

### 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). ➡