

## Indicateur : Développement de la chirurgie ambulatoire Version 2025-2026

### 1. Contexte

Aujourd'hui, la chirurgie ambulatoire correspond à la modalité la plus adéquate pour 70 à 80% des interventions chirurgicales, comme le recommande le Haut Conseil de la Santé Publique dans son rapport « Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé », publié en juin 2021.

Cette pratique, qui a démontré sa pertinence au cours des dernières années, apporte de nombreux gains aux patients, aux équipes chirurgicales, aux établissements de santé et à la société :

- **Aux patients** : elle libère le patient des contraintes de l'hôpital en raccourcissant la durée d'hospitalisation et lui permet de réintégrer son milieu familial, source de confort, et réduit les risques d'infections nosocomiales et des maladies thromboemboliques. Etant donné la courte durée d'hospitalisation, le patient opéré en ambulatoire bénéficie d'une préparation et d'un suivi post-opératoire rigoureux.
- **Aux équipes chirurgicales** : la courte durée de séjour permet aux équipes de gagner du temps, d'éviter les déplacements entre les différents services, leur réduit le temps de travail, notamment de nuit et les weekends et donc leur garantit une meilleure qualité des conditions de travail.
- **Aux établissements** : la chirurgie ambulatoire, critère de qualité pour les établissements, permet d'optimiser l'organisation des blocs opératoires. Elle mobilise moins les ressources de l'établissement notamment en matière de ressources humaines. Ainsi, elle conduit à une baisse de coûts de production (indemnités journalières, transports sanitaires etc..).
- **A la société** : elle est source d'économies financières, ce qui représente un grand gain aux pouvoirs publics, et donc à la société.

Le développement des alternatives à l'hospitalisation complète et plus particulièrement de la chirurgie ambulatoire demeure un chantier prioritaire pour l'Agence régionale de santé Île-de-France (ARS IDF). La chirurgie ambulatoire est majoritaire en Île-de-France depuis 2014 et l'objectif était d'atteindre la cible nationale fixée à 70% en 2022. Cependant, **le taux de chirurgie ambulatoire en région Île-de-France était de 61,8% en 2020**. Il est donc nécessaire d'intensifier les efforts pouvant aboutir au développement de cette modalité de prise en charge.

La mise en place d'un indicateur spécifique à cette thématique dans le cadre des CAQES s'inscrit dans cette perspective de développement de la chirurgie ambulatoire.

### 2. Objectif

L'objectif est d'encourager un développement de la chirurgie ambulatoire en région Île-de-France, en raison de la qualité de cette modalité de prise en charge, en augmentant le taux de chirurgie ambulatoire des établissements ciblés :

Cette augmentation est envisagée soit pour l'ensemble des disciplines soit sur une discipline.

Deux options sont possibles :

**1. Augmentation de 5 points par an du taux de chirurgie ambulatoire pour l'ensemble des disciplines** (soit 10 points sur la période des 2 années)

- Augmentation de 5 points (année 1 – année de référence),
- Augmentation de 10 points (année 2 – année de référence).

Ou :

**2. Augmentation de 10 points par an pour une spécialité (soit 20 points sur la période des 2 années)**

- Augmentation de 10 points (année 1 – année de référence),
- Augmentation de 20 points (année 2 – année de référence).

L'année de référence est l'année 2023.

**Dans le cas où l'établissement choisit de cibler la deuxième option, il convient préciser la spécialité sélectionnée à l'ARS IDF au moment de la contractualisation, sous réserve de validation de l'ARS IDF.**

### 3. Construction de l'indicateur

1. Indicateur pour l'ensemble des disciplines (année N évaluée) = différence entre le taux de chirurgie ambulatoire à l'année N et le taux de chirurgie ambulatoire à l'année de référence (2023).
2. Indicateur pour une spécialité : différence entre le taux de chirurgie ambulatoire à l'année N pour le GP et le taux de chirurgie ambulatoire à l'année de référence (2023). Cette activité basculée en ambulatoire doit être supérieure à 50 séjours (volume d'activité ambulatoire année N – volume d'activité ambulatoire à l'année de référence).

Les données sont issues du PMSI et disponibles en juillet/août (PMSI), via l'outil à accès national Diamant (Décisionnel Inter-ARS de Mutualisation et d'ANTicipation), et sont produites par le service performance de l'ARS IDF.

### 4. Ciblage des établissements

Les établissements seront ciblés selon une distribution territoriale et par statut d'établissement parmi les établissements présentant :

- un volume d'activité chirurgicale important supérieur à 4000 actes par an en 2019
- un potentiel VISUCHIR\* global supérieur ou égal à 10% en 2019 et par discipline supérieur à 30%

*\*Fruit d'un partenariat entre l'Assurance Maladie et l'ATIH, VISUCHIR est un outil médicalisé de data visualisation sur la chirurgie, construit à partir des actes CCAM. Il analyse, suit et compare les pratiques professionnelles et organisationnelles chirurgicales des établissements de santé en prenant en compte leurs spécificités (case-mix, niveaux de sévérité et âges des patients, innovation ambulatoire...).*

### 5. Intéressement

En cas d'augmentation effective du taux de chirurgie ambulatoire, l'établissement est éligible à un intéressement d'un montant proportionnel à l'augmentation du taux de chirurgie ambulatoire dans la limite du montant forfaitaire maximal (correspondant à l'atteinte des 5 points, 10 points et 15 points pour l'ensemble des disciplines ou des 10 points, 20 points et 30 points pour une spécialité).

A titre d'exemple : une augmentation globale de 2,5 points pour l'ensemble de l'activité chirurgicale la première année permet un intéressement de la moitié du montant forfaitaire maximal

### 6. Modalités d'évaluation

Evolution du taux de chirurgie ambulatoire calculé à partir des données PMSI.

Les établissements s'engagent à adresser à l'ARS et mettre en œuvre un plan d'actions pluriannuel afin développer la chirurgie ambulatoire dans le cadre du CAQES.

Ce plan d'action devra également être accompagné d'une gouvernance de pilotage et de gestion de projet annexée au plan d'action. Chaque action devra comporter un délai de réalisation, une date de mise en œuvre prévisionnelle et effective, ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation.

Pour toute fin utile, les établissements peuvent s'appuyer sur le plan d'actions proposé ci-dessous. Les actions pourront être complétées par toute autre action que l'établissement jugera pertinente aux vues de selon son organisation interne et de ses spécificités territoriales.

## Proposition de plan d'actions

Thématique	N°	Intitulé	Année 1	Année 2	
<b>Stratégie</b>	1.1	Le développement de la chirurgie ambulatoire est inscrit dans les orientations stratégiques de l'ES (projet d'établissement, projet de soins/médical partagé, etc.) en vigueur	X	X	Évalué chaque année sur justificatif : projet d'établissement en vigueur
	1.2	Un référent Chirurgie ambulatoire est nommé au sein de l'établissement	X	X	Évalué chaque année sur justificatif : nom du référent et signalement en cours de changement
	1.3	Les missions du référent chirurgie ambulatoire sont définies et formalisées	X		Évalué chaque année sur justificatif : fiche de mission
	1.4	Un état des lieux du recours à la chirurgie ambulatoire est en place (analyse du potentiel VISUCHIR, nombre de salles, ressources humaines, etc.)	X		Évalué la première année sur justification : document d'état des lieux
<b>Organisation interne</b>	2.1	Le conseil de bloc opératoire évoque les questions relatives à l'organisation de la chirurgie ambulatoire au moins deux fois par an	X	X	Évalué chaque année sur justificatif : compte(s) rendu(s) du conseil de bloc opératoire
	2.2	La prise en charge en ambulatoire de situations d'urgence est intégrée au projet de développement de la chirurgie ambulatoire	X	X	Évalué chaque année sur justificatif : projet d'établissement, comptes rendus de réunion, tout autre document
<b>Parcours du patient</b>	3.1	La Réhabilitation améliorée après chirurgie (RAC) est pratiquée au sein de l'établissement, voire la préhabilitation.		X	Évalué en année 2 et 3 sur justificatif : Protocoles de prise en charge
	3.2	La check-list est utilisée systématiquement au sein de l'établissement	X	X	Évalué chaque année : Protocoles de prise en charge
	3.3	Des protocoles de suivi post-opératoire sont formalisés et diffusés	X	X	Évalué chaque année : Protocoles de prise en charge et procédure de diffusion des protocoles
	3.4	Une lettre de liaison est remise au patient afin de favoriser le lien Ville Hôpital	X	X	Évalué chaque année : Modèle de lettre de liaison et procédure(s) associée(s)
<b>Promotion de la chirurgie ambulatoire</b>	4.1	Des actions de promotion de la chirurgie ambulatoire sont organisées au sein de l'établissement	X	X	Évalué chaque année : sur justificatif : compte rendu, support de présentation, liste des personnes participant
<b>Suivi de l'activité</b>	5.1	Le recours à la chirurgie ambulatoire est évalué annuellement		X	Évalué en année 2 et 3 sur justificatif : tableau de bord des indicateurs de chirurgie ambulatoire
	5.2	Une enquête de satisfaction annuelle spécifique à la chirurgie ambulatoire est en place		X	Évalué en année 2 et 3 sur justificatif : questionnaires de satisfaction et synthèse des résultats de l'enquête avec plan d'amélioration

### Références :

HCSP, *Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé*, Collection Avis et Rapports, Juin 2021

E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, Décembre 2017 « Évaluation de l'impact économique de la chirurgie ambulatoire ? » - Frédéric Bizard

Site Internet de l'Observatoire Régional de la Chirurgie Ambulatoire :

<http://www.orca-chirurgie-ambulatoire-ars-idf.fr/>

Visuchir : [Scansante](#)

Liste des spécialités chirurgicales concernées par le potentiel VISUCHIR : Chirurgie orthopédique, Chirurgie gynécologique, Chirurgie viscérale et digestive, Chirurgie thoracique, Chirurgie plastique, Chirurgie maxillo-facial-stomatologique, Chirurgie pédiatrique, Neurochirurgie, Chirurgie ORL, Chirurgie urologique, Chirurgie ophtalmique.