

Les enjeux liés aux inégalités sociales et territoriales de santé

Les pratiques ambulatoires peuvent avoir un impact sur les inégalités sociales et territoriales de santé. Il s'agit cependant de s'assurer qu'un suivi des personnes à faible niveau de ressources sociales et économiques peut être mis en œuvre.

Le virage ambulatoire : quels enjeux et quelles conséquences potentielles sur les inégalités sociales et territoriales de santé ?

Le « virage ambulatoire », qui fait partie des grandes orientations de la « stratégie nationale de santé », est empreint de volontarisme et de rapidité. En témoigne l'ambition affirmée d'atteindre en France un taux de chirurgie ambulatoire avoisinant 70 % à l'horizon 2022 [15]. Il est contemporain de la réduction de la capacité d'accueil en hospitalisation conventionnelle [5]. Si le confort des patients est souvent mis en avant, le virage ambulatoire est surtout lié à des considérations économiques [40]. L'Ondam (Objectif national de dépenses d'assurance maladie) 2018 prévoyait 250 M€ d'économies supplémentaires, au titre de la chirurgie ambulatoire, des alternatives à l'hospitalisation et de la réduction des hospitalisations évitables. Grâce à la progression de 3 points du taux de chirurgie ambulatoire, 200 millions d'euros d'économies étaient envisageables en 2019 selon l'Assurance maladie¹. Mais, pour le Haut

Conseil de la santé publique et la Cour des comptes [14], l'impact financier de ce « virage » est incertain et les économies attendues n'ont pas été observées.

Pour le ministère de la Santé, l'objectif est de « permettre aux Français de recevoir les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures, au bon moment² ». La réduction des hospitalisations traditionnelles exige donc l'administration des soins par un suivi organisé en ville, autrement dit d'investir dans les « soins primaires » [1]. Ces orientations n'auront de sens que dans le contexte d'une organisation cohérente de l'ensemble du système, y compris l'hôpital car l'accès aux établissements hospitaliers peut être difficile en cas de complication post-opératoire.

Mais le dernier rapport du HCSP, en 2021 [33], en souligne les limites, particulièrement celles qui sont en lien direct avec l'organisation du retour à domicile, la continuité des soins et les frais induits pour les

Soraya Haddad
Centre
d'épidémiologie
des populations
(Cerpop), Toulouse
Thierry Lang
HCSP, Cerpoc

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

1. Assurance maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance maladie au titre de 2019 (loi du 13 août 2004).

2. Ministère des Solidarités et de la Santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>



patients. Dans une logique de *lean management*, de « juste à temps » et d'élimination des temps sans valeur ajoutée, le retour à domicile demeure une étape complexe qui exige la participation du patient et de sa famille à la gestion de certaines tâches, telles que la surveillance clinique, le soutien ou la réalisation de certains soins. Dans les faits, ces actes, presque invisibles, pèsent avant tout sur les patients et leurs familles, auxquels un véritable travail « de santé » est transféré [43]. Le support social, les ressources financières, le savoir, la qualité de l'habitat deviennent des enjeux essentiels. Pourtant le HCSP souligne dans son rapport de 2021 que la vulnérabilité socioéconomique et les situations de handicap sont constamment sous-évaluées. L'application Visuchir³, conçue pour comparer les niveaux de performances ambulatoires des établissements, n'inclut pas ces critères socioéconomiques. L'autonomie des patients, qui repose sur leurs capacités de disposer de ressources sociales, culturelles, financières et géographiques, représente donc l'un des enjeux principaux du virage ambulatoire.

Le rôle central que prennent les ressources propres des patients porte en soi un risque majeur de creusement des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Cette question a récemment fait l'objet d'un numéro spécial d'*Adsp* [32]. Brièvement, la France se caractérise par de fortes inégalités sociales et territoriales de santé. Y concourent les déterminants sociaux tels que l'environnement, le travail, les comportements, mais aussi le système de soins. L'insuffisance d'offre de soins dans certains territoires est une donnée connue, mais l'accès aux soins peut être aussi limité par des obstacles financiers et par la méconnaissance réciproque entre un système de soins qui ne pose pas la question des inégalités sociales de santé et les patients qui s'adaptent plus ou moins bien à des dispositifs de soins qui ignorent leurs conditions de vie. Les principaux enjeux du virage ambulatoire peuvent être anticipés sur la base des études françaises et internationales, mais aussi sur l'expérience canadienne, qui dispose d'un recul d'une vingtaine d'années et propose des pistes de réflexion en soulignant notamment les disparités de genre accentuées par cette démarche [27].

Le virage ambulatoire, analysé dans plusieurs rapports récents, soulève des enjeux majeurs au regard des inégalités sociales et territoriales de santé : 1/effort financier des ménages ; 2/mobilisation des patients et de leurs familles ; 3/limites des soins « de ville » ; et enfin 4/accès et maîtrise du numérique.

L'enjeu financier pour les ménages

En dépit de son système de protection sociale et d'assurance maladie, la France connaît un renon-

cement aux soins courants dans la moyenne des pays d'Europe, l'obstacle financier en représentant 40 % des raisons. L'absence d'assurance maladie complémentaire est considérée comme le premier facteur de difficultés de maintien dans le soin [25]. Mais le taux de non-recours à la Complémentaire santé solidaire (CSS) est élevé, de l'ordre de 40 %⁴. La fréquence du renoncement aux soins varie sensiblement selon les revenus, en lien avec les couvertures complémentaires, dont les disparités d'offre accentuent l'impact potentiel de l'accès aux soins médicaux. S'y ajoutent le tiers payant non généralisé, les coûts de transports ou d'hébergement. Le risque de renoncement à des soins et à une prise en charge de qualité pour tous est élevé lorsqu'une part croissante des soins hospitaliers le sera à domicile.

L'enjeu du transfert des soins vers le patient et son entourage

Ce transfert de soins du milieu hospitalier vers le domicile suppose de transférer au patient un « travail » de soins et de coordination antérieurement réalisé par des professionnels. Le bon patient « coopératif » est alors celui qui accepte de prendre en charge ce travail [43], avec le risque d'accroître les inégalités en défaveur des patients dont le niveau de littératie en santé ne permet pas la parfaite compréhension de leur état de santé et limite leur autonomie. La défaillance du réseau de communication entre hôpital et professionnels « de ville » requiert la mobilisation des ressources du patient.

Le manque d'accompagnement au retour à domicile pose la question de l'isolement social. La famille va devoir faire face à des facteurs de vulnérabilité, tels que la vulnérabilité psychologique, la dépendance fonctionnelle du patient, ou encore des soins complexes. L'expérience canadienne montre que la question de l'équité est posée dès lors que chaque patient bénéficie d'un environnement plus ou moins bien doté en ressources sociales, d'un habitat plus ou moins salubre ou, enfin, d'un niveau de littératie en santé qui lui permette, à lui ou sa famille, de comprendre son état de santé et les suites ambulatoires [21]. L'importance du support familial se traduit par des disparités de genre observées au Québec, où les femmes assument entre 70 et 80 % de l'aide à domicile [12]. Les hommes se chargent principalement des tâches les moins engageantes émotionnellement, alors que les aidantes assurent le soutien psychologique et les travaux domestiques. Ce retrait de l'État est une source de charge mentale, au détriment de la santé des femmes. Le défi du virage est de constituer les services afin de réduire la charge de ces aidantes, d'autant plus forte que les ressources sont faibles.

3. L'Assurance maladie. « Mise en ligne de Visuchir, une application pour visualiser l'activité chirurgicale, notamment ambulatoire, des établissements de santé ». 2018, 3 p. <https://www.ameli.fr/sites/default/files/2018-12-12-cp-visuchir-application.pdf>

4. La CSS regroupe depuis 2019 la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'Aide à la complémentaire santé (ACS).

L'enjeu autour des soins de santé primaires en ambulatoire

L'organisation de la coordination et de la communication entre les professionnels, et entre professionnels et usagers est un autre enjeu majeur. Le lien ville-hôpital demeure actuellement fragile. Un patient sur cinq juge de moyenne à mauvaise l'organisation de sa sortie hospitalière⁵ et relève le manque de lisibilité des modalités d'adressage [19] pour s'orienter vers l'offre disponible. Dans cette enquête de la HAS en 2020, 23 % des patients n'avaient reçu aucun document à la sortie contenant des informations sur leur intervention et leur suivi, 43 % des patients n'avaient pas été contactés après leur sortie. La HAS recommande de remettre une lettre de liaison au patient le jour même de sa sortie, mais 34 % des professionnels de ville (médecins, infirmiers, pharmaciens) ne reçoivent pas ces informations [34]. Le patient doit là aussi compter sur ses propres ressources afin d'assurer sa prise en charge, avec le risque d'aggraver les inégalités sociales de santé.

Selon les territoires, l'éloignement géographique et les obstacles financiers affectent inégalement les populations. Globalement, pour les médecins généralistes, le volume de soins moyen par habitant mesuré par le nombre d'actes a diminué d'environ 15 % entre 2000 et 2013, diminution expliquée majoritairement par une baisse du nombre de visites [6]. Dans les zones à faible densité en cabinets médicaux, les parcours de soins sont encore plus compliqués. Cet enjeu territorial est indissociable des revenus du patient. Dans des régions très dotées en cabinets médicaux, les dépassements d'honoraires sont fréquents. Les déserts médicaux quant à eux induisent des coûts de transport et de logement supplémentaires qui sont souvent à la charge du patient. Toutes les professions de santé sont concernées par ces questions de densité territoriale, qui peuvent limiter le recours voire aller jusqu'au renoncement aux soins.

L'enjeu numérique

Le virage s'inscrit dans la numérisation des soins en encourageant la communication électronique entre professionnels et avec les patients, ce qui suppose l'accès aux équipements et la capacité à les utiliser. Mais l'accès à Internet est inégal du fait de la disparité territoriale d'accès à l'offre de haut débit et des ressources économiques d'accès à l'équipement. Les personnes âgées peu diplômées ou à revenu modeste disposent moins souvent d'un accès à Internet. Une partie des usagers d'Internet (38 %)⁶ manque de compétences telles que la capacité à utiliser les outils numériques dans au moins un de ces domaines : la recherche d'information, la

communication, l'utilisation de logiciels... Les personnes sans diplôme ou à niveau de qualification faible sont respectivement 4 et 2,5 fois plus susceptibles d'être en situation d'illectronisme (difficulté ou incapacité à utiliser les outils informatiques) que les personnes ayant fait des études supérieures [51].

Des enjeux soulignés par la crise du Covid-19

La pandémie de Covid-19 a eu de profondes répercussions sur notre système de santé. Nous n'en prendrons qu'un exemple portant sur les événements indésirables graves liés aux soins (EIAGS) et la satisfaction du patient. Une étude quantitative et qualitative, pilotée par la HAS, portant sur les caractéristiques des EIAGS en lien avec la pandémie et le ressenti des patients, montre que le manque de communication entre professionnels et patients, bien documenté, est un élément majeur des difficultés. L'insuffisance des ressources en ambulatoire et l'indisponibilité des professionnels de santé, à l'origine de difficultés d'accès aux soins de rééducation post-opératoire, ont entraîné des complications de type musculo-squelettique (3 % en 2019 contre plus de 13 % durant la période Covid-19) [46].

Conclusion

L'objectif du virage ambulatoire est de transférer des soins qui étaient antérieurement délivrés à l'hôpital vers le domicile des patients. Si les mettre au cœur du processus de soins et de prise en charge c'est leur déléguer une part du travail de soins, alors c'est compter sur leurs ressources propres et donc accentuer l'inégale répartition sociale et territoriale des soins. Éviter le creusement des inégalités sociales et territoriales de santé suppose de répondre à deux enjeux essentiels : d'une part, repenser, organiser et investir dans l'articulation entre les établissements de santé et les soins de ville, pour éviter que le parcours ville-hôpital ne soit marqué par des ruptures de communication que les patients ont à charge d'essayer de pallier ; d'autre part, un pilotage et une réorganisation de l'offre des soins de ville indispensables pour décroiser les interventions de l'ensemble des professionnels de santé et des services sociaux, maîtriser l'offre de soins au niveau territorial, expérimenter d'autres modèles de financement que le paiement à l'acte, et développer les nouvelles formes d'organisation (CPTS, MSP...) de soins primaires, permettant un exercice coordonné de soins de qualité par des équipes pluriprofessionnelles organisées.

Faute de répondre à ces enjeux majeurs, le virage ambulatoire ne pourrait que creuser un peu plus les inégalités sociales et territoriales de santé, entre des patients initialement socialement favorisés et vivant dans des territoires à l'offre de soins optimale et les autres. Il est d'autant plus important de poser ces questions que le dispositif de surveillance statistique ne permet pas aujourd'hui de repérer des inégalités sociales de santé ou des inégalités territoriales de santé dans le cadre du virage ambulatoire. ➡

5. Haute Autorité de santé. « IQSS - e-Satis : mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés ». 2018-2020. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2030354/fr/iqss-e-satis-mesure-de-la-satisfaction-et-de-l-experience-des-patients-hospitalises

6. Legleye S., Rolland A. « Une personne sur six n'utilise pas Internet, plus d'un usager sur trois manque de compétences numériques de base ». Insee Première, 2019, n° 1780. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4241397>



Les plus pauvres : une chance pour le virage ambulatoire ?

Huguette Boissonnat-Pelsy
Département santé
d'ATD Quart-Monde
Aude Seydoux
Cabinet de conseil
et de formation
Acemis

Aborder le virage ambulatoire avec des patients en grande vulnérabilité, c'est surtout se demander ensemble comment le réussir. De 2016 à 2021, dans le cadre du département santé d'ATD Quart-Monde, une étude participative¹ a été menée qui a abouti à recueillir les constats, analyses et propositions de personnes précaires et de professionnels les accompagnant. Dans la suite de ce rapport de recherche², des expériences patient à partir des plus vulnérables ont été développées dans plusieurs structures hospitalières, privées et publiques, et une en médecine de ville. Pour tous, le virage ambulatoire a permis une prise en charge multiple, coordonnée, performante, avec de la technologie de haut vol, et c'est une grande chance offerte, au malade, de ne pas être hospitalisé plus que le strict nécessaire, de permettre et privilégier le maintien à domicile.

Les personnes en grande pauvreté ne s'y trompent pas, elles sollicitent, souhaitent et recherchent cette prise en charge ambulatoire, comme tous les autres citoyens. Elles en mesurent la chance, pour eux et leur famille. Elles disent alors : « *Il ne faudrait pas croire que parce qu'on est vulnérables, on a envie de rester dans une chambre d'hôpital! Non, tout le monde a envie de sortir de l'hôpital et tout le monde a envie de rentrer à la maison!* » Elles sont également conscientes que la précarité économique n'est pas la seule fragilité face

à ce mode de prise en charge. La précarité sociale marquée par l'âge, l'isolement de l'individu et l'isolement géographique, les conditions de vie dégradées amènent aussi à des situations d'aller-retour entre les structures et le domicile qui fragilisent les équilibres précaires, comme le dit cette femme : « *Après, pour les plus pauvres, la médecine ambulatoire est synonyme de ping-pong, entre l'hôpital et le reste, une fois ping une fois pong et quelques fois ça casse...* » Alors que dire lorsque ce virage se transforme en « virage déambulatoire », qui amène à déambuler dans le système de santé ?

Les enjeux

Il y a plusieurs domaines où la prise en charge ambulatoire est questionnée et attendue par les plus pauvres. Ces domaines sont ceux liés au vécu des personnes, aux difficultés économiques et aux conditions de vie, sources de difficultés dans la cohérence du parcours de soins. Il y a les difficultés liées à la relation soignant-soigné, qui se révèlent primordiales dans l'expérience patient de la personne vulnérable, et puis celles liées à la prise en charge : déserts médicaux, situation géographique, asymétries d'information, d'interprétariat, renoncements aux soins ou ruptures de droits. Enfin, la priorisation des urgences, qui amène à choisir : le logement, l'emploi, l'obtention des droits passent souvent avant la santé. La réalité de la vie en précarité (rupture, instabilité, « vie au jour le jour ») heurte le concept de proposition linéaire et fluide du parcours de santé, concept porteur de cette nouvelle orientation.

Les freins

● Lors des prises en charge en chirurgie ambulatoire, l'information écrite (intervention, précautions anesthésiques), les textes (consentement éclairé, directives anticipées, questionnaire préopératoire) ne sont pas en adéquation avec la réalité de beaucoup. Des questions simples posées à l'oral, ou un accompagnement personnel lors du remplissage pourraient permettre d'anticiper ces complexités liées aux mots et à l'écrit. L'articulation entre le service de chirurgie et la médecine de ville semble pour les participants possible et souhaitable sous certaines conditions : si le compte rendu de l'intervention est d'abord dit à l'oral puis écrit, et rendu disponible de suite par le médecin, si les consignes sont comprises et acceptées par le patient en précarité, s'il y a l'assurance de l'existence d'un médecin traitant, si un lien avec le service infirmier a été réalisé avant la sortie, si une vérification des droits sociaux et de leur ouverture le cas échéant est faite avant la sortie, et bien sûr si une attention est portée aux conditions de

1. Le laboratoire d'idées santé d'ATD Quart-Monde est constitué de personnes en grande précarité. De 2016 à 2021, ce groupe a abordé les multiples facettes de la prise en charge ambulatoire. Le groupe a travaillé à partir des recommandations de l'HAS, et plus particulièrement du chapitre intitulé « Les critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux ». En parallèle, un groupe de professionnels de la santé et du social a travaillé à partir des mêmes recommandations et a confronté les constats et les préconisations du laboratoire à l'aune de ses expériences sur les conditions actuelles d'exercice de la médecine ambulatoire et la mise en place du parcours de santé. Ce laboratoire santé était animé par un cabinet de sociologie, il s'est réuni mensuellement pour débattre et travailler sur des thématiques de santé définies pour une ou plusieurs années. Un rapport a été réalisé pour l'ARS Grand Est puis un autre pour le Fonds CMU, enfin une recherche a été réalisée dans le service d'odontologie pédiatrique au CHRU de Nancy dans le cadre d'une expérience patient à partir des plus pauvres, la méthode ayant été travaillée avec le cabinet Acemis pour que l'expérience parte bien des plus vulnérables. Le laboratoire d'idées a été un interlocuteur moteur dans ce travail de mise en œuvre de la méthode. D'autres structures de soins se sont aussi interrogées dans le cadre de leur démarche qualité sur l'accessibilité de leurs parcours ambulatoires pour toutes et tous. Nous avons pu alors tester la méthode dans cinq sites publics, privés ou de ville.

2. ATD Quart-Monde. Le Développement de la médecine ambulatoire : un autre regard. Recueil des constats, analyses et préconisations de publics vulnérables relevant de la CMUC et de l'ACS, croisement d'analyse avec des professionnels acteurs de santé ? 2017.

vie du malade. Enfin, le codage à l'activité, très normatif, a aussi une part dans les difficultés rencontrées. Les volumes attendus, les réalités de terrain sont parfois contradictoires : « *Un SDF qu'on aime bien a un ongle incarné. Il rentre à l'hôpital pour l'intervention. Il est diabétique, on le garde finalement pour la nuit parce qu'on ne veut pas que le premier change de pansement soit fait dans la rue. Eh bien on a été redressés par la sécurité sociale! on aurait dû le prendre en ambulatoire et coder sans la nuit!* »

- Lors de l'hospitalisation à domicile, la réalité décrite n'est pas simple, car interviennent les vœux du malade, ceux de la famille, les logiques médicales, hospitalières, institutionnelles, auxquelles s'ajoutent les circonstances particulières liées à la vie dans la misère. Les participants privilégient massivement l'hospitalisation à domicile et en découvrent les limites diverses, dont les « allers et retours » entre domicile et hôpital programmés ou imposés par l'évolution de la maladie. Ils découvrent le poids d'autres institutions qui interfèrent dans leur vie, ils mesurent le coût de l'hospitalisation à domicile par rapport à l'hospitalisation institutionnelle. Ils préconisent un mode de prise en charge plus fluide, une réévaluation des prises en charge compatibles avec leurs restes à vivre, des modalités de répit et de prise en compte des statuts d'aidants même s'ils sont pauvres.

- Dans le circuit de la médecine de ville en lien avec l'hôpital, le passage indispensable pour la personne en grande vulnérabilité est celui de l'accès aux droits de protection sociale (restes à charge pour le matériel médical, difficultés de mise en place du tiers payant C2S, obtention des droits à l'aide médicale de l'État [AME], reste à charge ingérable lorsque la mort survient, car il n'y a pas de capital décès pour les non-salariés...). La bonne articulation entre les dispositifs spécifiques d'aide aux personnes en difficulté (permanence d'accès aux soins de santé [Pass], consultations gratuites, etc.) et les professionnels de ville (système de droit commun) permettrait des passerelles pour que le passage de l'urgence à l'accès aux droits soit fluide. Le virage ambulatoire provoque des parcours complexes ville-hôpital qui mobilisent, pour certains patients, plusieurs professionnels de santé. Améliorer la qualité et la sécurité de leurs soins nécessite d'analyser et d'améliorer avec les usagers l'organisation de ces parcours personnalisés de santé et les interfaces entre professionnels de la santé, du champ social, du médicosocial et de la santé connectée. Le pharmacien a été identifié par les personnes du laboratoire comme « *la personne-ressource et le pivot de santé, l'entrée est gratuite, pas d'avance de frais pour avoir ses conseils* ».

- Enfin, plus généralement, l'éloignement des hôpitaux, la spécialisation en pôle avec une ventilation territoriale, disperse les malades, la question de la mobilité est dès lors un facteur clé de la prise en charge ambulatoire. Comment faire lorsque le malade part seul en VSL pour une opération et que le proche ne peut pas monter dans la voiture avec lui? Et aller à l'hôpital par

soi-même alors qu'il n'y a qu'un bus qui passe dans le village, matin et soir? Ou encore faire des trajets de plusieurs kilomètres à pied, avec des enfants dans les bras pour une intervention en odontologie, comme le font les parents migrants à Nancy? Les suivis proposés par tablettes numériques, les « téléconsultations » semblent pour le moment inaccessibles en termes de matériel, d'usage et de « zones blanches » sans réseau, qui aggravent la situation.

Les leviers d'amélioration

- Identifier et accompagner les situations ou périodes de fragilité dans le parcours de vie et de santé des personnes en précarité permettrait de protéger les parcours et d'anticiper. Améliorer la couverture des frais induits de l'ambulatoire, envisager la valorisation de matériel médical recyclé, restructurer l'offre des assurances « assistance à domicile » pour qu'elles soient accessibles à tous, garantir des maisons de santé accessibles respectant le secret de l'usager comme le secret professionnel³, sont les principaux leviers évoqués. Des pistes pourraient aussi être « *de se donner les moyens de la formation pour tous* », disent les participants⁴. Des formations sur « la relation soignant-soigné », sur les métiers, dont celui de « médiateur en santé », sur les « relais accompagnateurs », sur les statuts de pairs aidants. La valorisation de consultations plus longues, d'outils d'analyse et d'amélioration de l'accès de tous à la santé connectée sont proposés.

- Enfin, développer la transformation des parcours de soins ambulatoires à partir de l'expérience du patient en grande pauvreté, dans une logique d'équité, nous est apparu la bonne voie. Un nouveau parcours patient prenant en compte les fragilités et le vécu des patients les plus vulnérables⁵ nous a montré l'opportunité de les construire avec eux et avec leurs interlocuteurs. Pour cela il a fallu travailler une méthode pour réaliser un diagnostic du vécu des patients lors d'une prise en charge en ambulatoire, définir les cibles d'améliorations et alors coconstruire avec les acteurs concernés un nouveau parcours de soins adapté aux plus vulnérables,

3. Le dossier circulant, les médecins, les infirmières, les psychologues ou même parfois les structures sociales peuvent avoir accès à la partie médicale mais aussi aux informations sur les conditions de vie des personnes. Certaines disent qu'elles ne veulent pas que tout le monde sache qu'elles sont femmes battues ou encore que l'on connaisse les événements difficiles qui sont consignés dans le dossier, qui est accessible... D'où le secret réclamé, pas seulement médical mais aussi celui concernant les autres informations concernant l'usager.

4. Le repérage peut être dangereux et source de stigmatisation par les professionnels, les amener à envisager une relation plus empathique, moins technique, en s'approchant d'une posture respectueuse de l'autre dans sa différence est souhaitable. Tous les patients se ressemblent et les soignants gagnent à savoir comment vivent les personnes et dans quel environnement.

5. Boissonnat-Pelsy H., Mazzerio L., Tettamanti C., Bannay A., Clément C., Colombo M., Droz D. Expérience patient dans un service d'odontologie pédiatrique à partir de l'expérience des patients en grande précarité. Avec la participation du cabinet de conseil Acemis : Seydoux A. Rapport ARS Grand Est.



et qui alors même qu'il sera amélioré pour les plus fragiles le sera de fait pour toute la population. Le premier CHRU qui a accepté de codévelopper cette expérience est celui de Nancy, dans son service d'odontologie pédiatrique, en lien avec l'université d'odontologie et avec le soutien de l'ARS Grand Est. Quarante-deux points de difficultés ont été identifiés sur le parcours patient. Cette étude menée de manière inédite a permis des actions de correction et d'amélioration mises en œuvre ou en discussion avec les différents professionnels responsables des services internes du CHRU. Quelques points n'ont pas pu trouver de solution, mais les processus ont évolué. Cette méthode a été appliquée avec succès dans plusieurs structures en France avec le soutien du Fonds national pour la démocratie sanitaire⁶. La nouvelle certification de la Haute Autorité de santé met l'amélioration de l'expérience patient au cœur de la démarche de validation. Concrètement, ces expériences patient ont montré qu'il était possible que les plus fragiles, lorsqu'ils peuvent apporter leur contribution, soient une chance pour notre système de santé, ces expériences apportant des résultats tangibles⁷ :

6. « Recherche-action d'ATD Quart-Monde sur l'expérience patients en ambulatoire », présentation au FNDS le 7 avril 2021, par Huguette Boissonnat-Pelsy et Aude Seydoux.

7. Boissonnat-Pelsy H. Médecine ambulatoire et grande pauvreté. Lorsque les plus démunis deviennent acteurs et partenaires de l'expérience patient. Département santé ATD Quart-Monde, Laboratoire d'idées santé ATD Quart-Monde, avec la participation du cabinet Études et Développement, du cabinet de conseil Acemis, de l'université d'odontologie de Nancy, du CHRU de Nancy et de son service qualité, avec le soutien de l'ARS Grand Est. Éditions Quart-Monde, janvier 2021.

« Si on améliore la situation des patients plus fragiles, des plus pauvres, on améliore la situation de toute la population. »

Conclusions

Les usagers les plus démunis ne s'expriment pas facilement, ils estiment ne pas avoir le droit de le faire, ou alors ils sont trop noyés dans leur colère. Ici le travail en laboratoire leur permet de prendre leur place et l'expérience patient a amené les participants au stade d'acteurs et de partenaires du système de santé. Les participants n'ont pas voulu faire des propositions de transformation sans d'abord nommer les propositions de caractère général sur les conditions nécessaires au bon déroulement d'un parcours de santé dans le cadre de leur vulnérabilité. L'expérience patient, dans sa méthode travaillée pour partir des plus démunis, a permis de faire avancer les réflexions pour chacun et/ou pour les autres avec l'espoir d'une amélioration. Les choses ici ont été dites clairement, de manière pragmatique et tout de suite. Lanceurs d'alerte, les plus fragiles expérimentent et alors expriment tout haut les risques et les manques engendrés par des prises de décisions politiques, parce qu'ils n'ont ni les moyens financiers ni les moyens humains de les compenser. Quand on leur demande des solutions, ils proposent des choses simples, de bon sens, qui ne coûtent pas cher. Alors oui, ils jouent un rôle de sentinelle pour nos systèmes de santé et du médico-social, oui, ils peuvent avec nous devenir acteurs et être des partenaires. Saisissons cette chance pour accompagner le virage ambulatoire. ➔

Le virage ambulatoire dans le secteur des soins aux personnes âgées

Marguerite-Marie Defebvre
Médecin de santé publique, chargée de mission vieillissement et DAC (dispositifs d'appui à la coordination), ARS Hauts-de-France

Les personnes âgées de 75 ans et plus sont plus de 6 millions en France, dont un tiers au moins va connaître un épisode d'hospitalisation dans l'année, qui se déroule à 47 % via les urgences. Leurs principaux motifs d'hospitalisation sont, par ordre de prévalence, les chutes, les fractures du col et du bassin, la dyspnée aiguë et les infections respiratoires. En 2018, cela représente 29 % des séjours hospitaliers en services de soins aigus¹. Or l'hospitalisation constitue pour ces personnes une étape critique qui les expose à un risque de perte d'autonomie en réduisant leurs capacités à réaliser seules certaines activités de base de la vie quotidienne, comme se lever, marcher, s'habiller, manger... On parle de dépendance iatrogène liée à

l'hospitalisation. Ce phénomène est en partie évitable si on adapte les soins et l'environnement hospitaliers à leurs besoins spécifiques.

92 % reviennent au domicile mais moins d'un tiers consulte dans la semaine suivante son médecin traitant et la moitié a des soins infirmiers. On observe un taux de réhospitalisation à un mois de 18 % alors que le taux de réhospitalisations évitables est estimé à 32 %.

Si l'on prend l'exemple de la fracture de la hanche, 10 à 30 % des patients âgés deviennent dépendants, 25 % entrent en Ehpad et 20 à 24 % décèdent dans l'année. En pratique, le délai opératoire est souvent trop long et constitue un des principaux facteurs de surmortalité, alors qu'il est prouvé qu'opérer rapidement (à moins de 48 heures) avec une organisation ortho-gériatrique spécifique, une mobilisation précoce et un renforcement des soins de rééducation à domicile améliorent le pronostic.

1. HAS. « Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées ». Fiche points clé et organisation des parcours, 2018.

L'expérience des parcours de santé personnes âgées (Paerpa²) a montré qu'il faut assurer une organisation pour passer d'une réponse de premier recours en silo vers une gestion coordonnée intégrée avec accès à l'expertise. L'objectif est d'anticiper les décompensations, les situations de crise sociale, réduire les risques d'aggravation de la maladie et de perte d'autonomie, mieux accompagner les personnes au long cours. C'est un programme qui visait une collaboration interdisciplinaire et pluriprofessionnelle et c'est dans cet esprit que doit s'inscrire le virage ambulatoire pour les personnes âgées³.

La chirurgie ambulatoire, précurseur du virage ambulatoire : une organisation devant être paramétrée aux besoins gériatriques

Jusqu'à ce jour, les pratiques ambulatoires concernaient surtout pour les personnes âgées des interventions de spécialité (ophtalmo, ORL, urologie...), mais désormais les interventions plus lourdes comme les prothèses de hanche sont possibles en ambulatoire. L'âge n'est plus un obstacle à une prise en charge en ambulatoire, mais les comorbidités le restent. Le taux de complications (accident thromboembolique, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, sepsis) est plus élevé au décours d'une hospitalisation conventionnelle que dans les suites d'une prise en charge en secteur ambulatoire. On y observe par ailleurs moins de troubles cognitifs. Il est donc impératif que les patients âgés puissent bénéficier d'un bilan préopératoire complet, faisant une analyse bénéfiques/risques spécifique. Les équipes doivent être aguerries à la prise en charge globale gériatrique ou bénéficier d'un travail coordonné avec la gériatrie (comme l'équipe mobile gériatrique).

La formation des équipes chirurgicales peut être ici questionnée, car si elles sont bien au fait des suites classiques liées au geste chirurgical, elles le sont moins de l'approche globale gériatrique des patients âgés (comme le risque de confusion) et la compréhension de l'environnement psychosocial permettant un retour à domicile simple. La mise en place d'une organisation interne adaptée (soins, procédures et personnels), d'une bonne information et d'un suivi anticipé avec présence d'aidant est essentielle.

Médecine ambulatoire, hospitalisation de jour ou de semaine en médecine ou soins de suite : une organisation qui se cherche, avec beaucoup de désistements

La médecine ambulatoire, hors soins spécialisés (chimiothérapie, par exemple), est insuffisamment caractérisée (circulaire frontière), ce qui ne permettait pas son développement pour le sujet âgé jusqu'à aujourd'hui. Ces hospitalisations programmées restent complexes en organisation, d'autant qu'il y a une fatigabilité des

personnes face aux différents actes à réaliser en un temps réduit et beaucoup de non-venues, alors même que ces structures réduiraient les risques d'iatrogénie hospitalière. L'instruction de 2020, qui précise mieux les conditions d'éligibilité et de financement, sera à évaluer⁴.

Les hôpitaux de jour (HDJ) gériatriques, qu'il s'agisse des HDJ de médecine ou des HDJ de soins de suite et réadaptation (SSR), ont un rôle à jouer pour le diagnostic, la prise en charge et le maintien à domicile des personnes âgées à risque de perte d'autonomie. Si toutes les études ne sont pas positives, la plupart ont montré l'utilité des HDJ dans l'évaluation des chutes ou celle des troubles de la mémoire ou encore pour les transfusions, fréquentes chez le sujet âgé. L'évaluation en hôpital de jour laisse le temps de la discussion avec le patient et son aidant, voire de réaliser des programmes d'ETP⁵. De nombreuses études ont démontré l'importance d'une intervention multidisciplinaire en gériatrie, possible dans ces unités⁶.

Le rapport du HCSP sur le virage ambulatoire de 2021 [33] a montré qu'au total les séjours hospitaliers étiquetés « médecine ambulatoire » hors unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) représentaient 2 691 630 séjours en 2018. Seulement 87 718 séjours étudiés concernaient les personnes âgées, dont 88 % sans nuitée. Un peu moins de la moitié (41 %) relève d'explorations et de surveillances, avec par ordre décroissant :

1. maladies et troubles mentaux ;
2. affections de l'appareil circulatoire ;
3. affections de la peau (mélanome, ulcères), voie urinaire, rein, appareil musculo-squelettique.

Les autres séjours correspondent *a priori* à des prises en charge thérapeutiques programmées ou non, avec près de 50 % liées à des troubles cognitifs ou démences. Étonnamment, le motif d'exploration chutes et troubles de la marche est non visible dans ces données récentes, et la place de la psychogériatrie est importante.

En UHCD, sur 1 091 239 séjours, 20 % concernent des personnes de 80 ans et plus, dont 40 % pour des maladies d'organes, 29 % des symptômes et 12 % des traumatismes, dont ceux liés aux chutes.

Deux profils principaux ressortent de l'étude des séjours ambulatoires :

- programmés pour les maladies neurodégénératives (développés dans le cadre des centres mémoire) ;
- non programmés pour des traumatismes : si la surveillance peut se justifier pour les traumatismes crâniens, elle interroge plus pour les traumatismes des membres.

4. Instruction 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.

5. Éducation thérapeutique du patient.

6. Robinet P, Puisieux F. « Les hôpitaux de jour gériatriques français prenant en charge les chutes ». Santé Publique, 2014, 6 (26), p. 795-801.

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

2. Personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

3. Lussier M.-D. « Parcours des personnes âgées dans le système de santé ». *Regards*, 2020, 1, 57, p. 115-126.



Le virage ambulatoire : sécurité des patients et inégalités de santé

C'est plutôt les difficultés des retours à domicile rapides qui en sont la cause.

L'impact de la crise du Covid-19 sur les secteurs ambulatoires hospitaliers a été majeur : les hôpitaux de jour de médecine, comme les unités de chirurgie ambulatoire, ont été les premiers et les plus fortement impactés par les déprogrammations [33].

Des dispositifs interstitiels permettant de réduire les durées de séjour ou d'optimiser les séjours et prises en charge en MCO avec la ville

Prado, service de retour à domicile

Le Prado, service de retour à domicile des patients hospitalisés, a été initié par l'Assurance maladie en 2010 pour anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile et fluidifier le parcours hôpital-ville. Il a pour objectif la réduction des durées de séjour hospitalier. Le « Prado personnes âgées (PA) » est destiné aux personnes de 75 ans et plus avec polyopathie, quel que soit le motif de leur hospitalisation. Si les « Prado maladies chroniques » ou « maternité » semblent faire la preuve de leur efficacité, il n'en est pas de même du « Prado PA », où les personnes éligibles semblent plus difficiles à déterminer pour l'hospitalisation étant donné l'impact des comorbidités et les aspects sociaux (dont le manque potentiel d'aidant à domicile), qui génèrent des hospitalisations plus longues. Leur pérennité est aujourd'hui questionnée.

Des expérimentations d'infirmiers (IDE) spécialisés dans le parcours de soins

Les équipes mobiles intrahospitalières pluriprofessionnelles sont les plus anciennes mises en place. Elles apportent des avis ponctuels spécialisés et proposent des orientations pour le parcours du patient dans les services MCO à la demande et aux urgences systématiquement. Elles se développent actuellement pour couvrir les différents lieux de vie (Ehpad et domicile). Toutes ont des infirmiers experts en gériatrie.

Dans certaines hospitalisations à domicile, des infirmiers financés pour organiser des sorties effectuent un passage quotidien aux urgences ou sont appelés à la demande des services permettant des retours à domicile sécurisés.

Des infirmiers (IDE) de parcours complexes existent en secteur hospitalier, notamment en oncogériatrie. L'Inca⁷ a lancé un appel à projets pour en financer en 2020. Ils permettent le suivi ou coaching à distance d'une file active de patients âgés complexes afin de structurer des parcours de soins spécialisés avec différentes spécialités impliquées. Ces infirmiers coordonnateurs de soins renforcent l'interface entre les professionnels et les patients. Initialement davantage centrés sur le dispositif d'annonce et le parcours intrahospitalier, leur mission évolue vers plus de sécurisation du lien

hôpital-ville. Dans les Hauts-de-France, dans le cadre de la mesure 5 du pacte urgences, vont être expérimentés dès 2022 des IDE de parcours gériatrique et psychogériatrique, ayant les mêmes missions que les précédentes.

Dans l'ensemble de ces dispositifs, on relève le rôle central des infirmiers, qui peuvent avoir différentes missions⁸ pouvant se cumuler.

- Évaluateur : mise en place d'un plan de sortie pour le patient construit en équipe pluridisciplinaire.
- Expert en gériatrie : grâce à ses compétences globales et connaissances dans ce domaine précis, il garantit la continuité des soins et la sécurité du patient.
- Éducateur en santé : transmission de l'information et connaissance au patient et à ses proches mais également aux différents intervenants à la sortie de l'hôpital, notamment par l'éducation thérapeutique.
- IDE de parcours : coordination et planification de la sortie d'un patient hospitalisé pour garantir la transition entre l'hôpital et le domicile ou une autre structure. L'infirmier, ayant réalisé une première évaluation des besoins pendant l'hospitalisation, est responsable d'un suivi téléphonique et d'organiser des consultations et soins complémentaires après la sortie durant un temps défini, par des interventions individualisées. Il peut également vérifier si les interventions mises en place conviennent au patient et si elles sont efficaces.
- Collaborateur : rôle dans la collaboration interdisciplinaire des intervenants gravitant autour du patient. Parfois les différents intervenants ne se rencontrent pas, c'est l'infirmier responsable du patient qui fait le lien. En fonction des besoins et des questionnements du patient, il peut aussi organiser et orienter des interventions avec d'autres professionnels de la santé.
- Formateur : sensibiliser les soignants aux spécificités de la personne âgée peut avoir un impact conséquent sur sa prise en soins et, de manière collatérale, sur la contribution à la diminution des réhospitalisations.

Mais si l'intérêt de ces nouvelles missions semble faire consensus et appuie logiquement une coordination dont l'importance augmente avec les prises en charge ambulatoires et la multiplicité des intervenants, le problème majeur est le manque de financement dédié. En corollaire, le positionnement professionnel et statutaire de l'infirmier gagnerait à être précisé et officialisé afin de clarifier les organisations, voire de les pérenniser.

Des dispositifs de sécurisation des retours à domicile ou pour éviter l'hospitalisation conventionnelle

Différents dispositifs ou nouvelles procédures sont expérimentés actuellement pour réduire les risques de réhospitalisation et stabiliser les retours à domicile.

⁸. Sanchez E., Siegenthaler C. Le Rôle infirmier dans la contribution à la diminution des réhospitalisations des personnes âgées en soins somatiques. Lausanne : Haute École de la santé de Lausanne, juillet 2018.

7. Institut national du cancer.

1. Des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) de sortie d'hospitalisation ou en aval des urgences qui permettent de sécuriser le retour à domicile avec des interventions qui vont de l'accompagnement de ce retour jusqu'à des soins réalisés à des horaires élargis (en début de nuit ou tôt le matin, voire le week-end).
2. Depuis 2018 et sous réserve de convention, les interventions de SSIAD et d'hospitalisation à domicile peuvent être conjointes. Le patient revient à son domicile après une hospitalisation complète et avait été pris en charge par un service de soins infirmiers à domicile pendant au moins sept jours consécutifs au préalable. Il conserve sa place dans le SSIAD à sa sortie d'hôpital. Le médecin (traitant ou hospitalier) peut prescrire en sus au patient une hospitalisation à domicile.
3. Des hébergements temporaires (HT) post-hospitalisation en MCO ou lors de l'hospitalisation de l'aidant avec reste à charge minimale permettent des accompagnements avant retour à domicile. Ces hébergements temporaires ont pour objectif de limiter des hospitalisations en service de soins de suite et de réadaptation injustifiées et de sécuriser le retour.
4. Dans le cas de situations complexes à domicile, des professionnels au sein des dispositifs d'appui à la coordination (ex-Maia et réseaux) peuvent venir appuyer les professionnels du premier recours dans leurs interventions en les coordonnant et en apportant des expertises.

Des dispositifs accompagnés par le numérique stimulés par la crise sanitaire

Si la crise du Covid-19 a freiné certains aspects du virage ambulatoire, *a contrario* d'autres se sont accélérés ou ont émergé. Pendant cette crise, un double virage a été constaté, numérique et ambulatoire, privilégiant « l'aller vers » et la réponse adaptée et personnalisée aux besoins des publics fragiles. De nouvelles coopérations sont nées, d'autres ont été renforcées. Entre février et avril 2020, le nombre de téléconsultations (TLC) a été multiplié par plus de 100. Les actes remboursés sont ainsi passés de 40 000 en février à 4,5 millions en avril, en plein confinement. Ces téléconsultations sont le fait dans l'immense majorité des cas (96 %) de médecins libéraux, dont quatre sur cinq sont des généralistes. Elles ont concerné des patients de tous âges mais une personne sur cinq a plus de 70 ans. Par ailleurs, des services de télésurveillance à domicile, tels que Covidom (solution de télésuivi à domicile), se sont développés et ont contribué à sécuriser le suivi des patients atteints de Covid-19.

Les agences régionales de santé sont également en train de déployer des plateformes numériques (Predice, TerreSanté...) comprenant des dossiers de coordination pour gérer collectivement les parcours de soins complexes en équipe de soins.

Des expérimentations « articles 51 » pour favoriser l'organisation coordonnée de soins ambulatoires à domicile

Le dispositif national des articles 51⁹ pour l'innovation en santé vise à expérimenter des organisations innovantes pour transformer le système de santé en faisant appel à des modes de financement et d'organisation inédits permettant de décroiser et d'inciter à la coopération entre les acteurs. Ces expérimentations ont également un objectif d'efficacité et de meilleure prise en compte de la prévention et de la qualité des soins. Pour les personnes âgées, différents projets se déploient, dont :

1. l'adaptation de services et établissements médico-sociaux aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie avec les dispositifs renforcés de soutien à domicile (Drad) ;
 2. l'optimisation thérapeutique au service de la prise en charge du premier recours, avec Iatroprev en Hauts-de-France et Optimed en Île-de-France, dans une coopération de la gériatrie hospitalière et des pharmaciens d'officine ;
 3. le suivi infirmier renforcé à domicile des personnes âgées (RSMO) en Pays-de-Loire (infirmier référent, expert) ;
 4. l'utilisation d'outils connectés entre filière gériatrique hospitalière et SSIAD pour éviter des réhospitalisations de personnes cliniquement instables, avec Vigie-Age en Île-de-France ;
 5. la concertation pluridisciplinaire en ville avec implication des services sociaux et de portage de repas, avec Nutri'Age en Hauts-de-France ;
 6. la mise en place de parcours de soins ambulatoires des troubles cognitifs (du diagnostic à l'accompagnement), avec le parcours ambulatoire pour seniors atteints de troubles cognitifs (Passcog).
- Les évaluations de ces projets sont attendues.

Conclusion

Le système de santé n'a que trop développé par le passé des organisations et des processus adaptés aux adultes quel que soit l'âge. On s'aperçoit aujourd'hui que la transformation du système de santé nécessite un investissement sur l'accompagnement du changement. Cette transformation s'inscrit dans ce que l'on appelle les parcours de soins. Les travaux conduits sur les parcours de soins des personnes âgées en France (Paerpa : personnes âgées en risque de perte d'autonomie) ont été précurseurs de la réorganisation territoriale de proximité et ont permis des expérimentations aujourd'hui en généralisation (hébergement temporaire post-hospitalisation, équipes mobiles...). Cela suppose de renforcer, à tous les niveaux, les dimensions pluriprofessionnelles du travail soignant, et de considérer que les fonctions de

9. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/>



coordination assurées par les soignants eux-mêmes font intrinsèquement partie du soin.

Le parcours de soins implique que non seulement l'hôpital se réorganise pour correspondre aux besoins des personnes, mais que ses partenaires en aval et en amont assument de manière plus intensive et coordonnée la prise en soins. Ce n'est qu'à ces conditions que le virage ambulatoire peut se déployer. La mise en œuvre généralisée du parcours de soins à tous les secteurs

(social, médicosocial et sanitaire) ne pourra se faire sans une formation à la prise en charge holistique des personnes porteuses de maladies chroniques et/ou de polyopathologies. Cette formation devrait être continue mais aussi initiale et pluriprofessionnelle, dans tous les cursus de santé¹⁰. ➔

10. Lussier M.-D. « Parcours des personnes âgées dans le système de santé ». *Regards*, 2020, 1, 57, p. 115-126.

Santé mentale et soins ambulatoires, l'avenir dure longtemps ?

Jean-Luc Roelandt
Psychiatre, directeur adjoint du Centre collaborateur de l'OMS (CCOMS), EPSM Lille Métropole, Inserm-équipe Eceve, UMR 1123

La nécessité d'un virage ambulatoire, telle que nommée actuellement, a pris naissance pour la psychiatrie dans l'entre-deux-guerres, au XX^e siècle, quand l'hygiène mentale a rejoint le mouvement d'hygiène sociale dans les dispensaires qui luttèrent contre les fléaux sociaux dans les villes. Ces expériences novatrices ont été portées aussi par la naissance de la sécurité sociale. Le côté néfaste de l'enfermement des malades mentaux pendant la Seconde Guerre mondiale s'est manifesté par le décès de plus de 40 000 d'entre eux, qui n'avaient pas accès au marché noir et qui sont morts de faim. Ces expériences et constatations ont amené à penser une nouvelle organisation, non plus centrée sur l'hôpital, mais sur la ville.

Une nécessité qui date

Le secteur de psychiatrie fut créé, qui confiait la prévention, le soin, la postcure et la réadaptation à une seule équipe pluriprofessionnelle pour des territoires de 66 000 habitants environ. Il portait en germe le redéploiement complet du dispositif de soins dans la ville et la fin des asile-hôpitaux psychiatriques, en lien avec les acteurs sanitaires et sociaux du territoire.

Ce virage ambulatoire fut le premier en date à avoir voulu mettre en œuvre une politique de prévention et d'inclusion dans la cité, un parcours de soin et d'inclusion coordonné pour des personnes potentiellement stigmatisées par leurs troubles. Aujourd'hui c'est tout le système de santé et de protection sociale qui prend le virage ambulatoire.

tableau 1

Évolution des soins en psychiatrie de 2012 à 2021

	2012	2013	2014	2015
Nombre total de patients	1 684 440	1 655 721	1 692 387	1 727 081
Nombre de patients hospitalisés à temps plein	382 414	343 537	341 946	342 521
Nombre de journées d'hospitalisation temps plein	18 505 478	18 668 029	18 708 766	18 508 443
Nombre de patients vus en ambulatoire	1 508 505	1 514 884	1 554 981	1 593 569
Nombre d'actes ambulatoires	16 537 246	18 260 869	18 619 765	19 046 023
Nombre de patients avec soins à domicile	124 788	124 474	124 974	126 632
Nombre d'actes à domicile	1 932 919	1 941 932	1 967 234	1 940 314
Forme d'activité exclu ambulatoire	77 %	79 %	80 %	80 %
Nombre de patients ayant eu des soins sans consentement (y compris des programmes de soins)	83 721	86 206	89 851	92 918
Nombre de patients ayant eu une hospitalisation sans consentement	73 860	75 791	76 763	80 062

Champ : Population âgée de 16 ans ou plus, ensemble des établissements de santé autorisés en psychiatrie.

Remerciements
à Magali Coldefy,
Coralie Gandre
et Patrick Risselin.

La sectorisation, prototype des soins ambulatoires

La loi de 1986 crée officiellement la sectorisation psychiatrique et octroie à chaque secteur un budget global, non lié à l'activité (le nombre de lits occupés) mais à l'œuvre pour la santé mentale d'une population, tant pour l'accès aux soins que pour l'insertion sociale. Ce budget global (dotation affectée de fonctionnement) permettait de faire passer le budget de l'hospitalisation à la création de structures ambulatoires variées, répondant à toutes les formes de soins et d'insertion dans la cité (CMP, hôpitaux de jour, centres d'activité thérapeutiques à temps partiel, appartements et ateliers thérapeutiques, familles d'accueil, etc.). Le choix a été de confier à l'hôpital la gestion de ce dispositif et son déploiement, en ne fermant pas les hôpitaux psychiatriques, comme cela a été le cas à cette période un peu partout dans le monde.

Cela a conduit à une déshospitalisation douce, faute d'envisager l'hôpital dès le départ comme une alternative aux soins communautaires. Tous les rapports ministériels en France depuis 1983 rappellent que les soins doivent être dans la proximité, au plus près des lieux de vie et doivent prendre en compte l'inclusion sociale des personnes, leur dignité et leur choix de vie et de soins. Cela reste en contradiction avec l'obligation de soins, que les législateurs successifs ont essayé de cadrer et de limiter sans succès réel [49].

La loi de 2016 va réaffirmer la sectorisation comme base de l'organisation des soins de proximité et créer les projets territoriaux de santé mentale, en la situant comme une des composantes de l'offre totale de soins et d'accompagnement, à la fois sociale, médicosociale

et sanitaire. La coordination pratique de proximité est assurée par les conseils locaux de santé mentale quand ils existent, qui vont associer aux acteurs sanitaires et sociaux les élus, les habitants, les usagers et aidants et tous les services de l'État et des collectivités locales. De plus, elle favorisera l'extension des groupements d'entraide mutuelle « entre personnes concernées » qui se créent sur le territoire.

Une évolution internationale

Au niveau international, l'OMS a accompagné et soutenu cette démarche de désinstitutionnalisation et d'implication territoriale et sociétale en santé mentale. Depuis les conférences d'Alma-Ata et de Toronto, l'importance des soins de santé primaire, de la lutte contre la stigmatisation, du bien-être de la population, de l'intersectorialité des politiques publiques, et de l'*empowerment* des usagers en santé a fait son chemin en santé mentale. Elle promeut un développement ambulatoire prépondérant, avec des équipes de psychiatrie mobiles, disponibles 24/24h, 7/7j, à la fois de soins intensifs mais aussi de soins et d'accompagnement au long cours dans la cité, une participation forte de la médecine générale au dispositif de soins, des services de réhabilitation et d'inclusion en ville, et quelques lits seulement pour les crises, ou lits judiciaires pour les personnes ayant des troubles et commis un délit. Et le programme QualityRights de l'OMS, une approche basée sur les droits et l'autodétermination, a pour objectif de limiter la contrainte et les restrictions de liberté, la contention et l'isolement. Les soins doivent être centrés sur une

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

2016	2017	2018	2019	2020	2021	Évolution 2012-2021
1 781 155	1 812 716	1 834 537	1 832 179	1 739 492	1 837 602	+ 9 %
337 653	332 087	328 538	322 110	296 787	302 975	- 21 %
18 463 683	18 200 269	17 946 865	17 782 837	16 828 548	16 616 451	- 10 %
1 653 969	1 691 310	1 713 429	1 718 769	1 634 596	1 731 129	+ 15 %
19 662 540	20 271 915	20 551 800	21 018 015	21 389 576	24 133 212	+ 46 %
129 333	132 358	129 189	129 361	145 818	168 797	+ 35 %
1 959 947	2 075 430	2 091 545	2 147 847	2 562 891	3 230 829	+ 67 %
81 %	82 %	82 %	82 %	83 %	84 %	+ 7 %
94 653	96 082	96 673	96 796	95 821	95 473	+ 14 %
79 506	79 852	80 485	80 528	79 514	78 401	+ 6 %

Source : base RIM-P. Exploitation : Irdes.



Le virage ambulatoire : sécurité des patients et inégalités de santé

approche qui promeut le rétablissement et implique les usagers dans tous les dispositifs.

Parmi les exemples mondiaux de bonnes pratiques, l'OMS en cite trois globaux [53] : un au Brésil, un à Trieste, et le secteur de psychiatrie 59G21, en France, qui remplit tous les critères de bonnes pratiques : travail de proximité avec les usagers, et avec les élus locaux impliqués dans le fonctionnement du service, implication des services de santé primaire et sociaux, un système résolument communautaire et ambulatoire, six équipes mobiles, des médiateurs de santé-pairs aidants nombreux dans toutes les équipes, avec 72 % des professionnels en ville, et très peu d'hospitalisations dans un service portes ouvertes sans isolement et presque pas de contention. Mais pourquoi cet exemple n'a pas été diffusé dans toute la France ? Pourquoi le dispositif, qui s'est déployé avec une diminution du nombre de lits très importante s'est-il figé à la fin des années 1990 pour stagner voire régresser depuis lors ?

Un bilan objectif contrasté, de fortes inégalités persistantes

Malgré un contexte actuel favorable aux soins dans la communauté, le bilan de ces dernières années est en demi-teinte. Les données ci-dessus témoignent d'un réel virage ambulatoire, mais qui est lent et très inégal. Le système reste trop majoritairement axé sur les soins, quoique les orientations « rétablissement, insertion sociale et citoyenne » commencent à porter leurs fruits.

Pour rappel, en 2017, 7 millions de personnes ont bénéficié de prises en charge spécialisées ou ont pris un psychotrope en France [11]. La psychiatrie représente 14 % de la dépense totale de l'Assurance maladie. Le fardeau économique et social est évalué à 110 milliards d'euros. La médecine générale reste le premier recours en France –104 médecins généralistes pour 100 000 habitants, avec des variations de 75 à 130.

Il y a 61 633 psychologues, dont 32 % en libéral. Les psychiatres sont 15 764, dont 6 509 ont une activité libérale, et seulement 780 pédopsychiatres. 2 500 000 personnes ont été suivies en ambulatoire en 2017, 340 000 en hospitalisation à temps plein. 80 % des soins donnés dans les hôpitaux qui ont un service de psychiatrie le sont en ambulatoire.

Mais les inégalités entre territoires et secteurs sont importantes¹ : les dotations des secteurs en personnels non médicaux varient de 70 équivalents temps pleins à 300 pour 100 000 habitants. Toujours pour 100 000 habitants, la densité de psychiatres est de 1 à 59 en libéral, de 5 à 15 en psychiatrie adulte et de 3 à 15 en pédo-

1. Dans le domaine de l'accès aux soins de santé mentale, il y a des territoires particulièrement déficitaires ainsi que d'importantes inégalités sociales. Parmi les départements souffrant d'une faible densité de psychiatres (libéraux et salariés), les extrêmes sont Mayotte et la Guyane, puis la Meuse, l'Aube, l'Ain, la Vendée, l'Eure-et-Loir. En ce qui concerne la faible densité en personnel non médical, on retrouve la Guyane (et c'est en effet sûrement un territoire qui cumule les sous-dotations), mais aussi la Seine-et-Marne.

psychiatrie, de 10 à 50 pour les psychologues en libéral. Sans aucune explication épidémiologique crédible.

Il y a 2 263 centres médicaux psychologiques implantés, avec une progression de 680 de 2006 à 2014. 156 équipes mobiles de santé mentale et précarité ont été créées.

On ne peut malheureusement comptabiliser les équipes mobiles existantes pour les soins intensifs dans la cité et au long cours de type réhabilitation ou inclusion sociale, celles-ci n'existant pas dans les statistiques officielles. Le nombre de lits est passé de 110 000 en 1985 à 56 000 en 2017, dont 15 000 occupés par des patients toute l'année, pour lesquels on peut se demander si l'hospitalisation est adéquate. Là aussi, la fourchette va de 40 à 160 lits installés pour 100 000 habitants.

Alors que l'hôpital public a fait des efforts importants vers l'ambulatoire, la psychiatrie privée augmente son nombre de lits avec des durées de séjour bien supérieures à celle du public, ce qui reste un paradoxe pour un pays qui est parmi ceux qui ont encore le plus de lits de psychiatrie et de psychiatres en Europe, voire au monde.

Il existe aussi de multiples structures sociales et médicosociales qui peuvent accueillir des personnes en situation de handicap psychique sans que l'on puisse dire combien de places ils occupent parmi les 494 353 places disponibles tant en ambulatoire qu'en foyer, et d'aide à l'emploi (MAS, IME, Itep, Esat, Sesad, Sahsma, etc.). S'ajoutent à ces dispositifs 411 groupements d'entraide mutuelle accueillant des personnes ayant des troubles psychiques, gérés par les usagers eux-mêmes.

Malgré l'importance de ce dispositif, les délais d'attente pour une première consultation sont de 21 jours pour les adultes et de plusieurs mois pour les enfants. 40 % des personnes ayant des troubles psychotiques, 42 % névrotiques et 52 % affectifs n'ont pas eu de consultation ambulatoire un an après leur hospitalisation. Un tiers n'a pas eu de consultation avant hospitalisation. 15 % des patients n'ont pas de médecin traitant. Ceci ajouté à cela que les personnes ayant une affection longue durée pour troubles psychiques ont une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. Les patients ayant un diagnostic psychiatrique ont eu moins de recours aux spécialistes, hors psychiatrie, et sont davantage hospitalisés en secteur de médecine et chirurgie (MCO) alors que certaines de ces hospitalisations étaient évitables. Ils ont davantage recours à la médecine générale que la population générale.

Au total, entre 2012 et 2021, si le nombre de journées d'hospitalisation a baissé de 10 %, le nombre de patients a diminué de 21 % – donc les séjours sont de fait prolongés –, cette activité s'accompagne d'une augmentation de l'ambulatoire, avec augmentation des actes, des soins à domicile, et un allongement de la file active. Mais aussi une augmentation des soins sous contrainte, contrairement à l'évolution souhaitée (tableau 1).

L'avenir résolument dans la cité ?

Le gouvernement a mis en place depuis quatre ans une feuille de route santé mentale et psychiatrie qui doit garantir les parcours de soins coordonnés, soutenue par une offre de psychiatrie accessible diversifiée et de qualité [23]. Des financements exceptionnels ont été mobilisés, 1,4 milliard d'euros de 2018 à 2021 – 1,9 milliard d'euros de 2022 à 2026.

La crise du Covid-19 a été un accélérateur de la politique de santé mentale. Elle a donné lieu à de multiples actions, mais les projets structurants sont à venir, en particulier le financement et les autorisations en psychiatrie, le déploiement des projets territoriaux de santé mentale.

La volonté des pouvoirs publics d'accroître le virage ambulatoire se manifeste à travers les 17 équipes mobiles sur 42 projets qui ont été retenus au titre du Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie, et les 37 équipes mobiles périnatalité enfants adolescents sur 87 projets ont été retenues au titre de l'appel à projets psychiatrie de l'enfant et l'adolescent-périnatalité en 2021.

Pourtant une vraie politique de soins ambulatoires devrait prendre en compte le fait que les dotations affectées au service de psychiatrie sont majoritairement ambulatoires tant pour le public que pour le privé. Le taux de 60 % de personnels affectés dans les secteurs publics et privés hors hospitalisation serait un minimum pour cela. Nous en sommes encore loin en ce qui concerne la psychiatrie générale. Pour la psychiatrie infanto-juvénile, ce taux est largement atteint. Pourtant il a été prouvé que, plus le personnel était basé en ambulatoire, donc en prévention, et moins il y avait d'hospitalisations [28].

Faute d'avoir mis en place un système d'équipes mobiles de soins aigus et de soins au long cours et d'insertion sur l'ensemble des secteurs en France, comme cela a été effectué avec succès à l'étranger, les

politiques publiques ont été essentiellement incitatives, n'ayant pas su tirer les conclusions des expériences étrangères ou avoir diffusé celles du secteur 59G21 [13, 53].

Rendre le système résolument ambulatoire nécessite de repenser les articulations entre les dispositifs de soins en proximité. Et nécessite une répartition des médecins et personnels en fonction des besoins des populations et dans la cité. La Cour des comptes signalait qu'en l'absence d'une réponse graduée, il existait des pertes d'efficacité systémiques. Nous verrons si la prochaine réforme du financement sera résolument en faveur du redéploiement ambulatoire, comme cela est annoncé. Mais ce redéploiement ambulatoire ne peut être uniquement sanitaire, il doit prendre en compte toutes les composantes de la société, le logement, l'emploi, l'éducation, les droits, la sécurité, et utiliser les nouvelles technologies telles la télémédecine et l'e-santé. Cela est à repenser dans le cadre d'un nouvel horizon mondial prôné par l'ONU dans le cadre du développement durable. Le virage ambulatoire doit intégrer la psychiatrie et la santé mentale aux systèmes sanitaires et sociaux des villes, de plus en plus impliquées dans la santé. Les CTPS, ainsi que les conseils locaux de santé mentale, devraient jouer un rôle évident pour le développement de cette politique intégrative de proximité. Les habitants plébiscitent le soin à domicile et les circuits courts et rapides et non stigmatisants. Le virage ambulatoire impliquant les acteurs locaux de santé primaire et d'inclusion sociale répond à ces critères.

Les ingrédients pour cette nouvelle politique de proximité ambulatoire existent maintenant, ils nécessitent d'être portés fortement, politiquement, avec des mesures fortes sur la répartition des ressources médicales et professionnelles vers les territoires français démunis, et de l'hospitalisation vers l'ambulatoire, politique à mener sur la durée et en interministériel. À suivre... ➔

Les enjeux du virage ambulatoire pour l'accessibilité aux soins dans le cadre des inégalités territoriales de santé

La loi de modernisation de notre système de santé pose la question de l'organisation des soins en France et de la mise en place d'une médecine de parcours décloisonnée. L'objectif est de permettre aux Français de recevoir « *les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures, au bon moment* » (site du ministère des Solidarités et de la Santé). Cela, en bénéficiant d'un égal accès à la santé, de prises en

charge lisibles, accessibles, complètes et de qualité, ainsi que d'une organisation sanitaire et sociale rationalisée et plus efficiente. Le virage ambulatoire est un des leviers pour y parvenir. Il suppose néanmoins que les conditions requises à sa mise en œuvre soient présentes, que la fluidité des parcours soit assurée et que l'environnement personnel du patient le permette. Est-ce que sont aujourd'hui remplies les conditions d'une

Véronique Lucas-Gabrielli
Institut de recherche et documentation en économie de la santé
Catherine Mangeney
Observatoire régional de santé d'Île-de-France



mise en œuvre partout et pour tous ? Les inégalités de dotation des territoires en équipements et services sanitaires et sociaux, les enjeux que posent la coordination d'intervenants diversifiés et les capacités différentes des individus (professionnels de santé, professionnels sociaux et médicosociaux, patients et leurs aidants) à s'intégrer dans ce processus sont à considérer.

Les disparités de ressources des territoires posent la question de la possibilité d'une prise en charge à domicile pour certaines populations

Allant dans le sens d'un transfert de prise en charge de l'hospitalisation conventionnelle vers le secteur hospitalier ambulatoire et la médecine de ville, une des premières conditions de mise en œuvre du virage ambulatoire est celle de la disponibilité des différents types d'offre de soins nécessaires à son déploiement (qui mériteraient par ailleurs d'être précisément définis). Cela requiert de transformer voire de supprimer une partie de l'offre hospitalière existante et de créer les offres adaptées à la prise en charge ambulatoire, ce qui semble parfois difficilement atteignable. Par exemple, l'hospitalisation à domicile (HAD), qui prend sa part dans ce vaste mouvement de transformation de l'offre de soins, n'a jamais été suffisante même si les capacités d'accueil progressent (l'HAD représente 7 % des capacités de prise en charge hospitalière complète en court et moyen séjour hors psychiatrie en France en 2020 contre 2,1 % en 2006 [5]).

Au-delà de ce premier constat sur le niveau global de dotation, la mise en œuvre du virage ambulatoire risque de se heurter aux écarts de pratiques et d'offre de soins et entre territoires. Dans un rapport de 2015, l'Igas (Inspection générale des affaires sociales) a ainsi montré des écarts régionaux de taux de séjours sans nuitée qui peuvent aller jusqu'à 30 points entre régions. Les écarts de dotation sont également importants entre régions et entre types d'espaces pour la médecine de ville de premier recours et plus encore pour la médecine de second recours et l'offre hospitalière, largement concentrée dans les grands pôles urbains. Ces disparités géographiques posent directement la question de l'accessibilité à une prise en charge ambulatoire pour les patients qui sont le plus éloignés des ressources nécessaires à sa mise en place.

Pour les patients des territoires peu dotés en offre médicale de ville, l'accessibilité à la prise en charge ambulatoire peut être compliquée compte tenu des difficultés pour le patient à accéder à des soins non programmés, à des soins programmés dans un délai raisonnable, à des visites à domicile, à des temps d'échange et de dialogue suffisants lors des consultations. À cela s'ajoute la question de l'accessibilité financière à la médecine de ville. Les dépassements des tarifs opposables sont croissants du fait de l'augmentation de la part des médecins de secteur 2 habilités à pratiquer des dépassements d'honoraires (le taux de dépassement moyen, lui, baisse légèrement depuis la

mise en place de l'Option pratique tarifaire maîtrisée [Optam]). Ils peuvent constituer un frein d'accessibilité, notamment pour les plus modestes non couverts par la Complémentaire santé solidaire.

Les possibilités de développement du virage ambulatoire sont également tributaires de bonnes conditions d'accessibilité à l'offre hospitalière ambulatoire, conditions appréhendées au sens large du terme. Cela fait notamment référence aux facilités de transports et de déplacement pour s'y rendre (existence de moyens de transport adaptés à la situation de chacun et/ou de véhicules sanitaires légers [VSL] dans l'environnement du patient). Cela concerne aussi la possibilité de proposer un lieu d'hébergement temporaire aux patients et aux accompagnants, dont le domicile est éloigné de l'hôpital.

Enfin, les nouvelles pratiques médicales telle la télé-médecine (téléconsultation et téléexpertise) peuvent contribuer au développement du virage ambulatoire et à la réduction des inégalités territoriales de santé en facilitant les conditions d'accès aux diverses ressources qu'il est nécessaire de mobiliser dans la prise en charge du patient. Reste cependant à en assurer l'égal accès, dans un cadre sécurisé et de qualité, sur l'ensemble du territoire et pour toutes les populations.

La philosophie du virage ambulatoire centrée sur le domicile pose des défis organisationnels

Le virage ambulatoire pose également un défi organisationnel. En effet, il suppose le passage d'un système de santé centré sur l'hôpital à un système où les médecins – et plus globalement les équipes de soins primaires constituées autour d'eux – deviennent à la fois les pivots et les coordinateurs de parcours de soins globaux mobilisant tour à tour, et autant que de besoin, structures de ville et établissements hospitaliers, médicosociaux et sociaux.

Il appelle ainsi des transformations assez profondes du système de santé français et le renforcement des pratiques pluriprofessionnelles coordonnées [30]. Si celles-ci se développent depuis plusieurs années (maisons de santé pluriprofessionnelles, communautés professionnelles territoriales de santé, groupements hospitaliers de territoire entre autres) et si un décloisonnement de la ville et de l'hôpital d'une part, du sanitaire et du social et médicosocial d'autre part sont préconisés, le chemin à parcourir reste encore conséquent. En effet, peu de spécialistes libéraux sont parties prenantes des maisons de santé pluriprofessionnelles et communautés professionnelles territoriales de santé. La fluidité des parcours, de la coordination et du partage d'information entre la ville et l'hôpital se heurte encore à des pratiques et à des équipements notamment informatiques différents. La coopération entre médecins et paramédicaux achoppe sur la réticence de certains professionnels de santé ou sur le manque de cadre réglementaire et financier adéquat. Les liens avec le secteur social et médicosocial ne sont pas facilités du fait du manque de structures et du fait de modes de gouvernance diffé-

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

rents... Et l'ensemble de ces problématiques s'exprime de manière exacerbée là où les offres hospitalières, sanitaires, sociales et médicosociales sont les moins importantes, là aussi où les populations ont les besoins sanitaires et sociaux les plus forts.

Pour autant, le développement de protocoles de prise en charge associant médecins et paramédicaux de pratiques avancées [26], l'émergence de nouveaux métiers tels que les coordinateurs de soins, les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) qui doivent se mettre en place d'ici juillet 2022, par exemple, peuvent être des éléments facilitateurs, même s'ils resteront à évaluer. Les dispositifs d'appui à la coordination visent en effet à unifier, au sein d'un même territoire, les différents dispositifs d'appui aux parcours de santé complexes (réseaux de santé, Maia, plateformes territoriales d'appui, coordinations territoriales d'appui, centres locaux d'information et de coordination...). Ils ont comme objectif de répondre aux demandes de tout professionnel de santé quels que soient la pathologie ou l'âge de la personne qu'ils accompagnent. Ils pourraient également contribuer à réduire les difficultés de fluidité du parcours de santé des populations et notamment de celles qui ne disposent pas des capacités cognitives, financières ou sociales pour le mettre en œuvre seules.

De fait, cette nouvelle philosophie de soin davantage domo-centrée portée par le virage ambulatoire présente des vertus nombreuses, pose des défis fonctionnels, professionnels et organisationnels importants mais redéfinit également le rôle du patient et de ses proches dans le système [16]. Elle nécessite également de faire avec les moyens matériels du patient (conditions de logement, accessibilité au logement, capacité à se faire aider...). Or, les contextes de vie dans lesquels évoluent les patients sont éminemment inégaux posant la question de l'accessibilité de tous à cette prise en charge à domicile. Le virage ambulatoire porte par ailleurs un risque de fragmentation de l'organisation et de rupture de la prise en charge, car les ressources mobilisées sont démultipliées. Il ne s'agit plus uniquement d'équipes médicales et paramédicales, mais également d'intervenants sociaux, d'aides ménagères, d'associations, de proches, de voisins... Chacun a son propre mode d'action, ses propres normes, ses propres temporalités... et le défaut de l'un d'entre eux peut fragiliser l'ensemble de la prise en charge.

Enfin, le virage ambulatoire, puisque davantage centré sur la personne, permet de reconnaître la plus-value, notamment clinique, de la contribution active de l'utilisateur à la prise de décision et aux plans de soins qui le concernent. Il porte ainsi en lui également un risque d'aggravation des inégalités sociales de santé.

Le virage ambulatoire, porteur de risques d'aggravation des inégalités sociales et territoriales de santé ?

Les risques d'aggravation des inégalités sociales et territoriales de santé que porte le virage ambulatoire [33] nécessitent ainsi que soient mis en place des leviers spécifiques, centrés sur la personne, évaluant le ressenti, la compréhension et la disponibilité du patient et de son entourage, l'accompagnant pour la gestion des périodes critiques, et proposant des dispositifs adaptés : consultation portant spécifiquement sur l'information au patient (gestion pré et post-opératoire, identification et réactions aux signes d'alerte...), mobilisation de bénévoles, appel du lendemain... Ils supposent également un renforcement du dialogue, de la littératie en santé et de l'éducation thérapeutique. Ils supposent aussi que soient évaluées la présence et la disponibilité des professionnels nécessaires à la fluidité d'un parcours de santé domo-centré d'une part, et que, d'autre part, les enjeux sanitaires soient intégrés aux politiques publiques notamment d'aménagement du territoire, de desserte et de logement.

En effet, l'éloignement des lieux de vie des plus pauvres et des plus ruraux des grands pôles urbains où sont concentrés hôpitaux de jour et spécialistes, combiné à des conditions de logements parfois dégradées et au manque de transports en commun accessibles, de véhicules sanitaires légers, et à l'absence de prise en charge du transport au titre de l'affection de longue durée (ALD)..., peuvent rendre inaccessible ce type de prise en charge pour les plus précaires ou les plus isolés. La réponse par le développement des hôtels hospitaliers n'est que partielle car si cela aide à la résolution de l'éloignement géographique et à la sécurisation de la prise en charge du patient (hôpital à proximité), il reste la question du moyen et du long terme ainsi que celle du « reste à charge » en particulier pour les patients dépourvus de couverture complémentaire ou dont la couverture complémentaire ne rembourse pas ces dépenses d'hébergement. Peu de précisions sont apportées à ce jour sur la prise en charge de l'accompagnant, les services hôteliers complémentaires à mettre en place (repas) et leur prise en charge financière pour les patients.

Ainsi, le virage ambulatoire qui s'amorce suppose à la fois des transformations assez profondes du système de santé français, dont certaines sont en cours, mais également que soient considérées les capacités des patients et de leur entourage à s'intégrer dans ce processus, d'une part pour ajuster le parcours du patient à sa situation spécifique (niveau individuel), d'autre part pour éviter que le virage ambulatoire n'accroisse les inégalités sociales de santé (niveau populationnel). ➡