



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 sanitaire<sup>6</sup>. 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 tangibles<sup>7</sup> :

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 aigus<sup>1</sup>. 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 (Paerpa<sup>2</sup>) 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 âgées<sup>3</sup>.

### 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 frontrière), 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 évaluer<sup>4</sup>.

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'ETP<sup>5</sup>. De nombreuses études ont démontré l'importance d'une intervention multidisciplinaire en gériatrie, possible dans ces unités<sup>6</sup>.

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'Inca<sup>7</sup> 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 missions<sup>8</sup> 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.

<sup>8</sup>. 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 51<sup>9</sup> 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 santé<sup>10</sup>. ➔

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<sup>e</sup> 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.