



Pour un virage ambulatoire respectueux des besoins des usagers

Le virage ambulatoire peut présenter un bénéfice indéniable pour les patients. Cela sous certaines conditions que rappelle leur représentant France Assos Santé.

« **L**e HCSP envisage les modalités de ce virage ambulatoire, axe de la politique de la stratégie nationale de santé et de « Ma santé 2022 », permettant d'en assurer un développement garantissant la sécurité des patients et n'aggravant pas les inégalités sociales et territoriales de santé, voire d'être une opportunité pour les réduire. »

France Assos Santé est globalement favorable à cette évolution vers plus d'ambulatoire en raison :

- des bénéfices individuels : avancées médicales (interventions complexes moins intrusives, anesthésies « moins lourdes »...), brièveté du temps passé en établissement, sécurité (diminution des risques d'infections, de dépendance iatrogène, de perte d'autonomie due à l'hospitalisation), retour rapide en milieu de vie, qualité de vie. L'ambulatoire permet de mieux composer avec les contraintes de chacun (familiales ou professionnelles) ;

- des avantages collectifs : prise en charge globale du patient (évaluation à – ou du – domicile) nécessitant une coordination des acteurs (ville-hôpital) et explicitant le parcours ; participation à l'efficacité du système de santé solidaire et protecteur pour l'ensemble des usagers et salvateur pour la santé publique.

Cependant, en ambulatoire, les inquiétudes du patient sont supérieures à celles éprouvées lors de l'hospitalisation conventionnelle, d'où la nécessité de sécuriser le retour à domicile. L'ambulatoire doit impliquer une organisation anticipée, une coordination parfaite entre les acteurs de la ville et de l'hôpital, et une prise de décision partagée tout au long du parcours de santé du patient. Ainsi, avant

le début du parcours, le patient doit être informé des professionnels, des prestataires et des ressources qui pourront lui permettre un retour optimal et sécurisé dans son lieu de vie. L'information du patient doit être totale et continue. Ainsi, il faut garantir partout que la procédure à observer, en cas de problème rencontré lors du retour au domicile, a bien été explicitée au patient et à ses proches si nécessaire. Un des critères d'acceptabilité est celui de la prise en charge de la douleur à domicile.

En aval, il manque souvent aujourd'hui une organisation fiable et fixe pour le patient quels que soient son territoire et son lieu de résidence. Il doit obligatoirement pouvoir à tout moment entrer en contact en cas de difficulté avec un professionnel de santé ayant accès à son dossier (Mon espace santé), ce qui nécessitera le développement de la fonction de référent de parcours (qui existe aujourd'hui pour les parcours complexes mais qui devra être étendu à l'ambulatoire).

L'étude de l'environnement social, sanitaire et économique du patient est très importante pour pouvoir analyser son niveau de vulnérabilité (précarité, fragilité, isolement). Enfin, la faiblesse des ressources financières d'un nombre grandissant de nos concitoyens peut être un frein au virage ambulatoire dans la mesure où, à l'hôpital, ils ont la garantie d'une prise en charge financière intégrale des dépenses de soins alors qu'avec un retour rapide au domicile ils peuvent être exposés à des frais de maintien au domicile. Il ne faut pas que le virage ambulatoire induise un transfert de la charge financière et de la charge en soins vers les familles.

Alain Laforêt
France Assos Santé

Le développement du virage ambulatoire est adossé aux nouveaux outils numériques (e-santé), dont la diffusion est loin d'être égale sur le territoire et selon les catégories sociales. Il faudra veiller à ce qu'ils ne génèrent pas d'inégalités supplémentaires, particulièrement en raison de la fracture numérique.

Les « déserts médicaux » peuvent priver certaines zones de professionnels de santé pour assurer le filet de sécurité de proximité indispensable à la progression du virage ambulatoire. Il faudra également veiller à ce que les centres ambulatoires ne soient pas trop éloignés du domicile du patient, d'où la nécessité qu'ils soient mis en œuvre dans des structures de proximité.

Trois points de vigilance pour un virage ambulatoire en cohérence avec les besoins des usagers

Pour conclure rappelons que, pour que le virage ambulatoire soit bien au service des usagers, il faudra :

- faire évoluer le parcours de soins du patient vers un parcours de santé voire de vie ;
- éviter les restes à charge et les transferts de responsabilité vers les patients et les proches ;
- supprimer les inégalités territoriales d'accès à des professionnels de santé formés et disponibles dans des délais raisonnables. ➔

Bibliographie générale

1. ATD Quart-Monde. *Le Développement de la médecine ambulatoire : un autre regard*. Rapport, mars 2017. <https://www.atd-quart-monde.fr/wp-content/uploads/2019/02/Rapport-ambulatoire-Fonds-CMU-2018.pdf>
2. Baker D. P., Day R., Salas E. « Teamwork as an essential component of high-reliability organizations ». *Health Serv Res*, 2006, 41 (4 Pt 2), 1576-98. DOI : 10.1111/j.1475-6773.2006.00566.x
3. Berglas N. F., Battistelli M. F., Nicholson W. K., Sobota M., Urman R. D., Roberts S. C. M. « The effect of facility characteristics on patient safety, patient experience, and service availability for procedures in non-hospital-affiliated outpatient settings: A systematic review ». *PLoS One*, 2018, 13, e0190975. DOI : 10.1371/journal.pone.0190975. eCollection 2018.
4. Bloch M.-A., Hénaut L. *Coordination et parcours. La Dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Dunod, 2014.
5. Boisguérin B., Delaporte A., Vacher T. « Entre fin 2019 et fin 2020, la capacité d'accueil hospitalière a progressé de 3,6 % en soins critiques et de 10,8 % en hospitalisation à domicile ». Drees, *Études et Résultats*, septembre 2021, 1208, 1-5.
6. Bras P.-L. « Les Français moins soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire ? » *Les Tribunes de la santé*, 2016/1, 50, 67-91.
7. Brennan T. A., Leape L. L., Laird N. M., Hebert L., Localio A. R., Lawthers A. G., Newhouse J. P., Weiler P. C., Hiatt H. H. « Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I ». *N Engl J Med*, 1991, 324 (6), 370-6. DOI : 10.1056/NEJM199102073240604. PMID : 1987460.
8. Cabaton J., Thy M., Sciard D., De Paulis D., Beaussier M. « Unplanned admission after ambulatory anaesthesia in France: Analysis of a database of 36,584 patients ». *Anaesth Crit Care Pain Med*, 2021, 40 (1), 100794.
9. Caisse nationale Assurance maladie, ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. *Abécédaire chirurgie ambulatoire*. Janvier 2009.
10. « Chirurgie ambulatoire en urologie. Recommandations AFU/Sfar/Afca/Anap ». *Progrès en urologie*, novembre 2013, 23 (6). <https://www.urofrance.org/pratiques-professionnelles/chirurgie-ambulatoire-en-urologie/>
11. Coldefy M., Gandre C. *Atlas de la santé mentale en France*. Édition Irdes, Ouvrage n° 7, série « Atlas », mai 2020, 160 p.
12. Conseil du Statut de la Femme, Québec. *Pour un virage ambulatoire qui respecte les femmes*. 2000, 57 p.
13. Cour des comptes. *Les Parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie. Rapport public thématique*. La Documentation française, « Cour des comptes », 2021
14. Cour des comptes. *Sécurité sociale 2018*. Rapport, octobre 2018. <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2018>
15. Cour des comptes. « La chirurgie ambulatoire ». In : *Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*. Paris : La Documentation française, 2013, p. 229-252. <https://www.ccomptes.fr>
16. Couturier Y., Belzile L., (dir.). *L'Intervention de coordination. Dans les métiers du prendre soin*. Nîmes : Champ social, 2016, 172 p.
17. Dagousset I., Aubény E., Riviera-Ponge M. « La gestion au quotidien par des médecins ville de l'IVG médicamenteuse en ville ». *GénéSis*, septembre 2006, 118, 8-12.
18. Dagousset I., Fourrier E., Aubény E., Taurelle R. « Enquête d'acceptabilité du misoprostol à domicile pour interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse ». *Gynecol Obstet Fertil*, 2004, 32 (1), 28- 33.
19. Deltour-Becq L., Delavaquerie C., d'Harcourt J., Elbaum M. *Développement des prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine*. Paris : Inspection générale des finances et Inspection générale des affaires sociales, 2016, 440 p.
20. Drees. « Interruptions volontaires de grossesse : une légère baisse du taux de recours en 2020 ». *Études et Résultats*, septembre 2021, 1207.
21. Ducharme F., Pérodeau G., Paquet M., Legault A., Trudeau D. « Virage ambulatoire et soins familiaux à domicile ». *Canadian Journal of Public Health*, janvier 2004, 95, 64-68.
22. Faucher P., Baunot N., Madelenat P. « Efficacité et acceptabilité de l'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse pratiquée sans hospitalisation dans le cadre d'un réseau ville – hôpital : étude prospective sur 433 patientes ». *Gynecol Obstet Fertil*, 2005, 33 (4), 220- 7.
23. Feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » du 28 juin 2018, ministère des Solidarités et de la Santé.