



assurée par un médecin ; l'utilisation d'un lit ou d'une place pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifiée par l'état de santé du patient.

Dix années ont été nécessaires pour introduire une notion plus médicale de gradation des soins avec l'instruction du 10 septembre 2020⁶, qui précise les niveaux de prises en charge, non seulement de l'hospitalisation de jour, mais aussi de l'activité externe avec la reconnaissance d'un niveau intermédiaire, ainsi que la possibilité d'un « rescrit tarifaire » pour traiter les situations inclassables. Dans ces annexes sont énoncés les soins externes, les prestations hospitalières sans hospitalisation (urgences, petit matériel, sécurité et environnement hospitalier, produits pharmaceutiques en environnement hospitalier), les séjours en unités d'hospitalisation de courte durée, l'hospitalisation de jour et les forfaits pathologies chroniques.

Passer du lieu de délivrance des soins à l'environnement et aux compétences nécessaires

Ainsi, c'est par la tarification que commencent à être définis les différents niveaux d'environnement et leur gradation. Il est à rappeler que la tarification reste un des lieux majeurs de mise en cohérence entre les différentes sphères d'activité concernées : médicale, économique, financière, éthique, politique [9].

6. Instruction n° DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020 relative à la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile.

À ces ambiguïtés sur la chirurgie ambulatoire et la médecine ambulatoire s'ajoutent celles d'un virage ambulatoire qui ne comporte pas *stricto sensu* le transfert de prise en charge de l'hôpital vers la ville. Le virage ambulatoire ne devrait pourtant admettre que des transferts de l'hôpital vers la ville, avec, par exemple en médecine, le transfert de cures de chimiothérapie hospitalière vers la chimiothérapie *per os* à domicile, ou, par exemple en chirurgie, le transfert de la chirurgie ambulatoire hospitalière vers la chirurgie de cabinet en ville. Mais ce virage ambulatoire, tel que défini dans la stratégie nationale de santé 2018-2022 et dans le programme ma santé 2022, recouvre aussi des notions très éloignées de l'ambulatoire, comme la pertinence des séjours (« favoriser le maintien des patients à domicile en évitant des hospitalisations non pertinentes »), ce qui relève plutôt de l'évaluation des pratiques professionnelles, ou comme la récupération améliorée après chirurgie (Raac), qui correspond à une réduction de durée de séjour hospitalière sans ambulatoire et qui relève également des bonnes pratiques professionnelles.

Il faut donc penser différemment : ce n'est plus le lieu de production (hôpitaux, cliniques, *free standing centers*, centres de santé, cabinets de ville...) qui importe, mais bien les niveaux d'environnement et les compétences, qu'il faudrait impérativement définir réglementairement. C'est à ce prix que la qualité et la sécurité des soins seront assurées et que le virage ambulatoire (qu'il conviendra de préciser sémantiquement et réglementairement) se réalisera. ➔

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 59.

Panorama français du virage ambulatoire

Gilles Bontemps

Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins, Caisse nationale d'assurance maladie

François Richaud

Direction régionale du Service médical de Bourgogne-Franche-Comté, Assurance maladie

Prescillia Nunes

Interne de médecine, spécialité santé publique, direction régionale du Service médical de Bourgogne-Franche-Comté, Assurance maladie

Compte tenu des questions sémantiques de définition et de périmètre du virage ambulatoire, le panorama français sur le virage ambulatoire présenté ici comportera les deux seules parties suivantes : une première sur la chirurgie ambulatoire hospitalière (hors chirurgie de cabinet) et une seconde sur la médecine ambulatoire hospitalière (hors séances, hors médecine interventionnelle et hors soins externes).

La chirurgie ambulatoire hospitalière

La pratique de la chirurgie ambulatoire est autorisée en France depuis 1992¹ et s'est développée lentement mais régulièrement depuis trente ans.

Son suivi a évolué dans le temps : initialement ciblé sur quelques actes – liste des dix-huit gestes marqueurs

1. Décret 92-1100 du 2 octobre 1992 portant application de l'article L. 712-10 du Code de santé publique ; décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du Code de la santé publique en application de l'article L. 712-9 (3°) de ce même code.

à partir de 2003² –, le suivi s'est ensuite étendu à partir de 2015 à la totalité des actes de chirurgie. La liste initiale des dix-huit gestes marqueurs, liste limitée mais significative d'actes potentiellement ambulatoires dérivant d'une liste internationale de l'OCDE, a été coconstruite par la Caisse nationale d'assurance maladie et l'Association française de chirurgie ambulatoire. Toutes les spécialités y étaient représentées. Elle recouvrait 36 % de l'activité chirurgicale française et a vu son taux d'ambulatoire passer de 33 % en 1999 à 85 % en 2018. Dès lors que la quasi-totalité des actes de cette liste fut ambulatoire, cette liste a cédé la place à un suivi annuel du taux ambulatoire sur la totalité de la chirurgie.

Des différences régionales

Le taux national de chirurgie ambulatoire sur la totalité de la chirurgie (tous les chiffres et graphiques du panorama chirurgical proviennent de l'outil d'accompagnement en

2. Programme national inter-régimes (Pnir). Enquête chirurgie ambulatoire. Volet synthèse et mise en perspective. Caisse nationale d'Assurance maladie, septembre 2003.

open data Visuchir) est ainsi passé de 47 % en 2013 à 61 % en 2021, avec une progression annuelle de 2 à 2,5 points entre 2013 et 2016. On observe ensuite un ralentissement de la progression, entre 1,5 à 2 points/an entre 2017 et 2019, puis une stagnation en 2020, et une reprise de la progression en 2021 selon la tendance observée depuis 2017 (effet de la crise sanitaire liée au Covid-19) (figure 1).

Mais ce taux national est un taux moyen, recouvrant des situations variables selon les régions et selon les catégories juridiques. Ainsi, en 2021, les taux régionaux varient entre 59 % et 64 %, hors DOM. Ce différentiel, actuellement de 5 points, a été divisé par quatre depuis

2000. Les régions les plus avancées en 2021 sont l'Île-de-France, les Pays de la Loire et la Provence-Alpes-Côte d'Azur, et les plus en retard sont le Centre-Val de Loire, le Grand-Est, la Normandie et la Corse (figure 2).

Des disparités selon les catégories juridiques des établissements et les spécialités

Mais les écarts concernent surtout les catégories juridiques des établissements, les cliniques privées étant historiquement plus en avance que le secteur public, car ayant engagé la substitution ambulatoire dès les années 1990, quinze ans avant les établissements publics. En 2021, alors que les deux tiers de la chirurgie sont pris en

figure 1

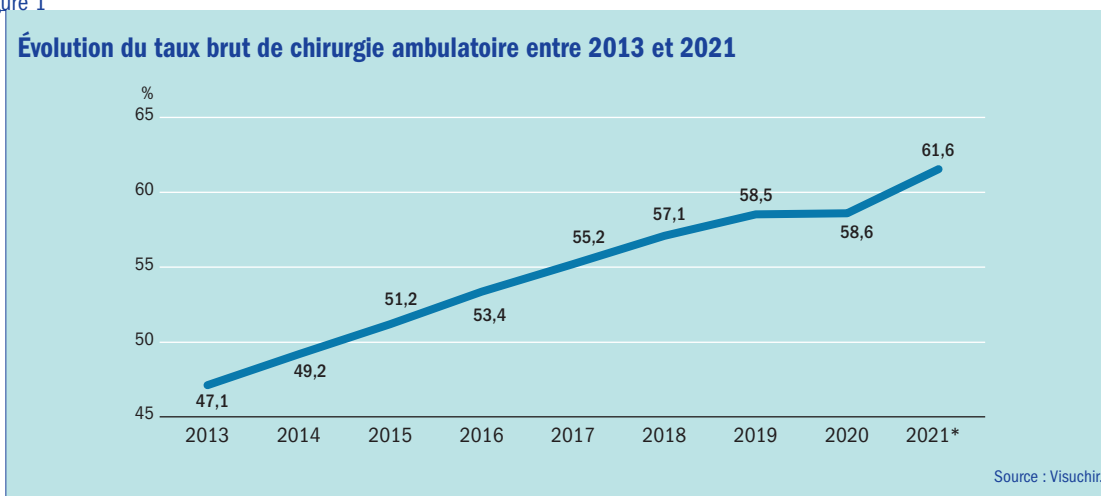
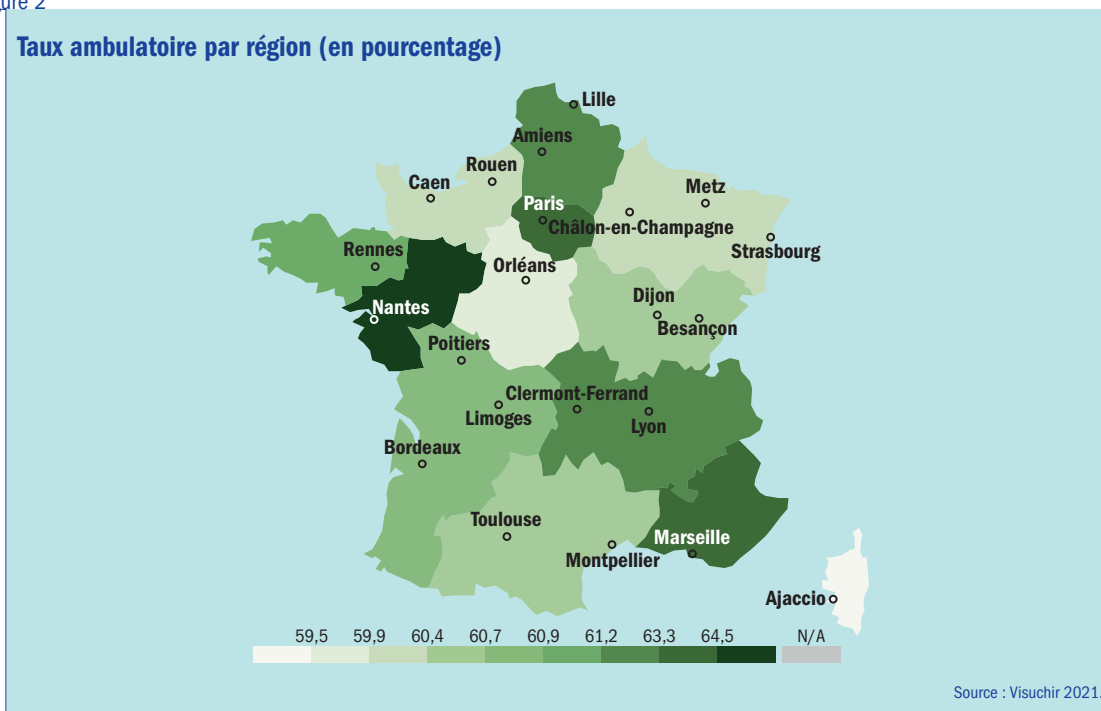


figure 2





Le virage ambulatoire : sécurité des patients et inégalités de santé

charge dans le secteur privé (cliniques privées lucratives et non lucratives), les parts de marché ambulatoires du secteur privé s'élèvent à 74 % contre 26 % pour le public (centres hospitaliers régionaux universitaires et centres hospitaliers). Les taux moyens nationaux de chirurgie ambulatoires sont respectivement de 38 % pour les centres hospitaliers régionaux et universitaires (CHR/U), 51 % pour les centres hospitaliers (CH), 54 % pour les centres de lutte contre le cancer (CLCC), 62 % pour le privé non lucratif (Espic) et 71 % pour les cliniques privées commerciales (cliniques), mais recouvrent des situations très disparates : par exemple pour les CHR/U, l'Institut ophtalmologique de Picardie du CHU d'Amiens et Jean Verdier de l'AP-HP ont respectivement des taux de chirurgie ambulatoire de 97 % et 84 %, St Eloi du CHU de Montpellier et Beaujon de l'AP-HP respectivement des taux de 15 % et 14 %.

Ce taux brut est déconnecté de l'éventail et de la lourdeur des cas traités (*case-mix*) et n'est souvent pas pertinent pour illustrer la performance ambulatoire d'un établissement de santé. Il est préférable de se baser sur l'indicateur de performance de chirurgie ambulatoire (IPCA) Anap-ATIH³, score composite prenant en compte le volume des pratiques ambulatoires, le *case-mix* de l'établissement et l'innovation ambulatoire pratiquée. Ce score mesure la performance ambulatoire d'un établissement de santé sur une échelle de 1 (établissement français le moins performant en ambulatoire) à 70 (établissement français le plus performant). En 2020, la médiane de l'IPCA des centres hospitaliers est de 16 (315 sites chirurgicaux), celle des CHR/U est de 19 (102 sites), celle des Espic de 22 (62 sites), celle des CLCC de 24 (19 sites) et, enfin, celle des cliniques de 28 (439 sites). Ce score confirme bien que le secteur privé a non seulement les taux de chirurgie ambulatoire les plus élevés, mais est aussi globalement plus performant en ambulatoire que le public.

Les taux d'ambulatoire sont également variables selon les spécialités. Les spécialités « tête et cou », dont le niveau d'environnement chirurgical est souvent le plus réduit, sont historiquement celles qui se sont développées les premières en ambulatoire, et qui observent les taux d'ambulatoire les plus élevés.

En 2021, la chirurgie ophtalmologique a un taux de chirurgie ambulatoire de 94 %, la chirurgie ORL et maxillo-faciale de 63 %. L'orthopédie et traumatologie est à 56 %, la chirurgie viscérale et digestive à 45 % et l'urologie à 44 %. Au sein de chaque spécialité, les taux d'ambulatoire varient également.

- En urologie : de 6 % d'ambulatoire (troubles mictionnels) à 81 % (androgénie) en passant par les 20 % de la cancérologie.
- En ophtalmologie : de 31 % d'ambulatoire (chirurgie de l'orbite) à 96 % (cataracte) en passant par les 31 % de la chirurgie de la cornée.

3. Instruction n° DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020.

- En chirurgie viscérale et digestive : de 3 % d'ambulatoire (chirurgie œsophage, estomac et région hiatale) à 83 % pour la pose de cathéter relié à une veine profonde, en passant par les 40 % des cholécystectomies.
- En ORL et maxillo-faciale : de 9 % d'ambulatoire (chirurgie cervico-faciale) à 84 % (chirurgie plastique reconstruction de la face) en passant par les 15 % de la cancérologie.
- En orthopédie et traumatologie : de 3 % d'ambulatoire (chirurgie du rachis ou de la hanche) à 85 % (chirurgie de la main) en passant par les 43 % de la chirurgie du genou.

En conclusion, la chirurgie ambulatoire s'est développée en France depuis trente ans pour atteindre 61 % en 2021, loin de la cible ministérielle de 70 % en 2022 et de la préconisation n° 5 de 80 % du rapport sur le virage ambulatoire du Haut Conseil de la santé publique de juin 2021 : « atteindre 80 % de chirurgie ambulatoire en s'aidant notamment de l'outil Visuchir et des travaux des sociétés savantes ».

La médecine ambulatoire hospitalière

Quand on parle de virage ambulatoire à l'hôpital, c'est immanquablement la chirurgie qui vient en premier. La seconde place de la médecine est avant tout la résultante de difficultés d'approche du sujet : l'imprécision de ses frontières par rapport aux séances, aux consultations externes et multidisciplinaires d'abord ; l'imprécision de la classification CIM10 pour la coder, qui devient plus criante en l'absence d'actes CCAM associés, ensuite ; le faible niveau de précision exigé par le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) pour intégrer des GHM (groupes homogènes de malades) de médecine, en troisième lieu. À cela vient s'ajouter l'association de séjours programmés et non programmés, le PMSI calculant les durées des séjours sur la base d'un hébergement à minuit, ce qui amène à relativiser la « durée 0 » aux urgences. Enfin, la médecine ambulatoire hospitalière est dispersée dans de nombreux services hospitaliers et non pas centrée par une prise en charge bien définie comme celle au bloc opératoire.

Il résulte de ce qui précède : d'une part, la tentation simplificatrice à l'excès de définir la médecine ambulatoire par ce qu'elle n'est pas : ni chirurgicale, ni assortie d'hébergement ; et, d'autre part, le recours aux dires d'experts pour en connaître des pans spécialisés mais sans avoir de vue d'ensemble.

Le HCSP a impulsé le développement d'un algorithme pour sélectionner les séjours relevant *a priori* de la médecine ambulatoire avec une approche en priorité par les diagnostics pour se prémunir des simplifications médico-économiques. Le PMSI ne retient que les séjours d'une seule unité médicale, car plus de 99 % de l'activité ambulatoire « sans nuitée » présentait cette caractéristique sur l'année de développement (2018). Ce constat a créé l'opportunité d'isoler les différentes unités médicales retrouvées afin de mettre

tableau 1

Panorama des principaux regroupements de séjours par univers de soins en 2020, selon l'algorithme de médecine ambulatoire du PMSI

Univers	Effectif	Principaux agrégats dans l'univers	Effectif	Proportion dans l'univers	
Urgences adultes	1 113 211	Douleur au niveau de la gorge et du thorax	81 581	7,33 %	
		Troubles du comportement liés à la consommation d'alcool	72 811	6,54 %	18,74 %
		Douleur abdominale et pelvienne	54 272	4,88 %	
Médecine adultes	689 512	Diabète (type 1, 2, gestationnel)	77 882	11,30 %	
		Douleur non classée ailleurs	42 837	6,21 %	23,29 %
		Ascite	39 885	5,78 %	
Chirurgie adultes	180 800	Anémie par carence en fer	10 574	5,85 %	
		Avortement médical	8 978	4,97 %	
		Douleur non classée ailleurs	8 677	4,80 %	20,40 %
		Ajustement et entretien d'une prothèse interne	8 651	4,78 %	
Gynécologie-obstétrique	141 765	Avortement médical	80 824	57,01 %	
		Diabète sucré au cours de la grossesse	12 558	8,86 %	72,68 %
		Surveillance d'une grossesse à haut risque	9 649	6,81 %	
Médecine enfants	127 637	Fibrose kystique	8 481	6,64 %	
		Allergologie	7 770	6,09 %	21,18 %
		Retard du développement physiologique	5 946	4,66 %	
		Diabète sucré de type 1	4 834	3,79 %	
Oncologie	109 458	Hématologie	36 880	33,69 %	
		Douleur non classée ailleurs	7 466	6,82 %	45,26 %
		Tumeur maligne du sein	5 192	4,74 %	
Urgences enfants	94 845	Lésion traumatique intracrânienne	11 424	12,04 %	
		Asthme	7 458	7,86 %	26,03 %
		Gastroentérites et colites d'origine infectieuse ou non précisée	5 806	6,12 %	
Médecine personnes âgées	70 511	Démences	12 204	17,31 %	
		Ascite	4 224	5,99 %	27,45 %
		Symptômes relatifs aux fonctions cognitives et à la conscience	2 925	4,15 %	
Douleurs chroniques rebelles	35 076	Douleurs chroniques non classées ailleurs	31 697	90,37 %	
		Névroses, psychoses et autres troubles mentaux	1 222	3,48 %	96,19 %
		Affections du système nerveux	821	2,34 %	
Addictologie	33 688	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	25 071	74,42 %	
		Troubles de l'alimentation non organiques	2 641	7,84 %	88,86 %
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres drogues et substances psychoactives	2 223	6,60 %	
Chirurgie enfants	22 674	Affections ORL, dont caries dentaires	12 604	55,59 %	
		Affections de l'œil	1 705	7,52 %	66,26 %
		Maladies endocriniennes hors diabète	714	3,15 %	

N.B. : les établissements de santé ne présentent pas toutes les unités médicales, notamment les plus spécialisées. De fait, les résultats issus de cette typologie doivent être interprétés au regard de l'offre hospitalière, notamment dans les petits établissements. Pour illustrer ce propos, nous pouvons prendre l'exemple des séjours pour IVG, qui, majoritairement codés dans des unités médicales de gynécologie-obstétrique, sont retrouvés également en médecine et chirurgie adultes, réalisés sans doute dans des établissements de santé n'ayant pas d'unité médicale spécifique pour la spécialité.

Source : PMSI 2020. Travaux Assurance maladie. Ces données sont issues des séjours, sélectionnées par l'algorithme, ne comportant qu'un seul résumé d'unité médicale (RUM).



en place onze « univers de soins », renforçant la lisibilité des informations des séjours. Cette procédure appliquée à 2020 a donné un panorama représenté dans le tableau 1.

Si certains univers comme celui de gynécologie-obstétrique ou de l'addictologie sont bien définis, avec des agrégats de prise en charge délimités (gynécologie-obstétrique : 57 % des séjours pour IVG et 31 % pour des affections de l'*antepartum*), d'autres univers restent difficiles à catégoriser, comme la médecine adultes. Malgré la présence de codes suffisants, comme pour l'ascite, pour comprendre la prise en charge, d'autres situations appelleraient des précisions et le seul codage du diagnostic principal (DP) ne nous permet pas de tirer suffisamment d'informations pour interpréter le séjour, comme « douleur non classée ailleurs ».

Toutes spécialités confondues, le codage des séjours fait ressortir la prépondérance des groupes d'activités relevant d'une notion de suivi, de surveillance et d'exploration, qui représentent ensemble environ 42 % des séjours de l'univers de médecine adultes, 49 % des séjours de l'univers médecine enfants et 47 % de l'univers médecine personnes âgées.

La prise en charge des douleurs chroniques et les soins palliatifs représentent un domaine d'activité important, avec 6,2 % des séjours de l'univers de médecine adultes, chiffre assez stable dans d'autres univers comme celui de l'oncologie, avec 6,8 % des séjours. Un univers

de douleurs chroniques a été isolé, mais ne nous permet pas de catégoriser de manière plus précise le contexte de ces douleurs.

Le panorama obtenu est appelé à gagner en netteté, avec la mise en place par la Cnam d'un outil dédié à l'analyse de la médecine ambulatoire : VisuMed, en *open data*. Cette mise en place permettra aussi de s'interroger sur la question de l'adéquation entre le type de prise en charge, l'endroit de sa prise en charge et la durée de séjour adéquate : « *le bon patient au bon endroit pour la bonne durée de séjour* ». La notion de qualité des soins se profile derrière les questions d'organisation (les modes d'organisation sont différents selon les durées de séjour : ambulatoire, moins de 48 heures, moins de 72 heures et plus de 72 heures) et de pertinence (avec notamment la constatation de durées de séjours de plus de huit jours dans les unités d'hospitalisation de courte durée [UHCD]).

Des progrès seront facilités si le codage se fait plus précis, si des établissements et institutions de santé collaborent pour préciser les connaissances acquises. Ce travail collaboratif permettrait d'associer l'approche globale du sujet et les approches spécialisées des cliniciens, pour construire progressivement une culture de la médecine ambulatoire similaire à celle existant pour la chirurgie ambulatoire et définir un champ plus lisible pour tous. Dès lors, des mesures incitatives pourront être mieux ciblées, mieux comprises, et plus effectives. ➔

Évolution et organisation des prises en charge en chirurgie ambulatoire

Gilles Cuvelier
Praticien hospitalier,
chef de service
au centre hospitalier
de Cornouaille,
Quimper

Les volumes de chirurgie ambulatoire ont augmenté d'année en année, plus lentement que les objectifs annoncés : 47 % des actes chirurgicaux en 2013, la chirurgie ambulatoire est maintenant devenue majoritaire (lire p. 14).

Depuis vingt ans, quelles évolutions ?

Les établissements de santé ont tous créé leur unité de chirurgie ambulatoire (UCA), la chirurgie ambulatoire « foraine » (hors UCA) est en train de disparaître¹. Ces unités de chirurgie ambulatoire ont, pour les premières,

1. Quelles structures peuvent pratiquer la chirurgie ambulatoire ? En France, la chirurgie ambulatoire est une activité soumise à l'autorisation de l'agence régionale de santé. Les destinataires de cette autorisation peuvent être un établissement de santé, un ou plusieurs médecins ou une personne morale. Différentes décisions juridictionnelles ont considéré que le fait d'être autorisé à exercer, pour une structure, une activité de soins en ambulatoire lui conférerait la qualification d'un établissement de santé, imposant de fait des obligations et contraintes en termes de sécurité et de qualité des soins.

plus de vingt années d'existence, un certain nombre d'entre elles ont plusieurs fois évolué sur le plan architectural à la fois pour accueillir plus de patients, mais aussi pour pouvoir appliquer des principes de *lean management* avec des circuits différenciés, une marche en avant, un accueil des patients en *box*, en cocons, en fauteuils ou en lits non plus à l'arrivée du patient mais au retour du bloc opératoire. Certaines unités en sont à leur quatrième version architecturale.

D'actes chirurgicaux simples, la chirurgie ambulatoire s'est progressivement élargie aux actes complexes. Les premières prothèses de genou et de hanche sont apparues en 2012 ; en 2013, *sleeve* et puis *by-pass* pour obésité morbide, résection pulmonaire, colectomie pour cancer, thyroïdectomie, néphrectomie ; en 2014, colectomie totale, hernie discale, cure d'anévrisme de l'aorte abdominale. La chirurgie robotique y participe également (prostatectomie radicale, néphrectomie partielle et totale, curage lombo-aortique...).