisies à dire d'expert. Ce sont des procédures chirurgicales d'un niveau de technicité ou de complexité proche. Chaque geste correspond à un ou plusieurs actes repérés par un ou plusieurs codes du Catalogue des Actes Médicaux.

Des gestes de niveaux différents ont été retenus : des actes classiques, fréquents et de faible niveau d'environnement, aux actes de « pointe ». Des actes ont été exclus parce qu'ils faisaient déjà l'objet d'une prise en charge ambulatoire dans la plupart des cas (*exemple : pose de drains transtympaniques*) ou en raison de la trop grande diversité des procédures chirurgicales concernées et d'un niveau de complexité potentiellement différent (*exemple : ablation de matériel d'ostéosynthèse*).

5 PROBLEMATIQUE DES ENDOSCOPIES ET DES SOINS EXTERNES

A côté de la chirurgie ambulatoire dite « qualifiée et substitutive », il existe un certain nombre d'actes soit médicaux (intégrant les actes d'exploration ou d'investigation) soit chirurgicaux mais ne relevant pas pour leur réalisation d'un secteur opératoire ou d'une anesthésie au sens réglementaire (décret de 1992).

Ces actes ne font pas partie du champ de la chirurgie ambulatoire « qualifiée et substitutive » mais ils sont une réalité de fonctionnement de certaines unités de chirurgie ambulatoire. Ils se rattachent à la chirurgie ambulatoire au sens des décrets de 1992, par la nécessité du recours au plateau technique ou du recours aux actes d'anesthésie. **Leur prééminence dans une structure de chirurgie ambulatoire peut obérer le développement d'une chirurgie qualifiée et substitutive.**

Cette problématique des endoscopies et des actes externes soulève en fait d'autres problématiques : où les actes d'investigation sont-ils supposés être réalisés, dès lors qu'on souhaite les sortir des unités de chirurgie ambulatoire ? pourquoi les normes de matériel et d'environnement sont-elles différentes selon le lieu de production de l'acte (structure ou cabinet de ville) ? sortir une partie de ces actes vers la médecine de ville n'entraîne-t-il pas un risque supplémentaire pour le patient ?

6. L'ADHESION DE L'AFCA AUX 4 VOLETS DE L'ENQUETE DE L'ASSURANCE MALADIE SUR LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

Le développement de la prise en charge ambulatoire dans le respect des patients, des médecins mais aussi des capacités des structures et de leur organisation est la préoccupation principale de l'AFCA. Cette enquête avec ses approches multiples du phénomène qui favorise sa compréhension par les professionnels répond pleinement à cet objectif.

La méthodologie des "Gestes Marqueurs" est un chemin d'accès à l'analyse de variables environnementales et médicales qui justifie le mode de prise en charge d'un patient. Elle permet de se familiariser avec le concept du couple acte/patient au sein d'une organisation, d'approcher la logique du niveau de pratique et de donner une estimation chiffrée des possibilités de développement qu'il faut savoir généraliser au-delà des seuls gestes marqueurs. **C'est l'objet du Volet Potentiel de Substitution.**

L'organisation étant au centre du phénomène, la capacité des établissements à la mettre en place, en terme de structure, de fonctionnement et de recrutement, est un élément indissociable d'une analyse des possibilités de développement de la chirurgie ambulatoire. **C'est l'objet du Volet Etat des Lieux/Typologie des établissements.**

L'organisation est le fait des acteurs de santé sur le terrain. Leurs perceptions, au sein de secteur d'activité caractérisé par des réglementations, des modes de rémunération et de régulation différents, étaient à prendre en compte pour comprendre les obstacles au développement et proposer des actions ciblées les plus efficaces possibles. **C'est l'objet du Volet Freins et Leviers au développement de la chirurgie ambulatoire.**

Enfin, au-delà du bénéfice en terme de qualité des soins et de sécurité démontré dans la littérature étrangère, il restait à préciser l'impact en terme de dépenses, non seulement au niveau du séjour d'hospitalisation, mais dans l'intégralité du circuit du patient avant et après l'intervention tel qu'il s'impose à la collectivité. **C'est l'objet du Volet Etude des Dépenses.**

Il est évident que les intrications entre les différents volets sont nombreuses et, pour une prise de décision, tant institutionnelle au niveau régional que locale dans un établissement, ce sont les quatre aspects qu'il faut intégrer en s'appropriant les quatre volets.

ANNEXE 4 :
Le contexte international
Contribution de l'IAAS

LE CONTEXTE INTERNATIONAL

L'article ci-dessous a été rédigé par Gérard Parmentier, membre de l'« executive committee » et trésorier de l'IAAS (International Association For Ambulatory Surgery).

INTRODUCTION

Les tenants de la chirurgie ambulatoire aiment à dire que son origine se trouve dans l'expérience de James H. Nicoll au tout début du siècle, à Glasgow. L'expérience de la chirurgie sur plus de 10.000 enfants lui a fait constater que *"ces enfants se reposent et se sentent mieux dans les bras d'une mère d'intelligence moyenne que partout ailleurs et singulièrement qu'à l'hôpital."*⁴⁵ Cette constatation lui valut les acclamations de ses collègues lors de sa "lecture", mais elle n'eut aucune conséquence sur l'organisation du système de santé écossais qui a continué à hospitaliser ses enfants comme auparavant sans tenir compte de l'expérience de Nicoll. Les bases de la chirurgie ambulatoire étaient pourtant posées. Elles sont confirmées par toutes les expériences étrangères récentes :

- Il ne s'agit de rien de plus qu'une chirurgie organisée autour du patient (et non autour des professionnels comme c'est le cas pratiquement dans tous les systèmes hospitaliers). L'organisation autour du patient n'a rien à voir avec le souci ou l'attention donnée au patient. Le souci, l'attention, la compassion restent des qualités nécessaires à une bonne prise en charge. Ils se distinguent pourtant de l'organisation. L'organisation est au centre du concept de chirurgie ambulatoire, le patient est au centre de cette organisation. Ce nouveau mode d'organisation est porteur de bienfaits pour le patient, mais aussi, l'expérience le prouve, pour les professionnels et le système hospitalier. Elle révèle un formidable potentiel d'amélioration du service rendu et de son efficacité.

- L'acte est le même, le chirurgien, l'anesthésiste, l'équipe du bloc, les installations du bloc opératoire...sont les mêmes. Seule la façon de faire, de s'organiser est différente. Il s'agit donc d'une innovation et non d'une invention. Cela veut clairement dire que la chirurgie ambulatoire ne se développera pas toute seule, par la seule vertu de ses bienfaits. A l'inverse d'une invention et comme toute innovation, elle est fragile et dépendra du soutien qu'elle trouvera dans son environnement. Ainsi, il apparaît partout, qu'en aucun cas, la chirurgie ne sera efficace si on l'instrumentalise comme facteur de modernisation de l'hôpital. Comme le relevait un des Présidents de l'association internationale, l'IAAS, lors des "Nicoll lectures" qui inaugurent solennellement ses congrès internationaux : *"la nécessité d'adapter et de transformer l'hôpital traditionnel constitue probablement l'obstacle majeur au développement de la chirurgie ambulatoire."*⁴⁶ En effet, sauf à pouvoir se développer à côté de l'hôpital et sauf exception, la chirurgie ambulatoire sera le fruit de la modernisation de l'hôpital, et non l'inverse. Une innovation ne se développe que si on reconnaît, respecte et met en œuvre ses spécificités.

⁴⁵ NICOLL J. H. The surgery of Infancy. Br Med J 1909 ; 2, 753-755. On trouvera une reproduction intégrale récente complétée de la discussion qui suivit la présentation de Nicoll en 1909 dans la revue de l'Association Espagnole (Asociacion Española de Cirugia Mayor Ambulatoria - ASECMa) : Cirugia Mayor Ambulatoria, 1999, 4, 1, 329-332

⁴⁶ Claude de LATHOUWER ; La chirurgie ambulatoire : une révolution organisationnelle et culturelle, un défi social et politique ; James H. Nicoll Memorial Lecture, 3ème Congrès International de Chirurgie Ambulatoire, Venise, 26 avril, 1999 ; Ambulatory Surgery vol. 7, n° 4 Octobre 1999 p. 185

ACTIONS DE L'IAAS

Comment se diffuse l'information relative à la chirurgie ambulatoire au plan international ? Comment s'y font les échanges d'expériences ? Bien sûr les voies et moyens sont multiples. Il est pourtant intéressant de décrire ici l'organisation dont se sont dotés les praticiens de la chirurgie ambulatoire.

Les difficultés auxquelles se heurtaient les pionniers de la chirurgie ambulatoire en Europe sont à l'origine des premiers efforts d'organisation au plan international. Cela provient, entre autres, du fait que, dans tous les pays européens, l'activité chirurgicale est soumise au préalable de l'autorisation. Cela est heureux, mais autoriser une innovation qui change les comportements apparaît toujours comme potentiellement dangereux. En effet, tout changement de comportements suscite, dans une première phase, critiques et mises en garde. Ce contexte est particulièrement difficile pour un organisme de Tutelle. L'invention crée des comportements au lieu de les changer. Cela suscite beaucoup moins d'objections et est donc plus facile à autoriser. En plus l'innovation, contrairement à l'invention, ne se développe pas toute seule, elle doit être soutenue, son développement doit faire l'objet d'incitations. Toutes choses très généralement étrangères aux politiques hospitalières européennes. Les premiers Congrès internationaux dévolus à la chirurgie ambulatoire ont donc eu lieu en Europe (Bruxelles 1991 ; 1993 ; 1995). En 1995 les associations internationales de chirurgie ambulatoire présentes se mettent d'accord pour fonder l'IAAS. Elles y sont vivement encouragées par plusieurs Ministres de la Santé (Simone Veil "*Ma conviction est que lorsque l'indication le justifie, la chirurgie ambulatoire n'est pas une autre façon de traiter le patient mais la meilleure façon de le traiter*"; Italien, Anglais, Belge...). L'organisation internationale pose dans ses statuts qu'elle a pour vocation de fédérer une société savante (un "college" au sens anglo-saxon du terme) par pays, que ces sociétés savantes doivent avoir pour objet la chirurgie ambulatoire, que, tout en étant sociétés savantes médicales, elles doivent, par statut et donc obligatoirement, accueillir tous les praticiens de la chirurgie ambulatoire quels que soient leurs métiers. Elles sont donc obligatoirement pluriprofessionnelles.

Depuis sa naissance, l'IAAS organise un Congrès international tous les deux ans (Londres 1997, Venise 1999, Genève 2001, Boston 2003). Le prochain Congrès international aura lieu du 24 au 27 avril 2005 à Séville en Espagne⁴⁷. Ces Congrès sont des lieux de confrontation des expériences de chacun. Les approches techniques (opératoires, anesthésiques) y sont présentes, mais celles relatives aux spécificités de la chirurgie ambulatoire y sont privilégiées (sélection des patients, évaluation des structures des procédures et surtout des "résultats", maîtrise de la douleur, politiques hospitalières, architecture, organisation des équipes, droit, formation des professionnels mais aussi des Tutelles, comparaisons internationales, etc...). Ils sont donc aussi et tout aussi clairement des lieux de formation pour chacun des participants. A ce jour, une trentaine de pays sont représentés (payent leur cotisation) à l'IAAS. Le double participe aux Congrès. Les premiers Présidents de l'IAAS ont été chirurgiens et anesthésistes, successivement Belge (Claude de Lathouwer), Anglais (Paul Jarrett, puis Tom Ogg), Australien (Lindsay Roberts). L'actuel Président est le docteur Dick DeJong, il est hollandais. "L'elected Président" qui lui succèdera dans deux ans sera le professeur Ugo Baccaglini qui est italien⁴⁸.

⁴⁷ Renseignements auprès de l'ASECMA, www.asecma.org

⁴⁸ International Association for Ambulatory Surgery, Central office : c/o BADS, Royal College of Surgeons, 35-43 Lincoln's Fields, LONDON WC2A 3PE. GRANDE BRETAGNE - Web site : www.iaas-med.org

Quelles sont les principales actions de l'IAAS ?

L'IAAS s'est dotée d'une **revue scientifique internationale** "Ambulatory Surgery, the official clinical journal of the IAAS" publiée par Elsevier qui sera bientôt référencée dans les bases de données médicales compte tenu de ses excellents scores dans les enquêtes préalables. Plusieurs organisations membres de l'IAAS éditent des revues spécialisées. Signalons en particulier les publications américaines, anglaises et espagnoles.

L'IAAS a fait un gros travail de **fixation du vocabulaire**⁴⁹. Le mot "ambulatoire" est par exemple ambigu, en particulier pour les langues latines. Compte-tenu de son utilisation courante dans la plupart des pays, il a été décidé de le garder. Mais les Italiens par exemple, préfèrent le terme de "day surgery". Pour les membres de l'IAAS, il était important de mettre les mêmes choses derrière les mêmes mots. Un certain nombre de mots ont ainsi fait l'objet de définitions recueillant le consensus des associations membres. Cela était nécessaire pour se comprendre, pour améliorer le niveau des publications internationales, pour signaler les spécificités de tel ou tel concept, de telle ou telle pratique nationale.

En matière **d'évaluation et d'accréditation**, l'IAAS privilégie l'approche évaluation des pratiques sur "résultats médicaux". Elle a fait une synthèse des approches australienne (accréditation des structures de chirurgie ambulatoire sur résultats médicaux par l'Australian Council on Healthcare Standards - le manuel a été traduit en français par l'AFCA -) et Française (AFCA, proposition de tableau de bord à base d'indicateurs de résultats médicaux, indicateurs inspirés en grande partie de l'expérience australienne) et propose donc une batterie d'indicateurs simples et "universels" au sens de reproductibles quels que soient les contextes. Ce choix de privilégier une approche "résultats médicaux" découle d'une part d'un choix politique - ce qui justifie nos métiers d'hospitaliers, c'est avant tout le résultat du service rendu au patient et à la collectivité - mais aussi de la conviction qu'à partir d'une définition homogène de la chirurgie ambulatoire, les contextes culturels, économiques, sociaux, administratifs peuvent conduire à des structures et à des procédures variables, toutes admissibles à la condition qu'elles soient fondées sur une organisation centrée sur le patient et évaluée sur ses résultats.

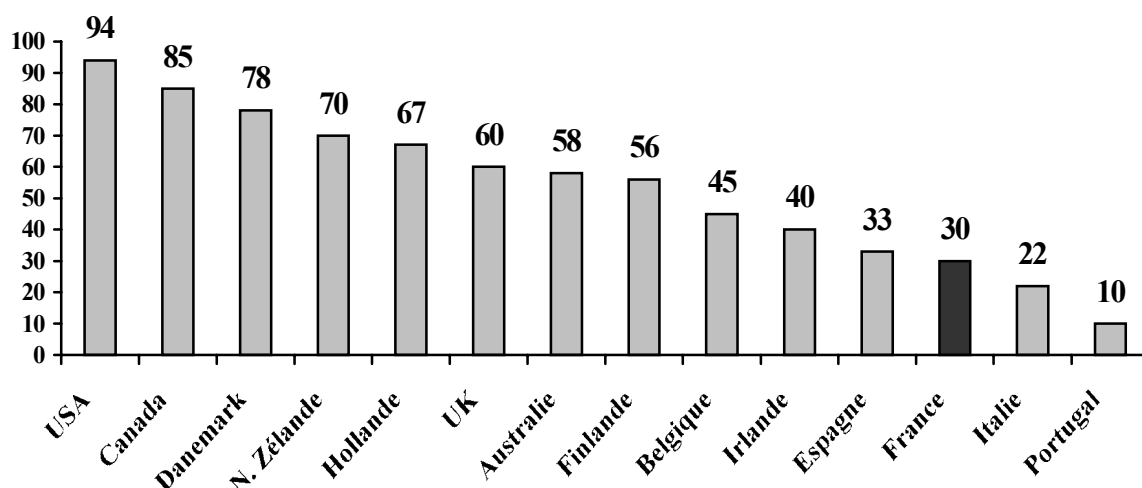
L'IAAS prend des **positions officielles** qui engagent ses membres et constituent des points de repère pour les professionnels de santé comme pour les responsables des systèmes de santé. Citons par exemple cette mise en garde importante pour les pays anglo-saxons : *«L'IAAS est consciente du développement de la chirurgie en cabinet. Elle conseille à ses membres et ceux qui peuvent chercher son conseil de définir des guides nationaux pertinents de bonne pratique en matière de sécurité avant de démarrer un quelconque programme de chirurgie en cabinet. De plus l'IAAS désire souligner la tendance générale à l'augmentation des litiges médicaux. Elle prévient donc qu'elle ne pourra soutenir un médecin, un chirurgien-dentiste, une infirmière ou un directeur qui participerait à un acte de chirurgie en cabinet sans s'appuyer sur une recommandation nationale agréée.»*⁵⁰

⁴⁹ Pour la présentation française cf. Chirurgie Ambulatoire, Définitions et terminologie internationale, IAAS-AFCA - La lettre de l'AFCA, 2000, 6, 5-11 ou AFCA 2000, 2000, 507-519

⁵⁰ IAAS, International Association for Ambulatory Surgery ; Office based surgery : déclaration du Comité Exécutif de la Corogne du 23/10/99

Dès 1995, à la demande de l'OCDE, l'IAAS a initié une série **d'études comparatives des pratiques et du niveau de développement** selon les pays (cf. figure 10)⁵¹. Ces études ont déjà été évoquées ici. L'IAAS est partie d'une liste d'actes proche du "basket" qu'avait défini le Ministère de la Santé britannique : une liste limitée mais significative d'actes pouvant être pratiqués en chirurgie ambulatoire. Cette liste ne peut être que limitée compte tenu du risque latent qu'il y aurait à diffuser des listes d'actes. L'IAAS a toujours refusé de diffuser des listes d'actes : c'est le patient qui est ambulatoire, ce n'est pas l'acte, quels que soient la valeur et l'entraînement des équipes qui effectuent cet acte. Au-delà des comparaisons brutes ainsi permises, avec la nécessaire et grande prudence qui doit accompagner toute interprétation de données médicales comparatives internationales, l'IAAS espère susciter l'interrogation des professionnels sur leurs pratiques. C'est ainsi que la première étude a débouché sur une demande du Ministère britannique de la santé auprès du NHS pour savoir pourquoi la Grande-Bretagne pratiquait relativement peu d'amygdalectomies en ambulatoire... ce qui a eu la vertu de susciter un approfondissement du débat sur les critères de sélection du patient et sur la notion de risque hémorragique.

Figure 10 : comparaison internationale au niveau des pays de l'OCDE entre les taux moyens d'actes chirurgicaux pratiqués en ambulatoire en 1997 et inscrits sur une liste limitée mais significative d'actes chirurgicaux



L'IAAS est à la disposition de toute initiative nationale visant à initier ou à conforter une réflexion sur les conditions du développement de la chirurgie ambulatoire. Dans ce cadre, ses responsables se déplacent souvent à la demande de telle ou telle organisation professionnelle ou d'assurance maladie ou de telle ou telle autorité hospitalière ou d'Etat, de façon discrète ou au contraire de façon officielle afin d'aider à ces réflexions et à la mise en place de conditions favorables au développement de la chirurgie ambulatoire. Les exemples sont nombreux. Parmi les thèmes abordés ceux tournant autour des obstacles et des incitatifs sont les plus fréquents.

⁵¹ LATHOUWER C. de, POUILLIER J. P., "How much ambulatory surgery in the world in 1996-97 and trends?", *Ambulatory surgery* 8 (2000), page 208

L'IAAS participe bien sûr à de nombreuses **sessions de formation et ses congrès**, cela a été dit, ont une dimension ouvertement pédagogique. À partir de l'expérience menée par l'Association Italienne de Chirurgie Ambulatoire avec un soutien des Communautés Européennes, un vaste programme d'enseignement par transmission satellite est en cours d'achèvement avec la caution scientifique de l'IAAS. Son contenu scientifique se veut international et de haut niveau, mais son accessibilité devrait être très peu coûteuse. Le logiciel est achevé et propose une approche extrêmement innovante de la formation à distance⁵².

EXPERIENCES ETRANGERES

Au risque de caricaturer ou de paraître réducteur, il est peut être intéressant de montrer, à l'aide de quelques exemples, quelques traits saillants d'expériences étrangères.

L'expérience des **Etats-Unis** est souvent enrichissante par la diversité des expériences et la capacité d'innovation qu'on y trouve. Pourtant il ne faut jamais oublier que les définitions de la chirurgie ambulatoire y sont souvent différentes d'un Etat à l'autre, que parfois une nuit d'hospitalisation est admise, que les statistiques comprennent parfois les actes d'exploration et parfois non, que le contexte en termes de régulation, de couverture sociale, d'assurance des professionnels est très différent du contexte européen. Bref l'organisation hospitalière américaine est souvent si différente de celle que connaissent nos pays européens qu'il est parfois difficile d'en tirer des enseignements pratiques en termes d'organisation. Par contre, l'expérience américaine du développement de la chirurgie ambulatoire en réaction contre l'inertie de la "bureaucratie hospitalière", expérience qui, de proche en proche, conduit à réinventer l'hôpital, est tout à fait intéressante (chirurgie ambulatoire, puis hôtel médicalisé, puis structure dotée de lits et d'une structure de réanimation...). A l'inverse, le développement de la "chirurgie de cabinet" alimente un vaste et nécessaire débat sur les conditions de sécurité, la gestion des risques, et favorise les études comparatives en termes de résultats médicaux selon les environnements.

L'Espagne a pris les devants en nommant son association l'association espagnole de chirurgie "majeure" ambulatoire (Asociacion Española de Cirurgia Mayor Ambulatoria) : ainsi nul n'ignore ce dont il s'agit...

L'Angleterre devrait être la destination de prédilection de ceux qui veulent se former à l'étranger. La définition de la chirurgie ambulatoire y est la même que chez nous. Mais l'Angleterre a plusieurs années d'avance sur nous. La chirurgie ambulatoire est quasiment un monopole de l'hôpital public, les quelques hôpitaux privés qui existent ne la pratiquant que très peu. Le système du NHS est très administré. La BADS, la très importante British Association for Day Surgery a fait un gros travail avec ses responsables. Le Ministre vient de proclamer le nouvel objectif : chaque secteur sanitaire doit atteindre dans les deux ans un objectif de 65 % de sa chirurgie programmée en chirurgie ambulatoire. Le seuil de 60 % est déjà considéré comme atteint. En France, il est parfois de bon ton de critiquer le système anglais. Les files d'attente sont un échec grave pour le NHS. Il n'empêche, qu'en matière de

⁵² Renseignements auprès du docteur Carlo Castoro, Italian Federation of Day Surgery c/o Istituto di Chirurgia Generale II Via Gattamelata 64 35128 PADOVA - ITALIE - Tel : 00 39 049 821 5671 - daysurg@uxl.unipd.it

chirurgie ambulatoire, ils ont beaucoup à nous apprendre. Presque tout, en fait, à part le confort des installations : manifestement le patient français exige plus de luxe, et craint plus la promiscuité que le patient anglais. La pluridisciplinarité est passée dans les mœurs à la BADS : les premiers présidents ont bien sûr été des chirurgiens, puis des anesthésistes sont apparus à la présidence, puis une infirmière. Finalement la BADS a revu ses statuts : la présidence est maintenant tournante : un chirurgien, puis un anesthésiste, puis une infirmière. A l'heure où on commence à se poser la question de l'évolution des métiers en France, le rôle des infirmières dans les centres de chirurgie ambulatoire est tout à fait surprenant pour un français, il stimule la réflexion : consultation infirmière, actes d'exploration...

La Suisse a eu du mal à se « plier » aux exigences de l'IAAS. Une équipe très dynamique centrée sur l'hôpital universitaire de Genève a accompagné l'IAAS depuis sa naissance. Pourtant la loi suisse est formelle : il n'y a de société savante que spécialisée. La société suisse de chirurgie ambulatoire était donc une société "chirurgicale". Ainsi l'expérience suisse posait une double question. Celle de savoir ce qu'est une société savante médicale d'une part. Celle de savoir comment faire évoluer la représentation institutionnelle de la chirurgie d'autre part. La chirurgie moderne ne peut plus être l'apanage d'un spécialiste quels que soit sa compétence et son prestige ; elle ne peut-être le fruit que d'une organisation de compétences multiples, de l'articulation de sphères de compétences et de responsabilités différentes et complémentaires.

L'Allemagne est la terre des paradoxes pour un français. La bureaucratisation du système est telle que jusqu'à la fin des années 90 l'hôpital se voyait interdire de faire de la chirurgie ambulatoire. Pourtant la chirurgie ambulatoire s'est bien développée en Allemagne. Et ce, à l'initiative de chirurgiens et d'anesthésistes qui ont pris sur eux de créer des centres autonomes entièrement payés sur leurs honoraires (il est vrai, plus conséquents que ceux de leurs collègues français dans ce contexte). La chirurgie ambulatoire anglaise est une chirurgie ambulatoire d'hôpitaux publics. La chirurgie ambulatoire allemande est, elle, une chirurgie de centres autonomes. L'efficacité de certains de ces centres a de quoi stupéfier un français. Cette efficacité remarquable a au moins deux origines : la contrainte de l'obligation de résultat, car la moindre erreur, le moindre accident lors de la création d'un tel centre aurait été exploité par l'hôpital local qui n'avait pas le droit de faire de la chirurgie ambulatoire, sous le prétexte que c'était la preuve qu'elle était dangereuse ; la contrainte financière, car chirurgiens et anesthésistes payant les frais de fonctionnement sur leurs honoraires ont intérêt à être efficaces, au risque soit de voir baisser leurs revenus nets, soit de voir fuir la clientèle par insuffisance de moyens ou de qualité. L'Allemagne est aussi le premier pays où un patient a porté plainte auprès des tribunaux compétents pour manque de chance et privation de l'accès aux données acquises de la science : il avait été opéré en séjour hospitalisé classique et s'est rendu compte après qu'il aurait pu l'être en chirurgie ambulatoire...

En 1993, Paul E. Jarrett, un chirurgien pionnier de la chirurgie ambulatoire en Angleterre, et Bernard V. Wetchler, anesthésiste, pionnier de la chirurgie ambulatoire aux Etats-Unis, cosignaient le premier éditorial d'*Ambulatory* en osant une prédiction : *«D'ici la fin de ce siècle la question ne sera plus de savoir si le patient est susceptible d'être pris en charge en chirurgie ambulatoire plutôt qu'en chirurgie hospitalisée, mais bien plutôt de savoir s'il justifie d'une quelconque indication pour une prise en charge avec séjour en hôpital.»*⁵³

⁵³ Paul E. JARRETT, Bernard V. WETCHLER ; Editorial d'*Ambulatory Surgery* volume 1 N° 1 Mars 1993

Le siècle s'est terminé sans que cela soit vérifié. L'actualité en **Allemagne** nous montre qu'ils n'avaient pourtant pas tort, seulement, comme tous les innovateurs, ils avaient sous-estimé le temps nécessaire à la diffusion de l'innovation qu'ils promouvaient. En juillet 2003, la Société allemande des hôpitaux (DKG), l'Association des médecins conventionnés (KBV) et la Fédération des caisses d'assurance maladie en Allemagne ont signé un accord permettant aux hôpitaux et aux praticiens de ville d'effectuer des interventions chirurgicales en ambulatoire rémunérées selon un barème unique. Ce forfait unique sera de type DRG (GHM de notre PMSI) à partir de 2005. L'accord, qui entrera en vigueur le 1er janvier 2004, contient une liste de 307 prestations de base, dix-sept actes complémentaires et douze types d'anesthésie qui devront dorénavant être effectués en ambulatoire. La nouveauté de cet accord est que, au cas où l'une des opérations listées devait être effectuée en milieu hospitalier et non en ambulatoire, les hôpitaux devront désormais en justifier les raisons. La qualité médicale des actes sera contrôlée par un réseau d'indicateurs sentinelles spécifiques. Ce réseau sera coordonné par la Centrale de surveillance de la qualité (BQS), dont le siège sera à Düsseldorf. Chaque opération effectuée en ambulatoire et les observations à long terme seront notifiées sur des formulaires standardisés, permettant non seulement de vérifier la qualité mais aussi de comparer les performances entre unités de prise en charge. L'Allemagne brillait dans les années 90 par ses rigidités administratives. Sans attendre les mutations culturelles de ses hospitaliers, elle prend le risque de forcer la cadence et inaugure un prototype de régulation qui s'étendra sans doute un jour à tous les pays développés. L'IAAS le prévoit depuis longtemps. Seulement elle reste très prudente sur les listes d'actes compte tenu de leurs effets pervers potentiels en phase de développement de la chirurgie ambulatoire, effets pervers déjà évoqués ; elle tient à ce que la décision du mode de prise en charge reste purement médicale, et elle insiste auprès des pouvoirs publics et des organismes financeurs sur l'importance des critères psycho-sociaux et environnementaux dans la nécessaire sélection des patients. Elle constate qu'il n'y a pas de pays où cette dernière exigence ne doive être assortie d'un très gros effort de formation, de motivation et d'organisation des professionnels.

Le Danemark est un petit pays qui a ses difficultés comme les autres, sa dernière réforme dite de "régionalisation du système de santé" le montre bien. Il est surprenant de constater que les participants danois aux congrès de l'IAAS sont toujours beaucoup plus d'une centaine là où les participants français sont de l'ordre d'une dizaine... la soif d'apprendre en s'inspirant de l'expérience des autres varie considérablement selon les cultures nationales...

Voilà pour quelques illustrations proches. On peut en citer deux autres pour montrer que l'innovation qui consiste à s'organiser autour du patient est génératrice de progrès surprenants et multiformes.

Plusieurs équipes de **Russie** sont venues demander l'aide de l'AFCA et de l'IAAS. Leur constat était le suivant : devant le drame des infections nosocomiales contractées au cours de séjours hospitaliers motivés par une intervention chirurgicale, il leur apparaissait que la chirurgie ambulatoire était la réforme la plus simple, la plus rapide et la plus efficace pour faire chuter rapidement et à moindres frais le taux d'infections nosocomiales chez les patients russes opérés. Ils venaient chercher de l'aide car ils ne comprenaient pas pourquoi le système hospitalier et ses responsables étaient si difficiles à convaincre... Pour eux l'apport de la chirurgie ambulatoire n'était pas d'abord la qualité du service rendu, ni le confort du patient ou sa vitesse de rétablissement, ni l'amélioration de la qualité de vie des soignants, ni non plus les économies engendrées pour le système : c'était d'abord et avant tout la réponse à un de leurs objectifs majeurs : faire baisser le taux d'infections nosocomiales...

Une équipe française a fait un travail exemplaire en ophtalmologie dans le **Sahel**. Pas question pour le paysan du Sahel d'aller à la grande ville pour se faire opérer de la cataracte. Pas question pour le chirurgien compétent d'abandonner son style de vie pour aller s'enterrer en campagne, d'ailleurs il n'y trouverait pas de clientèle suffisante tant la population est dispersée. La solution a donc consisté à équiper des camions du matériel de bloc dernier cri et à faire bouger l'équipe complète. Pour simplifier : premier jour consultations, deuxième jour opérations, troisième jour surveillances. Le paysan isolé qui retrouve ainsi la vue est persuadé que docteur miracle existe. De nouveau, bonne réponse à la question : quels principes sont à l'origine de l'organisation ? Ici la chirurgie ambulatoire permet l'accessibilité aux soins. Un autre pays pauvre nous donne l'exemple en ophtalmologie : en **Inde**, dans un grand hôpital spécialisé, dans des conditions qui n'ont rien à envier à celles de nos meilleures équipes, un chirurgien fait en moyenne 80 cataractes par jour, la plupart en ambulatoire... Un formidable gisement de productivité existe donc en matière de chirurgie.

Bref, partout la chirurgie ambulatoire a du mal à se développer car elle change les habitudes et les comportements. Mais, dans de nombreux pays, elle a dépassé les deux premières phases potentiellement mortelles que connaît toute innovation, celle de la négation puis celle de la mode. Le concept d'organisation de la prise en charge chirurgicale centrée sur le patient montre alors son formidable potentiel d'amélioration du service rendu pour le patient, pour les professionnels et pour le système hospitalier. Dans les pays concernés, compte tenu de son efficience, la chirurgie ambulatoire constitue une innovation dont la réussite est un des éléments clef du maintien de systèmes d'assurance maladie fondés sur un principe de solidarité. Parler d'enjeux liés au développement de la chirurgie ambulatoire n'est pas un vain mot.

ANNEXE 5 :
Le contexte réglementaire français

La loi hospitalière de 1970 a introduit les alternatives à l'hospitalisation.

La loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991 soumet les structures de soins alternatives à l'hospitalisation à autorisation. Des textes réglementaires complètent la loi :

- Les décrets du 2 octobre 1992 donnent la définition des structures, les conditions de création et d'extension, les normes techniques de fonctionnement
- L'arrêté du 12 novembre 1992 explicite les modalités de déclaration des structures
- L'arrêté du 7 janvier 1993 définit les caractéristiques du secteur opératoire en chirurgie ambulatoire
- L'arrêté du 24 février 1994 impose aux établissements de signer une convention avec les caisses pour la structure ambulatoire
- Les décret et arrêté du 31 mai 1999 établissent des mesures incitatives au profit des structures qui développent une activité de chirurgie ambulatoire.

Le dispositif réglementaire mis en place par le décret du 2/10/92 a été actualisé (décret et arrêté du 31/05/99) pour encourager et encadrer le développement de la chirurgie ambulatoire de substitution⁵⁴.

Références réglementaires

▪ <i>Loi portant réforme hospitalière du 31 décembre 1970</i>	<i>JO du 3 janvier 1971 page 67</i>
▪ <i>Loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991</i>	<i>JO du 2 août 1991 page 10255</i>
▪ <i>Loi portant diverses mesures d'ordre social du 31 décembre 1991</i>	<i>JO du 4 janvier 1992 page 178</i>
▪ <i>Décrets n°92-1100, n° 92-1101 et n°92-1102 du 2 octobre 1992(art D712-30 à 34 du CSP)</i>	<i>JO du 8 octobre 1992 page 13990</i>
▪ <i>Arrêté du 12 novembre 1992</i>	<i>JO du 19 novembre 1992 page 15901</i>
▪ <i>Circulaire ministérielle n°52 du 15 décembre 1992</i>	<i>BO n°2 du 16 février 1993</i>
▪ <i>Accord tripartite du 14 novembre 1992</i>	<i>JO du 27 janvier 1993 page 1368</i>
▪ <i>Accord tripartite OQN 1993</i>	<i>JO du 28 octobre 1993 page 14919</i>
▪ <i>Arrêté du 28 janvier 1993</i>	<i>JO du 10 février 1993 page 34</i>
▪ <i>Arrêté du 7 janvier 1993</i>	<i>JO du 15 janvier 1993 page 821</i>
▪ <i>Arrêté du 12 mars 1993</i>	<i>JO du 13 mars 1993 page 3958</i>
▪ <i>Arrêté du 24 février 1994</i>	<i>JO du 1 avril 1994 page 4848</i>
▪ <i>Circulaire DDS n°AM1/94/15/</i>	<i>BO n°11 du 9 juin 1994</i>
▪ <i>Circulaire DDS n°AM1/94/14/</i>	<i>BO n°25 du 9 août 1994</i>
▪ <i>Décret du 28 août 1995</i>	<i>JO du 5 septembre 1995 page 13172</i>
▪ <i>Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée</i>	<i>JO du 25 avril 1996 page 6324</i>
▪ <i>Contrat National Tripartite du 15 avril 1997</i>	<i>BO n°19 du 7 juin 1997</i>
▪ <i>Décret n°99-444 du 31 mai 1999 (art 712-13-1 du CSP)</i>	<i>JO du 2 juin 1999 page 8111</i>
▪ <i>Arrêté du 31 mai 1999</i>	<i>JO du 2 juin 1999 page 8114</i>

⁵⁴ La transformation de lits d'hospitalisation conventionnelle en places de chirurgie ambulatoire est soumis à un taux de change : 3 à 3,25 lits pour une place ; sauf dérogation au titre du décret n° 99-444 du 31 mai 1999 relatif aux conditions de création de places de chirurgie ambulatoire qui stipule en effet que " la réduction du nombre de lits est fonction de la proportion de séjours dans la structure ambulatoire considérée que le demandeur s'engage à réaliser au titre d'une activité de chirurgie alternative à l'hospitalisation complète."

Le taux de change est désormais calculé en fonction d'un indicateur fondé sur le PMSI et varie entre 1, 1,5 ou 2 lits de chirurgie pour une place ambulatoire.

Loi de réforme hospitalière du 31 décembre 1970
Absence de décret d'application à l'article 31.3 définissant l'hospitalisation de jour

Circulaire CNAMTS n°54/90 du 26 novembre 1990

Protocole d'accord du 4 avril 1991 de l'hospitalisation privée

Loi du 31 juillet 1991 Article 24
Procédure déclarative : vise les établissements de soins publics

Loi "DMOS" 31 décembre 1991
Procédure déclarative : les établissements de soins privés sont intégrés à l'article 24

Décret 92-1100 du 2/10/ 1992
Création, extension - définition et calcul des places - taux de change

Décret 92-1102 du 2/10/1992
Conditions techniques de fonctionnement

Arrêté du 12/11/1992
Modalités de reconnaissance des structures

et
Circulaire ministérielle du 15/12/1992 n°52
Procédure de régularisation Application des textes - articulation avec les procédures d'autorisation

Circulaire CNAMTS n°2812/92 du 24 décembre 1992 et Circulaire CNAMTS n°617/92 du 2 février 1993

Modalités de déclaration

Circulaire CNAMTS n°2813/92 du 24/12/1992

Modalités de tarification - harmonisation des FSO au 1/04/93

Modalités pratiques de l'application de l'accord tripartite du 14 décembre 1992

Accord tripartite du 14/11/1992
Modalités de tarification et harmonisation des FSO au 1/04/93

Accord tripartite OQN 1993
Revalorisation tarifaire

Annexe 1993
à la convention de l'hospitalisation privée

Arrêté du 7/01/1993
Caractéristiques du secteur opératoire Organisation et équipement - Fonctions - Procédures

Arrêté du 12/03/1993
Classification des actes pouvant donner lieu à tarification et modalités de cette tarification (pour les établissements privés)

Arrêté du 24/02/1994
Approbation de l'avenant structure de chirurgie/anesthésie ambulatoire

Circulaires DSS n° AM1/94/15/ et n°AM1/94/44
Etablissements privés monodisciplinaires de médecine

Décret du 28/08/1995
Limitation de l'activité en volume par place concernant les alternatives à l'hospitalisation complète

Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Contrats d'objectifs et de moyens Création des Agences Régionales de l'Hospitalisation Contrat national tripartite (art 21)

Contrat National Tripartite du 15 avril 1997
Avenant du 3 avril 1998 relatif au développement de la chirurgie ambulatoire

Décret n°99-444 du 31/05/1999
Dérogation aux conditions de création de places de chirurgie ambulatoire Le taux de change, désormais fondé sur le fondé, varie entre 1 ; 1,5 ; ou 2 lits de chirurgie pour une place ambulatoire

Arrêté du 31/05/1999
Modalités de l'engagement souscrit à l'occasion d'une demande d'autorisation ou de renouvellement d'autorisation d'une structure d'anesthésie-chirurgie ambulatoire

BIBLIOGRAPHIE

1. CONFERENCE DE CONSENSUS, "La chirurgie sans hospitalisation ", *Fondation de l'avenir pour la recherche médicale appliquée*, Paris, 22, 23 et 24 mars 1993 (voir aussi "chirurgie de court séjour- Rapport sur la Conférence de consensus", *Cahiers de Chirurgie*, n°87 – 3/1993)
2. BERTRAND G., "La chirurgie ambulatoire est désormais réglementaire", *Cahiers de Chirurgie*, 1er trimestre 1993, n° 85, pp. 108-111.
3. DEMONT F., LEGROUX Ph., CANTORI J., "Analyse économique de la chirurgie ambulatoire des hernies inguinales", *Cahiers d'Anesthésiologie* ; 1993 ; tome 41 ; n°4 ; p. 335.
4. "La chirurgie ambulatoire dans huit établissements des Bouches du Rhône - Journée Interrégionale Clermont Ferrand/Marseille - 23 septembre 1994", *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, janvier 1995.
5. "La chirurgie ambulatoire dans les établissements privés en Bretagne : aspects qualitatifs et quantitatifs de la pratique", *Rapport ERSM de Bretagne*, juillet 1995, et *Actes du congrès de l'AFCA*, Limoges, 1996
6. BERNARDINI R., BOUZIGUES B., GIRAUDON M., *Evaluation : chirurgie ambulatoire et hospitalisation de 48 heures. Réflexion générale sur l'appropriation*, (DRSM Languedoc Roussillon), mars 1996.
7. FANTINO B., FANTINO F., SYSTCHENKO B., "Chirurgie ambulatoire et chirurgie classique : évaluation médico-économique de 161 patients randomisés", *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, 1996, n°4, pp. 51-64
8. BERNARDINI R., BOUZIGUES B., GIRAUDON M., LAURENCEAU F., "Les établissements de santé chirurgicaux hors dotation globale en Languedoc Roussillon ; évaluation de l'activité chirurgicale", *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, janvier 1997.
9. DAULHAC C., CHONE A. F., SCIORTINO V., DESMERIE C., "Hospitalisations de courte durée dans les établissements publics et PSPH de la région Auvergne ; peut-on évaluer les besoins en places d'alternatives à l'hospitalisation complète ?", *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, avril 1997.
10. ANAES, "La chirurgie ambulatoire", *Evaluation technologique*, mai 1997.
11. CREDES, " Développer la chirurgie ambulatoire : l'exemple du Québec", novembre 1997.
12. LANGLOYS (J), *Anesthésie ambulatoire*, éd Temps Pastel, 3^{ème} édition, Gif sur Yvette, 1997
13. LATHOUWER C. de, POULLIER J.P., "Ambulatory surgery in the world in 1994-95 : the state of the art in 29 OECD countries", *Ambulatory surgery* 6 (1998), p 43-55.
14. SFAR, "La pratique de l'anesthésie en France en 1996 ; enquête nationale", *Annales Françaises d'Anesthésie Réanimation (AFAR)*, éd ELSEVIER, 1998, vol 17 ; n°11.
15. PREVOST P., TAILLANTER L., *Chirurgie ambulatoire – étude comparative des coûts en hospitalisation complète et en chirurgie ambulatoire*, (ERSM de Bretagne), Rennes, mars 1998.
16. LEBLANC N., DAULHAC C., ACHARD L., GATEAU R., "La chirurgie ambulatoire dans les établissements hospitaliers sous dotation globale ; étude descriptive et estimation des places", *Gestions Hospitalières*, juin/juillet 1999.
17. LEPRON H., BERTHOLON B., TREGUER R., *La chirurgie de la cataracte dans les établissements privés des Côtes d'Armor ; analyses des pratiques professionnelles*, (CNAMTS et ELSM de St Briec), octobre 1998 et novembre 1999.
18. SFAR, "Perspectives tirées de l'enquête sur l'activité anesthésique de 1996", *Annales Françaises d'Anesthésie Réanimation (AFAR)*, éd ELSEVIER, décembre 1999 ; vol 18 ; n°10 p 1035-1037
19. SATRE (ARH Poitou – Charentes) et GOGOULE (médecin DIM CH La Rochelle), "Etude comparative de la prise en charge ambulatoire public – privé", *Actes des Rencontres Thématiques sur l'Hospitalisation*, Villeneuve d'Ascq, 25 et 26 novembre 1999.

20. CORVEZ A. (ARH Languedoc Roussillon) "chirurgie ambulatoire : rapport préliminaire au SROS " Montpellier avril 1999 .
 21. CORVEZ A. (ARH Languedoc Roussillon) : "la chirurgie ambulatoire et sa contribution à une amélioration de l'aménagement du territoire" Actualité et dossier en Santé Publique *Revue trimestrielle du Haut Comité de Santé Publique*, Paris décembre 1999, n° 29, pp 52-54,
 22. BUSSON O., DOUSSIN A., SOURTY-LE GUELLEC M-J., "Chirurgie ambulatoire : comparaison France et Etats-Unis", Communication présentée aux journées thématiques sur l'hospitalisation (CNAMTS), Lille, 25-26 novembre 1999, CREDES, *biblio*, n°1288, février 2000.
 23. CANAM, "Contrôle d'un acte de spécialité réalisé en clinique : la chirurgie de la cataracte", *Rapport national du Régime d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes*, année 2000.
 24. ANAES, "Evaluation du traitement chirurgical de la cataracte de l'adulte", *Evaluation des technologies*, février 2000.
 25. BUSSON O., DOUSSIN A., SOURTY-LE GUELLEC M-J., "Estimation du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire : l'exemple des cures de hernies inguinales ou crurales", *biblio*, n° 1303; *questions d'économie de la santé*, n°30 CREDES, mai 2000.
 26. AFCA, *Chirurgie ambulatoire*, AFCA 2000, novembre 2000.
 27. LATHOUWER C. de, POUILLIER J. P., "How much ambulatory surgery in the world in 1996-97 and trends?", *Ambulatory surgery* 8 (2000) ; p 191-210.
 28. DREES, "Le traitement chirurgical de la cataracte en France", *Etudes et résultats*, n°101, février 2001.
 29. PELLERIN D., PARMENTIER G., SALES J. P., JOUFFROY L., AOUSTIN M., HOLLENDER L. (contributions), "La chirurgie ambulatoire", séance thématique du 12 juin 2001, *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2001, 185, n°6, p 1023-1085.
 30. SOURTY-LE GUELLEC M-J., "Le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire de la cataracte en France en 1999", *biblio*, n° 1357; *questions d'économie de la santé*, n°41, CREDES, septembre 2001.
 31. CANAM, "Contrôle d'un acte de spécialité réalisé en cliniques privées : la chirurgie de la cataracte", *Rapport national du Régime d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes*, septembre 2001.
 32. GIRAUDON M., *La chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé privés en Languedoc Roussillon*, (DRSM Languedoc Roussillon), décembre 2001.
 33. WESTERT G. P., "Geographical Variations in Surgerey : Outpatient versus Inpatient Treatment", *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, vol 33, n°1, janvier-mars 2002.
 34. SOURTY-LE GUELLEC M-J., "La chirurgie ambulatoire : potentiel de développement pour 17 gestes marqueurs", *questions d'économie de la santé - analyses*, n° 50 ; avril 2002.
 35. KUSS J. J., JONG O. de, BALLIET J-M., THORN S., LESUR P., WEILL G., VERROUST P., "La chirurgie ambulatoire en Alsace et en Lorraine", *Actes des Journées EMOIS 2002*, Nancy, mars 2002.
 36. BONTEMPS G., COUSTAR N., TOUPIN M.H., "Enquête nationale chirurgie ambulatoire et son articulation avec le PMSI ", *Actes des Journées EMOIS 2002*, Nancy, mars 2002.
- Egalement :*
37. *Résultats régionaux de l'étude sur la chirurgie ambulatoire des établissements de soins privés*, ARH Midi-Pyrénées, mars 1998.
 38. *La chirurgie ambulatoire dans les établissements publics et privés de la région Picardie*, ERSM Nord – Picardie, septembre 1998.
 39. *La chirurgie de la cataracte en Bretagne*, URCAM de Bretagne, février 2001.

INDEX DES SIGLES

AFCA	Association Française de Chirurgie Ambulatoire
AMPI	Assurance Maladie des Professions Indépendantes
AP-HP	Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ASA	American Society of Anesthesiologists
BREX	Base Régionale des Etablissements sous Unix (Assurance Maladie - régime général)
CANAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes
CCMSA	Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole
CGSS	Caisse Générale de Sécurité Sociale (Départements d'Outre Mer)
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CREDES	Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé
DG	Dotation globale
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées)
DRM	Direction du Risque Maladie - CNAMTS
DRSM	Direction Régionale du Service Médical
DSM	Direction du Service Médical - CNAMTS
FINESS	Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
GM	Geste Marqueur
IAAS	International Association for Ambulatory Surgery
MSA	Mutualité Sociale Agricole
OCDE	Organisation pour la Coopération et le Développement Economique
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
OQN	Objectif Quantifié National
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PNIR	Programme National Inter-Régimes de Gestion du Risque

PSPH	Participant au Service Public Hospitalier
SAE	Statistique Annuelle des Etablissements de santé
SFAR	Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie