



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé

Direction de la santé

DOCUMENTATION ET CLASSIFICATION DES SÉJOURS HOSPITALIERS – DCSH

GRAND DUCHÉ DE LUXEMBOURG

RAPPORT « HOSPITALISATION DE JOUR »

Année 2021

Rapport d'expertise réalisé pour la caractérisation et la documentation des activités réalisées dans le contexte de l'hospitalisation de jour, destiné aux établissements hospitaliers, tels que définis à l'Art. 1^{er} de la loi hospitalière du 08/03/2018.

Avant-propos

Ce rapport d'expertise a pour objet de définir les critères pour l'identification, le recensement et la documentation des activités d'hospitalisation de jour dans les établissements hospitaliers tels que définis à l'Art. 1er de la loi hospitalière du 08/03/2018.

Le présent fascicule est d'application à partir du 1^{er} janvier 2022.

Il a pour base légale la loi du 08 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

Il a été rédigé avec la collaboration :
Dr. J. Biederman (consultant-rédacteur),

Pour la relecture
Dr N. M'Bengo (Disa),
Dr F. Romano (Disa),
Dr J. Darmian (Disa)

Il a été validé par la commission consultative de la documentation hospitalière en date du xx/01/2022.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter le secrétariat de la CCDocHosp.

Dr. Françoise Berthet
Présidente de la CCDocHosp

**Division de la médecine curative
et de la qualité en santé
Direction de la santé
13a rue de Bitbourg
L-1273 Luxembourg-Hamm
medecine-curative@ms.etat.lu**

Rapport "hospitalisation de jour"

Caractérisation et principes de recensement de l'activité réalisée en hospitalisation de jour.

Le présent rapport a été rédigé à la demande de la Direction de la santé mandatée par la commission consultative de la documentation hospitalière (CCDocHosp) afin que soit réalisé un travail d'expertise concernant la documentation des activités réalisées dans le contexte de l'hospitalisation de jour.

Il s'agissait plus particulièrement de :

- identifier les définitions des activités d'hospitalisation de jour ainsi que les modalités de description de ces activités dans différents pays européens.
- proposer une définition de l'hospitalisation de jour applicable au contexte luxembourgeois et des modalités de recueil de l'activité.
- définir les modalités de recensement de l'activité à appliquer dans le cadre d'examens réalisés sur un autre plateau technique que celui de l'établissement dans lequel le patient séjourne.

La division de la médecine curative et de la qualité en santé a compétence pour toutes les questions concernant la planification, l'organisation, l'évaluation de la performance et la surveillance des établissements hospitaliers et des soins primaires, des moyens et équipements de soins et des dispositifs médicaux, ainsi que l'exercice des professions médicales et des autres professions de santé.

Elle a aussi compétence pour toutes les questions ayant trait à l'évaluation, à la promotion et à la coordination nationale de la qualité dans le domaine de la santé, y compris la prévention des risques liés aux soins de santé et le contrôle de qualité des laboratoires.

Elle est chargée de la coordination et de la promotion de la formation continue pour médecins, médecins-dentistes et, en collaboration avec la division de la pharmacie et des médicaments, pour les pharmaciens.

La commission consultative de la documentation hospitalière (CCDocHosp) a pour mission d'assurer au niveau national le suivi du système de documentation médicale hospitalière et d'élaborer des bonnes pratiques de codage.

I. Introduction

Au cours des dernières décennies, la médecine a connu de nombreuses améliorations relatives en particulier aux techniques opératoires et anesthésiques, au matériel endoscopique mais aussi en termes d'organisation, d'infrastructures, de soins infirmiers ou de soins post-opératoires. Ces évolutions médicales et technologiques ont permis des procédures et des pratiques de moins en moins invasives, de mieux en mieux maîtrisées, plus rapides mais aussi plus sûres.

De nombreuses prises en charge nécessitant auparavant une hospitalisation de plusieurs jours peuvent désormais être réalisées sur un mode ambulatoire en ayant recours à un plateau technique, le plus souvent hospitalier, sur une période courte ne nécessitant plus de garder la malade pendant la nuit et parfois même sans hospitalisation aucune. Ces prises en charge dites "ambulatoires" ont connu un essor considérable au cours des dernières années modifiant profondément et durablement les systèmes de soins, les habitudes professionnelles, les relations entre professionnels de santé et patients.

De nombreuses activités médicales que ce soit diagnostiques ou thérapeutiques, peuvent ainsi être réalisées lors d'hospitalisations programmées dont la durée et le contenu sont parfaitement maîtrisés au bénéfice de l'organisation des établissements sanitaires mais aussi et surtout au bénéfice des patients.

Il est ainsi devenu habituel aujourd'hui de réaliser certaines interventions en moins d'une journée et de proposer aux patients de bénéficier d'une prise en charge médicale complète avec un impact minime sur le cours de leur vie personnelle, sociale ou professionnelle. Les hospitalisations de jour sont ainsi devenues habituelles pour la réalisation d'endoscopies, les petites interventions chirurgicales, l'ophtalmologie, l'extraction des dents de sagesse, le traitement des varices, etc. L'hôpital de jour est devenu une entité à part entière dans les systèmes de soins permettant aussi bien la réalisation d'activités de diagnostic, de suivi d'une pathologie, de traitement médical ou chirurgical, de réhabilitation et même d'éducation des patients.

II. Définitions des activités d'hospitalisation de jour et des modalités de description de ces activités dans différents pays européens

Les concepts utilisés pour décrire les environnements dans lesquels sont dispensés les soins, se chevauchent souvent, aussi bien dans la littérature scientifique que dans la législation. Différentes taxonomies existent qui reposent sur la localisation géographique, le type de prestations dispensées, le type de fournisseurs de prestations ou encore le type de financement.

Partout, le terme "ambulatoire" est à l'origine une ambiguïté sémantique : ainsi, la définition de la chirurgie ambulatoire est basée sur le terme ambulatoire en France, aux Pays-Bas, au Portugal, en Espagne alors qu'elle est basée sur la notion de jour ("day") en Allemagne, en Italie au Royaume Uni.

La définition des soins ambulatoires est variable d'un pays à l'autre et ne regroupe pas toujours les mêmes pratiques (consultation, polyclinique, petits actes de chirurgie, hospitalisation de jour, de semaine, ...). Au sein de ces activités ambulatoires, la place et la définition de l'hôpital de jour peuvent également être différentes entre les pays voire au sein d'un même pays.

Les ressources mobilisées par l'hospitalisation de jour peuvent être très variées (acteurs libéraux, centres dédiés à l'hospitalisation de jour, lits ou services au sein d'hôpitaux) et leurs statuts différents (activité publique, privée) renforçant les difficultés à établir des comparaisons internationales.

Enfin, l'activité ambulatoire est souvent évaluée par le biais de ses coûts. Ceux-ci peuvent être très variables dans un même pays selon les acteurs impliqués, le lieu de réalisation ou le statut.

A. Synthèse des expériences européennes

Tous les pays, que ce soit au niveau européen ou de l'OCDE, ont connu un développement important de leur activité de soins ambulatoires depuis 2 décennies au moins.

La comparabilité des résultats est cependant limitée car la comptabilité des procédures ambulatoires et au sein de celles-ci l'activité en hospitalisation de jour dépend de l'organisation des systèmes de santé, des définitions retenues, des pratiques médicales.

Les comparaisons internationales se basent essentiellement sur un nombre limité de procédures chirurgicales servant de traceurs de la transition des soins hospitaliers vers l'ambulatoire. Il s'agit notamment de l'opération de la cataracte, de l'amygdalectomie, de l'ablation des varices, de la cure de hernie inguinale et de l'arthroscopie du genou avec résection d'un ménisque.

Si la chirurgie de la cataracte est essentiellement pratiquée en chirurgie de jour dans tous les pays, l'amygdalectomie est réalisée en une journée à plus de 70% en Belgique et aux Pays Bas, mais ne l'est quasiment pas en Allemagne. Les réparations de hernies inguinales sont réalisées en chirurgie de jour dans 60 % des cas dans les pays européens de l'OCDE (2018) mais plus souvent en Allemagne (99%) qu'au Luxembourg (43%) ou aux Pays-Bas (17,2%)

Des écarts de pratique sont parfois également constatés au sein d'un même pays et peuvent s'expliquer par une perception différente des risques de complications opératoires mais sont aussi le reflet de systèmes de santé très différents. Ainsi, l'activité de soins "ambulatoires" regroupe des prises en charge qui peuvent être extrêmement différentes et ne permettent pas toujours d'isoler une modalité de type "hôpital de jour".

1. Définitions et description de l'hôpital de jour

Tous les pays qui ont engagé un virage ambulatoire l'ont fait pour accompagner les progrès de la médecine et soulager une activité hospitalière importante et en diminuer les coûts. Aussi est-il logique que la mise en œuvre, la promotion et le développement de l'hôpital de jour soit souvent accompagné de mesures financières. Chaque pays cherche la combinaison optimale de systèmes de financement en fonction de son contexte national et de ses objectifs en matière de soins de santé

et les systèmes de financement sont souvent utilisés à des fins de "définition" ou de promotion de l'hospitalisation de jour.

La plupart du temps des services d'hospitalisation de jour ont été créés au sein des hôpitaux même si certains pays (Royaume-Uni, Allemagne) ont choisi de favoriser l'implantation de "centres indépendants" de chirurgie ambulatoire, géographiquement et administrativement distincts des établissements hospitaliers. Cependant, l'exigence d'un hôpital de jour autonome, doté de moyens techniques et de personnels spécifiques et distingué des autres services hospitaliers (lits et/ou services autorisés et identifiés) est toujours soulignée.

Partout, la chirurgie a été l'initiatrice du virage ambulatoire faisant l'objet de nombreuses publications et réglementations. Les activités non chirurgicales ambulatoires, plus difficiles à délimiter notamment en raison d'une frontière étroite avec des activités réalisées en cabinet de ville ou en policlinique, se sont développées de manière moins spectaculaire.

Le virage souhaité du stationnaire vers l'ambulatoire s'est appuyé sur les progrès techniques qui ont permis une qualité et une sécurité de soins identiques sur une durée de prise en charge réduite. Ainsi des listes d'actes chirurgicaux ont pu être proposées pour encourager le virage ambulatoire en ciblant des domaines pour lesquels le recours à l'hôpital de jour pouvait être proposé ou souhaitable voire obligatoire. Ces listes ont pu servir d'indicateurs pour les politiques de santé mais ont également été utilisées à des fins de promotion par le biais de tarifs spécifiques.

Si l'hospitalisation de jour est habituellement facilement différenciée de l'hospitalisation stationnaire, la frontière avec des activités médicales ambulatoires ne nécessitant pas le recours à un plateau technique hospitalier est plus difficile à définir. Cette difficulté à distinguer l'hospitalisation de jour au sein de l'ensemble des activités de type ambulatoire entraîne des modes de recensement d'activité différents selon les pays et des résultats parfois difficilement comparables d'un pays à l'autre.

En chirurgie, des critères de complexité sont parfois requis. Ainsi la British Association of Day Surgery (BADs), dans son "Directory of Procedures" définit pour chaque intervention chirurgicale élective programmée une option thérapeutique préférentielle basée sur la complexité de l'opération et attribue à plus de 200 interventions les modalités suivantes : cabinet de consultation, pas de nuit à l'hôpital, une nuit et deux nuits. Cette liste est régulièrement revue.

Pour le domaine non chirurgical, ne nécessitant pas le recours au bloc opératoire, la distinction est plus complexe et repose alors sur des listes d'activités médicales qui ne relèvent pas spécifiquement d'une hospitalisation de jour et pour lesquelles une tarification forfaitaire spécifique est proposée (France, Belgique). Ces listes tarifaires sont souvent alors considérées par les acteurs de soins comme des critères de définition de l'hospitalisation de jour

2. Recensement et description de l'activité en hospitalisation de jour

Du fait même de l'absence de définition partagée, le recueil des données et le recensement des activités de jour sont difficilement comparables entre les différents pays.

Lorsque l'hospitalisation de jour est réalisée en établissement hospitalier, c'est la durée de séjour (absence de nuitée) qui permet un recensement tandis que la description de l'activité repose le plus souvent sur un groupage des séjours en DRG. Cette classification en DRG est également à la base du financement des activités hospitalières (tarification à l'activité). Les nomenclatures diagnostiques utilisées sont issues ou proches de la classification de l'OMS (ICD10) tandis que les nomenclatures de procédures sont plus spécifiques (ICD 10 PCS, CCAM, OPS, CHOP, ...).

La distinction de l'hôpital de jour des autres activités ambulatoires reste complexe tant en établissements hospitaliers que dans des centres dédiés. Le recensement et la description de

l'activité de jour fait alors appel soit à une classification en DRG soit à un mode de financement soit aux deux.

III. Définition de l'hospitalisation de jour applicable au contexte luxembourgeois

A. Etat des lieux actuels au Luxembourg

En 2019, les 4 hôpitaux aigus et 7 établissements spécialisés luxembourgeois comptent 2659 lits dont 2042 pour les soins aigus soit une baisse de 11% depuis 2013 pour ce secteur. Par ailleurs, 509 lits sont dédiés à l'hospitalisation de jour : 97 d'hospitalisation de jour chirurgicale, 126 en hospitalisation de jour non chirurgicale, 89 pour la dialyse, 134 en psychiatrie, 10 spécifiques à la pédiatrie, 40 en rééducation gériatrique et 13 autres. 20 lits de réhabilitation de jour sont autorisés mais non installés.

La durée moyenne de séjour dans les hôpitaux de courte durée s'est stabilisée au Luxembourg à un niveau élevé et, à contre-courant de la tendance dans d'autres pays, a même augmenté pour atteindre 7,5 jours en moyenne en 2019.

138546 séjours ont été réalisés en 2018 dont 43,9% en hospitalisation de jour (y compris les places dites de surveillance ambulatoire qui ne sont pas comptabilisées dans les lits hospitaliers).

En 2014, dans son rapport sur la chirurgie ambulatoire au Luxembourg, le Conseil scientifique note une progression significative du taux de pratique ambulatoire de certaines interventions au cours de la précédente décennie mais aussi la persistance d'un retard par rapport aux données internationales pour 5 actes traceurs : chirurgie de la cataracte, chirurgie ORL (amygdalectomie et adénoïdectomie), arthroscopie de genou, stripping de varices et cure de hernie inguinale.

En 2017, 89,9% des interventions de la cataracte sont réalisés en ambulatoire, proche de la moyenne constatée par l'OCDE (88,7%) et en nette progression depuis 2007 ((moins de 40%). L'amygdalectomie reste peu pratiquée en ambulatoire (7,2% ; OCDE : 34,1%) et la cure de hernie inguinale reste majoritairement effectuée en hospitalisation stationnaire (65% contre 60%).

Le rapport de l'IGSS sur les prises en charge hospitalières au Luxembourg (septembre 2020) analyse l'activité ambulatoire par le prisme de 7 domaines d'activités considérés comme des indicateurs spécifiques. Dans ce rapport, l'hôpital de jour est défini comme une activité hospitalière sans nuitée avec admission formelle. Pour ces 7 domaines d'activités, le taux d'hospitalisation de jour est estimé à 51% jour contre 49% pour l'hospitalisation stationnaire, mais souligne des différences importantes d'un établissement à l'autre et l'absence d'exhaustivité du recueil de données.

Si le nombre de lits autorisés est connu, le recensement de l'activité relevant de l'hospitalisation de jour reste en effet complexe. Une rapide enquête effectuée auprès des médecins DIM des établissements hospitaliers luxembourgeois de court séjour confirme qu'une distinction est faite entre les lits d'hospitalisation de jour et l'activité en hospitalisation de jour.

Base légale

B. Loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Dès son article 2, la loi du 8 mars 2018 précise la notion de lits d'hospitalisation de jour : il s'agit de lits ou de places, distincts de l'hospitalisation stationnaire, situés dans un hôpital de jour ou un service de dialyse, réservés à certaines activités :

- actes chirurgicaux ou interventionnels nécessitant une surveillance et des soins pré- ou post interventionnels
- autres actes diagnostiques et thérapeutiques avec ou sans sédation majeure, à savoir :
 - explorations fonctionnelles et endoscopiques ;
 - imagerie interventionnelle ;
 - ponctions et biopsies non-chirurgicales ;
- diverses prises en charge thérapeutiques :
 - épuration extra-rénale ;
 - chimiothérapie, antibiothérapie, immunothérapie intraveineuses ;
 - transfusion de produits et dérivés sanguins cytophèrese ;

- traitements et prise en charge de situations spécifiques ;
- soins de rééducation psychiatrique adulte, juvénile ou infantile ;
- soins de revalidation, y compris gériatrique

L'annexe 2 de la loi en précise les critères organisationnels et fonctionnels : il s'agit de service faisant l'objet de dispositions organisationnelles et fonctionnelles distinctes, où sont dispensées des prestations de soins programmés dont la durée n'excède pas douze heures et qui ne donnent pas lieu à une nuitée.

Sont distingués :

- l'hôpital de jour chirurgical prenant en charge des patients pour des interventions chirurgicales programmées, dans le cadre de procédures établies d'évaluation préopératoire, d'admission, de sortie, de continuité des soins et de prise en charge de la douleur, en lien fonctionnel et organisationnel direct avec le plateau technique chirurgical de l'établissement dont il dépend.
- l'hôpital de jour non chirurgical accueillant des patients pour des actes diagnostiques et thérapeutiques non-chirurgicaux planifiés, dans le cadre de procédures établies d'admission, de sortie et de continuité des soins.

L'article 4 de la loi définit les conditions d'autorisation d'exploitation : "tout centre hospitalier doit obligatoirement disposer d'une autorisation d'exploitation pour ses services hospitaliers dans le respect des dispositions de l'annexe 2". Cette autorisation d'exploitation est soumise à la présentation d'un projet d'établissement comportant le nombre et le type de lits y compris d'hospitalisation de jour (article 7) et d'un projet de service (article 9).

C. Précisions de la définition de l'hôpital de jour au Luxembourg

La plupart des pays européens utilisent des critères réglementaires pour définir une organisation fonctionnelle de l'hôpital de jour mais le plus souvent distinguent l'hôpital de jour des autres soins ambulatoires sur des critères faisant référence à des tarifs différenciés.

Au Luxembourg, le financement des activités médicales à l'hôpital étant indépendant de leur description par le codage des séjours et leur groupage en DRG, il convient de trouver des critères affranchis de toute considération financière et reposant sur des référentiels opérationnels qui soient applicables dans l'ensemble du périmètre "hôpital de jour" défini par la loi.

1. Les critères réglementaires

Le passage dans une structure d'hôpital de jour est un critère indispensable pour définir une prise en charge en hôpital de jour. Même si ce critère participe d'une logique réglementaire, il est aussi un critère de qualité de la prise en charge, en offrant en un lieu et un temps unique une prise en charge globale et coordonnée et, pour le patient, confort et sécurité.

L'activité étant connue à l'avance et maîtrisée, la réalisation des soins peut être organisée et planifiée de façon précise et ne doit pas être perturbée par une activité non programmée ou par des activités d'hospitalisation stationnaire. La gestion des différents flux (flux des patients, gestion des déplacements, logistique, disponibilité des médecins, chirurgiens, anesthésistes) et la coordination des différents métiers exigent une organisation et des compétences spécifiques et dédiés.

Les dimensions "organisations" et "coopérations" tant au sein de l'équipe de l'hospitalisation de jour elle-même qu'avec les prestataires externes conditionnent la qualité et la sécurité des soins. Il est donc important que les lits et unités d'hôpital de jour soient distingués au sein de l'hôpital tant sur le plan administratif que sur le plan géographique ou fonctionnel.

Le contexte organisationnel est précisé par la loi du 8 mars 2018 et répond aux attentes normatives d'une hospitalisation de jour : hospitalisation programmée d'une durée de moins de 24 heures, sans nuitée, réalisée dans un lit ou un service distinct, autorisé et dispensant des soins diagnostiques, thérapeutiques ou de rééducation, en médecine ou en chirurgie.

Dès lors, il appartient aux hôpitaux de mettre en place les structures, les ressources techniques et humaines adaptés à la charge en soins prévue ainsi que les organisations permettant de garantir l'exécution et la coordination des soins dans les délais prévus.

2. Les critères d'éligibilité du patient sont les préalables indispensables

Quel que soit le pays étudié, et malgré des différences notables des systèmes de santé, des modes de financement ou d'habitudes "culturelles", le concept organisationnel centré sur le patient est une constante toujours retrouvée.

L'orientation des patients en hospitalisation de jour plutôt qu'en hospitalisation stationnaire ne repose pas seulement sur la nature des actes à réaliser ou sur les pathologies présentées mais également et en priorité, sur le malade lui-même et son environnement.

La sélection des patients apparaît comme un facteur clé de réussite de l'hôpital de jour et permet d'éviter les complications notamment postopératoires ainsi que les retards et annulations, tout en augmentant la satisfaction des patients. La littérature converge sur le fait que l'analyse de la balance bénéfiques/risques pour chaque patient, pour chaque intervention et dans chaque organisation, repose sur des critères médicaux-chirurgicaux et socio-environnementaux.

Certains critères sont directement liés au patient lui-même :

- l'adhésion du patient à une prise en charge en hospitalisation de jour est indispensable : elle suppose que le patient ait une compréhension intellectuelle satisfaisante et soit psychologiquement capable d'assumer un acte médical ou chirurgical effectué sur quelques heures et de poursuivre le traitement jusqu'au bout à son domicile,
- le statut ASA (American Society of Anesthesiologists Status): I, II ou III,

D'autres critères n'apparaissent pas comme des conditions devant limiter l'accès à l'hôpital de jour :

- un âge élevé n'est pas un critère d'exclusion en soi : c'est l'autonomie ou le degré de dépendance du patient qui doit être pris en compte,
- en pédiatrie, la prise en charge de nourrissons de moins de 6 mois doit être rare et dépend de l'anesthésiste et de la disponibilité d'une équipe pédiatrique aguerrie,
- le surpoids n'est pas une limitation absolue et dépend de l'évaluation de l'anesthésiste et des disponibilités techniques.

Les critères sociaux et environnementaux ont pour objectif d'assurer la sécurité des actes :

- présence d'un accompagnant au moment de la sortie en cas d'anesthésie
- disponibilité d'un entourage compétent au domicile car une partie de la prise en charge repose sur lui.
- téléphone et moyen de transport permettant l'hospitalisation dans un délai raisonnable en cas d'urgence.

L'ensemble de ces critères liés au patient et à son environnement ont pour objectifs de permettre l'admission en hospitalisation de jour plutôt qu'en hospitalisation stationnaire et font l'objet d'une analyse bénéfice/risque systématique par l'anesthésiste, le chirurgien et/ou le médecin du patient.

1. Distinguer l'hospitalisation de jour de l'hospitalisation stationnaire

Indépendamment du motif d'hospitalisation, l'hospitalisation "classique", stationnaire est habituellement définie par une durée de séjour supérieure à 24 heures ou plus précisément par la présence du patient à l'hôpital à minuit et le comptage d'une "nuitée". Mais définir par opposition, l'hôpital de jour par une durée de moins de 24 heures, ne comportant pas de nuitée reste insuffisant pour en définir le contenu.

a. Hôpital de jour chirurgical

La chirurgie ambulatoire n'est plus seulement une alternative à l'hospitalisation mais une modalité de l'activité de soins. L'activité planifiée en hospitalisation de jour nécessite une organisation fluide qui ne doit pas être perturbée par une activité non programmée ou utilisant des ressources hospitalières qui lui sont indispensables. Les services d'hospitalisation de jour chirurgicaux doivent ainsi disposer au minimum d'un planning opératoire distinct, bien défini et respecté.

La chirurgie ambulatoire regroupe "les actes chirurgicaux et/ou d'explorations programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité du 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."

Elle n'est donc pas limitée à un mode d'anesthésie spécifique : c'est l'évaluation du risque, tant anesthésique que chirurgical chez un patient donné, qui définit son éligibilité à la prise en charge ambulatoire. Ainsi la pratique d'une anesthésie générale, d'une neuroleptanalgie ou d'une anesthésie locorégionale impose le recours à un plateau technique hospitalier et une surveillance prolongée qui permettent et justifient un séjour sans nuitée.

L'éligibilité du geste chirurgical renvoie à l'exigence et à la sécurité d'un bloc opératoire. L'acte chirurgical doit pouvoir être pratiqué en toute sécurité en tenant compte du temps opératoire nécessaire, de la nécessité d'une surveillance prolongée et du temps de récupération nécessaire pour permettre un retour à domicile le même jour. Des critères médicaux parmi lesquels l'absence de risques hémorragiques et respiratoires, des suites opératoires simples et l'assurance du contrôle des nausées, vomissements et de la douleur, valident ou non la possibilité d'effectuer une intervention en hospitalisation de jour.

Un acte n'est pas ambulatoire par nature mais peut le devenir chez un patient sélectionné, dans un contexte précis et dans une structure adaptée. Il est dès lors difficile d'établir une liste d'actes relevant spécifiquement et uniquement de la chirurgie ambulatoire.

Dans ses recommandations pour accompagner un virage ambulatoire en chirurgie, le Conseil scientifique note en 2014, le caractère illogique voire dangereux de listes qui auraient un caractère réglementaire. Il insiste sur la nécessité de pratiques médicales dans des conditions compatibles avec l'exigence de qualité et de sécurité des soins et propose une liste de gestes potentiellement éligibles à la pratique ambulatoire, sous conditions de sécurité et de qualité. Cette liste n'est ni exhaustive ni définitive.

L'évolution des techniques peuvent en effet rendre obsolètes les recommandations qui doivent donc être périodiquement actualisées. De même, d'autres indications qui peuvent paraître évidentes à la prise en charge ambulatoire (cataractes, canal carpien) peuvent nécessiter une hospitalisation complète dans un contexte psychosocial ou médical défavorable du patient.

Le risque de considérer des listes de procédures comme normatives, à objectif tarifaire ou destinées à mesurer les pratiques n'est pas négligeable. Il ne peut y avoir de recommandation à caractère réglementaire concernant l'anesthésie et les actes pouvant être réalisés dans le cadre de la chirurgie ambulatoire, mais seulement des recommandations d'activités éligibles à une prise en charge sans nuitée. Dans tous les cas, le choix de la modalité de prise en charge est un acte médical qui relève de la responsabilité du chirurgien et de l'anesthésiste qu'une

liste d'actes ne saurait exonérer de leur réflexion indispensable de l'évaluation du rapport bénéfique/risque.

De telles listes ne peuvent, dans un souci de transparence, que résulter d'une réflexion médicale et émaner de sociétés savantes dans le respect des bonnes pratiques et dans l'intérêt supérieur du patient.

Il n'appartient pas au Ministère de la Santé d'établir des listes d'actes qui peuvent ou qui doivent être réalisés en hospitalisation de jour mais ces listes lui sont nécessaires et utiles dans sa mission d'accompagnement du virage ambulatoire et constituent des indicateurs de l'évolution de l'hospitalisation de jour et du suivi des politiques de santé en la matière.

b. Hôpital de jour non chirurgical

L'hôpital de jour non chirurgical est une notion complexe à définir car très hétérogène et non organisée autour d'une prestation ou d'un lieu pivot clairement identifié permettant de structurer la prise en charge, comme l'intervention de l'anesthésiste et le bloc opératoire en chirurgie. Il repose sur des modalités d'entrée et de sortie efficaces et rapides, consiste principalement en la réalisation de traitements thérapeutiques et de bilans à visée diagnostique ou de suivi et suppose une coordination forte de l'ensemble des acteurs, notamment pour garantir l'accès aux plateaux techniques.

L'hôpital de jour non chirurgical s'inscrit dans un continuum de prises en charge constituant des alternatives à l'hospitalisation complète ou visant à assurer un suivi spécialisé, coordonné ou pluridisciplinaire, notamment pour des patients touchés par des pathologies lourdes, complexes ou multiples. C'est l'organisation du parcours du patient qui est au cœur de la définition de l'hôpital de jour non chirurgical.

Certaines activités non chirurgicales relevant de l'hospitalisation de jour sont clairement identifiées par la loi du 8 mars 2018 (article 2) : l'épuration extra-rénale, les explorations fonctionnelles et endoscopiques, l'imagerie interventionnelle, les chimiothérapies, antibiothérapies et immunothérapies intraveineuses, la transfusion de produits et de dérivés sanguins, la cytaphérèse.

Dans cette énumération, le législateur a tenu compte du besoin d'un plateau technique hospitalier, de la complexité des actes et de la nécessité d'une surveillance prolongée.

On peut en déduire que lorsqu'une anesthésie doit être pratiquée (certains examens endoscopiques, invasifs ou douloureux), les critères d'anesthésie relevés pour la chirurgie ambulatoire s'appliquent également et permettent ou justifient une hospitalisation sans nuitée.

2. Distinguer l'hôpital de jour de la polyclinique

Autant la notion de durée de séjour permet une première distinction entre hospitalisation de jour (inférieure à 24 heures et sans nuitée) et hospitalisation stationnaire, autant la frontière avec les activités réalisables en cabinet ou en polyclinique apparaît complexe.

Pour le Conseil scientifique, dans son approche de la chirurgie ambulatoire, l'impératif de la sécurité d'un bloc opératoire exclut du champ de la chirurgie ambulatoire les actes chirurgicaux réalisés en consultation, même lorsque ces actes sont réalisés dans l'enceinte d'un établissement hospitalier.

La "petite chirurgie", telle une suture ou une biopsie cutanée sous anesthésie locale, ne justifie pas de mobiliser des ressources techniques et humaines hospitalières. De même un acte médical isolé ne nécessitant ni anesthésie ni matériel complexe, ni plateau technique lourd tel qu'une exploration fonctionnelle ou une endoscopie ne saurait à lui seul justifier une hospitalisation.

Par contre, la sécurité apportée par l'hôpital notamment en cas de complications graves peut justifier une hospitalisation pour une surveillance appuyée même lorsque l'acte médical, tel une ponction lombaire par exemple, ne demande pas en soi de technicité particulière. Cette surveillance se doit être effective et prolongée et ne saurait être ni ponctuelle ni prétexte à un principe de précaution exagéré.

Il appartient au médecin, au chirurgien et/ou à l'anesthésiste de définir les raisons qui justifieraient dans ces cas un recours à l'hôpital (liées à des risques particuliers, au patient, au contexte). Ces justifications doivent alors être dûment explicitées dans le dossier du patient.

La notion de temps minimum nécessaire à la réalisation d'un acte médical peut parfois apparaître comme un critère distinctif de l'hôpital de jour. Toutefois le temps de présence du patient à l'hôpital ne doit pas être la conséquence d'une mauvaise organisation qui serait contraire aux principes même de coordination et de condensation de l'hôpital de jour. Cette durée minimale doit correspondre à une prise en charge effective, de l'arrivée du patient à sa sortie et inclure le temps médical et des autres personnels de soins, la coordination, la synthèse nécessaire suite aux examens et avis multidisciplinaires et tenir compte de l'état du patient (fatigue, perte d'autonomie). Ce critère temporel n'est toutefois pas suffisant en soi.

Pour l'hôpital de jour non chirurgical, ce n'est pas tant la durée ou l'utilisation d'un plateau technique lourd que la disponibilité sur une même unité de lieu et de temps de moyens humains et techniques et la possibilité d'une approche pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle qui sont attendus.

L'hospitalisation permet en effet de rassembler et coordonner sur un lieu unique et dans un temps restreint, plusieurs avis médicaux ou plusieurs actes techniques ou éducationnels. Ces mêmes moyens seraient plus difficilement accessibles en dehors de l'hôpital. Dès lors, les compétences d'au moins trois professionnels de santé dont au minimum un médecin, chacun dans leur rôle propre, constituent un minimum requis justifiant d'une hospitalisation de jour.

Comme le souligne le Conseil scientifique pour la chirurgie ambulatoire, toute prise en charge qui peut habituellement être réalisée au cabinet du médecin (praxis) ou en policlinique ne doit pas donner lieu à un séjour hospitalier. Le médecin peut toutefois juger que, dans certaines circonstances, le recours à une hospitalisation de jour devient nécessaire s'il existe un risque particulier pour le patient. Ainsi un patient ayant déjà présenté une réaction allergique grave à un traitement ou présentant un risque hémorragique accentué peut justifier d'une surveillance particulière dans un environnement sécurisé.

3. Synthèse

Il n'existe pas de critère absolu ou définitif permettant de définir l'hôpital de jour. C'est un ensemble de conditions qui permet de dire si une hospitalisation de jour est possible voire souhaitable.

Les critères indispensables à la définition de l'hôpital de jour relèvent à la fois de la loi, du patient, de l'organisation et de la complexité des soins :

- dans tous les cas, ce sont l'intérêt et la sécurité du patient qui doivent être les premiers éléments d'un choix de prise en charge,
- pour des raisons d'efficacité et de sécurité, l'hospitalisation de jour doit être réalisée dans un environnement hospitalier spécifique répondant aux critères définis par la loi du 8 mars 2018,
- il appartient au chirurgien, à l'anesthésiste et/ou au médecin de proposer au patient une hospitalisation de jour s'il présente les critères médicaux, psycho-sociaux et environnementaux compatibles,

- l'hospitalisation sans nuitée dans le respect des bonnes pratiques médicales est justifiée par le recours au bloc opératoire, à une anesthésie générale ou locorégionale et/ou la nécessité d'une surveillance médicale prolongée,
- l'hospitalisation de jour permet une prise en charge pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle organisée et limitée dans le temps.

Ces critères constituent des possibilités ou des obligations qui ne doivent pas être considérés indépendamment les uns des autres et doivent être appréciés pour chaque cas particulier.

D'autres critères limitent ou excluent le recours à l'hospitalisation de jour : les actes médicaux habituellement pratiqués en consultation, même lorsque ces actes sont réalisés dans l'enceinte d'un établissement hospitalier ne relèvent pas d'une hospitalisation de jour. Cette même réflexion doit être menée pour les actes réalisés en polyclinique. Toutefois, pour des raisons médicales spécifiques ou liées à une situation particulière, appréciées et explicitées par le médecin, une hospitalisation de jour peut représenter la meilleure alternative de prise en charge d'un patient.

Un séjour hospitalier est considéré comme une hospitalisation de jour lorsque 3 conditions sont simultanément remplies :

1. Conformité à la loi

Séjour sans nuitée, programmé, réalisé dans un service ou un lit d'hospitalisation de jour identifié et autorisé

2. Conditions liées au patient

Patient classé ASA I, II, III (stabilisé),

Patient autonome physiquement et psychologiquement, présentant un environnement social favorable et acceptant une hospitalisation d'une journée

3. Conditions opérationnelles

L'une au moins des conditions suivantes est respectée :

- recours au bloc opératoire
- anesthésie générale ou locorégionale
- acte médical nécessitant une surveillance prolongée
- prise en charge coordonnée, pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle sur une même unité de temps et de lieu
- acte médical ne pouvant pas être réalisé en cabinet de ville ou en polyclinique pour des raisons médicales identifiées et précisées.

IV. Modalités de recueil de l'activité en hôpital de jour

L'article 3, alinéa 1 de la loi du 8 mars 2018 stipule que le ministre ayant la Santé dans ses attributions "procède à une évaluation des besoins sanitaires de la population résidente sur base des données établies par la carte sanitaire, d'une évaluation démographique de la population résidente, de données relatives à l'état de santé de cette population ainsi que d'une comparaison internationale".

Les établissements hospitaliers doivent fournir au ministre tous les renseignements nécessaires à l'établissement de la carte sanitaire et sa mise à jour biennale notamment en décrivant de manière approfondie les séjours hospitaliers (données démographiques des patients, diagnostics, procédures médicales et des autres professions de santé, services d'hospitalisation, durées de séjour, modes d'entrée et de sortie, provenance, destination après sortie du patient) et en précisant l'utilisation des lits et équipements médicaux (fréquence des différentes prestations par patient hospitalisé et ambulatoire, nombre de patients). Ces informations sont transmises sous forme structurée et selon des formats et des modalités à fixer par règlement grand-ducal (article 38, alinéa 6, point 4).

L'article 38 de la loi exige également que tout hôpital réalise des analyses quantitatives et qualitatives reposant sur les données administratives, médicales et de soins recueillies pour chaque séjour en hospitalisation stationnaire ou de jour.

A. Recensement et description actuels des journées d'hospitalisation de jour

Le codage des séjours hospitaliers saisis dans le cadre du projet DCSH (Documentation et Classification des Séjours Hospitaliers) s'avère de plus en plus complet : 49 030 admissions enregistrées au second semestre 2017, 70 492 au premier semestre 2018, 89 919 au premier semestre 2019. Au sein de ces enregistrements, le taux des admissions ambulatoires est également croissant passant de 32% au second semestre 2017, à 38,7% le semestre suivant et à 42,1% au premier semestre 2020. Toutefois, dans son rapport de décembre 2020, l'IGSS souligne que la documentation hospitalière couvre 97% de l'activité stationnaire mais seulement 54% de l'activité ambulatoire. Dans un rapport précédent (septembre 2020) l'activité ambulatoire était elle-même scindée en soins avec ou sans prise en charge formelle, relevant de mécanismes financiers différents.

Cette différence d'exhaustivité du recueil par la Documentation hospitalière est *très certainement* liée aux difficultés rencontrées par les hôpitaux à définir les activités ambulatoires qui doivent faire l'objet d'un codage dans le cadre du projet DCSH. Le périmètre de codage de la documentation hospitalière distingue les séjours avec nuitée et les séjours avec entrée et sortie le même jour, sans plus de précision pour ces derniers.

Une rapide enquête réalisée auprès des services DIM des différents hôpitaux luxembourgeois montre que tout séjour effectué dans une unité identifiée d'hospitalisation de jour et tout séjour sans nuitée est considéré a priori comme un séjour en hospitalisation de jour. Toutefois il existe des interprétations diverses selon les établissements.

Trois hôpitaux sur quatre utilisent donc des critères de facturation pour distinguer les séjours relevant d'une hospitalisation de jour.

Cependant, la documentation des activités et la facturation de ces mêmes activités ne reposent ni sur des logiques ni sur des nomenclatures identiques. La facturation de l'activité hospitalière repose sur les notions de prise en charge "formelle" et d'unités d'œuvre pour l'hôpital et sur la nomenclature des actes médicaux ("livre bleu") pour les médecins ; la Documentation hospitalière s'appuie sur des nomenclatures descriptives des diagnostics (ICD 10 CM) et des procédures médico-chirurgicales (ICD 10 PCS) permettant la classification des séjours en APR-DRG, groupes cohérents du point de vue médical et de consommation des ressources.

L'outil "3M DRG-Finder" (aussi appelé "grouper") affecte à chaque séjour hospitalier un APR-DRG, une gravité clinique (SOI) ainsi qu'un risque de mortalité (ROM), à partir de caractéristiques administratives, du diagnostic principal, des diagnostics associés et des actes réalisés.

Les règles de codage sont définies et identiques pour tous les établissements et sont les mêmes pour l'activité stationnaire et l'hôpital de jour mais spécifiques au court séjour, moyen séjour ou à la psychiatrie.

Le set des données servant de base à la Documentation hospitalière, défini par la CCDocHosp (Commission Consultative de la Documentation Hospitalière), comporte de nombreuses variables permettant de caractériser chaque séjour. Outre les données permettant le groupage en APR-DRG, sont précisés l'établissement hospitalier et le type de service ayant pris en charge dont l'hospitalisation de jour chirurgicale (CHDJ) et l'hospitalisation de jour non chirurgicale (MHDJ). (Voir l'annexe : Set des variables de la Documentation hospitalière).

B. Propositions

La Documentation hospitalière s'appliquant de manière homogène entre tous les établissements de même catégorie (court séjour, moyen séjour, psychiatrie) et permettant de préciser pour chaque séjour la modalité de prise en charge en hôpital de jour chirurgical ou hôpital de jour non chirurgical, elle apparaît être le meilleur outil de recensement mais aussi de description de l'hôpital de jour.

Toutefois, elle ne remplit ces deux fonctions que si les critères et conditions de l'hôpital de jour tels que définis précédemment sont respectés. Ainsi, seuls les séjours réalisés en unités ou en lits autorisés d'hospitalisation de jour relèvent d'un codage par le service DIM de l'hôpital (critères de légalité). Il est alors de la responsabilité des hôpitaux et des médecins de veiller à ce que les critères liés au patient et les conditions opérationnelles soient satisfaits pour assurer la sécurité de la prise en charge.

La Documentation hospitalière permettra ainsi de caractériser et de justifier l'hôpital de jour qui sera distingué de l'hospitalisation stationnaire et des passages à l'hôpital pour des activités ambulatoires *autres/"externes"*.

Le repérage des séjours sans nuitée réalisés dans des unités de soins stationnaires, non suivis de décès ou de transfert vers un autre établissement, doit permettre d'identifier l'utilisation inadéquate de ressources hospitalières et aider à orienter le plan hospitalier en définissant les besoins en lits stationnaires et les moyens nécessaires à l'hospitalisation de jour.

Les places de surveillance ambulatoire n'étant pas définies par la loi, les activités médicales qui leur sont attachées relèvent d'une activité ambulatoire "externe" ou passage au même titre que l'activité de policlinique.

La Documentation hospitalière permettra ainsi un recensement de l'activité en hôpital de jour mais aussi une description en termes de population, de diagnostic, de procédures ou de DRG.

V. Modalités de recensement de l'activité à appliquer dans le cadre d'examens réalisés sur un plateau technique autre que celui de l'établissement dans lequel le patient séjourne

Les modalités de codage des séjours hospitaliers sont définies par la CCDocHosp qui a établi le set des variables que doivent renseigner les hôpitaux conformément à l'article 3 de la loi du 8 mars 2018. Pour chacune des variables une définition et les valeurs autorisées sont précisées (voir annexe : set des variables de la Documentation hospitalière).

Ces règles s'imposent aux services DIM des hôpitaux pour le codage des séjours stationnaires ou en hôpital de jour.

Un séjour hospitalier est ainsi caractérisé par le code de l'établissement dans lequel il est réalisé, un numéro d'admission, les dates et modalités d'entrée et de sortie, la provenance du patient et sa destination à la sortie, un DRG, les diagnostics principaux et secondaires, les actes réalisés.

Les caractéristiques du patient ayant bénéficié du séjour intéressent son sexe, sa date de naissance, son lieu de résidence. Chaque patient dispose d'un identifiant unique pseudonymisé répondant au besoin de dépersonnalisation des données transmises par les hôpitaux et autorisant un "chaînage" des différents séjours d'un même patient y compris dans des établissements différents.

Les actes et procédures médicales réalisés au cours d'un séjour hospitalier sont codés à partir de la nomenclature ICD10 PCS et précisés par leurs dates, lieux de réalisation, exécutants et éventuellement l'anesthésie pratiquée.

Tout acte pratiqué dans l'établissement de séjour du patient est donc défini avec précision.

Lorsqu'un acte est réalisé dans un autre établissement (établissement B) que celui dans lequel séjourne le patient (établissement A), 2 cas sont possibles :

- l'acte est réalisé par l'établissement B dans le cadre d'une hospitalisation de jour, sans interruption du séjour dans l'établissement A
- l'acte est réalisé sur un plateau technique B et ne donne pas lieu à un séjour

1. Acte réalisé au cours d'une hospitalisation de jour dans un établissement autre que celui du séjour du patient

Pour l'établissement B réalisant l'acte médical, un séjour est établi, donnant lieu à un codage spécifique. L'établissement B déclare ainsi un séjour avec toutes les caractéristiques requises par la Documentation hospitalière concernant l'établissement, le séjour, les diagnostics et actes réalisés. La provenance du patient et sa destination à l'issue de séjour correspondent à l'identification de l'établissement A.

Si le patient ne devait pas retourner dans son établissement d'origine (retour à domicile ou transfert vers un autre établissement C), 2 ou 3 séjours seraient alors décrits et codés par les différents services DIM :

- un séjour dans l'établissement A se terminant le jour du transfert vers l'établissement B,
- un séjour dans l'établissement B dont les date et heure d'entrée correspondent aux date et heure de sortie de A et la date de sortie à celle de l'entrée en C ou du retour à domicile
- éventuellement un séjour dans l'établissement C débutant au moment de la sortie de B

L'acte réalisé est alors signifié et codé par le seul établissement B au cours du séjour effectué en son sein conformément aux règles nationales de codage. Il ne peut faire l'objet d'un codage ni

par l'établissement d'origine (A) ni éventuellement par celui de destination (C) car réalisé en dehors des séjours dans cet ou ces établissements.

Dans le cas le plus habituel du retour du patient dans son établissement d'origine, le passage dans l'établissement B donnera lieu, à une admission et à un séjour identifié et soumis aux règles de la Documentation hospitalière.

Les variables de la Documentation hospitalière sont spécifiques du séjour dans l'établissement B. Le code établissement, le numéro de séjour, les dates et heures d'entrée et de sortie sont spécifiques de même que le diagnostic principal et secondaires. L'origine et la destination du patient sont précisées et correspondent à l'établissement A.

L'acte réalisé est décrit par son code ICD-10-PCS, sa date et heure de début, son lieu de réalisation, le code et la spécialité du médecin exécutant et la technique d'anesthésie éventuelle. Le groupage du séjour aboutit à un APR-DRG spécifique de l'établissement B.

Le séjour dans l'établissement A donne lieu également au codage d'un séjour : le code établissement, le numéro de séjour, les diagnostic principal et secondaires, les procédures réalisées sont spécifiques à l'établissement A. Les dates d'entrée et de sortie encadrent celles de l'établissement B mais l'identification pseudonymisée du patient est identique à celle de l'établissement B. L'APR-DRG est spécifique à l'établissement A.

L'acte réalisé par B est décrit et codé par l'établissement A dans le respect des modalités prévues par la Documentation hospitalière. Le service DIM doit ainsi renseigner au minimum le ou les codes ICD-10-PCS, la date de réalisation et le lieu de réalisation alors précisé par la variable "G" correspondant à "Autre établissement". L'heure, le médecin exécutant et la spécialité du médecin exécutant les procédures ne sont pas requis.

L'acte réalisé par l'établissement B au cours d'un séjour dans l'établissement A est donc identifié et codé 2 fois mais avec des caractéristiques qui peuvent être légèrement différentes en fonction des renseignements dont disposent les établissements.

Les caractéristiques communes aux deux établissements se résument à l'identification pseudonymisée du patient, la date de réalisation de l'acte et théoriquement au(x) codes ICD-10-PCS des actes.

Cette dernière variable n'est formellement identique qu'à la condition que les deux établissements codent de manière strictement similaire le(s) acte(s) réalisé(s). Cela suppose donc un accord ou une procédure entre les deux établissements pour l'utilisation de codes ICD-10-PCS identiques. Cette procédure d'harmonisation toutefois ne saurait être spécifique à deux établissements mais devrait être applicable à tous les établissements et définie alors par la CCDocHosp. Elle imposerait une obligation de transmission d'informations dont l'application serait toutefois difficilement vérifiable. Il n'apparaît donc pas nécessaire ou utile d'envisager une telle mesure. Le recensement et la description des séjours et des actes réalisés dans un autre établissement que celui de séjour restent possible.

Toute hospitalisation de jour réalisée dans un établissement pour un patient séjournant déjà dans un autre établissement, donne lieu à un codage et un APR-DRG pour lesquels l'origine et la destination du patient correspondent à l'établissement de séjour. Il est donc aisé de dénombrer les passages en hospitalisation de jour dans un établissement pendant un séjour dans un autre établissement. La seule variable commune aux deux séjours correspond à l'identification pseudonymisée du patient.

Pour le recensement des actes, seule la déclaration de l'établissement réalisant l'acte doit être prise en compte car correspondant de manière précise et complète à ce qui est effectivement réalisé. Les procédures réalisées au sein d'un établissement mais caractérisées par un lieu de réalisation "G" (Autre établissement) ne peuvent être décomptées pour le calcul de volume d'un acte tant au niveau national qu'au niveau de chaque établissement car sujettes à imprécision de

codage et incomplètes. Pour les mêmes raisons, la nature et la description des actes relèvent des renseignements fournis par l'établissement ayant réalisés ces actes.

2. Acte réalisé sur un plateau technique en dehors de l'établissement de séjour et ne donnant pas lieu à une hospitalisation (acte ambulatoire)

Un acte médical peut être réalisé sur un plateau technique d'un établissement différent de l'établissement de séjour d'un patient dans le cadre de l'activité ambulatoire du plateau technique en question.

Exemple : bilan cardiologique comprenant une échographie cardiaque réalisée au cabinet du cardiologue pour un patient hospitalisé dans un établissement de moyen séjour ou de psychiatrie.

Il est de l'obligation de l'établissement de séjour de coder l'acte réalisé. Le codage ICD-10-PCS relève du DIM, date et heure, spécialité du médecin, sont connus, mais code médecin Inconnu - « 000000000 » et lieu « G » (Autre établissement).

VI. Quelques points complémentaires

1. Qualité de l'hôpital de jour

L'ensemble des études menées dans les différents pays étudiés insistent sur l'importance d'une organisation spécifique de l'hospitalisation de jour, différenciée de l'hospitalisation stationnaire.

Plus particulièrement en chirurgie, la dissociation totale des interventions programmées en hospitalisation de jour, du reste du programme opératoire est un élément essentiel de la qualité des soins allant parfois jusqu'à la mise à disposition un bloc opératoire dédié.

Dossier patient spécifique à l'hospitalisation de jour

Pour garantir la qualité des soins et être en mesure de détecter et résoudre précocement d'éventuels problèmes, il est crucial de mettre en place un système de monitoring des activités en chirurgie de jour. Au niveau international, un certain nombre d'indicateurs de qualité cliniques sont recommandés, tels que le nombre d'interventions annulées, les secondes interventions imprévues le même jour, les nuits non programmées, les réadmissions en chirurgie de jour ou à l'hôpital et la satisfaction du patient. Des listes d'indicateurs applicables à la chirurgie de jour ont été établies dans le cadre du projet cofinancé par la Commission européenne: "Day Surgery Data Project (2009-2012)"

2. Conséquences du développement de l'hôpital de jour sur le système de santé

Trois schémas d'évolution sont observés en hospitalisation de jour.

Un premier schéma type est celui d'une augmentation de l'activité d'hospitalisation de jour aux dépens des hospitalisations classiques dans lequel, par conséquent, le nombre des séjours reste pratiquement stable de sorte qu'on puisse supposer qu'il y a une substitution de l'activité d'hospitalisation classique vers l'activité d'hospitalisation de jour. Dans certains cas, et notamment la méniscectomie arthroscopique, l'amygdalectomie et l'ablation de matériel d'ostéosynthèse intracorporel, la technologie est restée largement inchangée et les substitutions ont une base réglementaire. Dans d'autres cas, le moteur de la substitution peut être la mise à disposition d'une nouvelle technologie pour arriver à un même résultat : les greffes en filet dans la réparation des hernies inguinales et les nouvelles techniques moins agressives d'éradication des veines.

La substitution n'était pas due à une prestation similaire mais au passage d'une technique destructrice de l'organe à une technique conservatrice de l'organe.

Dans la majorité des cas, la diminution des hospitalisations classiques s'accompagne d'une plus forte augmentation des hospitalisations de jour. L'augmentation des hospitalisations de jour ne s'explique que partiellement par la diminution des hospitalisations classiques. Pour certaines prestations, on a observé une substitution nette des soins ambulatoires vers les hospitalisations de jour. C'est notamment le cas pour la chirurgie des varices modérément sévères (isolées) et l'aspiration folliculaire par ponction sous contrôle échographique ou par laparoscopie (avant 2002). Pour d'autres prestations, aucune substitution nette d'environnement de soins n'a été trouvée, p. ex. pour la chirurgie du cristallin, la fibro-endoscopie du tractus digestif inférieur, la chirurgie du canal carpien, la lithotritie extra-corporelle par ondes de choc (ESWL), la circoncision et l'angiographie cardiaque. L'élargissement des indications (p. ex. en raison de changements démographiques) ou une substitution des prestations non interventionnelles vers des prestations interventionnelles, encouragés ou pas par des changements au niveau du système de financement constituent les explications les plus plausibles.

Enfin, outre l'augmentation des hospitalisations de jour, une augmentation des hospitalisations classiques peut également être observée, reflétant une augmentation générale de la pratique médicale.

Un exemple de ce type est celui de l'implantation d'un système porte sous-cutané pour l'administration d'un médicament (jusque 2005).

Si tous les cas précédents impliquaient des substitutions des hospitalisations classiques vers des hospitalisations de jour, des substitutions peuvent également se faire dans un autre sens et quitter le cadre de l'hospitalisation. Ces substitutions des hospitalisations classiques et des hospitalisations de jour vers les soins ambulatoires sont plus difficiles à documenter et reflètent des interactions encore plus subtiles entre le marché médical, l'innovation technologique ainsi que l'évolution de la pratique clinique et les politiques hospitalières de santé publique qui peuvent générer d'éventuels conflits d'intérêt entre les gestionnaires hospitaliers et les médecins. Nous avons trouvé deux exemples très récents (depuis 2009) de ce type : la chirurgie du cristallin et la chirurgie dentaire. D'un point de vue purement budgétaire, les arguments en faveur de telles évolutions sont indéniablement nombreux. Du point de vue de la gestion de la santé publique et sociopolitique, au contraire, surgissent des préoccupations quant à la qualité des prestations et l'égalité de traitement pour les patients défavorisés.

La croissance du nombre de places de médecine ne s'est pas accompagnée d'une diminution du nombre de lits. Cette évolution se différencie sur longue période de celle qui est observée pour la chirurgie et l'obstétrique

3. Avenir de l'hôpital de jour

Le développement de l'hôpital de jour dépendra par ailleurs de celui des activités de soins qui pourront être prises en charge à domicile (par exemple en matière de chimiothérapie) ou des projets d'activité complémentaires qui pourraient a contrario être développés en hôpital de jour, par exemple en matière de soins de support ou de gérontologie, qui apparaît aussi comme une spécialité devant prioritairement donner lieu l'élaboration de référentiels. L'évolution du développement de l'hôpital de jour reflétera donc in fine la ventilation qui sera opérée, au sein des prises en charge réalisées à l'hôpital, entre séjours hospitaliers, actes et consultations externes et soins réalisés en ville.

Un ensemble d'innovations techniques, technologiques et thérapeutiques sont susceptibles d'affecter l'hôpital de jour (p220 rapport HJ médecine)

Plusieurs types d'innovations sont susceptibles d'affecter le contenu et les lignes de partage des activités réalisées dans les établissements de santé, et en particulier celles qui prennent place dans un cadre ambulatoire.

Ces innovations sont à la fois :

- techniques, avec le développement des plateaux d'imagerie et des techniques de médecine interventionnelle, joint à l'enrichissement des possibilités de dépistage et de diagnostic précoces, à partir de tests anticipés ou prédictifs ;
- technologiques, avec le développement du numérique (e-santé) et l'émergence de la télémédecine ou télésanté ; leur diffusion aura des incidences potentielles sur l'organisation des modes de suivi et de communication entre les acteurs du système de soins d'une part (établissements de santé, médecins de ville mais aussi laboratoires et pharmaciens), entre ceux-ci et leurs patients d'autre part;
- thérapeutiques, avec la diffusion de nouveaux traitements, de plus en plus personnalisés et ciblés en fonction des caractéristiques biologiques ou génétiques des patients, ou de la modification du mode d'administration de ces derniers, avec le développement de molécules susceptibles d'être administrées par voie sous-cutanée ou orale, et donc de faciliter les prises en charge à domicile.

Références

France

- Abécédaire - Chirurgie ambulatoire. 2009
- Statistique annuelle des établissements de santé 2007 (DREES)
- Développement des prises en charge hospitalières ambulatoires en médecine. Rapport de l'IGF et de de l'IGAS. Février 2016
- Instruction DGOS/R/2010/201 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée
- Instruction DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 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
- Les actes et consultations externes à l'hôpital : une activité à intégrer à la définition de l'offre de soins. Chapitre VII. Rapport de la Cour des Comptes. Octobre 2019
- Le nombre de places en hospitalisation à temps partiel continue à progresser en France. Etudes et Résultats. DREES. N° 1084. Octobre 2018
- Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Socle des connaissances. HAS-ANAP. Avril 2012
- Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Synthèse et recommandations. Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger. HAS-ANAP. Juin 2013
- Développement des prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine. Rapport IGF/IGSS. Février 2016
- Grille patient-traceur en chirurgie ambulatoire. HAS Janvier 2015

Allemagne

- Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe gemäss § 115b SGB V im Krankenhaus. 01.01.2021
- Germany – Health System review. Vol 16 n°2. 2014
- Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen. 2012
- Le développement des centres de santé pluridisciplinaires de proximité en Allemagne : les Medizinische Versorgungszentren. S.F.S.P. - Santé publique. Vol 28; p55 à 568. 2016

Suisse

- Santé - Statistique de poche 2020
- L'ambulatoire avant le stationnaire - Rapport OBSAN – 14/2020
- Modification de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance de soins (OPAS)
- Le potentiel de transfert du stationnaire vers l'ambulatoire. OBSAN Dossier 63 - 2018

Belgique

- Arrêté royal du 25 novembre 1997 fixant les normes auxquelles doit répondre la fonction "hospitalisation chirurgicale de jour" pour être agréée
- Arrêté royal du 10 février 2008 fixant les normes auxquelles la fonction "hospitalisation non chirurgicale de jour" doit répondre pour être agréée
- Evolution de l'hospitalisation de jour : impact du financement et de la réglementation. Rapport KCE 192Bs. 2012

- Comment accroître le recours à la chirurgie de jour en Belgique ? Rapport KCE 282Bs. 2017

Luxembourg

- HiT in brief – Luxembourg. European Observatory on Health Systems and Policies. 2015
 - Le système de santé au Luxembourg. Une comparaison internationale. Aperçus. Inspection générale de la sécurité sociale. N°10. Septembre 2020
 - Carte sanitaire - Mise à jour 2019 – Grand-Duché de Luxembourg
 - Prises en charge hospitalières au Luxembourg. Cahier statistique. N°7. Septembre 2020
 - La Documentation et la Classification des Séjours Hospitaliers. Cahier statistique. N°8. Décembre 2020
 - Relevé individuel des séjours stationnaires et de jour. Cahier des charges relatif aux documents et formulaires standardisés. Annexe XXII. Mémorial A. N° 697. 13 août 2020.
-
- Panorama de la santé 2019. Les indicateurs de l'OCDE
 - Rapport HOPE. Hospitals in Europe. Health Data. 2018.
 - Le secteur hospitalier en France, en Allemagne et en Suisse. Etude TRISAN. Mai 2019
 - La médecine ambulatoire en France, en Allemagne et en Suisse. Etude TRISAN. Juin 2019
 - Concepts for a Day Surgery Information Systems Policy in Europe. International Association for Ambulatory Surgery. Volume 19.4. Supplement. November 2013.
 - Guidelines for day-case surgery 2019. Association of Anaesthetists and British Association of Day Surgery

Sites consultés

- European Observatory on Health Systems and Policy : <https://eurohealthobservatory.who.int/>
- CLEISS. Les systèmes de santé européens : <https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/>
- OCDE - Santé : <http://www.oecd.org/health/>
- International Association for Ambulatory Surgery : <https://iaas-med.com>
- SPF - Santé publique Belgique : <https://www.health.belgium.be/fr>
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>
- DISTATIS – Statistisches Bundesamt : https://www.destatis.de/DE/Home/_inhalt.html
- Robert Koch Institut : <https://www.rki.de>
- Office fédéral de la statistique – Suisse : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home.html>
-
-
-
-

Annexe : Set des variables de la Documentation hospitalière

Nom de la variable	Description
SH_CODE_FOURNISSEUR	Code fournisseur de l'hôpital qui a enregistré le séjour
SH_MATRICULE_ANO	Identifiant individuel pseudonymisé
SH_SEXE	Sexe de la personne déclaré à l'état civil
SH_DATE_NAISSANCE	Date de naissance du patient
SH_PAYS	Pays de résidence
SH_CODE_POSTAL	Code postal de la résidence selon le format du pays de résidence
SH_AGE_JOURS	Age du nourissant en jours
SH_MATRICULE_MERE_ANO	Matricule de la mère du nouveau-né
SH_NR_ADMISSION	Numéro d'admission du patient
SH_DATE_ADMISSION	Date d'admission
SH_HEURE_ADMISSION	Heure d'admission
SH_MODE_ADMISSION	Modalité d'entrée du patient (programmé ou non-programmé)
SH_PROVENANCE_PATIENT	Code alphanumérique indiquant la provenance du patient (Domicile, lieu de travail, maison de soins, ...)
SH_PROVENANCE_ETABLISSEMENT	Codes alphanumériques des établissements et des sites hospitaliers
SH_MODALITE_ENTREE	Modalité d'entrée du patient à l'hôpital (ambulance, propres moyens, né à l'hôpital, ...)
SH_PASSAGE_URGENCE	Flag indiquant si le patient est passé par l'urgence
SH_CODE_MEDECIN	Code du médecin traitant hospitalier
SH_DATE_SORTIE	Date de sortie du patient
SH_HEURE_SORTIE	Heure de sortie du patient
SH_MODALITE_SORTIE	Code numérique indiquant les modalités de sortie du patient
SH_ETABLISSEMENT_SORTIE	Code alphanumérique de l'établissement de destination lors de la sortie du patient
SH_DRG_ADMISSION	DRG du patient à l'admission
SH_MAJOR_DISEASE_CAT_ADMISSION	MDC du patient à l'admission
SH_SEVERITY_ILLNESS_ADMISSION	Code numérique indiquant la sévérité de la maladie du patient lors de l'admission
SH_RISK_MORTALITY_ADMISSION	Code numérique indiquant le risque de mortalité du patient lors de l'admission
SH_DRG	DRG du patient pendant le séjour hospitalier
SH_MAJOR_DISEASE_CAT	MDC du patient pendant le séjour hospitalier
SH_SEVERITY_ILLNESS	Code numérique indiquant la sévérité de la maladie du patient pendant le séjour hospitalier
SH_RISK_MORTALITY	Code numérique indiquant le risque de mortalité du patient pendant le séjour hospitalier
SH_DIAG_PRIN_CODE	Code alphanumérique du diagnostic principal selon la classification ICD-10-CM
SH_DIAG_PRIN_PRESENT_ADMISSION	Flag indiquant la présence du diagnostic principal à l'admission du patient
SH_CLASSEMENT	Classement du séjour hospitalier (médecine, chirurgie, ni médecine ni chirurgie)
NUMERO_FICHER	Indique le numéro du fichier envoyé par les hôpitaux
SHPC_DATE_DEBUT	Heure du début de la prise en charge dans un service de l'hôpital
SHPC_HEURE_DEBUT3	Date du début de la prise en charge dans un service de l'hôpital
SHPC_DATE_FIN	Heure de la fin de la prise en charge dans un service de l'hôpital
SHPC_HEURE_FIN3	Date de la fin de la prise en charge dans un service de l'hôpital
SHPC_TYPE_SERVICE	Code à 4 caractères indiquant le type de service ayant pris en charge le patient
SHPC_CODE_ETABLISSEMENT	Code de l'établissement dans lequel se trouve le service ayant pris en charge le patient
SHDS_CODE_DIAGNOSTIC	Code alphanumérique d'un diagnostic secondaire selon la classification ICD-10-CM
SHDS_PRESENT_ADMISSION	Indicateur pour la présence du diagnostic secondaire à l'admission du patient

Table des matières

I. Introduction.....	4
II. Définitions des activités d'hospitalisation de jour et des modalités de description de ces activités dans différents pays européens	5
A. Synthèse des expériences européennes analysées	5
1. Définitions et description de l'hôpital de jour	5
2. Recueil et recensement de l'activité en hospitalisation de jour	
III. Définition de l'hospitalisation de jour applicable au contexte luxembourgeois	8
A. Etat des lieux actuel au Luxembourg	8
B. Loi du 8 Mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière	8
C. Précisions de la définition de l'hôpital de jour au Luxembourg	9
1. Les critères d'éligibilité du patient sont les préalables indispensables	9
2. Les critères organisationnels (/structurels ?)	9
3. Distinguer l'hospitalisation de jour de l'hospitalisation stationnaire	11
4. Distinguer l'hôpital de jour de la policlinique	12
5. Propositions/synthèse	Error! Bookmark not defined.
IV. Modalités de recueil de l'activité en hôpital de jour	15
A. Pourquoi	
B. Etat actuel du recensement des journées d'hospitalisation de jour au Luxembourg	15
C. La Documentation hospitalière	
D. Propositions	16
V. Modalités de recensement de l'activité à appliquer dans le cadre d'examens réalisés sur un autre plateau technique que celui de l'établissement dans lequel le patient séjourne	17
VI. Quelques points complémentaires	20