

INSTITUT
MONTAIGNE



Soins ambulatoires et à domicile : un virage essentiel



RAPPORT FÉVRIER 2023

INSTITUT
MONTAIGNE



Think tank indépendant créé en 2000, l'Institut Montaigne est une plateforme de réflexion, de propositions et d'expérimentations consacrée aux politiques publiques en France et en Europe. À travers ses publications et les événements qu'il organise, il souhaite jouer pleinement son rôle d'acteur du débat démocratique avec une approche transpartisane. Ses travaux sont le fruit d'une méthode d'analyse et de recherche rigoureuse et critique, ouverte sur les comparaisons internationales. Association à but non lucratif, l'Institut Montaigne réunit des chefs d'entreprise, des hauts fonctionnaires, des universitaires et des personnalités issues d'horizons divers. Ses financements sont exclusivement privés, aucune contribution n'excédant 1,5 % d'un budget annuel de 6,5 millions d'euros.

Soins ambulatoires et à domicile : un virage essentiel

RAPPORT – FÉVRIER 2023

TABLE DES MATIÈRES

*Il n'est désir plus naturel
que le désir de connaissance*

Introduction	8
I – « Virage ambulatoire », « virage domiciliaire » :	
de quoi parle-t-on ?	12
1. Historique du développement de la notion des virages ambulatoire et domiciliaire en France et à l'étranger	13
1.1. Les premières évocations de l'ambulatoire	13
1.2. L'arrivée de l'ambulatoire en France	14
1.3. Les modèles de développement réussis de l'ambulatoire et du domiciliaire	20
2. État des lieux de la situation actuelle en France et les leviers de développement	27
2.1. Le virage ambulatoire aujourd'hui en France	27
2.2. Les pistes de développement de l'ambulatoire et du domiciliaire	29
3. Un écosystème français riche pour accélérer et soutenir les virages ambulatoire et domiciliaire	52
3.1. Quelques axes de développement pour la pratique ambulatoire	52
3.2. La nécessité de repenser le rôle du patient et de soutenir les aidants	66
3.3. De virage ambulatoire à virage domiciliaire : permettre au patient de passer le moins de temps possible à l'hôpital	70
II – Évolutions du système de santé : quels freins lever pour soutenir le déploiement des virages ambulatoire et domiciliaire ?	73
1. Faire de la coordination la pierre angulaire des virages ambulatoire et domiciliaire	74

1.1. Une méconnaissance des acteurs entre eux, à laquelle s'ajoutent des freins culturels qui empêchent une bonne communication	74	3.1. S'inscrire dans une démarche d'évaluation de la qualité et d'amélioration continue des prises en charge	139
1.2. Le numérique, levier clé pour faciliter les interactions entre professionnels, ainsi que l'échange et le partage de données de santé	85	3.2. Proposer un modèle de financement plus souple et adapté aux besoins du patient, qui prenne en compte la notion d'évaluation de la qualité des soins	144
2. Repenser la formation des professionnels de santé	90	3.3. Faire appel à d'autres acteurs que les pouvoirs publics, notamment pour le financement des innovations?	149
3. Impliquer le patient et en faire un acteur à part entière du parcours de santé	94	3.4. Lever certains verrous réglementaires entre l'hôpital et la ville	153
4. Construire un modèle de financement pour soutenir les virages ambulatoire et domiciliaire	97	3.5. Soutenir l'innovation en prenant en compte les initiatives locales et l'adaptation des politiques de la ville et d'aménagement du territoire	155
4.1. Des actes et activités non couverts par le système de tarification actuel	98	4. Impliquer davantage le patient dans sa prise en soin et dans son parcours de santé	158
4.2. Un mode de financement actuel qui incite à garder les patients à l'hôpital	101	4.1. Développer l'autonomie du patient et du citoyen au travers de l'éducation thérapeutique du patient	158
4.3. Une tarification de ville inadéquate et une prise en charge à domicile peu valorisée	102	4.2. Utiliser le numérique pour le suivi et l'accompagnement du patient à domicile	164
5. Lever des verrous réglementaires qui entravent le développement des virages ambulatoire et domiciliaire	106	4.3. Intégrer davantage le patient dès la formation des professionnels	167
III – Aller plus loin : nos propositions pour soutenir et accélérer les virages ambulatoire et domiciliaire	112	Conclusion	177
1. Mieux structurer la ville, réorganiser l'hôpital et améliorer la coordination entre les acteurs du parcours de santé	112	Bilan des propositions	180
1.1. Identifier un acteur référent pour coordonner le parcours de soins	112	Remerciements	182
1.2. Repenser l'organisation interne de l'hôpital	128	Liste des acronymes	188
2. Créer des temps d'échange interprofessionnel dédiés et repenser la formation autour du travail en équipe	135		
3. Soutenir l'innovation inhérente aux virages ambulatoire et domiciliaire en s'appuyant sur un modèle de financement à la qualité	139		

INTRODUCTION

Depuis une vingtaine d'années, la France tente de se détacher de l'approche hospitalo-centrée de son système de santé pour se concentrer davantage sur les soins primaires. Cette volonté d'aborder le « virage ambulatoire » a été affirmée à de nombreuses reprises ces dernières années, notamment en 2016 à travers la loi de modernisation de notre système de santé¹ puis en 2017 lorsqu'Agnès Buzyn, alors ministre de la santé, affirmait vouloir « porter la médecine ambulatoire à 55 % de l'offre de soins et la chirurgie ambulatoire à 70 % » d'ici 2022². Des rapports ont depuis souligné les difficultés de notre système de santé à atteindre ces chiffres et **le retard pris par la France dans le virage ambulatoire**³. D'autres ont relativisé son effet sur les finances publiques⁴, alors que la motivation première à son déploiement était les sources d'économies potentielles qu'il constituait.

8

La crise sanitaire du Covid-19 a rappelé l'importance de renforcer nos efforts pour accentuer ce virage ambulatoire et de prendre pleinement la mesure de l'importance du virage domiciliaire qui doit l'accompagner. En effet, **les difficultés des structures hospitalières à accueillir à la fois les patients atteints par le Covid-19 tout en assurant les soins, urgents ou programmés, ont mis en lumière les limites de notre système de santé et de son organisation.** Les déprogrammations, transferts de patients et moyens réalloués vers les unités Covid-19 ont montré que l'hôpital seul ne pouvait assumer l'ensemble des besoins de soins qui lui étaient adressés.

La pandémie a aussi permis de réaliser l'importance de **la mobilisation des nouvelles technologies sur l'ensemble du parcours de soin.** Elles ont

1 LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

2 *Stratégie nationale de santé 2018-2022*, Ministère des Solidarités et de la Santé, décembre 2017.

3 *Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital*, Cour des Comptes, octobre 2018.

4 *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance maladie pour 2023*, Assurance maladie, juillet 2022.

eu un rôle majeur pour accélérer la prise de décision, endiguer l'épidémie, permettre la continuité des soins et **donner aux patients davantage d'autonomie** dans le dépistage et le suivi de leurs symptômes, depuis leur domicile. La **téléconsultation** et la **télesurveillance** ont démontré tout leur intérêt dans un contexte de confinement, où l'accès à l'hôpital était parfois exclusivement réservé aux patients atteints gravement par le Covid-19.

Par ailleurs, l'hôpital fait face à des défis qui ne sont pas nouveaux. **Le vieillissement de la population et l'explosion du nombre de personnes atteintes d'une pathologie chronique augmentent les besoins de soins et appellent à nécessairement une autre organisation du système.** Alors que la population des 75 ans et plus devrait représenter 16 % de la population en 2050⁵ et que plus de 20 % d'entre eux cumulent trois pathologies ou traitements chroniques, le développement de nouvelles offres à domicile ou dans les structures ambulatoires représente un impératif.

9

Dès lors, comment reconstruire le système de santé de demain, en repensant l'organisation des soins, **en mobilisant correctement le bon professionnel (en ville, à l'hôpital, au domicile, dans le médico social)** mais aussi en répondant au souhait des patients d'être plus facilement pris en charge chez eux ? Ces défis se présentent dans un contexte où les besoins de santé vont croissants et où l'offre médicale ne pourra suivre. Il est essentiel d'imaginer de **nouveaux modèles de prises en charge, plus adaptés aux besoins des patients, plus efficaces et plus équilibrés entre la ville, l'hôpital et le domicile** qui impliquent une diversité d'acteurs et de lieux d'actions, au-delà du seul prisme médical.

Le virage ambulatoire, parce qu'il s'appuie sur l'ensemble des acteurs de santé et questionne la pertinence du lieu du soin et des parties prenantes mobilisées, mais également **le virage domiciliaire**, puisqu'il entend répondre aux souhaits d'une part grandissante de la population d'être pris en charge à domicile, dans le cas d'un traitement médical, d'une situation de perte

5 *L'état de santé de la population en France*, Les dossiers de la DREES, septembre 2022.

d'autonomie ou de handicap⁶, **constituent des réponses intéressantes au sein d'un système initialement organisé autour de l'hôpital.** Face à l'émergence des pathologies chroniques, les parcours de santé, originellement pensés autour du traitement de pathologies aiguës, doivent intégrer l'ensemble des acteurs et professionnels de santé, agissant au domicile, en ville comme à l'hôpital.

À travers ce rapport, nous souhaitons mettre en évidence les solutions que représentent les virages ambulatoire et domiciliaire pour le parcours de santé de chacun. Pour cela, le présent rapport vise **trois principaux objectifs** :

- À la croisée d'un ensemble d'acteurs et d'enjeux, les virages ambulatoire et domiciliaire peinent à être clairement définis. Le premier objectif de notre rapport sera donc d'en **proposer une définition précise et d'établir un état des lieux** de sa pratique en France.
- Malgré des ambitions renforcées ces dernières années, **la France peine à aborder pleinement les virages ambulatoire et domiciliaire.** Notre système de santé demeure hospitalo-centré et axé sur le curatif, quand de nombreux pays européens ont réformé leur système vers plus de prises en charge à domicile, avec des approches préventives du soin. L'objectif de la deuxième partie sera d'essayer de **comprendre pourquoi la France a pris du retard.**
- La dernière partie du rapport sera dédiée à des pistes d'action pour **lever ces freins et accélérer le développement des virages ambulatoire et domiciliaire**, à travers une analyse des innovations observées à l'étranger, des expérimentations déjà mises en place et des leviers à activer.

Cette réflexion s'inscrit dans un contexte inédit où plusieurs grands rendez-vous politiques sont à venir en matière de santé et d'organisation du système de soins. Tout d'abord, le lancement du Conseil national de la refondation (CNR) Santé en octobre 2022 par le ministre de la Santé et de la Prévention, François Braun, entend trouver des solutions concrètes pour

assurer un meilleur accès aux soins pour tous les Français. Par ailleurs, la définition de la nouvelle convention pour la période 2023-2028 entre la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) et les médecins libéraux constitue une grande opportunité pour une transformation des conditions de l'exercice libéral et favoriser le déploiement de l'ambulatoire⁷. **Ce rapport entend donc apporter plusieurs pistes concrètes**, afin de guider l'action publique pour soutenir et encourager les virages ambulatoire et domiciliaire.

6 « Service de soins à domicile, le virage domiciliaire ne se concrétise pas », *Santé mentale*, janvier 2022.

7 Marie Foult, « Les plans de la Cnam pour la prochaine convention », *Le Quotidien du Médecin*, 15 juillet 2022.

« VIRAGE AMBULATOIRE », « VIRAGE DOMICILIAIRE » : DE QUOI PARLE-T-ON ?

Le virage ambulatoire peine à trouver une définition qui réunit l'ensemble des acteurs de la santé. Le **Haut Conseil de la santé publique** (HCSP) définit les soins ambulatoires comme « *ceux communément dispensés par la médecine de ville* », tout en précisant que la chirurgie ambulatoire est « *pratiquée en établissement de santé* »⁸.

De son côté, le **Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie** (HCAAM) rappelle « *la polysémie du terme virage ambulatoire, entendu par certains comme le développement d'hospitalisations sans nuitées, par d'autres comme le développement des prises en charge en ville ou par d'autres, encore, comme une façon de réduire les dépenses de l'assurance maladie* ».

Il existe donc plusieurs définitions de l'ambulatoire selon la spécialité concernée, mais aussi en fonction de l'historique de la discipline et des efforts entrepris en termes de politiques publiques pour accélérer son développement.

⁸ *Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé*, Haut Conseil de la santé publique (HCSP), juin 2021.

1. Historique du développement de la notion des virages ambulatoire et domiciliaire en France et à l'étranger

1.1 Les premières évocations de l'ambulatoire

Les premières expérimentations structurées de la pratique ambulatoire voient le jour aux États-Unis. Après des tentatives dispersées entre les milieux du 19^e siècle et du 20^e siècle, la chirurgie ambulatoire y trouve son essor dans les années 1960. Des programmes officiels sont lancés dans des centres hospitaliers de Californie et de Washington⁹, rapidement complétés par l'ouverture de centres indépendants de chirurgie ambulatoire¹⁰. **Ce développement de la pratique ambulatoire est alors motivé par la nécessité de réduire les coûts hospitaliers, de désengorger les structures hospitalières et *in fine* de réduire le temps passé par les patients à l'hôpital.** Quelques années plus tard, dans les années 1970, le Canada va lui aussi développer sa pratique ambulatoire dans un contexte de maîtrise des dépenses hospitalières¹¹.

En Europe, la Grande-Bretagne se positionne en pionnière avec de larges incitations des politiques publiques à la pratique de la chirurgie ambulatoire¹². Outre la question financière, ces décisions sont motivées par les longues listes d'attente en chirurgie et la difficulté à recruter du personnel infirmier.

Dans le reste de l'Europe, la pratique ambulatoire se développe de façon inégale à partir de la fin des années 1980¹³, avec comme motivation principale la réduction des coûts et la maîtrise des dépenses hospitalières.

⁹ J. Langlois, *Anesthésie ambulatoire*, Éditions Arnette, 1992, pages 5-6.

¹⁰ Christian Bonhomme, « Chirurgie ambulatoire à l'hôpital : une marginale en quête d'avenir », *Revue Hospitalière de France*, n° 1, janvier/février 1993, pages 6-9.

¹¹ Arrantxa Mahieu et Nadine Raffy-Pihan, *La chirurgie ambulatoire en France, bilan et perspectives*, rapport n° 466, Irdes, novembre 1997.

¹² K. Schutyser, « Les alternatives à l'hospitalisation en Europe », *Gestions Hospitalières*, n° 334, mars 1994, pages 227-232.

¹³ Christian Bonhomme, « Chirurgie ambulatoire à l'hôpital : une marginale en quête d'avenir », *Revue Hospitalière de France*, n° 1, janvier/février 1993, pages 6-9. et K. Schutyser, « Les alternatives à l'hospitalisation en Europe », *Gestions Hospitalières*, n° 334, mars 1994, pages 227-232.

1.2. L'arrivée de l'ambulatoire en France

a) L'historique du virage ambulatoire

Au milieu du 20^e siècle¹⁴ apparaissent en France les premiers hôpitaux de jour, qui accueillent des patients sur une journée ou une demi-journée, sans assurer de nuitée. **Ce nouveau modèle organisationnel est plébiscité par les pouvoirs publics pour son rationnel économique** : il offre la possibilité de limiter les frais liés à l'hébergement et au personnel de nuit. Le recours à l'hospitalisation de jour permet également de réduire les infrastructures et le nombre de lits dans certains services.

Le développement des différentes pratiques ambulatoires en France sur la seconde moitié du 20^e siècle se fait à **plusieurs vitesses**, même si le manque de définition et de contour juridique rend difficile une appréciation précise de certaines évolutions par spécialité. Dès les années 1990, la chirurgie ambulatoire¹⁵ est distincte de l'hospitalisation de jour au sens où elle concerne « *les actes chirurgicaux et/ou d'investigation, programmés et réalisés dans les conditions techniques de sécurité d'un bloc opératoire [...] permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission* »¹⁶. L'hospitalisation de jour regroupe quant à elle les Interruptions volontaires de grossesse (IVG), les hospitalisations de jour dédiées à la psychiatrie et les hospitalisations de jour hors psychiatrie. Les premiers cadres juridiques permettent une vision plus claire de l'offre de soin en ambulatoire.

En 1995, on recense **6 457 places d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire en France**¹⁷. Celles-ci sont inégalement réparties sur le territoire, majoritairement dans les zones urbaines, et se trouvent pour une grande partie dans le secteur privé, le secteur public concentrant son activité sur des interventions complexes. Progressivement, les structures se développent et **en 1994, près de 30 % des interventions dans les secteurs opératoires et obstétricaux sont réalisées en ambulatoire**, avec de grandes disparités observées entre le privé et le public.

Par la suite, des études^{18/19} tentent d'analyser le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire. Le Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé (CREDES) se penche notamment en 1999²⁰ sur les potentialités selon les types d'opérations et suggère que **certaines opérations pourraient être réalisées en ambulatoire dans 90 à 100 % des cas**. Entre 2000 et 2010, le nombre de places en chirurgie ambulatoire augmente, tandis que le nombre de places en hospitalisation complète diminue et ce, de façon plus rapide²¹. Il est intéressant de souligner qu'entre 2000 et 2017, le secteur public présentait une baisse de 21 % de ses lits (hospitalisation complète) pour une hausse de 7,7 % de ses places (hospitalisation partielle). Ainsi, en 2017, le secteur public hospitalier présentait 60,8 % de la capacité hospitalière (pour 65,2 % en 2000) favorisant le développement de lits dans le secteur privé (24,4 % de la capacité hospitalière en 2017²²).

17 *Ibid.*

18 M.J. Sourty-Le Guellec, « La chirurgie ambulatoire : potentiel de développement pour 17 gestes marqueurs », *Questions d'économie de la santé*, n° 50, avril 2002, pages 1-6. et M.J. Sourty-Le Guellec, « Le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire de la cataracte en France, en 1999 », *Questions d'économie de la santé*, n° 41, septembre 2001, pages 1-6.

19 Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, Caisse nationale de l'assurance maladie des professions indépendantes. Condition du développement de la chirurgie ambulatoire. *Évaluation du potentiel de substitution pour 18 gestes marqueurs en juin 2001. Fascicule 1 : méthode, résultats toutes régions concernées*. Paris : CNAMTS, 2003.

20 M.J. Sourty-Le Guellec, « La chirurgie ambulatoire : potentiel de développement pour 17 gestes marqueurs », *Questions d'économie de la santé*, n° 50, avril 2002, pages 1-6. et M.J. Sourty-Le Guellec, « Le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire de la cataracte en France, en 1999 », *Questions d'économie de la santé*, n° 41, septembre 2001, pages 1-6.

21 Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire – Socle de connaissance, HAS, avril 2012.

14 « Loi portant sur la réforme hospitalière du 31 décembre 1970 définissant pour la première fois l'hospitalisation de jour dans son Article 31-3 », *Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé*, Haut Conseil de la santé publique (HCSP), juin 2021.

15 « L'avènement de la loi hospitalière du 31 juillet 1991 et les décrets du 2 octobre 1992 reconnaissent la chirurgie ambulatoire comme une véritable alternative à l'hospitalisation classique et l'intègrent à la carte sanitaire de chirurgie », Arrantxa Mahieu et Nadine Raffy-Pihan, *La chirurgie ambulatoire en France, bilan et perspectives*, Rapport n° 466, Irdes, novembre 1997.

16 Arrantxa Mahieu et Nadine Raffy-Pihan, *La chirurgie ambulatoire en France, bilan et perspectives*, Rapport n° 466, Irdes, novembre 1997.

Figure 1 : nombre de lits (hospitalisation complète) et de places (ambulatoire) en chirurgie de 2000 à 2009²³

Année	Nombre de lits	Nombre de places
2000	101 756	7 641
2001	99 091	8 007
2002	97 236	8 443
2003	95 000	8 782
2004	93 561	9 228
2005	91 822	9 609
2006	90 061	10 013
2007	88 202	10 600
2008	86 105	11 552
2009	84 601	12 395

Source : Interrogation Logiciel Eco-santé - SAE-DREES.

En parallèle, la **psychiatrie** fait également partie des domaines précurseurs, avec un virage ambulatoire entrepris dès les années 1960. L'objectif était de créer des équipes pluridisciplinaires à l'échelle d'un secteur démographique (70 000 habitants) pour **prendre en charge le patient dans son environnement de vie** et proposer un parcours intégrant les dimensions du soin, de la prévention et le suivi psychiatrique, en ambulatoire.

Ce recours à l'ambulatoire a permis la suppression d'un grand nombre de lits, mais la réallocation des moyens vers ce changement d'organisation a été jugée insuffisante, rendant les professionnels particulièrement critiques sur la réussite de ce virage ambulatoire. La détermination de la dotation annuelle de financement (DAF) reste sous-évaluée pour couvrir les besoins de

l'ambulatoire et a entraîné des **fortes inégalités territoriales dans l'offre de soins ambulatoires proposée**. Ainsi, alors qu'entre 2011 et 2015, le taux de prise en charge psychiatrique ambulatoire a augmenté de 30 % dans les Hauts-de-France, ce même taux à l'échelle nationale n'était que de 21 %²⁴.

Actuellement, la logique du virage ambulatoire est de plus en plus renforcée en psychiatrie à travers le développement **d'équipes mobiles d'hospitalisation à domicile financées par le biais de dotations globales**, et non à l'activité. Des freins demeurent au plein essor du virage ambulatoire, notamment quant à l'articulation des équipes avec les structures médico-sociales et autres ressources du territoire, condition nécessaire à une prise en charge globale d'un patient en psychiatrie. Par ailleurs, **les actes de psychiatrie réalisés dans le cadre du virage ambulatoire ne sont pas recueillis dans un format structuré**, ce qui ne permet pas d'avoir une vision exhaustive des offres proposées à l'échelle du territoire et contribue à une hétérogénéité entre les pratiques.

b) La structuration juridique du virage ambulatoire

Sur le plan légal, le développement de la pratique ambulatoire en France peut se diviser en deux temps : la définition et la reconnaissance des activités ambulatoires, et les mesures facilitant et encourageant leur développement.

Dans les années 1990, la pratique ambulatoire commence à se structurer. **Le décret du 2 octobre 1992²⁵** établit les critères qui définissent des « structures de soin alternatives à l'hospitalisation ». Trois types de structures y sont mentionnées :

- Les structures d'anesthésie et de chirurgie ambulatoires ;

24 « Les prises en charge ambulatoires dans les services de psychiatrie (2011-2015) », site de la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France, <https://www.f2rsmpsy.fr/les-prises-charge-ambulatoires-services-psychiatrie.html>

25 Décret n° 92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique.

22 « Privé / public, qui fait quoi dans l'hôpital? », Pour L'Éco, 23 avril 2020.

23 Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire – Socle de connaissance, HAS, avril 2012.

- Les structures d'hospitalisation à temps partiel correspondant à une activité médicale qualifiée d'hospitalisation de jour ou plus rarement de rééducation de jour développée par certains établissements de soins de rééducation sans hébergement ;
- Les structures d'hospitalisation à domicile.

Chaque typologie est alors définie en fonction de ses infrastructures et de la présence de certains types de professionnels. Après sa reconnaissance légale en 1970, et sa reconnaissance comme alternative à l'hospitalisation conventionnelle avec le décret de 1992, **l'hospitalisation à domicile (HAD)** se définit peu à peu et voit son statut évoluer. Son périmètre est élargi en 2007²⁶ avec la possibilité d'intervenir en EHPAD. En 2009, la loi *Hôpital Patients Santé Territoire (HPST)*²⁷ reconnaît l'HAD comme une hospitalisation à part entière et non plus comme une alternative à l'hospitalisation conventionnelle. Depuis 2021, **l'HAD est considérée comme une activité de soins, et non plus comme une modalité d'hospitalisation**. Cette reconnaissance met en avant les spécificités de cet exercice, à travers l'ensemble des dimensions qu'il recouvre : évaluation et accompagnement médical, soignant, mais aussi psychosocial.

La **chirurgie ambulatoire**, limitée à une liste de 18 gestes à partir de 2003, est étendue à la totalité des actes de chirurgie depuis 2015. En parallèle, différents travaux viendront préciser son cadre et ses recommandations d'exercice, à l'image des travaux de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) entre 2011 et 2015²⁸. Des outils sont également développés et

26 Circulaire DHOS/03/DGAS/2C n° 2007-365 du 5 octobre 2007 relative aux modalités d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.

27 LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

28 Notamment un rapport d'évaluation technologique sur l'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire en mai 2014, des recommandations organisationnelles en mai 2013, des synthèses et recommandations et un rapport détaillé d'orientation sur la tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger en juin 2013, des indicateurs de qualité/sécurité en septembre 2017, de satisfaction patients en novembre 2018, Source : *Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé*, Haut Conseil de la santé publique (HCSP), juin 2021.

mis en place pour encourager le recours à la chirurgie ambulatoire, à l'image de **Visuchir**²⁹, une application qui permet de visualiser l'activité ambulatoire des établissements de santé. Chaque structure peut ainsi appréhender son potentiel de développement. **L'outil propose une évaluation objective de l'état de la pratique ambulatoire dans un établissement ou sur un territoire**, et peut ainsi servir à l'élaboration d'un projet médical ou de territoire, ou à la réorganisation d'un plateau technique chirurgical. **L'ensemble de ces pratiques a permis une croissance du taux national de chirurgie en ambulatoire qui est passé de 47 % en 2013 à 61 % en 2021**³⁰.

En parallèle, **plusieurs lois ont permis de clarifier le rôle de chaque acteur de santé dans le parcours de soin et ont structuré la coordination entre professionnels de santé**. Ces mesures ont encouragé le développement de l'ambulatoire ; mais n'intègrent que partiellement le champ du domicile ; en facilitant le recours au bon professionnel de santé au bon moment, et en permettant ainsi une meilleure prise en charge.

- **La loi de modernisation de notre système de santé**³¹ de 2016 réorganise le système de santé afin de le recentrer sur des soins de proximité en s'appuyant sur le médecin généraliste. Les équipes de soins primaires (ESP) sont créées, ainsi que les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les groupements hospitaliers de territoires (GHT).
- Les accords du **Ségur de la Santé**³², signés en 2020 suite à la crise du Covid-19, présentent un ensemble de 33 mesures pour réformer le système de santé. Une attention importante est portée à l'hôpital : 19 milliards d'euros (dont 13 milliards alloués à la dette du service public hospitalier) sont consacrés à des **investissements nouveaux dans les établissements**

29 *Mise en ligne de Visuchir, une application pour visualiser l'activité chirurgicale des établissements de santé*, Assurance maladie, décembre 2018.

30 Gilles Bontemps, « De quoi parle-t-on ? Définition et approches sémantiques du virage ambulatoire », *ADSP*, n° 118, juin 2022.

31 LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

32 *Ségur de la santé : Les conclusions*, Ministère des Solidarités et de la Santé, juillet 2020.

hospitaliers, médico-sociaux et de ville afin d'améliorer les conditions de travail et le déploiement du numérique et du lien ville/hôpital. Les accords prévoient **des mesures relatives à l'ambulatoire, favorisant l'exercice coordonné et le lien ville/hôpital. Parmi celles-ci, le développement de l'exercice mixte des médecins entre ville et hôpital** facilite la mobilité vers l'hôpital des médecins libéraux et celle vers l'exercice ambulatoire aux praticiens hospitaliers, le développement de **l'exercice coordonné** par la négociation conventionnelle améliore l'accès aux soins non programmés et la **généralisation des hôtels hospitaliers** permet de libérer des lits d'hospitalisation et d'améliorer la qualité d'accueil des patients.

- **La loi Ma santé 2022³³** entend favoriser une meilleure organisation des professionnels de santé afin de les inciter à travailler ensemble et à mieux coopérer au service de la santé des patients. La loi prévoit la **généralisation des CPTS**, la création des **équipes de soins spécialisés (ESS)** et une réorganisation de l'offre hospitalière en 3 niveaux : soins de proximité, soins spécialisés et soins ultra-spécialisés. En octobre 2022, on compte 738 CPTS à des stades d'avancement différents³⁴.

1.3. Les modèles de développement réussis de l'ambulatoire et du domiciliaire

Au fil du temps, le développement de l'ambulatoire s'est fait de façon inégale selon les pays. **Si de nombreux pays présentent des modèles de prises en charge inspirants pour faciliter les virages ambulatoire comme domiciliaire, certains ont réussi à aller plus loin et à complètement repenser leur système de santé pour privilégier des prises en charge hors de l'hôpital et véritablement se concentrer sur les soins primaires et le domicile.**

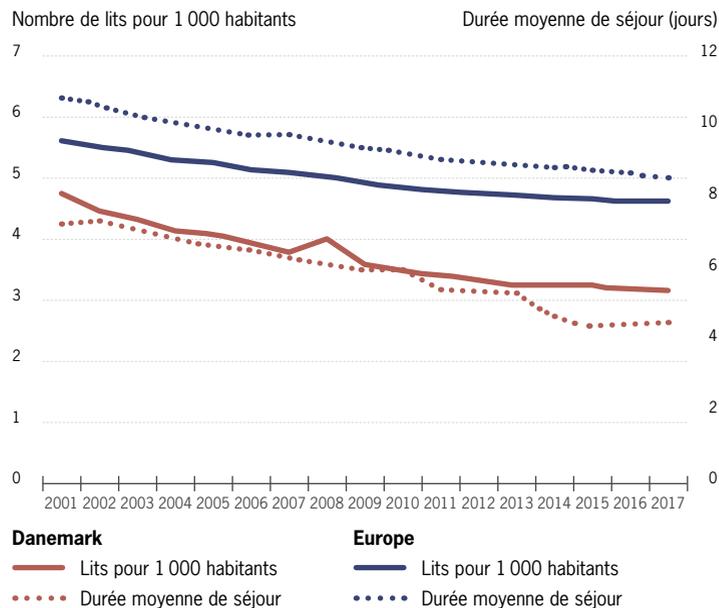
33 LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

34 « Cartographie des CPTS en région », site de la Fédération Nationale des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, 26 octobre 2022, <https://www.fcpts.org/cartographies/cartographie-regionale-des-cpts/>

a) Un renforcement des soins primaires au Danemark et en Suède

Le **Danemark** a renforcé son approche des soins primaires et revu son système d'organisation de façon à s'assurer que l'hôpital n'intervienne qu'en dernier recours et que les patients y restent le moins de temps possible. En 2019, la durée moyenne de séjour (DMS) par habitant est inférieure à la moyenne européenne et est en baisse depuis une vingtaine d'années.

Figure 2 : le nombre de lits d'hôpitau (Beds) et la durée moyenne de séjour (DMS) au Danemark³⁵

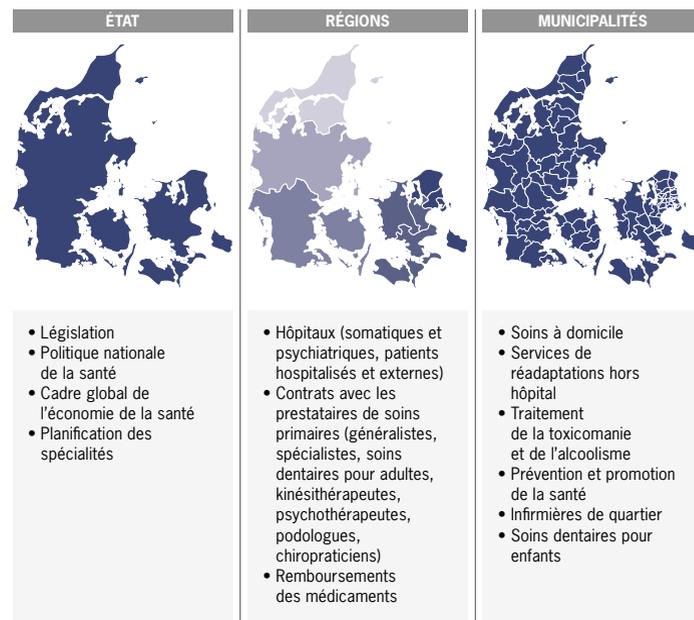


Source : Eurostat Database.

35 *State of Health in the EU, Denmark – Country Health Profile 2019*, OCDE, novembre 2019.

En effet, la gouvernance du Danemark a été profondément modifiée en 2017 en réduisant le nombre de municipalités de 271 à 98 et le nombre de régions de 14 à 5. **Cette réforme de la gouvernance amène une nouvelle répartition des responsabilités entre l'État, les régions et les municipalités.** L'État définit la politique nationale de santé tandis que **les régions sont en charge des services de santé primaires comme secondaires** : soins hospitaliers (dont urgences), psychiatrie, médecins généralistes, médecins spécialistes et autres professionnels spécialisés (kinésithérapeutes, psychologues etc.) et le remboursement des médicaments. Les municipalités sont en charge des soins à domicile et des politiques de prévention³⁶. **La fusion des régions et le renforcement des soins primaires et domiciles a également entraîné une diminution des hôpitaux de soins aigus, de 40 à 21, dans une logique de concentration des moyens.**

Figure 3 : niveaux administratifs et responsabilités de la politique de santé au Danemark³⁷



Source : Ministry of Foreign Affairs of Denmark, Royal Danish Embassy, Healthcare Denmark.

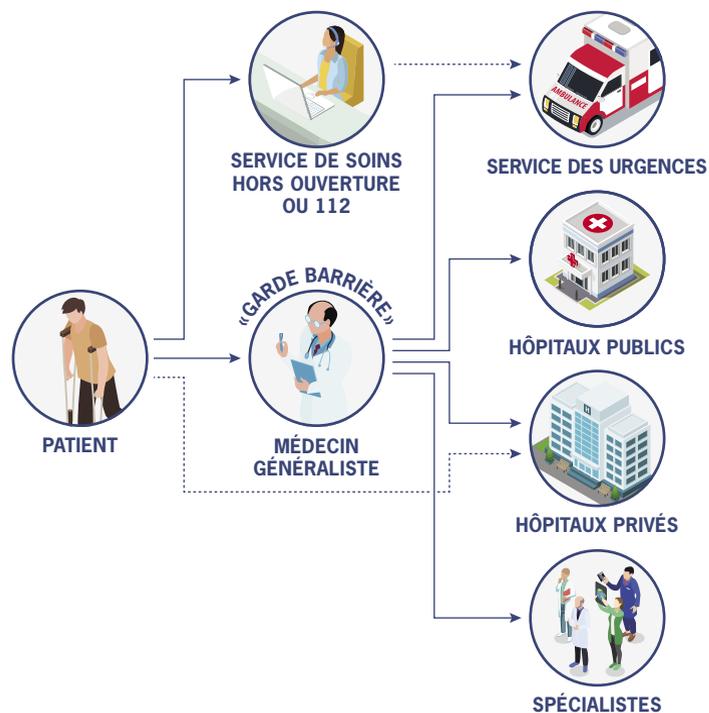
Ces résultats sont permis par la réduction du nombre de sorties d'hôpital retardées, elle-même facilitée par des **pénalités financières** attribuées aux municipalités qui ne mettent pas en place une organisation suffisante à un retour rapide et planifié des patients à domicile.

³⁶ L'organisation de la santé au Danemark, Ministry of Foreign Affairs of Denmark, Royal Danish Embassy, Healthcare Denmark.

³⁷ Ibid.

Plus largement, l'**organisation des soins primaires** au Danemark permet d'encadrer le recours à l'hôpital. Le médecin généraliste constitue le premier point de contact obligatoire avant toute démarche de santé. Il oriente le patient vers un spécialiste, des soins à domicile, ou une admission à l'hôpital voire aux urgences. Pour l'**accès aux urgences**, le recours à une ligne d'assistance médicale ou à un numéro d'urgence est également possible.

Figure 4 : le rôle du médecin généraliste³⁸



Bien que bénéficiant d'une organisation différente, la **Suède présente elle aussi une pratique ambulatoire très avancée**, avec notamment une durée moyenne de séjour hospitalier bien en dessous de la moyenne européenne³⁹.

Motivée par des contraintes financières, la Suède a décidé de réorienter ses politiques de soins dans les années 1990 pour **passer d'un système centré sur l'hôpital à un système centré sur les soins primaires**. La **réforme Ädel** de 1992 a transféré la responsabilité financière des soins non médicaux des comtés vers les municipalités. Dans le même temps, les communes ont dû commencer à rembourser aux hôpitaux, gérés par les comtés, les frais engendrés par les patients restant à l'hôpital mais ne nécessitant plus de soins. Ce système de contrainte financière, similaire à celui observé au Danemark, a incité les communes à **renforcer les moyens de prise en charge à domicile et en maisons de soins**. Ces dernières se sont multipliées, constituant une véritable offre de santé de première ligne. Cette réorganisation a également eu pour effet de **développer les soins en maison de retraite**. Ce renforcement des soins de ville a permis de diminuer les capacités d'accueil des hôpitaux, qui sont devenus des structures hyper spécialisées. Au cours des années 1990, 45 % des lits d'hôpitaux ont ainsi pu fermer, contre 19 % en France sur la même période⁴⁰.

b) L'offre de soins à domicile aux Pays-Bas

Aux Pays-Bas, l'offre de soins à domicile se développe grâce au succès du modèle de Buurtzorg. Déployé à partir de 2007, le modèle Buurtzorg repose sur un principe de proximité et de forte autonomie des professionnels (infirmiers, aides-soignants...) qui s'organisent en **petites équipes indépendantes** d'une dizaine de professionnels et interviennent dans un **périmètre limité** (de l'ordre du quartier, soit environ 10 à 15 000 habitants).

³⁹ State of Health in the EU, Sweden – Country Health Profile 2019, OCDE, novembre 2019.

⁴⁰ Alain Vassellet et Bernard Cazeau, *Réformer la protection sociale : les leçons du modèle suédois*, Rapport d'information n° 377 (2006-2007), Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, juillet 2007.

L'équipe de professionnels est responsable de l'intégralité de l'**organisation de la prise en charge du patient à domicile**, en concertation avec le médecin, ainsi qu'avec tout autre professionnel de santé s'occupant du patient. Elle trouve des patients, assure la coordination et la transmission des informations aux prescripteurs et autres professionnels, recrute et forme le personnel. Le modèle repose sur une organisation horizontale où les équipes s'organisent entre elles.

Les équipes sont reliées entre elles par un réseau social interne (conseils, échange régulier d'informations et partage de pratiques) et chacune intervient sur le territoire délimité. Cette proximité géographique œuvre à une meilleure connaissance de la patientèle et permet, en conséquence, de garantir la **continuité et la qualité des interventions**. Ainsi ce modèle entend séparer le processus de soin de l'administratif, afin d'être orienté « solutions » et développer des relations de qualité entre les professionnels et le patient suivi.

26

Le modèle Buurtzorg a un impact social considérable. La diminution du fardeau administratif induite par une plus forte autonomie, l'utilisation des outils numériques et une organisation centrale simple a conduit à une baisse de 50 %⁴¹ du nombre d'heures de soins par patient, tout en améliorant la qualité. De plus, **il est estimé que le système de santé néerlandais réalise des économies à hauteur de 40 %⁴² chaque année via Buurtzorg.**

Aujourd'hui, l'organisation emploie plus de 10 000 professionnels au sein de 850 équipes autogérées qui suivent plus de 70 000 patients par an aux Pays-Bas. **Au total, Buurtzorg représente 70 % du marché des soins à domicile aux Pays-Bas.**

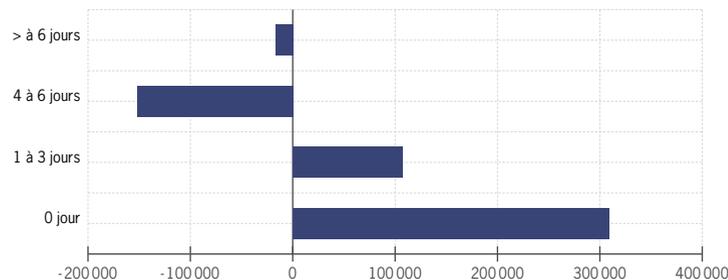
41 « Engaged people deliver value », site internet de KPMG, 17 décembre 2014, <https://home.kpmg/xx/en/home/insights/2014/12/engaged-people-deliver-value.html>
42 « About Buurtzorg », site internet de Buurtzorg, consulté le 7 novembre 2022, <https://www.buurtzorg.com/about-us/>

2. État des lieux de la situation actuelle en France et les leviers de développement

2.1. Le virage ambulatoire aujourd'hui en France

Ces dernières années, la pratique ambulatoire s'est progressivement renforcée en France. Cette tendance s'observe à travers la **réduction de la DMS** et l'augmentation du nombre de places en hospitalisation partielle. Entre 2015 et 2019, le **nombre de séjours d'hospitalisation de jour** a augmenté en médecine de 2,4 % par an, là où les séjours d'hospitalisation complète n'ont augmenté que de 1 % sur la période⁴³, illustrant le recours de plus en plus fréquent à ce modèle de prise en charge.

Figure 5 : différence du nombre de séjours d'hospitalisation par la durée des séjours en France entre 2015 et 2019⁴⁴



27

En **chirurgie**, entre 2015 et 2019, l'activité ambulatoire pour 100 000 habitants a augmenté de 4,3 % par an et l'activité de chirurgie conventionnelle a diminué de 4 % par an⁴⁵. Cette évolution de la chirurgie ambulatoire demeure

43 Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance maladie pour 2023, Assurance maladie, juillet 2022.

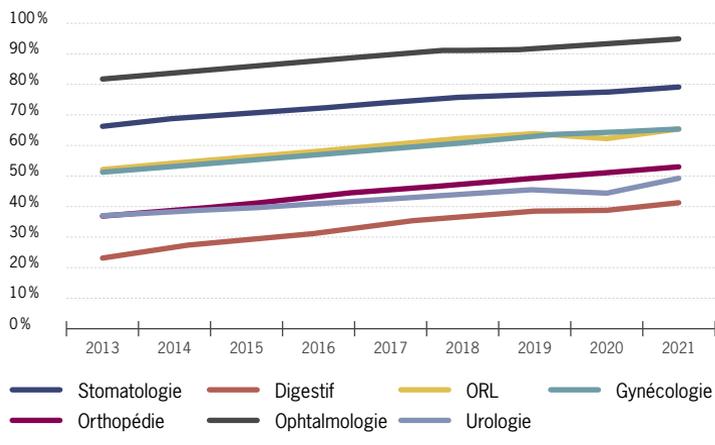
44 Ibid.

45 Les réhospitalisations à 30 jours (RH30), Guide méthodologique de calcul de l'indicateur et présentation des principaux résultats, DGOS, 2018.

majoritairement supportée par le privé. En 2020, le secteur privé représentait 64,2% de l'activité en chirurgie ambulatoire⁴⁶.

Si cette progression se retrouve sur **l'ensemble des spécialités chirurgicales**, celles-ci ne progressent pas à la même vitesse, et ne parviennent pas aux mêmes taux d'ambulatoire. En 2021, **l'ophtalmologie présente une pratique ambulatoire de 95 %, alors qu'elle n'est que de 41 % en chirurgie digestive**. En **psychiatrie**, 2,1 millions de personnes ont été suivies en ambulatoire et 425 000 à temps complet ou partiel dans les établissements de santé en 2018⁴⁷. **80 % des soins donnés en hôpitaux en psychiatrie le sont en ambulatoire**⁴⁸. Des disparités entre régions sont également observées⁴⁹.

Figure 6 : évolution du recours à la chirurgie ambulatoire par spécialité entre 2013 et 2021⁵⁰



46 Rapport d'activité 2020, FHP MCO, 2020.

47 Les établissements de santé, DREES, 2020.

48 « Le virage ambulatoire : sécurité des patients et inégalités de santé », ADSP, n° 118, juin 2022.

49 « VISUCHIR », site de ScanSanté, <https://www.scansante.fr/applications/visuchir>

50 Scan santé, Chirurgie Ambulatoire, Indicateurs par spécialité.

D'une façon générale, entre 2015 et 2019, l'augmentation des **dépenses** correspondant à la prise en charge de patients non hospitalisés, en parallèle de la baisse de celles dédiées à la prise en charge de patients hospitalisés, semble indiquer une **hausse du recours à l'ambulatoire**. Sur 13 groupes de pathologies identifiés, 12 ont connu une augmentation de la dépense moyenne « ambulatoire » entre 2015 et 2019. **Cette augmentation n'est pas systématiquement couplée d'une diminution des dépenses moyennes par patient, invitant donc à se détacher de la perspective uniquement financière du virage ambulatoire.**

La situation actuelle montre que ce développement de la pratique ambulatoire est très largement porté par un plus grand recours à la chirurgie ambulatoire, et dans une moindre mesure à la médecine ambulatoire, soit le recours à des structures de prise en charge en ville, représentant des alternatives à une hospitalisation.

2.2. Les pistes de développement de l'ambulatoire et du domiciliaire

Outre la réduction des DMS, le développement de l'ambulatoire est également passé par **un moindre recours à l'hospitalisation conventionnelle**, au profit d'autres modes de prise en charge, à l'égard du domicile.

a) Une prise en charge à l'hôpital à repenser

La vision de l'hôpital comme un lieu fermé, avec un fonctionnement en silo de chaque service, évolue peu à peu. L'ambition affichée par la loi Ma santé 2022 de développer les **hôpitaux de proximité** illustre une volonté de créer des passerelles entre le monde hospitalier et les professionnels de ville, et de permettre à chacun de travailler en cohérence avec les besoins territoriaux de santé.

Les hôpitaux de proximité

Le développement des hôpitaux de proximité est motivé par une volonté de réorganiser les soins de proximité. L'objectif affiché de ces hôpitaux est de constituer un « **trait d'union entre l'ensemble des acteurs libéraux, hospitaliers et médico-sociaux** »⁵¹. Ils apparaissent comme le premier niveau de gradation des soins hospitaliers.

Les hôpitaux de proximité assurent ainsi des **missions de soutien aux professionnels libéraux** en proposant des consultations de médecine, de spécialités complémentaires à l'offre libérale locale, et un accès à des plateaux techniques. Certaines activités sont optionnelles, comme la médecine d'urgence, les centres périnataux et les soins de suite et de réadaptation (SSR) ou les soins palliatifs. Ces activités sont présentes ou non en fonction du projet de l'établissement. Des activités plus techniques, telles que la chirurgie ou l'obstétrique, sont laissées aux hôpitaux spécialisés.

Une démarche de **labellisation**, effectuée au niveau régional, a été mise en place en mai 2021 pour que les établissements de santé puissent se faire reconnaître hôpital de proximité. **L'intérêt de cette labellisation est de pouvoir intégrer durablement leur projet d'établissement dans l'offre de santé d'un territoire.** Les établissements candidats doivent remplir des conditions d'éligibilité telles que des actions de coopération avec les acteurs de santé et l'offre de soins d'un territoire.

.../...

Les modèles de **financement** et de **gouvernance** sont par ailleurs pensés pour être plus ouverts sur les territoires. Les projets de l'établissement renforçant l'accès aux soins peuvent être accompagnés par la création **d'une dotation de responsabilité territoriale**. Les instances de pilotage et de décision peuvent être ouvertes à des personnalités extérieures.

b) L'hospitalisation à domicile à développer

La pratique hospitalière se pense également de plus en plus hors de l'hôpital. **75 % des Français souhaiteraient être pris en charge à domicile dans le cadre d'une pathologie ne nécessitant pas de soins complexes⁵² et 85 % des Français désirent vieillir à domicile⁵³.** Ces attentes de la population doivent être prises en compte dans notre façon d'appréhender le parcours de soin. Pour sortir d'une logique où le soin doit forcément se faire en établissement hospitalier, il existe deux axes de développement : adapter le soin au domicile et repenser le lieu de vie.

Le développement ces dernières années de **l'hospitalisation à domicile** constitue une première piste pour sortir le soin de l'hôpital. L'HAD permet d'assurer des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés à des patients de tous âges, directement à leur domicile. **Cette prise en charge ne pourrait être entièrement assurée par la médecine de ville car elle fait appel à des soins trop complexes, intenses ou techniques.** En 2019, on comptait 293 établissements d'hospitalisation à domicile en France⁵⁴.

52 « Les Français et les soins à domicile », Sondage Ifop pour la Fédération des Prestataires de Santé à Domicile, novembre 2019.

53 « SENIORS Marché et habitat inclusif, quelle offre de service ? », Sondage Ifop, février 2019.

54 « Les établissements d'hospitalisation à domicile », *Les établissements de santé*, DREES, 2021.

51 « Les hôpitaux de proximité », site du Ministère de la Santé et de la Prévention, 28 mai 2021, <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/newsletter/hopitaux-de-proximite-pour-une-prise-en-charge-au-plus-pres-des-besoins-de/hprox>

L'HAD s'effectue sur prescription pour les patients éligibles à ce modèle de prise en charge. Les soins effectués sont très variés : **soins techniques ou spécialisés** (comme en néonatalogie, rééducation intensive, chimiothérapie), **soins fréquents ou longs** (comme les perfusions pluriquotidiennes), **soins nécessitant une approche pluri-professionnelle** ou une permanence des soins 24h/24, etc. Son encadrement réglementaire est similaire à celui des établissements de santé avec hébergement : ils bénéficient d'une autorisation d'activité délivrée par l'Agence Régionale de santé (ARS), doivent assurer la continuité de soins et sont soumis à la certification de la HAS. Leur autorisation est définie pour une aire géographique précise qui prend la forme d'une énumération de communes où l'intervention est possible.

L'expérience de l'HAD au service d'hématologie clinique du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Montpellier

Le service d'hospitalisation à domicile du CHU de Montpellier permet la prise en charge à domicile de patients débutant une thérapie anticancéreuse et nécessitant une surveillance particulière, ainsi que des soins de support.

Des infirmier(e)s libéraux interviennent au domicile du patient pour lui administrer ses traitements et réaliser les prélèvements pour les bilans biologiques. **Un(e) infirmier(e) de coordination du service d'HAD assure le suivi de façon hebdomadaire.** Un médecin est également disponible 24 heures sur 24 pour gérer d'éventuelles urgences.

... / ...

Ce recours à l'HAD se fait en initiation de traitement. Une fois celui-ci stabilisé, l'HAD s'arrête et le patient réintègre le parcours de soins classique.

Un tel dispositif est rendu possible par la mise en place de **protocoles clairs**, avec notamment des **arbres de décisions**. Le service d'HAD peut facilement joindre l'hématologue, de façon à obtenir une réponse rapide en cas de difficulté. Enfin, la **coordination** avec les différents acteurs, dont les infirmières et infirmiers libéraux, joue un rôle essentiel dans la mise en place d'un tel protocole.

En France, depuis pratiquement une vingtaine d'années, le recours à l'HAD se développe considérablement. Entre 2006 et 2016, l'activité a plus que doublé, passant de 1,9 million à 4,9 millions de journées⁵⁵. En 2020, la crise sanitaire a fait encore évoluer ces chiffres, avec une augmentation de 16,1 % de l'activité par rapport à 2019⁵⁶. 6,2 millions de journées ont ainsi été réalisées par 285 établissements d'HAD, auprès de plus de 150 000 patients⁵⁷. Les soins palliatifs, les pansements complexes et soins spécifiques représentent une grande partie de l'activité⁵⁸. À ce titre, le secteur de l'onco-hématologie s'est considérablement appuyé sur des **structures d'HAD**⁵⁹. Le développement de nouvelles thérapies en onco-hématologie dans les années 2000, nécessitant des allers-retours réguliers des patients dans les structures hospitalières a ainsi entraîné de rapides surcharges de l'hôpital avec un accroissement des files d'attente et une baisse de la qualité de vie

55 « Hospitalisation à domicile : un essor important en 10 ans », site de l'ARS, 6 février 2018, <https://www.ars.sante.fr/hospitalisation-domicile-un-essor-important-en-10-ans>

56 HAD *Feuille de route 2021-2026*, Ministère des Solidarités et de la Santé, décembre 2021.

57 Baromètre FNEHAD, décembre 2021.

58 *Ibid.*

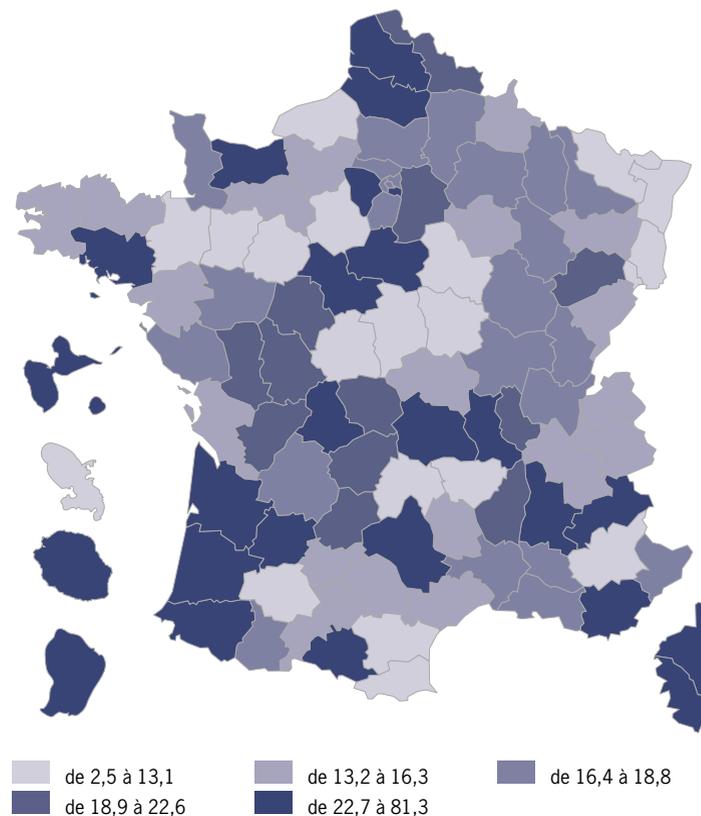
59 Mohamed Touati, « Comment l'hospitalisation à domicile devient incontournable en onco-hématologie à l'heure du virage ambulatoire », *Horizons Hématologie*, n° 2, juin 2018.

des patients. Dans ce contexte, **l'externalisation d'une partie des patients vers des structures d'hospitalisation à domicile a représenté un levier majeur pour la réussite du virage ambulatoire en onco-hématologie.**

Ainsi, en 2020, les administrations de chimiothérapie en HAD étaient équivalentes à 298 000 journées d'hospitalisation, soit une hausse de 23,7% par rapport à l'année précédente⁶⁰.

Le développement de l'HAD ne se fait toutefois pas de façon uniforme sur le territoire. Certains territoires disposent de peu de structures, recourent peu à l'HAD, et les structures présentes ne sont pas en capacité de la proposer (faute de moyens ou de personnels, entre autres). **Le principe d'autorisation par établissement lui attribuant un secteur géographique ne permet pas de rationaliser le volume de patients accompagnés : certaines structures sous-exploitent leurs autorisations en prenant en charge un nombre restreint de patients (en comparaison avec d'autres structures), limitant ainsi l'offre sur un territoire.**

Figure 7 : des disparités territoriales dans le recours à l'HAD⁶¹
(nombre moyen de patients pris en charge par jour et pour 100 000 habitants)



Source : FNEHAD, 2015-2016.

60 « Chiffres clés de la chimiothérapie », site de l'Institut National du Cancer, 12 octobre 2021, <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-traitements/Chimiotherapie/Chiffres-clés-de-la-chimiotherapie>

61 *L'hospitalisation à domicile, « une exception française ? »* – Monographies des systèmes d'HAD à l'étranger – Un développement inégal et des modèles variés, FNEHAD, décembre 2016.

La répartition de l'HAD entre divers types de structures – public, privé à but lucratif, privé à but non lucratif, autonome ou non – peut également **rendre leur offre difficilement lisible pour les patients**. Ainsi, en 2019, sur les 293 établissements d'HAD présents en France, 119 relevaient du secteur public (CHR ou CH), 116 du secteur privé à but non lucratif et 58 du secteur privé à but lucratif⁶².

c) La prise en charge en ville à renforcer

Le développement de l'ambulatoire passe également par l'ensemble des mécanismes qui permettent d'éviter l'hospitalisation. Le renforcement de la médecine de ville et de l'accompagnement à domicile hors hospitalisation en font partie.

La **médecine de ville** regroupe un ensemble d'acteurs essentiels pour limiter le recours à l'hospitalisation. Elle désigne l'ensemble des soins réalisés hors hôpital et établissement d'hébergement médico-social, par des professionnels de santé libéraux ou salariés, qui exercent à titre individuel ou en exercice coordonné. **La médecine de ville articule la prise en charge des « soins primaires » – aussi appelés soins de premier recours – autour de l'intervention du médecin généraliste.** Celui-ci oriente ensuite ses patients, selon leurs besoins, vers des soins de second recours, auprès de spécialistes, ou de troisième recours, en établissement de santé⁶³.

Cette médecine de premier recours couvre **un large spectre d'interventions** : prévention, dépistage, diagnostic, traitement, suivi des patients, dispensation de produits et dispositifs médicaux, orientation dans le système de soins et médico-social, et éducation à la santé⁶⁴. Dans cette vision du parcours de soin, l'hôpital n'intervient que dans un second temps, quand la

médecine de ville seule ne suffit plus à prendre en charge le patient. La mise en place, dans le cadre du Pacte pour la refondation des urgences⁶⁵, des **Services d'Accès aux Soins (SAS)** illustre cet objectif puisque ces services ont pour but de répondre à la demande de soins urgents et non programmés en ville pour limiter le recours aux urgences hospitalières.

Les Services d'Accès aux Soins (SAS)

Mis en place en 2022, **les SAS fonctionnent comme des services d'orientation de la population dans leur parcours de soins**. Ils interviennent lorsque les patients sont face à un besoin de soin non programmé et qu'ils n'ont pas accès à leur médecin traitant. Les SAS mettent en relation les patients avec un professionnel de santé à distance. Celui-ci peut alors fournir un conseil médical, proposer une téléconsultation, orienter le patient vers une consultation en ville ou un service d'urgence, ou déclencher l'intervention d'un transport sanitaire. Après une expérimentation réussie, **les SAS doivent faire l'objet d'une généralisation progressive à l'horizon 2023.**

Un plateau de régulation des appels, accessible en permanence, est mis en place. Un assistant de régulation médicale (ARM) **oriente le patient en fonction du degré d'urgence de sa situation, soit vers la filière d'aide médicale urgente, soit vers la filière de médecine générale.** Dans cette deuxième situation, l'opérateur de soins non programmés (OSNP) poursuit l'analyse de la demande. Il délivre des informations au patient, ou l'oriente vers le médecin régulateur libéral, qui peut alors demander à l'OSNP de procéder à une prise de rendez-vous médical s'il estime cela nécessaire.

.../...

62 « Les établissements d'hospitalisation à domicile », Les établissements de santé, DREES, 2021.

63 « La médecine de ville », site de l'ARS, 14 février 2017, <https://www.ars.sante.fr/la-medecine-de-ville>

64 Article L. 1411-11 du Code de la santé publique.

65 Pacte de refondation des urgences, « Parce que chacun détient sa part de la solution », Ministère des Solidarités et de la Santé, septembre 2019.

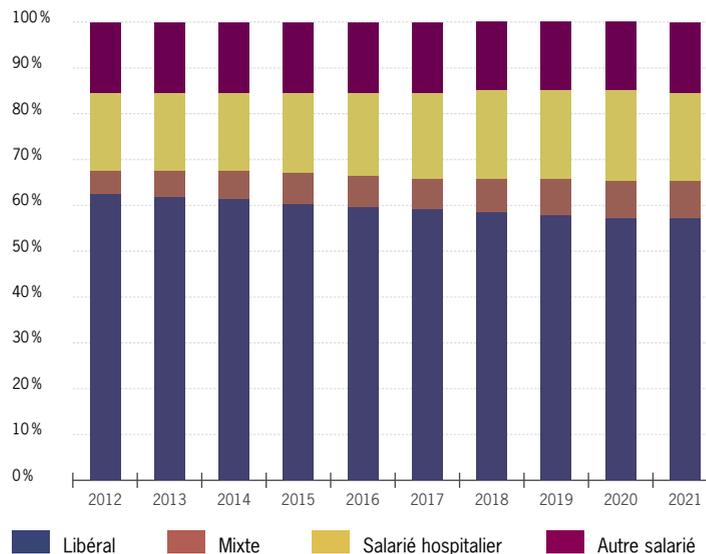
Celui-ci se fait alors grâce à une **plateforme numérique nationale SAS** qui lui permet de visualiser les créneaux disponibles des professionnels de soins participant au SAS, et de réserver une consultation pour le patient qui appelle. Le fonctionnement des SAS repose aussi sur **une étroite collaboration entre les acteurs de la filière de l'aide médicale d'urgence (AMU), celle de la médecine générale et les acteurs privés développant des solutions numériques.**

Mais il présente **plusieurs limites à ce jour** et peine à se mettre en place dans les territoires, faute de pouvoir recruter suffisamment de régulateurs et de les financer. En effet, il est essentiel de simplifier et de donner des garanties de **pérennisation des modes d'incitations forfaitaires des médecins effecteurs**. Le forfait structure de l'avenant 9⁶⁶ à la Convention médicale prévoit 1 400 euros pour tout médecin participant au SAS via un agenda partagé, mais avec des conditions d'éligibilité complexes, les médecins devant accepter de prendre des patients en plus de leur patientèle existante. Enfin, **les acteurs privés sont à ce stade insuffisamment impliqués dans le dispositif**, alors que celui-ci ne pourra correctement fonctionner qu'avec des logiciels de prise de rendez-vous en ligne, de messageries sécurisées, de téléconsultations, ou encore de téléexpertise.

Par ailleurs, les modes d'exercice de la médecine de ville peuvent varier. **L'exercice majoritaire reste le libéral** (56 % des médecins⁶⁷), même s'il est régulièrement couplé à une activité salariée (c'est le cas d'un médecin ur cinq), et que la répartition des modèles d'exercice n'est pas la même selon les spécialités. **Les généralistes exercent ainsi davantage en libéral que les spécialistes.**

Figure 8 : répartition des médecins par mode d'exercice et spécialité entre 2012 et 2021⁶⁸

Généralistes

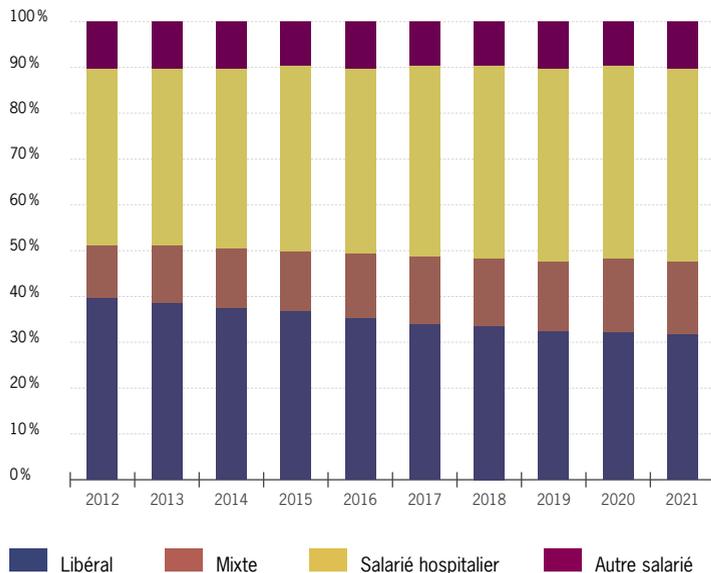


66 « Avenant 9 : les mesures applicables depuis le 1^{er} avril », site de l'Assurance maladie, 26 avril 2022, <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/avenant-9-les-mesures-applicables-depuis-le-1er-avril>

67 Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? Constat et projections démographiques, Les dossiers de la DREES, mars 2021.

68 Ibid.

Autres spécialistes



Note : on considère comme libéral tout professionnel qui exerce l'ensemble de ses activités comme libéral ; l'exercice est mixte quand le professionnel cumule activité libérale et salariée ; un salarié hospitalier est un professionnel qui exerce l'ensemble de ses activités comme salarié d'un hôpital, public ou privé ou d'un centre anti-cancer ; les autres salariés sont des professionnels dont toutes les activités sont salariées, et une au moins exercée en dehors de l'hôpital.

Champ : médecins actifs de moins de 70 ans, ayant au moins une activité en France métropolitaine ou dans les DOM.

Source : DREES, 2021.

De nouveaux modèles d'exercice continuent également à émerger, à l'image des **maisons de santé pluriprofessionnelles**, introduites en 2007⁶⁹. Les professionnels y exercent à titre libéral, mais dans une forme d'exercice coordonné. Les maisons de santé pluridisciplinaires ou pluriprofessionnelles (MSP) proposent ainsi un ensemble de services de santé de proximité, visant à faciliter la coordination des acteurs et l'éducation globale à la santé des patients. **Les soignants y exerçant représentent des professions différentes (généralistes, auxiliaires médicaux, pharmaciens) et s'unissent autour d'un projet de santé.** En juin 2021, on comptait près de 1 900 MSP en fonctionnement⁷⁰. Un récent rapport⁷¹ de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) montre l'intérêt porté par les médecins à ce mode d'exercice : désormais, **quatre médecins généralistes sur dix choisissent l'exercice pluriprofessionnel**. Cet exercice coordonné est particulièrement plébiscité par les médecins âgés de moins de 50 ans, ce qui laisse présager « une poursuite de l'augmentation de l'exercice regroupé dans les prochaines années » conclut le rapport.

En outre, **la médecine libérale rassemble beaucoup d'acteurs différents**. Ils sont pour 57 % des auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, pédicures-podologues et orthoptistes), pour 31 % des médecins, 10 % sont des chirurgiens-dentistes et 2 % sont des sage-femmes⁷².

69 LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

70 « Les maisons de santé », site du Ministère de la Santé et de la Prévention, mars 2022, <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>

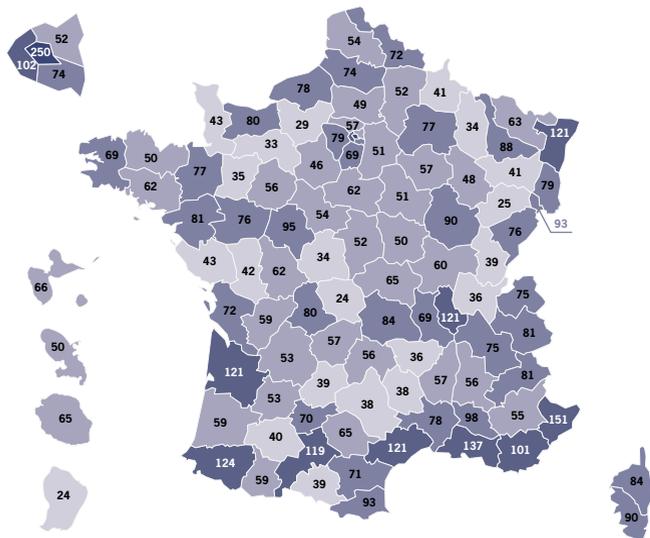
71 *Quatre médecins généralistes sur dix exercent dans un cabinet pluriprofessionnel en 2022*, Études et résultats, DREES, Octobre 2022.

72 *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance maladie pour 2023*, Assurance maladie, juillet 2022.

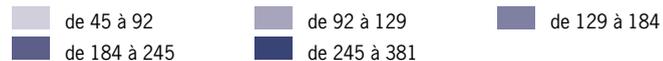
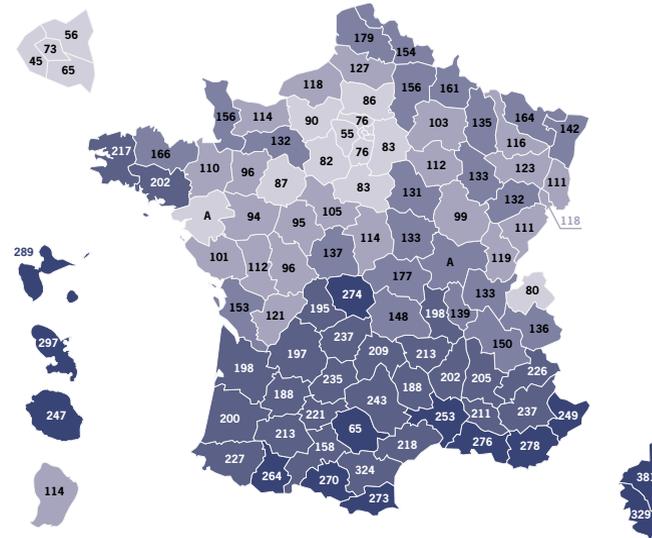
Cette répartition des professionnels de santé libéraux est inégale sur le territoire, avec notamment de fortes disparités pour les médecins spécialistes, les Infirmiers Diplômés d'État Libéraux (IDEL) et les masseurs-kinésithérapeutes⁷³.

Figure 9 : densité de médecins spécialistes, d'IDEL et de masseurs-kinésithérapeutes libéraux pour 100 000 habitants en 2021

Densité de médecins spécialistes libéraux
(France entière : 81,7/100 000 habitants)

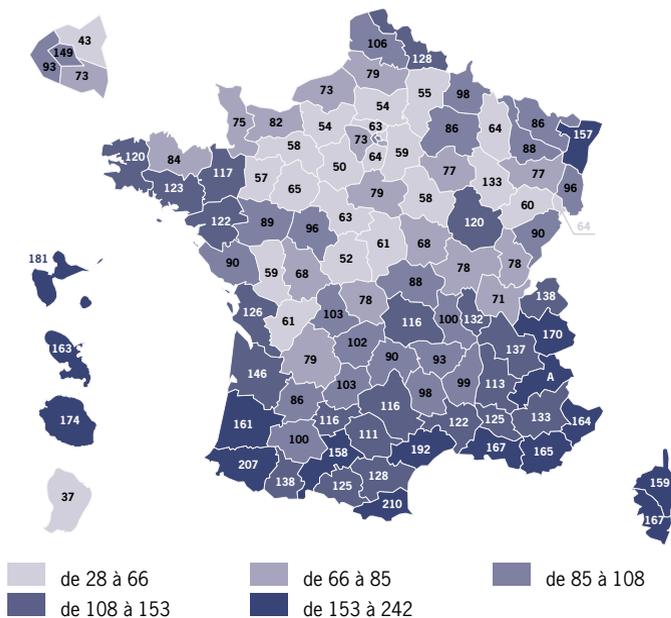


Densité d'infirmiers libéraux (IDEL)
(France entière : 147,0/100 000 habitants)



73 Ibid.

Densité de masseurs-kinésithérapeutes
(France entière : 109,1/100 000 habitants)



Source : Cnam (SNDS, Amos), Insee
(données de populations – estimation provisoire).

Remarque : les densités départementales pour 100 000 habitants de professionnels de santé libéraux sont calculées en rapportant le nombre de professionnels actifs au 31 décembre 2021 à la population estimée par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) au 1^{er} janvier de l'année 2022.

Champ : professionnels de santé libéraux tous secteurs – France entière.

Cette inégale répartition des professionnels peut être synonyme de **difficultés d'accès aux soins** pour les patients, et ainsi mettre en péril la bonne réponse de cette offre de premier recours. Pour certaines professions, comme les masseurs-kinésithérapeutes, cette difficulté croise celle de l'évolution démographique : la population vieillissante risque d'avoir de plus en plus besoin de soins de réhabilitation. L'augmentation de la pratique de l'exercice mixte sur la majorité des professions de santé en ville⁷⁴ rend également difficile l'évaluation des besoins futurs en professionnels.

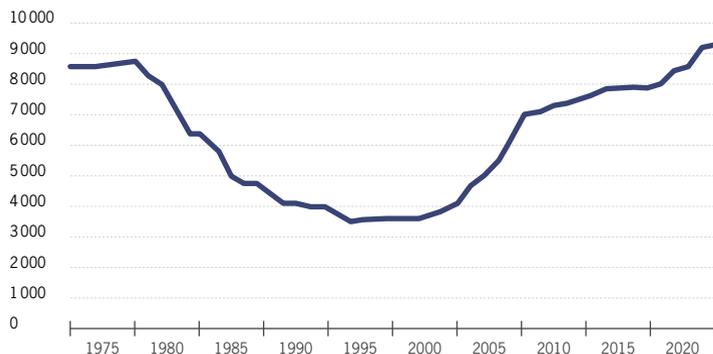
Outre la répartition territoriale, **les effectifs de certaines professions de santé tendent à diminuer**. Rouage essentiel de l'organisation des parcours de santé, l'accès à un médecin généraliste n'est pourtant pas assuré à l'ensemble de la population. **En 2021, 11 % des Français n'avaient pas de médecin traitant déclaré**⁷⁵. La politique menée depuis une dizaine d'années, qui a consisté à limiter le nombre de places au concours de médecine et, plus globalement, à réguler l'offre pour réguler la demande, est aujourd'hui vue comme une erreur. L'introduction d'un « *numerus apertus* » par la loi Ma santé 2022, donne la responsabilité aux universités, en collaboration avec les ARS, de **fixer le nombre de médecins à former en fonction des besoins du territoire**⁷⁶.

74 *Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? Constat et projections démographiques*, Les dossiers de la DREES, mars 2021.

75 *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses - Propositions de l'Assurance maladie pour 2023*, Assurance maladie, juillet 2022.

76 « Accès aux soins : fin du *numerus clausus*, place au *numerus apertus* », site de la Banque des Territoires, 18 octobre 2021, <https://www.banquedesterritoires.fr/acces-aux-soins-fin-du-numerus-clausus-place-au-numerus-apertus>

Figure 10 : *numerus clausus* national pourvu en médecine depuis 1972⁷⁷



Depuis le milieu des années 2010, on assiste à une baisse du nombre de médecins qui devrait se poursuivre jusqu'au milieu des années 2020. Celle-ci est liée aux départs à la retraite de générations nombreuses et aux *numerus clausus* faibles mis en place dans les années 1990, qui limitent aujourd'hui le nombre de praticiens en activité. Améliorer l'accès au médecin généraliste fait partie des objectifs principaux affichés par l'Assurance maladie dans son dernier rapport *Charges et Produits*⁷⁸. Le Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2023 (PLFSS)⁷⁹ prévoit également la mise en place d'une **quatrième année d'internat en médecine générale**, à effectuer en ambulatoire « lorsque cela est possible » et en priorité dans les zones géographiques où la démographie médicale est sous dense.

77 Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? Constat et projections démographiques, Les dossiers de la Drees, mars 2021.

78 Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses - Propositions de l'Assurance maladie pour 2023, Assurance maladie, juillet 2022.

79 Projet de loi de financement de la sécurité sociale n° 274 pour 2023, Article 23, 26 septembre 2022.

Les **conditions d'exercice difficiles**, largement mises en avant durant la crise sanitaire, ainsi que des évolutions dans l'encadrement de certaines professions ont pu également décourager certains praticiens en activité et étudiants de poursuivre leur activité. Le rapport du Sénat sur la crise des urgences⁸⁰ pointe par exemple le nombre important d'abandons en études d'infirmiers, bien que ceux-ci ne fassent pas l'objet d'évaluation précise. Le rapport mentionne comme causes principales le manque de pertinence d'une inclusion des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) dans la procédure Parcoursup, les conditions de réalisation des stages particulièrement pénibles, et la contrainte de deux ans d'exercice salarié encadré pour pouvoir s'inscrire comme infirmier libéral. **L'activité des IDE et IDEL est néanmoins importante pour le bon déroulement des virages ambulatoire et domiciliaire**. Bien qu'étant répartis de manière inégalitaire sur le territoire (cf. Figure 9), les IDEL ont un périmètre d'action géographique large ; ces professionnels de santé consacrent une grande partie de leur temps de travail aux **déplacements et trajets liés aux soins à domicile**⁸¹.

Les infirmiers sont en lien avec tous les acteurs du soin et du médico-social. Leur activité représente donc une composante essentielle du parcours de soin à domicile et, par conséquent, des virages ambulatoire et domiciliaire.

d) À la frontière du médical et du médico-social, l'offre des différents professionnels intervenant au domicile du patient

En parallèle des interventions ponctuelles des praticiens de ville, certains patients peuvent avoir besoin d'un accompagnement régulier à domicile plus ou moins lourd. Celui-ci est souvent assuré par une structure de soins à domicile ou médico-sociale.

80 Catherine Deroche, *Hôpital : sortir des urgences*, Rapport de la commission d'enquête Hôpital, mars 2022.

81 La part de cette activité représente environ 19 % parmi les IDEL de la région PACA selon l'enquête « Conditions d'exercice des infirmiers libéraux en PACA », menée par l'URPS infirmière PACA, 2017.

Les **acteurs du médico-social** ont pour mission « d'apporter un accompagnement ou une prise en charge aux publics dits « fragiles », en situation de précarité, d'exclusion, de handicap ou de dépendance »⁸². De fait, **cette catégorisation rassemble un large spectre d'acteurs autour de cibles identifiées** (des publics fragiles tels que des personnes âgées en perte d'autonomie ou des personnes en situation de handicap) **et majoritairement sur du soin long**. Chaque acteur se définit en fonction de son public cible et de la nature de sa prestation. Ils peuvent prendre la forme de structures d'accueil (à l'image des EHPAD) ou d'équipes intervenant à domicile. Ces derniers interviennent en support et en collaboration avec des professionnels libéraux.

La multiplicité de ces acteurs rend **leur organisation peu lisible** pour les patients qui peuvent avoir des difficultés à comprendre le rôle de chacun, leurs interconnexions et leurs spécificités. La diversité des services proposés entraîne par ailleurs souvent leur intervention conjointe auprès des patients.

Parmi ces acteurs, certains interviennent à la suite d'épisodes de soins, d'un diagnostic ou d'une hospitalisation :

- **Les Prestataires de Santé à Domicile (PSAD)**⁸³, sont des entreprises et associations qui interviennent sur prescription médicale, le plus souvent en sortie d'hospitalisation (dans 70 % des cas) pour équiper les patients ayant besoin d'appareillages spécifiques. Ils sont ainsi particulièrement mobilisés sur des pathologies respiratoires, le diabète, ou pour des problématiques de perfusion et de nutrition. Ils accompagnent aujourd'hui **plus de 2,5 millions de personnes à domicile**⁸⁴, après une très forte croissance constatée ces 10 dernières années, qui se poursuivra vraisemblablement

avec l'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques et le vieillissement de la population. Les PSAD assurent un rôle de formation, de suivi et de surveillance, à travers la mobilisation d'infirmiers conseillers, de techniciens spécialisés et de diététiciens, et fournissent un système d'astreinte 24/24. **Des visites de suivi régulières permettent d'assurer la sécurité des patients et leur maintien à domicile**. Les PSAD ont la possibilité d'accompagner les patients dans leur prise en main de nouveaux outils numériques, aujourd'hui levier essentiel du développement et de l'amélioration des parcours de soins. Par leur présence au domicile des patients, les PSAD peuvent accompagner l'utilisation de ces outils, faciliter l'adhésion des patients, et, s'ils ont accès aux données générées par les outils numériques, adapter leur accompagnement aux besoins réels des patients en fonction de l'analyse de ces données. L'offre des PSAD demeure néanmoins très diverse et peu lisible pour les acteurs de terrain avec pas moins de **2 500 entreprises mobilisées sur ces secteurs d'interventions**, aux statuts juridiques différents⁸⁵. De plus en plus de structures investissent le champ de la prestation de santé à domicile. Acteur de proximité emblématique, La Poste a par exemple acquis, depuis 2017, plusieurs sociétés spécialisées dans l'accompagnement à domicile, à l'image d'Asten Santé⁸⁶ et de DiaDom⁸⁷.

D'autres structures interviennent auprès de patients n'ayant pas eu besoin d'hospitalisation mais **présentant des besoins médicaux réguliers**, tels que les personnes âgées dépendantes ou les personnes en situation de handicap. **La diversité des acteurs et de leurs domaines et modalités d'intervention participe à une méconnaissance du public et des professionnels de santé des différentes offres proposées.**

82 « Système de santé, médico-social et social - Pour une prise en charge globale de la personne », site du Ministère de la Santé et de la Prévention, mars 2022, <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/systeme-de-sante-et-medico-social/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social>

83 Alice Bouleau et Nicolas Bouzou, *Prestataires de santé à domicile : les entreprises au service du virage ambulatoire*, Fondation pour l'innovation politique, janvier 2022.

84 « Chiffres clés », site de la Fédération des Prestataires de Santé à Domicile, <https://www.fedepsad.fr/chiffrescles.php>

88 Alice Bouleau et Nicolas Bouzou, *Prestataires de santé à domicile : les entreprises au service du virage ambulatoire*, Fondation pour l'innovation politique, janvier 2022.

86 Spécialisé dans le suivi à domicile des maladies chroniques respiratoires, diabétiques ou nécessitant des perfusions.

87 Spécialisé en urologie, neuro-urologie et stomathérapie.

- **Les Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD)⁸⁸** permettent l'intervention de personnel médical – infirmiers, aides-soignants, aides médico-psychologiques, auxiliaires médicaux – **sur le lieu de vie des patients pour assurer la continuité de leurs soins.** Cette intervention est organisée par des **infirmiers coordinateurs.** La majorité des soins effectués sont des soins de base et relationnels, réalisés par des aides-soignants, qui représentent 81 % de la masse salariale des SSIAD. Cette organisation et cette répartition des soins permet aux infirmiers de se concentrer sur des AMI⁸⁹, qui représentent plus de 90 % des actes qu'ils réalisent⁹⁰. Une partie des soins pourrait être réalisée par le patient lui-même si celui-ci n'était pas en situation de dépendance. L'intervention des SSIAD est donc destinée à des patients dont l'état de santé et les pathologies sont déjà stabilisés, mais qui ne pourraient rester à domicile sans ce soutien.
- **Les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD)⁹¹** interviennent souvent en renfort des SSIAD étant donné la situation de dépendance des patients concernés. **Ces professionnels accompagnent les patients dans leur vie quotidienne, à travers de l'aide au ménage, à la préparation des repas, à l'hygiène.** Certaines de leurs missions peuvent se chevaucher avec celles des SSIAD, entraînant un roulement entre les deux services. Les contraintes structurelles du métier d'aides à domicile rendent leur recrutement difficile pour les SAAD ne leur permettant pas de répondre à l'ensemble des demandes. L'une des premières difficultés rencontrées est celle de la rémunération. Les bénéficiaires ont besoin d'un nombre variable, et souvent limité, d'heures d'accompagnement. Les aides à domicile multiplient donc le nombre de personnes accompagnées mais peinent à atteindre l'équivalent horaire d'un temps plein, augmentant naturellement la pénibilité du métier (adaptation à différents bénéficiaires, multiplication des trajets, etc.) et limitant leur rémunération.

88 Les services de soins à domicile – Une offre à développer dans une stratégie territorialisée de gradation des soins, Cour des comptes, décembre 2021.

89 Actes Médicaux Infirmiers : actes techniques, prescrits exclusivement par un médecin.

90 Les services de soins à domicile - Une offre à développer dans une stratégie territorialisée de gradation des soins, Cour des comptes, décembre 2021.

91 Ibid.

- **Les SPASAD (Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile)⁹²** sont des structures intégrées mises en place à partir de 2014 pour faciliter l'exercice coordonné des SAAD et des SSIAD. Le bilan établi en 2019 sur le fonctionnement de ces structures⁹³ est très positif. Elles permettent une amélioration de la prise en charge par une mise en cohérence des besoins des patients et du professionnel mobilisé, et par la mise en place d'un exercice conjoint. Pour certains patients ayant besoin d'une lourde assistance, auxiliaire de vie et aide-soignant interviennent ensemble, avec une répartition des tâches proche de celle observée en EHPAD.

En 2019, on comptait 2 125 services de SSIAD-SPASAD à destination des personnes âgées offrant environ 126 600 places. D'autres services de soins à domicile peuvent également être cités à l'image des **Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)** ou les **Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)** qui s'adressent aux personnes en situation de handicap⁹⁴. L'ensemble de ces acteurs participe aux virages ambulatoire et domiciliaire en permettant le retour et le maintien à domicile des patients. Toutefois, **des problématiques structurelles limitent parfois la qualité de leur action, et donc le maintien sur le long terme des patients à domicile.**

Des organisations plus intégrées permettent au contraire une mutualisation des ressources. Les contrôles ont ainsi montré que la gestion de plusieurs établissements ou services sociaux ou médico-sociaux par un même organisme favorise le recours à des fonctions supports bénéfiques à l'ensemble des patients. Ces modèles d'organisation conjointe permettent de renforcer la présence et la qualité d'accompagnement des patients et de les maintenir ainsi plus longtemps et plus facilement à domicile. En regroupant différentes fonctions, ils sont également synonymes d'une plus grande lisibilité

92 Ibid.

93 Rapport d'étape sur l'évaluation des expérimentations menées sur les SPASAD intégrés, Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019.

94 Les services de soins à domicile – Une offre à développer dans une stratégie territorialisée de gradation des soins, Cour des comptes, décembre 2021.

de l'offre et d'une réponse plus rapide et plus adéquate aux besoins des patients.

3. Un écosystème français riche pour accélérer et soutenir les virages ambulatoire et domiciliaire

3.1. Quelques axes de développement pour la pratique ambulatoire

a) Un défi majeur, celui de la transition démographique

Les **évolutions démographiques de la population** représentent de nouveaux défis face auxquels notre système doit s'adapter. La part des plus de 75 ans dans la population, qui était de 6,6 % en 1990, a atteint 9,1 % en 2015. En 2040, ils représenteront 14,6 % de la population⁹⁵. D'ici 2070, le nombre de personnes de plus de 75 ans aura pratiquement doublé en France, atteignant plus de 12 millions⁹⁶. Or, **le vieillissement est souvent synonyme de problèmes de santé, de perte d'autonomie et de dépendance**. La France ne se classe que 12^e au niveau européen en termes d'espérance de vie en bonne santé⁹⁷. **Cette population vieillissante sera donc nécessairement plus consommatrice de soins et représente d'ores et déjà un défi pour notre système de santé.**

En parallèle, **les progrès médicaux ont permis de chroniciser des pathologies autrefois mortelles**. À titre d'exemple, entre 1990 et 2018, la mortalité, tous cancers confondus, a baissé de 1,8 % chaque année chez les hommes et de 0,8 % chez les femmes⁹⁸. Ce phénomène s'explique à la fois

par l'amélioration des traitements, un meilleur dépistage et un meilleur diagnostic de ces pathologies. Le nombre de patients traités est plus important, et ceux-ci sont traités plus longtemps. En oncologie, la DREES résume ainsi cette évolution : « *La période 1980-2012 se caractérise par une augmentation de l'incidence et une diminution de la mortalité des cancers* »⁹⁹. **Si ces évolutions sont évidemment positives** en termes de progrès médicaux et d'amélioration de l'espérance de vie (qui a progressé de 2,5 ans pour les femmes et de 3,9 ans pour les hommes au cours des vingt dernières années¹⁰⁰), **elles représentent là aussi une plus grande demande d'actions de prévention et de soins, que notre système doit prendre en compte.**

Dans ce contexte, **la crise sanitaire a été révélatrice de l'incapacité de notre système hospitalier à répondre seul à ces défis et de l'importance d'aborder plus frontalement le virage ambulatoire**. La mobilisation massive des ressources hospitalières par le Covid-19 a illustré la dépendance de notre système à l'hôpital et le manque d'alternatives dont nous disposons. Dès mars 2020, les établissements de santé reçoivent des demandes de déprogrammation de « *toute activité chirurgicale ou médicale non urgente* »¹⁰¹. **D'après le suivi réalisé par l'Institut national du cancer (Inca), 32 100 interventions chirurgicales de cancer n'ont pas été réalisées entre mars et juillet 2020, soit une diminution de 20 % de l'activité sur la période par rapport à 2019**¹⁰². À ce phénomène de déprogrammation s'ajoutait la crainte de certains patients de se rendre à l'hôpital en période de pandémie, entraînant des sollicitations tardives. Des enquêtes en Île-de-France ont notamment rapporté ce phénomène dans le domaine des pathologies

99 *L'état de santé de la population en France*, DREES, 2017.

100 Passant de 75,4 ans en 2001 à 79,3 ans en 2021 pour les hommes, et de 82,9 ans à 85,4 ans pour les femmes. Source : Tableaux de l'économie française, Insee, 2021.

101 Catherine Deroche, Bernard Jomier et Sylvie Vermeillet, *Évaluation des politiques publiques face aux pandémies*, Rapport n° 199 (2020-2021), Commission d'Évaluation, décembre 2020.

102 Catherine Deroche, Bernard Jomier et Sylvie Vermeillet, « Données consolidées transmises à la commission d'enquête par l'INCa le 19 octobre 2020. Ce suivi est assuré dans le cadre du comité national « Covid et cancer », auquel participent les services du ministère en charge de la santé, à partir d'enquêtes flash auprès des établissements de santé. », *Évaluation des politiques publiques face aux pandémies*, Rapport n° 199 (2020-2021), Sénat, décembre 2020.

95 Dominique Libault, *Concertation Grand âge et autonomie*, Ministère des Solidarités et de la Santé, mars 2019.

96 Insee, Novembre 2021.

97 *La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées*, Cour des comptes, novembre 2021.

98 « Incidence et mortalité des cancers : quelles évolutions depuis 1990 ? », site de Santé Publique France, 2 juillet 2019, <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2019/incidence-et-mortalite-des-cancers-quelles-evolutions-depuis-1990>

cardiovasculaires¹⁰³. Ces retards de prise en charge sont, pour la plupart des patients, synonymes de perte de chance. Face à la crise, une pratique ambulatoire renforcée aurait permis à la fois de proposer des alternatives de prise en charge au patient et de mieux répartir les ressources.

b) Des innovations inédites pour aider à relever ce défi

• Les innovations technologiques

Ces dernières années, le développement du numérique en santé a illustré la richesse des alternatives disponibles pour continuer à prendre en charge les patients lorsque l'hôpital et les lieux de soins classiques ne sont plus en mesure de le faire. Des nouvelles **pratiques de télé médecine** se sont particulièrement renforcées lors de la crise du Covid-19 afin de suivre les patients à distance, et contribuent à renforcer des modalités de soins alternatives à l'hôpital¹⁰⁴. Ces nouveaux dispositifs permettent aux praticiens de bénéficier à distance d'une vision en temps réel de l'état de santé du patient, ce qui non seulement limite le nombre de déplacements en rendez-vous, mais permet également un suivi plus qualitatif.

La **téléconsultation est une consultation à distance entre le patient et son médecin via l'utilisation de solutions numériques**¹⁰⁵. Cette pratique a connu un essor considérable pendant la crise : **trois médecins généralistes sur quatre ont ainsi mis en place la téléconsultation alors qu'ils étaient moins de 5 % avant la crise à la pratiquer**¹⁰⁶. Une récente étude de

l'association Les Entreprises de la Téléconsultation (LET)¹⁰⁷ indique que la téléconsultation, en dehors de la crise sanitaire, améliore l'accès aux soins : **les patients qui ont recours à une téléconsultation sont 2,5 fois plus nombreux à ne pas avoir de médecin traitant par rapport à la population générale**. Le recours à la téléconsultation la nuit est près de deux fois plus important le week-end qu'en semaine, ce qui contribue à **diminuer les recours aux urgences**. La **téléconsultation est particulièrement adaptée dans certaines spécialités notamment en psychiatrie** où un examen clinique physique n'est pas nécessaire¹⁰⁸. Néanmoins, des enjeux autour de la démocratisation de la téléconsultation demeurent : en effet, une étude de 2022 montre que sept consultations sur dix de médecine générale réalisées en téléconsultation le sont avec des patients résidant dans des grands pôles urbains¹⁰⁹. **Les usages doivent encore se démocratiser dans les territoires ruraux, et être accompagnés par des professionnels afin que cet outil devienne un véritable levier d'accès aux soins**.

La **télesurveillance** représente quant à elle l'acte pour un professionnel médical **d'interpréter à distance les données de santé du patient recueillies** sur son lieu de vie grâce à l'utilisation d'un dispositif médical numérique¹¹⁰. Elle a fait l'objet d'un dispositif national ETAPES¹¹¹ (Expérimentations de Télé médecine pour l'Amélioration des Parcours en Santé) visant à **encourager et à soutenir financièrement le déploiement de projets de télesurveillance sur l'ensemble du territoire**. Ces expérimentations portaient sur la réalisation d'actes de télesurveillance pour des patients pris

103 Catherine Deroche, Bernard Jomier et Sylvie Vermeillet, « Dans une étude rendue publique le 24 novembre 2020, la FHF évalue à -17 % le nombre d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) pendant le confinement et à -24 % le nombre d'infarctus, avec une interprétation délicate car reposant sur des raisons multiples. », *Évaluation des politiques publiques face aux pandémies*, Rapport n° 199 (2020-2021), Sénat, décembre 2020.

104 *E-santé : augmentons la dose!*, Institut Montaigne, juin 2020.

105 « La téléconsultation », site du Ministère de la Santé et de la Prévention, 15 décembre 2020, <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telesante-pour-l-acces-de-tous-a-des-soins-a-distance/article/la-teleconsultation>

106 « Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19 », *Études & Résultats*, DREES, septembre 2020.

107 « Étude Inter-Entreprises Sur La Téléconsultation », site de l'Association Les Entreprises de Télé médecine, 3 juin 2022, <https://lesentel.org/2022/06/03/etude-inter-entreprises-sur-la-teleconsultation/>

108 *E-santé : augmentons la dose!*, Institut Montaigne, juin 2020.

109 « Sept téléconsultations de médecine générale sur dix concernent en 2021 des patients des grands pôles urbains », *Études et Résultats*, DREES, décembre 2022.

110 « La télesurveillance », site du Ministère de la Santé et de la Prévention, 3 février 2021, <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telesante-pour-l-acces-de-tous-a-des-soins-a-distance/article/la-tele-surveillance>

111 « La télesurveillance : ETAPES », site du Ministère de la Santé et de la Prévention, 22 novembre 2022, <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telesante-pour-l-acces-de-tous-a-des-soins-a-distance/article/la-tele-surveillance-etapes>

en charge en médecine de ville, en établissement de santé ou en structure médico-sociale, et concernaient cinq pathologies : **insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, insuffisance respiratoire, diabète et prothèses cardiaques implantables**. Fin 2019, les solutions autour de l'insuffisance cardiaque concernaient 64 % des bénéficiaires, suivies par les solutions autour du diabète (19 % des bénéficiaires)¹¹².

Ces expérimentations, déployées depuis 2018, sont arrivées à leur terme courant 2022. L'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 prévoyait une entrée de la télésurveillance dans le droit commun pour le 1^{er} juillet 2022¹¹³. Un premier décret d'application de la télésurveillance est paru au Journal officiel le 30 décembre 2022, qui définit les modalités d'inscription au remboursement et de facturation des activités de télésurveillance médicale¹¹⁴. La tarification de cette activité n'a néanmoins pas encore été arrêtée.

Le déploiement du droit commun de la télésurveillance permettra l'émergence de nouvelles organisations de télésurveillance au bénéfice de nouveaux patients et pour de nouvelles pathologies. Cette prise en charge sera conditionnée à une évaluation de télésurveillance par la HAS pour chacune des pathologies concernées. Dans le cadre du virage domiciliaire, **la télésurveillance représente un enjeu clé d'autonomisation du patient et de gain en qualité de vie**. Le déploiement de solutions innovantes constitue à ce titre un enjeu clé pour un recueil des données en vie réelle. Par exemple, l'expérimentation portée par la société MDHC¹¹⁵, fournisseur de la solution technique de télésurveillance du diabète MyDiabby Healthcare, intervient dans la prise en charge du **diabète gestationnel**. D'autres solutions

continuent de se développer, à l'image de la solution de Resilience Care, qui propose un dispositif médical de télésurveillance¹¹⁶ en **oncologie**. L'application, outre le contenu pédagogique qu'elle met à disposition, permet aux patients de fournir des données vitales, et de déclarer les effets secondaires de leur traitement. Des algorithmes traitent ensuite ces données pour en offrir une grille de lecture aux praticiens. Ce **relevé d'indicateurs en temps réel** permet aux patients et aux professionnels d'adapter la prise en charge, en échangeant au plus vite lorsque cela est nécessaire, et en réduisant le nombre de rendez-vous inutiles.

Enfin, la **téléexpertise** offre la **possibilité à un professionnel de santé de solliciter à distance** (par messagerie ou tout autre outil sécurisé) **l'avis d'un autre professionnel de santé** sur une situation médicale donnée¹¹⁸. La téléexpertise est depuis le 2^e trimestre 2022, généralisée à tous les patients. À ce titre, l'ensemble des professionnels de santé peuvent solliciter l'avis d'un autre professionnel de santé : cet acte est remboursé par l'Assurance maladie à la fois au professionnel demandant l'avis (10 euros) et à celui le donnant (20 euros), dans la limite de 4 actes par an pour un même patient¹¹⁹. **Dans le cadre des virages ambulatoire et domiciliaire, il serait possible d'imaginer un professionnel de ville ou du domicile sollicitant l'avis d'un professionnel de santé plus expert, exerçant dans une autre structure, afin de déterminer la prise en charge la plus adaptée.**

112 *Évaluation des expérimentations de télésurveillance du programme national ÉTAPES, Rapport au Parlement, Ministère des Solidarités et de la Santé, novembre 2020.*

113 Article 36 – LOI n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 (1).

114 Décret n° 2022-1767 du 30 décembre 2022 relatif à la prise en charge et au remboursement des activités de télésurveillance médicale

115 ARS Bretagne, Décision n°2020/001 relative à l'autorisation du projet d'expérimentation « Prise en charge régionale du diabète gestationnel autour de la télésurveillance », 3 août 2020.

116 « Résilience : réinventer la façon de soigner le cancer », site de Frenchweb, 7 septembre 2022, <https://www.frenchweb.fr/resilience-reinventer-la-facon-de-soigner-le-cancer-grace-a-un-suivi-a-la-fois-digital-et-humain/434871>

117 « Depuis le 1^{er} avril 2022, ce dispositif est élargi aux médecins généralistes, pharmaciens, kinésithérapeutes, et aux auxiliaires médicaux (infirmiers, kinés, etc.). Depuis le 6 avril, les orthophonistes ont accès à la téléexpertise. Les sages-femmes devraient y avoir accès à partir de septembre 2022 ». Source : « Téléexpertise : dispositif ouvert à tous pour obtenir plus rapidement l'avis d'un spécialiste », Service-Public.fr, 13 avril 2022, <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15615#:~:text=Depuis%20le%201er%20avril,soins%20dans%20les%20d%C3%A9serts%20m%C3%A9dicaux>.

118 « La téléexpertise », site du Ministère de la Santé et de la Prévention, 15 décembre 2020, <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telesante-pour-l-accés-de-tous-a-des-soins-a-distance/article/la-teleexpertise>

119 « La téléexpertise », site de l'Assurance maladie, 28 mars 2022, <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleexpertise>

L'ensemble de ces nouvelles pratiques s'appuient sur des solutions numériques innovantes à coordonner entre elles afin de faciliter les échanges des professionnels de santé dans la prise en charge d'un patient. L'ambition des dernières années du gouvernement sur ce sujet est à souligner. La feuille de route stratégique du numérique en santé posait les bases d'une politique du numérique en santé ambitieuse reposant sur¹²⁰ :

- La mise en place d'une **gouvernance du numérique en santé** par la création d'une Délégation ministérielle au Numérique en Santé (DNS) et le renforcement de l'Agence du Numérique en Santé (ANS), agence opérationnelle pour la mise en œuvre du numérique en santé.
- Le renforcement de la **sécurité et de l'interopérabilité des systèmes d'information** en santé avec notamment la mise en œuvre de l'Identité Nationale de Santé (INS) ainsi que des référentiels d'interopérabilité opposables.
- Le déploiement des **services numériques socles**, les messageries sécurisées de santé ou encore la e-prescription.
- Le développement au niveau national des **plateformes numériques de santé** avec notamment le lancement en janvier 2022 de « Mon espace santé ».

La mise en place d'une stratégie numérique nationale ambitieuse constitue un levier clé pour l'interopérabilité entre les systèmes d'information et l'efficacité d'un virage ambulatoire réalisé entre les acteurs hospitaliers, de la ville et du domicile. Avec cette stratégie nationale, **l'État se positionne comme « État plateforme »** développant les normes et référentiels socles à respecter afin de déterminer un cadre commun pour les solutions numériques développées par de nombreux acteurs. Depuis novembre 2022, Mon espace santé propose un **catalogue de services certifiés**, développés par des acteurs du secteur privé, qui répondent à des exigences techniques, sécuritaires et éthiques¹²¹. **Une nouvelle feuille de route est prévue par la DNS pour avril 2023**¹²².

120 *Ma santé 2022 : Feuille de route stratégique du numérique en santé*, Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019.

• Les innovations techniques

À l'hôpital, **les évolutions techniques** ont permis à la chirurgie de réduire la durée des soins et de proposer des prises en charge sans hospitalisation complète. **Le développement ces dernières années de la chirurgie robot-assistée et mini invasive fait partie des évolutions ayant facilité le recours à l'ambulatoire.** Plusieurs entreprises développent ainsi des outils pour **accompagner le chirurgien dans son geste et l'aider à améliorer sa pratique.** La commercialisation par exemple des robots Da Vinci (*Intuitive Surgical*) a permis d'effectuer des chirurgies plus efficaces, moins invasives et moins lourdes en effets secondaires. Cette technologie permet par exemple d'empêcher les tremblements du chirurgien, d'augmenter la précision de ses gestes, de mieux visualiser l'espace intra-corporel, facilitant ainsi les gestes du praticien et améliorant de manière significative la qualité de vie postopératoire du patient. À titre d'exemple, alors que dans les années 90, une opération de la prostate impliquait 21 jours d'hospitalisation, le développement des interventions robotiques a permis de réduire cette durée de séjour à 1 ou 2 jours¹²³.

Le recours au robot chirurgical est aujourd'hui utilisé dans de **nombreuses spécialités**, à l'image des cancers ORL, urologiques, de la thyroïde, gynécologiques ou digestifs. En 2015, l'Institut Gustave Roussy a été l'un des premiers centres hospitaliers au monde à réaliser une ablation de sein avec reconstruction simultanée sans cicatrice dans le cadre d'une intervention pour un cancer du sein¹²⁴.

121 « Mon espace santé s'enrichit d'un catalogue de services », site de l'Assurance maladie, 3 novembre 2022, <https://www.ameli.fr/assure/actualites/mon-espace-sante-s-enrichit-d-un-catalogue-de-services>

122 « Une nouvelle feuille de route du numérique en santé se prépare pour avril 2023 », *Hospimedia*, septembre 2022.

123 « Les HCL déploient une stratégie robotique d'une ampleur sans précédent », site des Hospices civils de Lyon, <https://www.chu-lyon.fr/strategie-robotique-hcl>

124 *Une technique inédite de chirurgie du sein à Gustave Roussy*, Institut Gustave Roussy, janvier 2016.

Le développement de la **Récupération améliorée après chirurgie (RAAC)**, permet de minimiser l'impact d'une opération sur un patient en l'accompagnant avant, pendant et après celle-ci. En mobilisant une équipe pluriprofessionnelle impliquant tous les acteurs autour du patient (équipes hospitalières et de ville), la RAAC participe à réduire les complications postopératoires et à raccourcir les durées de séjour hospitalier en favorisant le rétablissement précoce des capacités du patient après la chirurgie.

Au domicile, des innovations techniques permettent d'éviter des temps d'hospitalisation, comme lors de la crise du Covid-19, où un million de journées d'hospitalisation ont été évitées pour 60 000 patients par la prise en charge en oxygénothérapie à domicile¹²⁵.

• Les innovations thérapeutiques

Le développement de **traitements innovants avec moins d'effets secondaires et des modalités d'administration moins lourdes** permet d'envisager davantage de soins à domicile. Notamment, de plus en plus de **traitements anticancéreux** sont développés par voie orale. En 2020, ils représentaient 50 % des traitements anticancéreux, utilisés seuls ou en association avec des voies injectables¹²⁶, et concernent majoritairement des thérapies ciblées¹²⁷.

Ces **traitements peuvent être délivrés en ville après une prescription hospitalière**, plaçant le **pharmacien** au centre de cette mise en place puisqu'il délivre le traitement et accompagne le patient dans sa compréhension et le suivi de ses traitements. L'intérêt de la **chimiothérapie orale** est à la

fois de limiter les risques et les contraintes liées à la perfusion et de proposer des modalités de traitement qui préservent la qualité de vie des patients. Les patients n'ont plus à se rendre aussi régulièrement à l'hôpital, diminuant les contraintes, la fatigue et les efforts de coordination à mettre en place. Mais le bon suivi de ces traitements par le patient nécessite **un accompagnement profond et de la formation** (éducation thérapeutique) afin que celui-ci puisse solliciter son médecin dès que cela est nécessaire.

Ces progrès techniques, technologiques et thérapeutiques se poursuivent et constituent un levier essentiel au développement du virage ambulatoire¹²⁸.

c) Des leviers organisationnels à renforcer pour faciliter l'accès au soin

En ville, de **nouveaux outils et modèles organisationnels** viennent soutenir la pratique en libérant du temps médical pour les praticiens, en leur permettant ainsi d'accompagner davantage de patients et de passer plus de temps avec eux. Cela passe notamment par la facilitation de la **délégation de tâches entre professionnels pour se concentrer sur les actes nécessitant réellement l'intervention d'un médecin**. Ces dernières années ont vu la France évoluer sur les questions de délégation de tâches entre professionnels de santé. En 2021, la loi Rist¹²⁹ a par exemple permis l'élargissement des compétences de plusieurs professions médicales et paramédicales. Les sages-femmes ont vu s'étendre leur scope de prescriptions, ainsi que les masseurs-kinésithérapeutes et les ergothérapeutes.

La délégation de certains actes et activités vers les infirmiers libéraux, afin que ceux-ci puissent assurer les premiers soins et orienter par la suite vers des médecins spécialistes faciliterait la prise en charge des patients

125 « Covid-19 : le succès des prises en charge à domicile post-hospitalisation, c'est aussi grâce aux PSAD », site de la Fédération des Prestataires de Santé à Domicile, https://www.fedepsad.fr/communiqués/FEDEPSAD_1636460281_20211109%20CP%2002%20COVID%20VD.pdf

126 *Plan Cancer 2014-2019*, 2^e édition, Institut National du Cancer, février 2015.

127 « Anticancéreux : les points essentiels », site du Collège national de pharmacologie médicale, 13 mai 2022, <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/anticancereux-les-points-essentiels>

128 À l'aune des innovations récentes, tant pharmaceutiques que du dispositif médical, un panorama exhaustif des soins pouvant être réalisés à domicile pourrait être établi, et des acteurs en mesure de les prodiguer (immunothérapies et chimiothérapies des cancers, dialyse, fin de vie, etc.).

129 LOI n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

vivant dans des zones où la démographie médicale est insuffisante et où l'accès au médecin traitant en premier recours reste difficile. Dans ce sens, le PLFSS¹³⁰ pour l'année 2023 prévoit d'élargir les compétences des infirmiers en matière de prescription et d'administration de certains vaccins.

L'accord des 7 ordres de santé du 12 octobre 2022 reconnaît quant à lui le transfert des compétences et de l'accès direct aux professions paramédicales : à ce titre, l'Ordre national des Infirmiers imagine de plus grandes responsabilités pour les IDE (renouvellements de traitements, consultations de suivi) pour accroître l'offre de soins¹³¹.

L'exemple du dispositif Asalée

De nouveaux modèles d'organisation pluriprofessionnelle ayant pour but de **dégager du temps médical aux médecins** voient de plus en plus le jour. C'est notamment le cas d'Asalée (Action de santé libérale en équipe).

Ce dispositif, créé en 2004, permet à **des infirmiers d'accompagner les médecins dans le suivi de certains patients chroniques**. Il couvre actuellement **quatre protocoles** :

- dépistage et prise en charge du diabète ;
- suivi des patients à risque cardiovasculaire ;
- dépistage de la broncho-pneumopathie chronique obstructive ;
- dépistage des troubles cognitifs.

.../...

Cet exercice coordonné permet de libérer du temps médical, de **fluidifier les parcours de soin des patients et de développer et valoriser de nouvelles compétences paramédicales**. Formés à l'éducation thérapeutique des patients (ETP), les infirmiers Asalée proposent également une **alternative à l'éducation thérapeutique collective** qui existe dans les MSP et les réseaux de santé.

Financé par l'Assurance maladie, ce dispositif permet aux médecins de travailler en équipe et de libérer du temps médical sans coût supplémentaire. À ce jour, environ **1 500 infirmiers travaillent auprès de 6 500 médecins** grâce à ce dispositif.

La crise du Covid-19 a également mis en lumière le **rôle des pharmaciens** qui ont occupé une place essentielle dans les campagnes de test et de vaccination¹³². Présents, dans 20 800 officines, **leur fort maillage territorial¹³³ a permis de répondre efficacement au besoin et d'ouvrir la réflexion à un élargissement de leur spectre de responsabilités**.

En tant qu'acteur de proximité, le pharmacien entretient un lien de confiance avec ses patients et un dialogue privilégié avec eux, dont ne dispose pas toujours le médecin généraliste, et qui est pourtant essentiel pour assurer une bonne prise en charge. Le pharmacien accompagne ainsi la délivrance avec des indications et de la pédagogie. Il échange avec les patients sur leur prise effective des traitements, identifie certains points de blocage éventuels (pourquoi un patient ne prend pas son traitement, ou pas régulièrement).

132 À date du 2 octobre, les vaccinations par pharmaciens représentaient 74,4 % du total des vaccinations réalisées hors centres de vaccination et établissements de santé de l'Assurance maladie, Données vaccination par catégorie d'injecteur, hors centres de vaccination et établissements de santé. Source : datavaccin-covid.ameli.fr

133 Il existe aujourd'hui 20 787 pharmacies d'officine en France. Source : site de l'Ordre des Pharmaciens, octobre 2022, <https://www.ordre.pharmacien.fr/Cartes/Cartes-regionales-Officine2/Nombre-d-officines>

130 Projet de loi de financement de la sécurité sociale n° 274 pour 2023, Article 20, 26 septembre 2022.

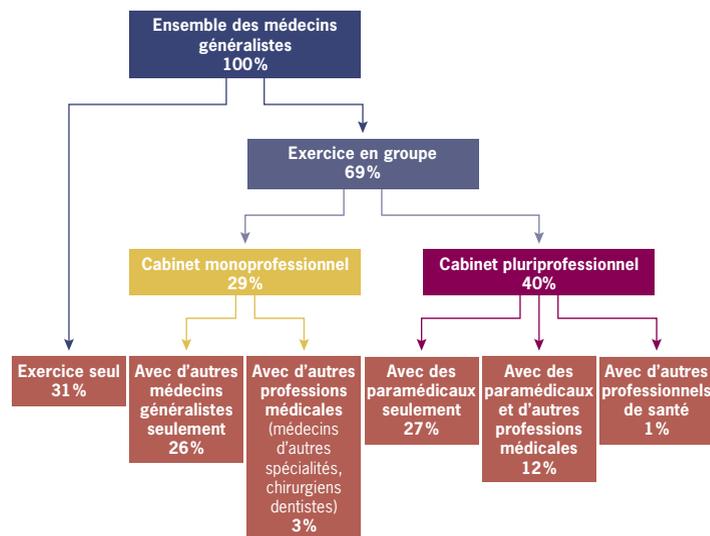
131 Communiqué, Ordre national des Infirmiers, 17 novembre 2022.

Ce rôle de conseil, d'accompagnement et de prévention peut être davantage reconnu et appuyé pour renforcer la qualité de la prise en charge.

Notre rapport à la **biologie** a également évolué avec la réalisation des tests de dépistage en ville. Là aussi, l'évolution technique nous invite à aller vers davantage de délégation de tâches : les tests biologiques sont de plus en plus simples à réaliser, ils peuvent permettre de tester plus vite et de façon plus performante. **La présence obligatoire du biologiste pour valider le résultat de tout test reste un des freins majoritaires à la délocalisation de certains tests hors des laboratoires**, y compris de tests simples qui pourraient être pris en charge par d'autres professionnels. Cela représenterait pourtant un gain de temps et d'efficacité important, notamment pour des publics à mobilité réduite, comme les résidents des EHPAD. Les progrès faits ces dernières années peuvent encore se poursuivre.

En parallèle, le **développement de nouveaux modèles d'organisation** facilite également ce recours à la délégation de tâches, à travers des binômes médecins/infirmiers ou médecins/auxiliaires médicaux. Par ailleurs, le déploiement de l'exercice regroupé constitue un bouleversement majeur du mode d'exercice des professionnels de santé. Ainsi, d'après la DREES, **sept médecins généralistes sur 10 exercent en groupe en 2022 contre 54 % en 2010**. Cette augmentation est en partie liée au développement des maisons de santé pluriprofessionnelles, où 17 % des médecins généralistes exercent¹³⁴. Ces structures pluriprofessionnelles peuvent regrouper au sein d'un même cabinet médecins, spécialistes et paramédicaux. Cet exercice coordonné est supervisé par l'ARS avec qui un projet de santé est élaboré. En juin 2021, on comptait **1 889 maisons de santé pluriprofessionnelles en fonctionnement**¹³⁵.

Figure 11 : répartition des médecins généralistes libéraux en 2022
(selon les professionnels de santé avec lesquels ils partagent leur cabinet principal)



Lecture : 29 % des médecins généralistes exercent dans un cabinet monoprofessionnel. 27 % des médecins généralistes exercent dans un cabinet pluriprofessionnel avec des paramédicaux uniquement.

Champ : médecins généralistes libéraux, installés au 1^{er} janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, France entière hors Mayotte.

Source : DREES 2022.

134 « Quatre médecins généralistes sur dix exercent dans un cabinet pluriprofessionnel en 2022 », *Études et Résultats*, n° 1 244, DREES, octobre 2022.

135 « Les maisons de santé », site du Ministère de la Santé et de la Prévention, 3 mars 2022, <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>

3.2. La nécessité de repenser le rôle du patient et de soutenir les aidants

En filigrane de la construction de ce virage ambulatoire, **la place du patient doit être repensée**. Bien qu'il soit le premier concerné par le parcours de soin, le patient est rarement directement consulté dans l'élaboration de celui-ci. **L'approche hiérarchique**, qui a souvent prévalu dans la relation entre le patient et son médecin, a limité son terrain d'expression, la prise en compte de ses envies et de son expertise. Le développement timide d'indicateurs de qualité dans la prise en soin¹³⁶ tend à lui redonner la parole, mais il reste un maillon négligé de l'organisation des soins, alors même que son rôle est essentiel. **Les virages ambulatoire et domiciliaire constituent une opportunité de mieux prendre en compte ses envies – être soigné et vieillir à domicile – et d'alléger la charge que représente actuellement pour lui son rôle dans le parcours de soins.**

Dans un même temps, ces virages ambulatoire et domiciliaire représentent une opportunité de **redonner de l'autonomie et un pouvoir décisionnel aux patients**. La crise sanitaire a esquissé une nouvelle place dans le parcours de santé pour bon nombre d'entre eux. L'essor des outils numériques à travers les solutions de prise de rendez-vous en ligne, de téléconsultation, voire les dispositifs médicaux permettant aux patients d'avoir de nouvelles données sur leur état de santé, ont participé à replacer le patient au centre de sa prise en charge. Le développement des autotests Covid-19 a également permis de sortir certains actes de leur lieu de réalisation habituel.

Tout d'abord, **le patient réalise des actes de soin** comme la prise autonome de ses traitements, la réalisation de certains gestes comme des injections ou la pose de dispositifs médicaux. Il envoie des signaux d'alerte aux professionnels

en cas d'incident, décrit l'évolution de ses symptômes, évalue sa douleur, sollicite l'avis de certains professionnels et applique, à travers ses usages quotidiens, les recommandations des professionnels de santé.

C'est également **à lui d'assurer la coordination entre les professionnels de santé**, parfois nombreux, intervenant dans son parcours. Une personne souffrant de syndrome parkinsonien mobilise en moyenne 30 intervenants au cours de son parcours¹³⁷, nécessitant une coordination très importante. Il les identifie, s'assure de leur disponibilité, prend rendez-vous, communique les informations de suivi, assure la bonne réalisation d'analyses et d'actes médicaux. Dans des territoires éclatés, c'est également souvent un patient d'assurer ses déplacements d'un centre de soin à un autre.

La charge mentale et physique de ce travail invisible pèse sur les patients et sur leurs aidants. En France, en moyenne, 58 % des personnes âgées de 60 ans ou plus déclarent recevoir de l'aide apportée par des proches¹³⁸. Au début de l'année 2022, le baromètre « Proches accompagnants – Face au cancer »¹³⁹ proposait un portrait des aidants face au cancer. Sur les proches interrogés, la majorité était aidant depuis plus d'un an, et plus de la moitié accompagnait leur proche de façon quotidienne. **Cet accompagnement passe par des actes non médicaux essentiels au bon déroulement et à la réussite du parcours de soin** : soutien moral (85 %), accompagnement et coordination des rendez-vous médicaux (66 %), organisation de la relation avec les prestations de service (40 %) et également par des actes médicaux (hygiène, prise de médicament, surveillance de l'état général, etc.) dans 45 % des cas.

Malgré des avancées législatives sur la question, le **travail fourni par les aidants** reste non rémunéré, non soutenu (85 % ne reçoivent ni proposition d'aide ni information) et non reconnu, alors même qu'il a un impact fort sur leur vie et leur santé. 3 aidants sur 4 déclarent un impact important de leur rôle d'aidant sur leur activité professionnelle, et plus de 40 % éprouvent des

136 « Dans le cadre des orientations de la stratégie de transformation du système de santé (STSS), « Ma santé 2022 », la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et la Haute autorité de santé (HAS) co-pilotent le projet « Inscrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques », au sein du chantier 4 de la STSS « Pertinence et qualité ». », Indicateurs de qualité des parcours de soins, site de la HAS, 25 avril 2022, https://www.has-sante.fr/jcms/p_3306659/fr/indicateurs-de-qualite-des-parcours-de-soins

137 *Parcours patient : parcours du combattant ?*, Institut Montaigne, septembre 2021.

138 *Bien-vieillir : faire mûrir nos ambitions*, Institut Montaigne, mai 2021.

139 Baromètre Proches accompagnants – Face au cancer, Cancer Contribution, 2022.

difficultés à concilier cette activité avec leur vie professionnelle et/ou personnelle, familiale et sociale. Ce rôle est majoritairement occupé par des femmes : en 2019, au sein des pays de l'OCDE, 62 % des aidants informels étaient des femmes¹⁴⁰.

La prise de conscience croissante du rôle actif des patients et des aidants par le système de santé permet toutefois de voir émerger de nouveaux services et de nouvelles pratiques destinés à les soutenir, de la part de différents acteurs.

- **Des initiatives locales venant du terrain** : en Occitanie, le programme « Cancer et traitement oral : je gère ! » permet par exemple aux patients de participer à des ateliers et groupes de parole pour mieux appréhender leurs traitements, échanger et valoriser leur expérience.
- **Des associations de patients et d'aidants** : ces dernières jouent un rôle crucial dans l'accompagnement des aidants, le soutien moral et l'éducation thérapeutique des patients (ETP). À titre d'exemple, l'association française des malades du myélome multiple (AF3M) met à disposition des patients un ensemble de ressources explicatives (vidéos YouTube, MOOC tutoré, etc.) de façon à les rassurer et les rendre plus autonomes dans leurs traitements.
- **Des entreprises** : certaines se sont créées autour de missions d'accompagnement des proches aidants pour les soutenir dans leurs missions quotidiennes et leur permettre de se focaliser sur le soutien moral et affectif qu'ils peuvent assurer. Ils mettent pour cela en place un service de care manager.

Le rôle clé du patient dans son parcours de soin et **l'expertise qu'il développe** sont également de plus en plus valorisés, souvent au travers d'initiatives terrain permettant soit de mieux l'impliquer au sein de son propre parcours, soit de reconnaître son expertise via la sollicitation de patients experts. **Le médecin prend peu à peu un rôle d'accompagnant pour sortir d'une hiérarchie où seul le professionnel de santé est en position de savoir.**

L'Université des patients Auvergne-Rhône-Alpes propose ainsi des formations dédiées aux patients et aux aidants, pour devenir des « patients partenaires » et valoriser leur rôle auprès des équipes médicales. Au **CHU de Rennes**, la création d'un comité mixte de professionnels, de représentants des usagers et des associations de patients a permis d'ouvrir la réflexion sur les façons d'améliorer la qualité de vie des patients au cours de traitements. Le CHU a également développé le recours aux « usagers ressources » dans certains programmes de soins, notamment à travers la participation à des consultations ou à des programmes d'ETP.

La prise en compte des difficultés propres aux patients et aux aidants est indispensable pour réussir le virage ambulatoire et ne pas alourdir les contraintes qui pèsent déjà sur eux. En parallèle, **la meilleure prise en compte des connaissances, compétences et attentes des patients permettra de dessiner des parcours de soins plus cohérents et plus personnalisés.**

La Réhabilitation Améliorée après Chirurgie : un exemple d'implication des patients dans leur prise en soins

La Réhabilitation améliorée après chirurgie (RAC) repose sur **l'implication du patient à toutes les étapes de sa prise en charge** (avant, pendant et après l'opération) afin de favoriser un rétablissement précoce et de limiter les complications post-opératoires.

Ce concept consiste à préparer le patient en amont d'une chirurgie majeure. Le patient devient ainsi un acteur à part entière de son parcours de santé et de sa guérison, en lien avec les professionnels hospitaliers (anesthésie, chirurgie) et ceux du domicile

.../...

(kinésithérapie) qui s'organisent de manière coordonnée et complémentaire.

Ce protocole est particulièrement utilisé dans le cadre d'interventions chirurgicales pour une prothèse de hanche par exemple, mais il peut se décliner pour tout type de pathologies et de patients.

3.3. De virage ambulatoire à virage domiciliaire : permettre au patient de passer le moins de temps possible à l'hôpital

L'hétérogénéité du développement de l'ambulatoire selon les spécialités et la multiplicité des acteurs impliqués pousse à **réinterroger la définition de virage ambulatoire**. La définition classique du virage ambulatoire est celle d'un changement d'organisation, faisant évoluer le système de santé d'une logique hospitalière à celle d'un mouvement allant de l'hôpital vers la ville. En intra-hospitalier, cette définition passe également par le développement du secteur ambulatoire en alternative à l'hospitalisation conventionnelle.

Pourtant, à l'heure actuelle, **la pluralité des acteurs et des lieux où le virage ambulatoire se joue en fait un sujet complexe**. La motivation financière, qui a souvent prédominé dans l'histoire de son déploiement, fait aujourd'hui place à **une recherche d'efficacité, de pertinence et d'égalité d'accès dans le soin, et de meilleure prise en compte des besoins et attentes personnelles des patients**. Petit à petit, le virage ambulatoire se détache de l'hôpital pour questionner les lieux et les modalités de soin plus globalement. En cela, il croise et rejoint également la visée du **virage domiciliaire**, qui inclut en grande partie la définition actuelle du virage ambulatoire, et vise à rapprocher le patient de son domicile.

Pour en proposer une vision la plus large possible, **nous définissons les pratiques ambulatoire et domiciliaire comme l'ensemble des dispositifs**

permettant à un patient de limiter le temps passé en établissement de santé. Cette définition nous permet ainsi d'aborder les virages ambulatoire et domiciliaire sous trois axes :

- proposer des séjours hospitaliers de plus en plus courts ;
- restreindre le recours à l'hospitalisation en redonnant sa place initiale à l'hôpital pour le traitement de soins aigus ;
- proposer des alternatives aux soins à l'hôpital pour les pathologies les plus chroniques.

En synthèse

Cette première partie a permis de faire un état des lieux de la mise en place progressive de l'ambulatoire en France :

- Depuis ses premiers développements, la pratique ambulatoire n'a cessé de progresser. Entre 2000 et 2010, le nombre de places en chirurgie ambulatoire est passé de 7 641 à 12 395 avec une diminution en parallèle du nombre de lits. Cette même progression est observée entre 2015 et 2019 où le nombre de séjours en hospitalisation de jour a augmenté de 2,4 % par an contre 1 % pour les séjours en hospitalisation complète.
- Toutefois, cette progression se fait à plusieurs vitesses, et peine à réellement s'imposer. **Le virage ambulatoire s'esquisse, mais ne s'affirme pas encore.**
- La volonté politique affichée de renforcer ce recours à l'ambulatoire et l'ensemble des leviers identifiés – des progrès techniques et technologiques par le numérique – ne suffisent pas encore à pleinement épouser ce virage ambulatoire.

En parallèle, se développe le **virage domiciliaire**, qui vise à favoriser le maintien à domicile pour les personnes dépendantes ou en situation de handicap et à limiter le recours à l'hôpital pour la prise en

.../...

charge des pathologies les plus chroniques. **Cette notion de virage domiciliaire rejoint celle de virage ambulatoire, qui forment un continuum.**

Ces deux virages connaissent un déploiement inédit grâce au numérique. La généralisation des actes de télémédecine (téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance) et le déploiement de solutions numériques innovantes tant pour les professionnels de santé que pour les patients, permettent de rapprocher les lieux de soins (hôpital, ville et domicile) et de fluidifier les parcours de santé.

Une analyse précise des freins persistants est désormais nécessaire pour comprendre, au-delà de l'identification des leviers de développement, comment accompagner les acteurs du soin dans leur changement de pratiques. Cela passera à la fois par la mise à disposition d'outils, mais aussi par une pédagogie plus poussée afin de remporter l'adhésion de l'ensemble des parties prenantes.

ÉVOLUTIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ : QUELS FREINS LEVER POUR SOUTENIR LE DÉPLOIEMENT DES VIRAGES AMBULATOIRE ET DOMICILIAIRE ?

L'état des lieux posé dans la première partie et les auditions réalisées dans le cadre de ce rapport ont permis d'identifier des écueils qui limitent le déploiement de l'ambulatoire et du domiciliaire. Ces écueils sont de plusieurs ordres. Nous avons choisi de les regrouper en cinq catégories :

- Les virages ambulatoire et domiciliaire ne peuvent être pensés sans **une coordination et une communication efficace** entre les professionnels. Or, cette coordination peine aujourd'hui à se mettre en place. Les acteurs du domicile rencontrent des difficultés supplémentaires pour se coordonner au parcours de santé du patient, au regard de leur éloignement géographique comme institutionnel, avec les professions de santé.
- **La formation des professionnels**, qu'elle soit initiale ou continue, ne prépare pas suffisamment les acteurs de terrain à travailler de manière pluriprofessionnelle et en équipe. La sensibilisation à la pratique de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) est peu ou pas traitée, et le rôle du patient mériterait d'être davantage approfondi.
- **Le patient** n'est pas suffisamment considéré comme un acteur à part entière. Il est ainsi peu intégré à la définition de son parcours de santé et son avis est peu sollicité. Il en va de même pour les **aidants**.

- Le modèle actuel de **financement et de tarification** du système de santé ne permet pas de répondre pleinement aux nouveaux enjeux qui se dessinent : prise en compte du parcours de santé du patient dans sa globalité, mesure et évaluation de la qualité de la prise en charge, déploiement de mesures de prévention, financement de l'activité de coordination, soutien à l'innovation, entre autres.
- Des **verrous réglementaires**, comme l'impossibilité de délivrer certains traitements en ville, représentent des contraintes supplémentaires pour le déploiement du virage domiciliaire.

1. Faire de la coordination la pierre angulaire des virages ambulatoire et domiciliaire

Le virage domiciliaire s'inscrit avant tout dans le cadre d'un parcours de santé qui englobe l'ensemble des acteurs du secteur, patients compris. **Cette vision ne peut être effective que si les différents intervenants échangent, communiquent et se coordonnent de façon efficace entre eux.** Or, la mise en place d'une bonne coordination présente des lacunes. Certes, la crise du Covid-19 a, indéniablement, aidé à améliorer la communication entre l'hôpital, la ville et le domicile mais des écueils persistent et ce pour plusieurs raisons détaillées ci-après.

1.1. Une méconnaissance des acteurs entre eux, à laquelle s'ajoutent des freins culturels qui empêchent une bonne communication

La **séparation géographique** est un frein évident à la bonne coordination des acteurs. Les équipes hospitalières et celles de ville n'ont pas de temps et d'espace dédiés pour se voir et se rencontrer. Il n'existe pas, par exemple, d'instances de coordination entre ces deux acteurs.

C'est notamment ce que souligne le Haut Conseil de la santé publique (HCSP)¹⁴¹ dans son rapport : « *La coordination entre la ville et l'hôpital est notamment rendue difficile par l'absence d'instance de concertation entre les différents professionnels. La médecine de ville et l'hôpital n'ont encore que rarement des échanges directs et ne partagent que trop peu le co-pilotage de projets sur les territoires.* »

L'hôpital ne sait pas toujours comment joindre les professionnels de ville qui sont, par ailleurs, éparpillés sur tout le territoire. Ce **manque de lisibilité et de structuration** de l'offre de soins libérale et à domicile peut aussi expliquer les difficultés que rencontre l'hôpital à orienter correctement le patient dans le système de soins.

À ce titre, **la promotion de l'exercice coordonné**, tel que souhaité par les CPTS représente une alternative intéressante dans le sens où ces structures ont justement été pensées et mises en place afin de faciliter la mise en relation des professionnels d'un territoire donné et de les aider à mieux structurer leurs relations. La structure juridique imposée par les CPTS qui nécessite la constitution d'une association, la rédaction d'un projet de santé et une contractualisation avec la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et l'ARS à travers un contrat Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) complexifie leur plein essor et adhésion par les professionnels de santé¹⁴². De nouvelles structures, plus souples et aux démarches juridiques allégées se développent et permettent une formalisation de l'exercice coordonné pour les professionnels de santé :

- Les **Équipes de soins primaires (ESP)** : ces équipes réunissent *a minima deux professionnels de santé (dont un médecin généraliste)* ayant en commun une patientèle. La coordination est formalisée par un projet de santé et aucune structure juridique n'est imposée aux professionnels de santé. La coordination bénéficie d'un appui financier de l'ARS.

¹⁴¹ *Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé*, Haut Conseil de la santé publique (HCSP), juin 2021.

¹⁴² *L'exercice coordonné pluriprofessionnel*, URPS Médecins libéraux Hauts-de-France, septembre 2022.

- Les **Équipes de soins spécialisés (ESS)** : expérimentation nationale, ces équipes ne sont pas encore considérées comme des lieux d'exercice coordonné. Elles réunissent plusieurs professionnels de santé, hors médecine générale, afin de faciliter l'accès aux soins spécialisés sur un territoire. Aucune structure juridique n'est imposée. Dans les Hauts-de-France, une ESS autour de l'ophtalmologie se développe regroupant plus de 40 ophtalmologues du territoire. Cette ESS a pour projet de développer une plateforme d'échange et de téléexpertise entre professionnels¹⁴³. D'autres exemples peuvent être cités comme l'Équipe de Soins Spécialisés en Dermatologie et Vénérologie Île-de-France (ESSDV-IDF) ou deux projets autour de la neurologie et la rhumatologie validés par l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur¹⁴⁴.
- Les **Équipes de soins coordonnés autour du patient (ESCAP)**, qui se coordonnent autour d'un patient et qui ont vocation à être relativement informelles et temporaires.

Ces nouvelles évolutions organisationnelles doivent encore se renforcer pour gagner en visibilité et représenter un véritable point de contact pour les autres professionnels. Ainsi, les hôpitaux, par manque de connaissance et de temps pour se construire un véritable réseau de professionnels, ne disposent pas nécessairement des bons contacts à l'extérieur. Il leur est difficile de faire sortir les patients quand ils n'ont pas d'équipes en aval pour prendre le relais. Certains hôpitaux vont donc faire le choix de garder leurs patients alors même que les technologies existantes permettraient le « zéro jour » d'hospitalisation.

Plusieurs freins culturels peuvent également expliquer ce manque de coordination. Dans certains cas, la relation ville-hôpital souffre **d'un déficit de confiance** entre les acteurs hospitaliers et ceux de la ville, ce qui peut entraîner des blocages. Cela peut notamment être dû à une méconnaissance des compétences, rôles et missions de chacun. Par exemple, l'hôpital peut être

réticent à confier certains de ses patients à des professionnels de ville, en particulier suite à l'introduction d'un nouveau traitement. Cette réticence est particulièrement marquée dans un contexte où les innovations sont de plus en plus techniques et évoluent rapidement. Il est donc nécessaire de former les professionnels de ville et du domicile et d'accompagner les **patients**.

Par ailleurs, afin de permettre une bonne articulation entre les différents acteurs du parcours, **l'échange et le partage d'informations de santé est un prérequis indispensable.** Il y a quelques années, le médecin de famille pouvait rendre visite à son patient hospitalisé, ce qui lui permettait en parallèle d'échanger avec l'équipe hospitalière et de recueillir de l'information. Cette visite pouvait être considérée comme un acte, et être rémunérée en tant que tel, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui. Ces temps d'échange n'existant plus, **la communication entre l'hôpital et la ville** a pu perdre en fluidité, ce qui complique la prise en soins du patient, que ce soit lors de son séjour à l'hôpital ou hors les murs, et ne favorise pas la coordination.

Des dysfonctionnements dans la transmission de certaines informations entre la ville et l'hôpital peuvent ainsi être constatés. À titre d'illustration, par manque d'informations de la part de l'hôpital suite à une hospitalisation, une officine de ville ne sera pas forcément en capacité d'identifier de possibles **interactions médicamenteuses**, ce qui pourra éventuellement conduire à une ré-hospitalisation en cas d'erreurs médicamenteuses. *A contrario*, l'hôpital ne dispose pas de toutes les informations sur les traitements pris par une personne à l'extérieur, ce qui représente une perte de chance pour le patient hospitalisé, et une perte de temps pour l'hôpital au moment de réaliser la conciliation médicamenteuse. À cela s'ajoute **le manque d'interopérabilité entre les outils numériques** (logiciels hospitaliers et de ville, plateformes, etc.), ce qui complexifie encore davantage la communication et la bonne transmission des informations. En ce sens, **le déploiement de Mon espace santé**, en permettant aux professionnels autorisés par le patient à avoir accès aux documents de santé déposés par les autres professionnels dans son espace personnel, devrait permettre de limiter ces dysfonctionnements.

143 « 1^{re} ESS Française d'Ophtalmologie », site du Cabinet d'ophtalmologie des Flandres, 19 juillet 2022, <https://www.cof.fr/1ere-ess-francaise-d-ophtalmologie>

144 « Équipes de Soins Spécialisées (ESS) : une attente forte des spécialistes », *La Veille Acteurs de Santé*, 29 septembre 2022.

En parallèle, des expérimentations, à l'image d'OCTAVE, se développent et tentent de pallier cette problématique.

OCTAVE (Organisation Coordination Traitements Âgé Ville Établissements de santé) une expérimentation dans le cadre de l'article 51 visant à renforcer la collaboration entre pharmacies hospitalières et de ville

L'expérimentation OCTAVE, mise en place **dans le cadre de l'article 51**, propose un parcours coordonné innovant permettant de sécuriser la prise en charge d'un traitement médicamenteux pour les populations âgées de plus de 65 ans suite à une opération chirurgicale.

Le constat à l'origine du projet est celui d'un **déficit de communication entre les pharmacies hospitalières et les pharmacies de ville** :

- En amont de l'intervention, l'information sur les traitements médicamenteux pris par le patient et son historique est principalement connue des acteurs de la ville, mais pas systématiquement de l'hôpital.
- Suite à l'hospitalisation, les informations ont du mal à circuler de l'hôpital vers les acteurs de ville, dont les officines.

Ce défaut de transmission d'informations entre l'exercice libéral et l'exercice hospitalier représente **une perte de chance pour l'usager et les professionnels qui le suivent**. Cela peut conduire à la délivrance de traitements non adaptés pour le patient, en particulier pour la personne âgée qui cumule souvent plusieurs traitements, et donc à la survenue d'évènements indésirables graves.

.../...

Le projet OCTAVE vise à **améliorer l'efficacité de la prise en charge médicamenteuse du patient âgé dans son parcours chirurgical ville – établissement de santé – ville**, en renforçant la coordination entre le monde hospitalier et le monde libéral.

Il s'agit de **remettre la ville, en particulier le pharmacien d'officine, au cœur du parcours de santé**, et de mettre en contact les professionnels de santé habituels de la personne (pharmacien, infirmier, kinésithérapeute...) et ceux hospitaliers afin de fluidifier le partage de l'information sur les traitements médicamenteux prescrits en ville et lors de l'hospitalisation via une application sécurisée, **Hospi'Ville**.

Le patient intégré à l'expérimentation choisit ses professionnels de ville (pharmacien, infirmier, éventuellement kinésithérapeute). En amont de l'hospitalisation, le pharmacien de ville réalise **un bilan médicamenteux sur l'application Hospi'Ville**. L'équipe hospitalière et l'anesthésiste peuvent ainsi prendre connaissance des résultats en amont et anticiper la mise en place de l'accompagnement pharmaceutique spécifique lors de l'hospitalisation. **Une fiche de conciliation des traitements médicamenteux** est envoyée à la sortie par l'hôpital aux professionnels en aval qui peuvent ainsi tous disposer des informations nécessaires au bon suivi. Cela sécurise la prise en charge du patient et permet de prévenir les risques de survenue d'un événement indésirable grave. **Un bilan partagé de médication** est réalisé environ un mois après l'hospitalisation par le pharmacien avec le patient et adressé au médecin traitant. Le patient remplit par ailleurs un questionnaire de satisfaction pour conclure l'expérimentation.

.../...

Grâce à l'outil Hospi'Ville l'information est structurée et tracée, rapidement accessible par l'ensemble des professionnels et partagée en toute sécurité, à chaque étape de la prise en charge et du parcours, et notamment dès la sortie du patient de l'hôpital.

La **rémunération des professionnels** repose sur des modalités de financement innovantes :

- **Une part fixe** (forfait dérogatoire 51) pour le parcours complet comprenant :
 - Une composante pour la ville fixée à 100 euros (60 euros pour le pharmacien d'officine et 40 euros pour l'infirmier) ;
 - Une composante hospitalière de 100 euros ;
 - Une composante relative au système d'information et à la coordination des acteurs fixée à 50 euros.
- **Une part variable, basée sur la performance du programme.** Cette part variable est calculée annuellement à partir d'indicateurs fixés au préalable et versée aux professionnels de santé intégrés au projet. Cette part variable repose **sur la satisfaction des patients.**

En fonction de l'évaluation qui sera faite du projet dans le cadre de l'Article 51, **le parcours OCTAVE pourrait être pérennisé et s'élargir à toute personne hospitalisée**, afin que chacun puisse bénéficier de cet accompagnement. Cela permettrait notamment de limiter les ruptures de prise en charge. En effet, la **polymédication**, si elle est plus présente chez les seniors, peut se rencontrer à tout âge. Développer encore davantage ce projet dans des territoires sous-dotés en ressources humaines en santé représente une opportunité à renforcer.

Ce type d'initiatives est particulièrement pertinent considérant que le manque de communication entre les acteurs nuit à la qualité de l'accompagnement des patients, avec des conséquences sur leur morbi-mortalité¹⁴⁵. Cette perte d'information entraîne également des coûts inutiles, comme le rappelle l'Institut Montaigne dans son rapport *Santé 2022 : tout un programme*, près de 20 % de nos dépenses de santé pourraient ainsi être assimilées à du « gaspillage »¹⁴⁶.

Sur ce dernier point, l'instauration de la **lettre de liaison** entre les établissements de santé et les médecins traitants et la structuration du **Dossier de liaison d'urgence (DLU)** pour les EHPAD constituent également des progrès indéniables. Ainsi, comme le souligne le HCSP dans son rapport¹⁴⁷, la parution récente d'un décret définissant les informations obligatoires à échanger entre l'hôpital et la ville suite à une hospitalisation et la mise en place d'indicateurs qualité de la HAS va dans le sens d'une communication facilitée entre ces deux acteurs.

Toutefois, ces avancées illustrent également les difficultés persistantes dans la prise en charge des patients :

- Le HCSP dresse ainsi les **limites observées dans la pratique de la lettre de liaison** : elle s'adresse en premier lieu au médecin traitant et non au premier professionnel prenant en charge le patient à sa sortie d'hospitalisation ; n'atteint que rarement les standards de qualité et n'inclut pas les informations nécessaires concernant la prise en charge médicamenteuse.
- Il conviendrait, par ailleurs, **d'associer davantage les professionnels de ville autres que les médecins généralistes dans les échanges**, afin que l'ensemble des acteurs qui prend en charge le patient soit destinataire de l'information en sortie d'hospitalisation. Le patient gagnerait également à être davantage intégré dans les échanges avec les professionnels qui le suivent.

145 *Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé*, Haut Conseil de la santé publique (HCSP), juin 2021.

146 *Santé 2022 : tout un programme*, Institut Montaigne, janvier 2022.

147 *Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé*, Haut Conseil de la santé publique (HCSP), juin 2021.

- Enfin, pour la médecine ambulatoire, si les conditions de partage d'informations sont définies, il n'existe pas de cadre précisant **la qualité des informations attendues**.

Ce déficit de communication s'accompagne de **difficultés organisationnelles** lorsque le patient sort de l'hôpital. En effet, les sorties d'hospitalisation doivent suivre des protocoles spécifiques tout en prenant en compte les préférences du patient et son environnement de vie. Or, **il n'existe pas à l'heure actuelle de recommandations au niveau de la HAS** concernant ces protocoles : ils sont donc écrits de manière différente entre les établissements de santé, ce qui complexifie les sorties et le travail des professionnels de l'aval.

La aussi, des avancées sont à noter, bien qu'elles ne constituent toujours pas des modèles de prise en soin classiques pour tous les patients et saisies par l'ensemble des professionnels de santé. Le **programme d'accompagnement du retour à domicile des patients hospitalisés (PRADO)** déployé par l'Assurance maladie, repose sur le soutien d'un conseiller de l'Assurance maladie pour accompagner la sortie des patients hospitalisés.

PRADO : un programme qui facilite la sortie des patients hospitalisés en s'appuyant sur le conseiller Assurance maladie¹⁴⁸

Le programme PRADO cible **certaines catégories de patients** (sortie de maternité, insuffisance cardiaque, AVC, personnes âgées de plus de 75 ans, patients atteints de BPCO). Les patients éligibles au programme sont **accompagnés par un conseiller Assurance maladie dans leur retour à domicile**.

.../...

Le conseiller se charge de contacter le médecin traitant ainsi que tous les professionnels de santé qui accompagnent le patient, afin de **mettre en place les modalités pratiques du suivi à domicile** : identification du ou des professionnels qui vont assurer le suivi, gestion des rendez-vous et des échanges, mise en place d'un carnet de suivi numérique ou encore la coordination des interventions des professionnels de santé et/ou médico-sociaux au domicile des patients.

La mise en place du dispositif par l'Assurance maladie repose sur les **trois piliers** suivants :

- **Accompagner le patient dans sa sortie d'hospitalisation.**
Le conseiller Assurance maladie va ainsi se substituer au patient pour la mise en place de sa prise en charge, et l'aider à « naviguer » entre les différents intervenants qui seront amenés à le suivre en ville ou à domicile. L'Assurance maladie peut notamment s'appuyer sur son réseau et sa force institutionnelle pour mobiliser les professionnels et mettre en place ce suivi.
- **Structurer les parcours éligibles au programme** afin qu'ils respectent au mieux les recommandations de la HAS et autres sociétés savantes.
- **Évaluer la qualité** de la prise en charge à travers la mise en place d'essais cliniques¹⁴⁹.

Toutefois, le programme ne s'étant pas entièrement généralisé et ne concernant que certaines aires thérapeutiques, **l'impact du PRADO est encore modeste**. En 2019, la majorité des bénéficiaires concernait les sorties de maternité (400 000 sur 505 000), et on comptait seulement 18 000 patients en insuffisance cardiaque et 6 000 en hospitalisation pour exacerbation du BPCO. Par ailleurs, le programme est dépendant des ressources en conseillers de l'Assurance maladie des CPAM.

148 « Prado, le service de retour à domicile », site de l'Assurance maladie, 6 octobre 2022, <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>

149 Evaluation of a Back-Home Support Program for Hospitalized Patients for Heart Failure (PRADO_IC2).

Au-delà de ces premières difficultés, la question d'identifier **quel acteur sera chargé de cette mission de coordination se pose**. En effet, à l'heure actuelle, aucun acteur du système de santé n'a été clairement identifié pour porter cette mission. **Le rôle de ce professionnel coordinateur** est pourtant indispensable, comme cela a déjà été largement souligné précédemment. Il permettrait de garantir la bonne articulation entre les différents acteurs du parcours de santé, de fluidifier les prises en charge permettant ainsi de limiter les ruptures de prise en charge et d'optimiser les parcours. Il pourrait également avoir **un rôle de « personne ressource/ référente » auprès du patient**. Il s'agira donc d'identifier le profil qui pourrait être en capacité d'endosser ce rôle pivot pour le recours à l'ambulatoire et le maintien à domicile, et d'être le garant du lien ville-hôpital.

Si les différents profils envisageables pour ce rôle de coordination seront détaillés ultérieurement dans ce rapport, il est intéressant de mentionner dès à présent des initiatives portées par certains centres hospitaliers, à l'instar de l'Institut Gustave Roussy. L'IGR a en effet développé son propre service de coordination afin d'organiser et de faciliter le retour et le maintien à domicile de ses patients, au-travers de ses **infirmières de coordination**.

Le service de coordination des soins externes à l'Institut Gustave Roussy

L'organisation du retour et du maintien à domicile des patients nécessitant des soins complexes, par exemple à la suite d'une chimiothérapie, est réalisée par **un service dédié au sein de l'Institut Gustave Roussy : la CSE, pour Coordination des Soins Externes**¹⁵⁰.

.../...

Les infirmiers de coordination du service **évaluent si l'état du patient permet un retour à domicile**. Elles **prennent contact par la suite avec leur réseau de professionnels de santé locaux** (médecins généralistes, infirmiers libéraux, pharmaciens d'officine) afin d'organiser la sortie. La CSE fait également le lien avec les prestataires de service et les services d'HAD.

Une fois sorti, le patient, ses aidants mais également l'équipe soignante intervenant au chevet du patient peuvent contacter la CSE si besoin (questions ou événements particuliers).

1.2. Le numérique, levier clé pour faciliter les interactions entre professionnels, ainsi que l'échange et le partage de données de santé

Le numérique est un outil incontournable lorsque l'on traite du virage ambulatoire, et plus largement, du virage domiciliaire. Ainsi, le développement croissant de solutions numériques, l'accélération de leur utilisation et de l'acculturation des patients et des professionnels de santé offrent des perspectives intéressantes pour l'évolution des parcours de soin. **Offre plus lisible, action plus coordonnée, amélioration technique dans le soin**, etc. les outils digitaux permettent de développer de nouvelles modalités de communication entre les acteurs afin de créer davantage de lien, de faciliter et de fluidifier les échanges. En cela, le numérique représente un levier majeur pour garantir qu'aucune information essentielle à la prise en charge du patient ne soit perdue. Ces outils permettent **une meilleure mise en relation des différents acteurs**.

Suite à la crise du Covid-19, un investissement conséquent autour du numérique appliqué à la santé a été réalisé, financé par le Plan de Relance et Résilience Européen à travers le **Ségur de la Santé**. 2 milliards d'euros

(dont 465 millions d'euros consacrés à l'équipement logiciel) ont été accordés pour avancer sur la numérisation du système de santé et la généralisation du partage fluide et sécurisé des données de santé entre professionnels de santé et patients¹⁵¹ répartis de la manière suivante : **1,4 milliard alloués au total pour le partage des données de santé sur 3 ans et 600 millions dédiés au secteur médico-social sur 5 ans**¹⁵². Une partie de ces financements est dédiée à **la transformation des pratiques** (adaptation des procédures, intégration avec les autres logiciels, adaptation du matériel informatique, etc.) et conditionnée à l'atteinte de cibles :

- 210 millions d'euros sont consacrés au programme SUN-ES concernant les établissements de santé.
- 630 millions d'euros au programme ESMS numérique au profit des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) : cette enveloppe financière sert notamment à adapter les logiciels métier de ces structures pour assurer l'interopérabilité et la portabilité de leurs données.
- 300 millions d'euros au volet numérique de l'avenant 9 à la convention médicale concernant les médecins libéraux¹⁵³.

La **Stratégie d'Accélération « Santé Numérique » (SASN)**¹⁵⁴ (2021) y ajoute une enveloppe de 650 millions d'euros pour accompagner des axes complémentaires, à l'image de la formation et la mise en place de projets numériques innovants.

151 « Lancement opérationnel du volet numérique du Ségur de la santé : 2 milliards d'euros pour généraliser le partage des données de santé! », site du Ministère de la Santé et de la Prévention, 22 juillet 2021, <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiqués-de-presse/article/lancement-operationnel-du-volet-numerique-du-segur-de-la-sante>

152 *Présentation, objectifs et périmètre du Ségur Numérique en Santé*, Ministère des Solidarités et de la Santé, juin 2021.

153 Bien que l'action du Gouvernement pour la transformation numérique du système de santé soit à souligner, ces financements demeurent encore très centrés sur les hôpitaux et leurs logiciels médicaux. La réussite du virage ambulatoire repose également sur la fluidité des échanges entre la ville et l'hôpital et l'interopérabilité entre les systèmes d'information qui représentent des sources de transformation digitale.

154 *Stratégie d'accélération « Santé numérique » – Dossier de presse*, Ministère des Solidarités et de la Santé, octobre 2021.

Plusieurs pays ont axé la transformation numérique de leur système de santé en établissant une norme minimale pour les hôpitaux à respecter en termes de digitalisation. Ainsi, en Allemagne, **le loi sur l'avenir des hôpitaux (loi KHZG)** adoptée en 2020, a donné lieu à la création d'un fonds fédéral à hauteur de 3 milliards d'euros s'accompagnant d'un fonds local provenant des Länders de 1,3 milliard d'euros dédiés au renforcement de la digitalisation des hôpitaux et à la modernisation des urgences. Cette loi définit cinq critères devant être adoptés par les hôpitaux jusqu'en 2025, à savoir : la mise en place d'une documentation numérique, d'un portail patient numérique, d'un circuit du médicament numérique et d'autres applications entièrement digitalisées. **Ces critères constituent des mesures de garantie d'une bonne allocation de ces fonds, car sans leur respect les hôpitaux risquent de voir baisser leur financement de 2 %**¹⁵⁵.

Depuis 2022¹⁵⁶, l'avenant à la convention médicale porte **une incitation forte pour les professionnels de santé à appartenir à des structures d'exercice coordonné** (MSP, CPTS, ESP, etc.). En effet, **le versement du forfait structure**, aide financière pour l'organisation et l'informatisation du cabinet médical¹⁵⁷ (usage d'une messagerie sécurisée de santé, usage de téléconseillers, équipes pour la vidéoconsultation etc.) pouvant aller jusqu'à 9 695 euros en 2023 est désormais conditionné à l'engagement du médecin dans une démarche de prise en charge coordonnée¹⁵⁸. Des conditions similaires se retrouvent également dans **le forfait d'aide à la modernisation et informatisation du cabinet professionnel (FAMI) à destination des paramédicaux**. La rémunération sociale du FAMI demeure néanmoins insuffisante et peut varier de 590 euros à 1 115 euros¹⁵⁹.

155 *Le numérique au service de l'hôpital*, Doctolib, mai 2022.

156 *L'exercice coordonné pluriprofessionnel*, URPS Médecins libéraux Hauts-de-France, septembre 2022.

157 « Modernisation du cabinet médical avec le forfait structure », site de l'Assurance maladie, 24 mai 2022, <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/modernisation-cabinet>

158 *Ibid.*

159 « Le forfait d'aide à la modernisation et informatisation du cabinet professionnel », site de l'Assurance maladie, 26 juillet 2022, <https://www.ameli.fr/infirmier/exercice-liberal/vie-cabinet/forfait-d-aide-la-modernisation-et-informatisation-du-cabinet-professionnel>

Par ailleurs, les nombreux financements peuvent amener à **créer de multiples couches d'outils ne communiquant pas entre eux** et non-interopérables, complexifiant le système et son offre de solutions. Partant d'une bonne initiative, certaines régions ont ainsi investi dans leurs propres outils de communication afin de faciliter la coordination entre les acteurs du territoire. **L'outil numérique Paaco-Globule** peut notamment être cité. Porté par la région Nouvelle-Aquitaine, Paaco-Globule est l'outil numérique de coordination utilisé par les professionnels de la région pour le suivi de tous types de parcours de santé. La région Auvergne-Rhône-Alpes propose, de son côté, sa propre messagerie sécurisée de santé, **MonSisra**¹⁶⁰, qui permet aux professionnels non seulement d'échanger entre eux mais également d'accéder à l'ensemble des services e-santé de la région (téléconsultation, ViaTrajectoire, Nuage...) et de réaliser des actes de télémédecine. La région Hauts-de-France a quant à elle mis en place une plateforme de e-santé régionale **PRÉDICE** qui propose un bouquet de services à l'ensemble des acteurs du médical et du médico-social. Le déploiement des Groupements régionaux d'appui au développement de la e-santé (GRADeS) en région, bras armé des ARS sur le volet numérique a fortement contribué à la mise en place de ces solutions régionales. Néanmoins, ces initiatives ne bénéficient pas d'un portage national et ne sont, bien souvent, **ni interopérables entre les régions, ni interopérables avec les outils numériques nationaux**, même si des évolutions et des travaux de la part des éditeurs peuvent être en cours.

Par ailleurs, pour être efficaces, ces outils doivent être **compris et acceptés par les usagers** et proposer une prise en main facile. Ils doivent éviter de creuser davantage le fossé entre certains acteurs isolés et le reste du système de santé. À ce titre, la prise en compte des **14 millions de Français exclus du numérique**¹⁶¹ sera cruciale pour ne pas créer un système de soin à deux vitesses, qui finirait par conduire à de réelles situations de rupture. On parle alors de **double fracture** : dans l'accès aux soins et l'accès au numérique en santé.

Enfin, la **formation à ces nouvelles technologies**, que ce soit celle des professionnels ou celle des patients, ne doit pas être négligée. Preuve en est concernant les professionnels de santé : un arrêté¹⁶² définissant les orientations prioritaires 2023-2025 du Développement Professionnel Continu (DPC) publié en septembre 2022 comprend désormais **une thématique dédiée au numérique en santé** (orientation n° 11). Une fiche de cadrage¹⁶³, rédigée par l'Agence nationale du DPC (ANDPC), précise le contenu de cette orientation. Les compétences à acquérir ont été regroupées en cinq grands domaines : **données de santé, cybersécurité en santé, communication en santé, connaissance et usage des outils numériques en santé, télésanté**. En particulier, il s'agira de donner aux professionnels des clés pour « *utiliser les outils permettant d'interagir avec les usagers pour une transmission efficace de l'information* », « *interagir de manière adaptée entre professionnels, avec l'usager, avec les aidants et accompagnants et avec les institutions et administrations* », de « *connaître les solutions actuelles (logiciels, objets connectés et applications mobiles) et leurs usages pour mieux conseiller et orienter le patient* » ainsi que « *les outils et les services socle (DMP, MSS, MESS) et les sites de références fiables* ». Dès la rentrée 2024, **l'enseignement du numérique en santé lors de la formation initiale** des étudiants se basera sur ce même référentiel socle de compétences¹⁶⁴.

Il est par ailleurs indispensable de disposer **d'indicateurs précis permettant de mesurer et d'évaluer les impacts du recours à l'ambulatoire sur les parcours ainsi que la qualité de la prise en charge**. Sur ce point, les outils numériques sont intéressants à exploiter car ils permettent de faciliter et d'améliorer le suivi des usagers en fournissant, en temps réel, de nouveaux indicateurs inclus directement dans les applications de suivi. Toutefois, comme le souligne la note *Identifier et évaluer les prises en charge ambulatoires. Intérêts et limites des bases de données*, publiée dans la revue

160 « MonSisra : messagerie sécurisée de santé », site du GCS Sara, <https://www.sante-ara.fr/services/monsisra/>

161 Raymond Vall, *Rapport d'information du Sénat N° 711*, Sénat, septembre 2020.

162 Arrêté du 7 septembre 2022 définissant les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu pour les années 2023 à 2025.

163 *Fiches de cadrage relatives aux orientations prioritaires 2023-2025*, Agence nationale du DPC, septembre 2022.

164 Arrêté du 10 novembre 2022 relatif à la formation socle au numérique en santé des étudiants en santé.

du HCSP, **l'établissement d'indicateurs permettant d'évaluer le virage ambulatoire en termes d'accès aux prises en charge et de sécurité de soins** peut difficilement s'appuyer sur les bases de données de santé car ces dernières sont aujourd'hui difficilement exploitables « *en raison de leur aspect non mutualisé, non standardisé, non interopérable et de qualité très variable* »¹⁶⁵.

La note souligne ainsi qu'aucune base de données du Système National des Données de Santé (SNDS) ou du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ne permet d'approcher une description médicale des actes de ville. Les motifs de consultation et les diagnostics ne sont, par exemple, pas renseignés dans le SNDS, ce qui complexifie l'identification des actes de chirurgie et de médecine ambulatoires. **Cette absence de marqueur caractérisant le périmètre ambulatoire de la prise en charge limite l'exploitation qui peut être faite de ces données.** Une évolution du SNDS serait ainsi pertinente afin de davantage lier les parcours de soins entre la ville et l'hôpital pour accompagner le virage domiciliaire.

2. Repenser la formation des professionnels de santé

Différents constats ont pu être dressés dans le chapitre précédent pour tenter d'expliquer les causes du manque de coordination entre les différents acteurs. À ces constats s'ajoute celui de la formation qui reste encore trop cloisonnée, avec une vision mono-professionnelle très centrée sur l'hôpital. La formation, telle qu'elle est pensée aujourd'hui, **ne contribue pas à favoriser les échanges entre professionnels de différents secteurs et le travail en équipe pluridisciplinaire.** Les professionnels ne sont pas incités à se placer dans une dynamique d'ouverture vers les autres acteurs, ce qui ne facilite pas la mise en place d'une coordination ultérieure.

À titre d'exemple, **les médecins ne sont aujourd'hui pas formés au travail en équipe.** Or, face aux évolutions de notre société, le schéma traditionnel du médecin exerçant seul est de plus en plus remis en question : les avis se prennent désormais en concertation avec le patient et éventuellement d'autres professionnels, en recourant à des examens spécialisés, en sollicitant un deuxième avis (téléexpertise), etc. **Travailler en équipe apparaît donc comme une condition *sine qua none*,** si ce n'est une obligation pour la pratique des professionnels.

À ce titre, Soignons Humain constitue un exemple d'adaptation aux enjeux actuels de la formation en **priviliégiant le principe de travail en équipe.**

S'appuyer sur la formation continue pour inciter les professionnels à travailler en équipe : l'exemple de Soignons Humain

Aujourd'hui, **les formations continues suivies par les professionnels portent essentiellement sur la codification** (le codage des actes pouvant être complexe à appréhender). Par ailleurs, si le DPC, dispositif de formation réglementé, a été instauré afin que les professionnels puissent prendre le temps de se former, les compétences acquises à cette occasion ne sont pas systématiquement mises en pratique par la suite.

Or, **l'enjeu de construire des formations adaptées qui répondent aux demandes du terrain et qui incitent les professionnels à travailler en équipe est majeur.** Il s'agit de nourrir chez les professionnels l'envie de travailler ensemble. Le modèle de formation continue proposé par Soignons Humain vise ainsi à **donner les clés**

.../...

¹⁶⁵ Claire Morgand, « Identifier et évaluer les prises en charge ambulatoires : intérêts et limites des bases de données », ADSP, n° 118, juin 2022.

d'un travail en équipe efficace et à outiller l'équipe de professionnels pour qu'elle soit ensuite en capacité de faire émerger d'elle-même les solutions : formation aux bonnes pratiques de coopération interprofessionnelle, réunions d'équipe, etc.

La Soignons Humain Académie propose ainsi un **parcours de développement personnel et professionnel pour accompagner et soutenir la transformation et le changement dans les organisations**¹⁶⁶. Les objectifs pédagogiques de cette formation sont multiples :

- évoluer de façon harmonieuse au sein d'une équipe auto-organisée ;
- cocréer, collaborer, décider et progresser ensemble grâce aux réunions d'équipes ;
- développer l'autonomie et l'agilité de l'équipe, s'auto-évaluer ;
- favoriser une communication fluide entre les parties prenantes.

Ce modèle s'incarne notamment au travers de l'**expérimentation Équilibres**¹⁶⁷ mise en place par Soignons Humain. Une des composantes de ce dispositif est d'inciter les infirmiers libéraux à exercer en équipe, composée d'a minima quatre professionnels. Les professionnels bénéficient d'une formation et d'un accompagnement spécifique par Soignons Humain, afin de garantir une vie d'équipe épanouie.

Le **développement des capacités managériales** des professionnels de santé doit également être intégré à leur formation afin de développer l'exercice coordonné. Un rapport de 2020¹⁶⁸ souligne que « *les praticiens exerçant des*

responsabilités managériales ont largement rapporté manquer de formation et d'outils pour l'exercice de leurs responsabilités, alors même que le management n'est pas appris au cours de leur formation initiale ». L'enjeu est de construire un management sur le terrain qui placerait la coopération des professionnels de santé au cœur du parcours de santé du patient. Cependant les défauts d'organisation ainsi que la mauvaise communication dans les ordonnances entre la ville et l'hôpital rendent difficile le développement d'une réflexion managériale tournée vers les acteurs de terrain.

Par ailleurs, la faculté de médecine ne prépare pas suffisamment à l'exercice en ville, les stages étant majoritairement réalisés à l'hôpital. Encore une fois, cela ne favorise pas la création d'un lien ville-hôpital et la rencontre entre ces acteurs. L'ajout d'une quatrième année d'internat au diplôme d'études spécialisées de médecine générale par le PLFSS 2023 réalisée en ambulatoire représente un premier levier pour sensibiliser à la pratique ambulatoire. Le Gouvernement laisse néanmoins entendre que cette année supplémentaire pourrait être réalisée de manière exceptionnelle dans un établissement de santé¹⁶⁹ : **la formation de l'ensemble des spécialités médicales à l'exercice ambulatoire devrait pour autant faire partie intégrante du cursus de formation, afin que les futurs médecins se forment à la coordination entre les acteurs exerçant en ville et au domicile.**

Des **écueils dans la formation des acteurs du domicile** peuvent également être relevés. En effet, nombre de ces acteurs sont insuffisamment formés à la réalité physique et émotionnelle qui les attend dans leur métier. Les **aides-soignant(e)s et auxiliaires de vie sociale (AVS)**, sont confrontés quotidiennement à des réalités socio-médicales très dures, qu'ils doivent appréhender seuls, sans soutien ni accompagnement. De la même façon, les notions de coordination du parcours avec le reste des professionnels ne sont pas abordées en cours de formation ni normalisées. Elles dépendent largement de l'organisation de la structure qui emploie, quand il y en a une, puisque

166 « Soignons Humain Académie », site de l'association Soignons Humain, juin 2022, <https://www.soignonshumain.com/formations/nos-formations/soignons-humain-acad%C3%A9mie/>

167 Cf. encart dédié à l'expérimentation Équilibres, page 104.

168 Olivier Claris, *Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières confiée au Pr. Olivier Claris*, Ministère des Solidarités et de la Santé, juin 2020.

169 « Budget 2023 : Projet de loi de financement de la sécurité sociale – quels enjeux sur l'accès aux soins et à l'innovation? », Institut Montaigne, 22 novembre 2022.

50 % des AVS accompagnant des personnes âgées en perte d'autonomie travaillent en gré à gré¹⁷⁰. Cette absence d'encadrement peut créer un risque pour le patient. En effet, **il n'existe pas de critère pour mesurer la qualité de l'accompagnement**. Par ailleurs, sans lien direct avec les autres professionnels et sans protocole établi de prise de contact, le rôle de l'AVS reste très restreint à des tâches de base, sans adaptation à l'évolution des besoins de la personne accompagnée. **Par sa présence souvent quotidienne auprès de cette personne, l'AVS devrait pourtant avoir un rôle de prévention et d'alerte bien plus important.**

3. Impliquer le patient et en faire un acteur à part entière du parcours de santé

Le patient est un acteur de premier plan du parcours de soins. De par les innovations numériques (outils de télésurveillance ou de télé-suivi), l'accès facilité à l'information (via internet par exemple), l'explosion des maladies chroniques, ce dernier est devenu de plus en plus expert de sa maladie. La plupart des patients souhaitent ainsi « être au centre des décisions, ou pour le moins y être plus fortement associés¹⁷¹ ». Depuis la loi du 4 mars 2022, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (dite loi Kouchner), **les droits du patient** ont été reconnus comme celui du libre accès à son dossier médical ou de siéger aux seins d'institutions de représentants des usagers à l'échelle locale, régionale comme nationale¹⁷². **La loi Kouchner impose aussi des devoirs aux médecins, comme celui d'informer au mieux ses patients.** Par ailleurs, depuis la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, les associations d'usagers du système de santé ont été réunies au sein de France Assos Santé, qui constitue un véritable poids

institutionnel à même de faire entendre la voix des patients dans la définition des politiques de santé.

Malgré cela, le patient reste souvent **tenu à l'écart des décisions le concernant**. Certes, ce dernier n'est pas systématiquement en capacité de donner lui-même une « direction » à son parcours de soin. Toutefois, pour certaines pathologies, à l'image des pathologies chroniques, une alternative à la prise en charge hospitalière existe mais le patient, du fait d'un **défaut d'information**, peut ne pas avoir connaissance des différentes possibilités de traitement et de prise en charge qui s'offrent à lui. À titre d'illustration, les **patients dialysés** n'ont pas systématiquement connaissance de la possibilité de pratiquer cet acte à domicile, de ses avantages et de ses inconvénients.

Les associations de patients regrettent par ailleurs « l'infantilisation » des patients dans certains parcours de santé et **le faible recours à l'éducation thérapeutique du patient (ETP)**. L'ETP est pourtant un outil qui permet de donner un réel sentiment d'autonomie au patient. Grâce à l'ETP, le patient peut être en mesure de repérer les symptômes auxquels il doit être vigilant, de comprendre à quoi la douleur ressentie est due, si cela est « normal » ou si cela doit l'inciter à réagir. L'ETP va ainsi aider le patient, ainsi que ses proches, à mieux comprendre le fonctionnement du traitement mis en place. **Il s'agit d'un levier particulièrement intéressant dans une perspective de développement du virage ambulatoire et domiciliaire.** En ayant compris et assimilé l'intérêt des thérapies mises en place, l'observance et l'adhésion du patient aux traitements s'améliorent, ce qui facilite son suivi à domicile. Dans certains cas, cela permet également de rassurer le patient qui pourrait être réfractaire à l'ambulatoire. Or, **l'ETP présente des limites dans la manière dont elle est pratiquée** actuellement par certains professionnels. Elle peut être réalisée sans réflexion commune avec le patient, intégrer insuffisamment les aidants, ne pas être effectuée sur son lieu de vie et rester profondément descendante.

170 Les services d'aides à domicile en mode mandataire, Fédération du Service aux Particuliers (FESP), 2021.

171 L'onco-hématologie à l'horizon de « Ma santé 2022 », Actes des assises institutionnelles en région, AbbVie, 2021.

172 Gérard Raymond, « La démocratie sanitaire en France 20 ans après la loi Patients », Institut Montaigne, 9 mars 2022.

Afin que l'**expertise du patient** soit pleinement reconnue, certaines universités, comme l'Université des Patients de la Sorbonne, proposent des formations diplômantes en éducation thérapeutique à destination des patients.

L'Université des Patients de la Sorbonne¹⁷³ : transformer l'expérience des malades en expertise

Fondée en 2010 par le Professeur Catherine Tourette-Turgis, l'Université des Patients-Sorbonne vise à concevoir et animer des parcours diplômants à destination des personnes atteintes d'une maladie qui désirent transformer leur expérience vécue de la maladie en expertise au service de la collectivité. L'idée sous-jacente est de reconnaître l'expérience et l'expertise des malades.

Plusieurs diplômes universitaires (DU) sont proposés :

- Mission Patient partenaire et référent rétablissement en cancérologie ;
- Intervenant en éducation thérapeutique ;
- Démocratie en santé.

En particulier, le DU « *Formation à l'Éducation Thérapeutique* » permet d'aborder des notions comme la conduite d'un entretien en ETP, l'animation des séances d'ETP en individuel et en groupe (des patients et leurs proches), la conduite d'une évaluation partagée, etc.

De manière générale, le manque de partage d'informations avec le patient peut le rendre passif face aux décisions et recommandations médicales sur son parcours de santé. **Le patient est ainsi moins impliqué dans sa prise en charge, ce qui peut l'amener à ne pas respecter scrupuleusement son**

traitement ou son plan de soins et conduire à des réhospitalisations. En ce sens, le numérique, et en particulier **les dispositifs de télésurveillance**, peuvent aider à un suivi de meilleure qualité et à une meilleure information du patient en garantissant un accès à une réponse rapide et experte.

Par ailleurs, le recours aux **patients experts, pairs aidants et patients partenaires** reste encore trop limité, alors même que ces usagers ont une place tout à fait pertinente à jouer dans le système de santé. Leurs statuts peinent ainsi à être reconnus.

Ces différents constats témoignent d'un véritable enjeu culturel sur le sujet afin de **rendre le patient le plus autonome possible, sécuriser sa sortie et éviter sa réhospitalisation et/ou garantir un maintien à domicile de qualité.** Les actions de formation doivent se multiplier, à destination des patients comme des soignants, afin de considérer les patients comme de véritables partenaires.

4. Construire un modèle de financement pour soutenir les virages ambulatoire et domiciliaire

En préambule, et comme cela a pu être détaillé dans la première partie du rapport, il convient de rappeler que **le bénéfice du virage ambulatoire ne doit pas tant se mesurer en termes d'économies financières, mais davantage en termes d'amélioration de la qualité de vie pour le patient.** Ce constat n'est pas nouveau : le HCSP rappelle, dans son rapport « Pour un développement sécurisé de l'ambulatoire¹⁷⁴ », que la Cour des comptes, dès 2018, indiquait que « **De manière générale l'impact financier du virage ambulatoire est incertain** », du fait notamment d'une hausse des dépenses de soins de ville et d'économies « à l'hôpital inférieures aux attentes du fait d'une réorganisation insuffisante de l'offre de soins hospitaliers ». Le HCSP aboutit à la même conclusion : si les économies réalisées grâce au virage

173 « Transformer l'expérience des malades », site de l'Université des patients, <https://universitedespatients-sorbonne.fr/>

174 *Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé*, Haut Conseil de la santé publique (HCSP), juin 2021.

ambulatoire sont moindres qu'espérées, l'ambulatoire reste une solution pertinente dans une perspective d'« *amélioration de la pertinence des parcours (diminution du recours évitable et inapproprié à l'hospitalisation)* ». Il est ainsi important de se placer dans une dynamique financière **à long terme** et de penser le virage ambulatoire, et par extension le virage domiciliaire, plutôt **en termes d'investissement dans le système de santé et non de dépenses**.

Ce point de vigilance posé, il convient de s'interroger sur la pertinence de notre système de financement actuel et sur sa capacité à répondre aux enjeux et aux besoins du virage ambulatoire. Notre système de santé, basé essentiellement sur un principe de tarification à l'acte ; à l'hôpital tarification à l'activité (T2A) ; **n'incite pas à la coordination entre acteurs**. Il ne permet pas non plus de s'inscrire dans une **vision du parcours de santé** de l'usager et de répondre à l'ensemble des besoins des patients.

La personnalisation des soins et des prises en charge n'est pas non plus valorisée, comme le souligne le rapport¹⁷⁵ de la Fédération des PSAD. Ce système de tarification à l'activité encourage plutôt le **multiplication des actes au détriment d'une approche préventive** qui pourtant redistribuerait davantage la charge de travail entre les professionnels, désengorgerait les structures et, à terme, permettrait d'avoir une population en meilleure santé.

4.1. Des actes et activités non couverts par le système de tarification actuel

Certains actes et activités ne sont pas financés au travers de ce modèle de tarification à l'acte.

C'est le cas notamment de **l'acte de coordination qui reste peu ou pas rémunéré dans le système actuel**, ce qui est désincitatif pour les professionnels dont les journées de travail sont déjà très chargées. En effet, la

fonction de coordination nécessite de passer du temps avec le patient pour le rassurer en amont de son hospitalisation, de préparer sa sortie avec les autres professionnels hors de l'hôpital (HAD, acteurs de ville et du domicile), de réaliser son suivi une fois sorti de l'hôpital, etc. **Tous ces actes sont chronophages et sont aujourd'hui peu ou pas valorisés, ce qui ne pousse pas à créer une dynamique d'ouverture entre l'hôpital et la ville.** Des actes de majoration de consultations existent dans la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) (Majoration de coordination Médecin généraliste MCG ; Majoration de coordination infirmier MCI) **mais ne permettent pas de financer une véritable fonction de coordination** : elles ne concernent qu'un professionnel de santé et non l'ensemble de l'équipe ayant pu intervenir dans la prise en charge du patient. Le conditionnement du versement du forfait structure (voir partie 1.2. page 85) à l'appartenance des médecins à un exercice coordonné constitue une incitation plus importante.

Les majorations de coordination inscrit dans la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)

Les majorations de coordination généraliste (MCG), spécialiste (MCS), cardiologue (MCC) et urgence (MCU) servent à favoriser le parcours de soins et la circulation de l'information entre les différents médecins d'un patient¹⁷⁶.

Pour pouvoir appliquer une majoration de coordination, il est nécessaire que le patient concerné ait **déclaré un médecin traitant** sauf si celui-ci est âgé de moins de 16 ans, dans quel cas il est exclu du
.../...

175 Élection présidentielle 2022 : les propositions de la Fédération des Prestataires de Santé à Domicile, Fédération PSAD, 2022.

176 « Facturer une majoration de coordination », Centre d'aide aux professionnels, site de Doctolib, <https://doctolib.zendesk.com/hc/fr/articles/4408897112084-Facturer-une-majoration-de-coordination>

parcours de soins. Ces majorations ne concernent néanmoins qu'un professionnel adressant à un confrère et ne valorisent pas le travail en équipe qui peut impliquer un plus grand nombre de professionnels.

Figure 12 : la majoration de coordination par spécialité

Description	Majoration	Tarif	Acte facturable avec une majoration
Majoration de coordination pour les médecins généralistes autres que le médecin traitant Recevoir un patient éloigné de sa résidence habituelle	MCG	5 €	G(S) / TCG
Majoration de coordination pour les spécialistes	MCS	5 €	C(S) / TC
Majoration de coordination pour les psychiatres, les neuropsychiatres et les neurologues	MCS	5 €	CNP / TC
Majoration de coordination pour les cardiologues	MCC	3,27 €	CSC / TC
Majoration correspondant urgence Médecins généralistes et spécialistes (hors psychiatres) intervenant dans les 48 heures à la demande explicite du médecin traitant	MCU	15 €	G(S) / C(S) / CNP / CSC / CCX / CCE / CDE / APC / APU / APY / TCG / TC / VG(S) / V(S)

Source : site internet de Doctolib.

la fois pour le patient mais aussi pour les équipes médicales afin qu'elles puissent comparer leurs pratiques et progresser ». On peut néanmoins citer la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) qui s'applique aux médecins (médecin traitant, cardiologue, gastro-entérologue, endocrinologue). Ce moyen de rémunération supplémentaire vise à faire évoluer les pratiques des professionnels pour atteindre les objectifs de santé définis par la convention médicale, dont certains portent justement sur la qualité de la pratique médicale. Toutefois, la lisibilité de ce dispositif tend à nuire à son caractère incitatif, comme le remarque la *Task Force « Réforme du Financement du système de santé »* dans son rapport¹⁷⁸ paru en janvier 2019. La *Task Force* souligne par ailleurs que « les indicateurs pris en compte pour déterminer l'allocation de ressources complémentaires portent pour beaucoup sur des moyens ou des procédures mis en œuvre et peu sur des résultats cliniques ou sur la satisfaction des patients ».

En résumé, comme le synthétise le rapport : « Les modes de financement actuellement en vigueur au sein du système de santé assurent globalement **la productivité de chaque acteur et leur réactivité par rapport aux besoins immédiats des patients mais ne permettent ni de discriminer la qualité offerte ni d'assurer au bénéfice du patient une coordination efficace entre les acteurs, ni même de s'assurer de la productivité globale du système de santé par une répartition efficace des activités et du partage de l'information.** »

4.2. Un mode de financement actuel qui incite à garder les patients à l'hôpital

Ce mode de financement à l'activité entraîne des incohérences. En effet, pour certaines prises en charge, il est plus intéressant pour l'hôpital, sur le plan financier et économique, de garder les patients plutôt que de les faire sortir, alors que les structures de prise en charge en aval existent.

L'évaluation de la qualité des soins n'est pas non plus systématiquement intégrée dans les financements octroyés par les pouvoirs publics, ce qui n'incite pas les acteurs à prendre du recul sur les prises en charge proposées aux patients. En effet, comme le souligne le rapport *Système de santé : soyez consultés*¹⁷⁷ de l'Institut Montaigne, évaluer la qualité des soins est utile « à

177 *Système de santé : soyez consultés!*, Institut Montaigne, avril 2019.

178 *Réformes des modes de financement et de régulation : vers un modèle de paiement combiné*, Ministère des Solidarités et de la Santé, janvier 2019.

Ainsi, comme le souligne l'Assemblée nationale dans son rapport¹⁷⁹, avec le système tarifaire actuel, **l'hôpital n'est pas incité à s'orienter vers l'ambulatoire**. En effet, en faisant sortir plus tôt certains patients « l'hôpital perd immédiatement le bénéfice des tarifs d'une hospitalisation complète sans que les coûts diminuent pour autant ». **Cela peut donc conduire à la multiplication de séjours inutilement longs.**

En parallèle, **alors que certaines prises en charge sont moins coûteuses hors de l'hôpital, le système de tarification actuel n'incite pas à y recourir**, ce qui limite les économies potentielles pouvant être réalisées. À titre d'illustration, certaines prises en charge en HAD sont moins onéreuses qu'en hôpital de jour, du fait notamment de l'absence du coût de transport entre l'HDJ et le domicile. Toutefois, le modèle de financement de l'HAD, en lui-même, présente des limites. En effet, la classification des actes utilisée en HAD demeure incomplète et n'intègre pas les missions propres à l'HAD telles que l'évaluation, la pré-admission du patient, etc.

4.3. Une tarification de ville inadéquate et une prise en charge à domicile peu valorisée

Ces écueils s'accompagnent d'une **tarification de ville non adaptée** car encore trop calquée sur une logique hospitalière et sur un modèle pensé autour de structures, et non de professionnels libéraux, qui représentent la majorité des actes pratiqués en ville ou à domicile. **La tarification actuelle ne facilite pas non plus le développement de l'ETP en ville (délégation de financements nécessaire).**

Une même logique désincitative se retrouve dans **les typologies d'allocations de moyens en elles-mêmes**. Favoriser le développement de l'ambulatoire nécessite de recentrer davantage le système de santé sur les acteurs de la

ville et du domicile. Cela doit notamment se matérialiser dans les financements accordés. Or, **certaines incohérences sont regrettables, comme une intangibilité dans la répartition des enveloppes budgétaires entre la ville, le domicile et l'hôpital**. Certains financements sont ainsi majoritairement tournés vers l'hôpital au détriment de la ville et du domicile, et ce malgré une évolution des besoins de santé de la population qui rend caduque certaines allocations retenues. Comme le souligne l'Institut Montaigne dans son rapport *Santé : faire le pari des territoires*¹⁸⁰, l'allocation annuelle des moyens telle qu'elle est réalisée aujourd'hui ne permet pas de s'inscrire dans une vision à long terme, ce qui conduit à un ensemble de défaillances. **En outre, les financements entre la ville et l'hôpital sont cloisonnés, ce qui n'incite pas à s'inscrire dans une logique de parcours et ne favorise pas la bonne articulation entre les professionnels.**

Par ailleurs, la **NGAP ne reconnaît pas l'ensemble des actes pratiqués par les professionnels de ville**. Par exemple, seuls les besoins des patients relatifs à des actes techniques infirmiers sont couverts par la nomenclature applicable aux IDE. Cela entraîne **des écarts entre les besoins du patient, les actes pratiqués par l'infirmier libéral et la rémunération qui l'accompagne**. Au-delà de la seule NGAP, le rapport¹⁸¹ de la *Task Force « Réforme du Financement du système de santé »* souligne qu'« aujourd'hui, les principales nomenclatures (CCAM – Classification Commune des Actes Médicaux – et GHS – Groupe Homogène de Séjours – notamment) créent à l'évidence de tels effets que leur révision est devenue indispensable. » Le **codage des actes** en lui-même est un travail complexe, chronophage et source d'erreurs ou de questions pour le professionnel libéral, ce qui lui prend du temps sur le soin clinique. Ce constat est partagé par d'autres professions, comme celle des **masseurs-kinésithérapeutes** pour lesquels le codage des soins peut s'avérer compliqué du fait de la complexité de la nomenclature des actes, notamment pour ceux effectués au domicile du patient.

179 Marc Delatte et Nadia Ramassamy, *Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur la chirurgie ambulatoire*, Assemblée nationale, septembre 2020.

180 *Santé : faire le pari des territoires*, Institut Montaigne, mai 2022.

181 *Réformes des modes de financement et de régulation : vers un modèle de paiement combiné*, Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019.

Face à ces difficultés, **des expérimentations, basées sur un financement au forfait, permettent de simplifier le travail des professionnels de santé, tout en construisant des parcours à partir des besoins réels des patients.** C'est le cas de l'expérimentation Équilibres (Équipes d'Infirmières Libres, Responsables et Solidaires), portée par l'association Soignons Humain.

Le projet Équilibres (Équipes d'Infirmières Libres, Responsables et Solidaires) : une approche holistique avec une prise en charge globale du patient, rémunérée au forfait

Portée par l'association Soignons Humain, elle part du constat qu'un **certain nombre d'actes réalisés par les infirmiers libéraux ne sont pas valorisés.** Par ailleurs, l'exercice infirmier est souvent réalisé de manière isolée, ce qui peut plus facilement conduire à des décrochages, voire à des burn-out. Le manque de coordination entre les professionnels ajoute à cet isolement.

Ainsi, le projet cherche à **explorer des modes de rémunération innovants pour les infirmiers dans l'optique d'améliorer conjointement la situation de l'ensemble des parties prenantes (patient, aidants, infirmier, autres professionnels) en partant des besoins du patient.** L'idée est d'obtenir un alignement et une correspondance exacte entre les besoins du patient, les actes pratiqués par l'infirmier et la rémunération associée.

Le projet est pensé autour de **trois piliers** :

- **Améliorer les conditions d'exercice** des infirmiers de ville au service de leurs patients en simplifiant les procédures administratives,

... / ...

en reconnaissant davantage la valeur (avec le temps associé) de leurs missions au domicile ;

- **Mieux équiper les professionnels pour mener à bien leurs missions**, au travers d'une rémunération plus simple et plus juste, et d'un exercice en équipe ;
- **Avoir une approche holistique pour le patient et ses proches**, en lui garantissant un meilleur accès à des professionnels infirmiers et en développant son autonomie.

L'approche centrée autour du patient s'appuie sur l'utilisation d'un référentiel standardisé, le **référentiel OMAHA**¹⁸². Ce référentiel permet aux infirmiers libéraux de déterminer le plan de soins à mettre en place en procédant à des évaluations personnalisées et globales de la situation du patient. L'outil, accessible depuis une application, intègre une évaluation multidimensionnelle du patient et de ses besoins. Les infirmiers sont formés à l'utilisation de ce référentiel.

La rémunération des professionnels a été repensée afin de simplifier le travail des infirmiers libéraux, notamment **en remplaçant la nomenclature des actes par un taux horaire uniforme, simple à comprendre et à mesurer.** La rémunération, basée sur le temps passé auprès du patient, est calculée sur un taux horaire uniforme (53,94 euros), recouvrant toute intervention infirmière conformément au décret de compétence (Article R.4311-1 à 15). Cette simplification permet aux professionnels un gain de temps non négligeable, au service d'une plus grande disponibilité pour les patients.

Le projet Equilibres s'inspire du **modèle Buurtzorg** déployé aux Pays-Bas (voir partie 1).

182 « OMAHA, un référentiel standardisé », site de l'Expérimentation Équilibres, <https://www.article51-equilibres.org/omaha>

Le modèle actuel de financement de notre système de santé montre ainsi ses limites, au détriment du patient et de la qualité de sa prise en charge. De multiples rapports publiés ces dernières années abondent dans ce sens et plaident pour une évolution des modes de financement actuels afin que les prises en charge puissent être davantage adaptées au mode de vie des patients. C'est par exemple le sens d'une des propositions de la fédération des PSAD dans son rapport¹⁸³ qui invite à « *rémunérer les prises en charge sur la base d'un parcours de soins global et en fonction de critères tangibles d'amélioration de l'état de santé des patients et de leur qualité de vie* ».

5. Lever des verrous réglementaires qui entravent le développement des virages ambulatoire et domiciliaire

En complément de la question financière, **certains verrous réglementaires** gagneraient à être levés, notamment autour du circuit du médicament et de certaines prises en charge qui restent encore trop centrées sur l'hôpital, afin d'inciter les acteurs à optimiser les parcours de soins et à recourir davantage à l'ambulatoire.

À l'heure actuelle, pour que le patient puisse obtenir certains traitements, il lui est nécessaire de disposer d'une **ordonnance rédigée par un praticien hospitalier**. C'est le cas par exemple du traitement contre l'asthme sévère qui ne peut être délivré que sur prescription d'un pneumologue hospitalier. De même, **la délivrance de certains traitements ou petits matériels** (drain ou pompe à insuline par exemple) n'est possible qu'à l'hôpital. Le patient doit nécessairement se déplacer jusqu'à l'hôpital pour obtenir son traitement délivré par la pharmacie hospitalière, alors même qu'il pourrait l'obtenir auprès de son officine de quartier, si le mode de délivrance le permettait.

La pandémie de Covid-19 a permis d'accélérer la mise à disposition de certains traitements à domicile. C'est le cas par exemple du Belatacept (médicament administré sous la forme d'une perfusion mensuelle et utilisé dans la prévention de rejets de greffe) qui peut désormais **être administré au domicile par une infirmière**, alors qu'il n'était réservé qu'à l'hôpital de jour auparavant.

Par ailleurs, **certaines thérapies sont pratiquées majoritairement à l'hôpital** alors qu'une partie de ces actes pourrait être prise en charge par les acteurs de la ville et du domicile. C'est le cas, par exemple, de la dialyse et de l'immunothérapie intraveineuse. **Le virage domiciliaire peut ainsi être l'occasion de questionner et de repenser l'organisation de certaines thérapies et parcours dans l'objectif de faciliter le maintien et/ou le retour à domicile.**

La dialyse : un modèle français qui montre ses limites

L'acte de dialyse en France est majoritairement pratiqué à l'hôpital, alors même que cette prise en charge peut être réalisée directement au domicile du patient. La plupart du temps, un patient dialysé est contraint de se rendre à l'hôpital pour pratiquer ses séances, ce qui l'empêche de conserver une vie active et sociale à côté, et nuit à sa qualité de vie.

Cette prise en charge est par ailleurs **plus coûteuse pour les dépenses publiques** lorsqu'elle est réalisée en centre, que lorsqu'elle est pratiquée à domicile. À titre d'illustration, en 2017, la dialyse péritonéale à domicile coûtait 31 344 euros en moyenne par patient par an, contre 37 172 euros pour la dialyse en unité de dialyse

... / ...

183 Élection présidentielle 2022 : les propositions de la Fédération des Prestataires de Santé à Domicile, Fédération PSAD, 2022.

médicalisée (UDM) et 46 306 euros pour celle en centre, sans même tenir compte des frais de transport¹⁸⁴.

La France accuse un **retard certain** (8 % des patients dialysés en France bénéficient d'une dialyse à domicile¹⁸⁵), en particulier vis-à-vis de certains pays européens où jusqu'à 20 % des dialyses peuvent être réalisées à domicile. En outre, selon le rapport de la Fédération des PSAD¹⁸⁶, favoriser le développement de la dialyse à domicile pourrait être source d'économies. **Le rapport de la Cour des Comptes de 2020 estime ainsi à 300 millions d'euros les économies possibles pour le système de santé.**

Plusieurs freins peuvent expliquer ce constat :

- Une **méconnaissance par les patients des dispositifs existants** et de la possibilité de pratiquer la dialyse à domicile, du fait d'un défaut d'information. Ce point rejoint les écueils soulignés plus haut sur la bonne prise en compte du patient dans son parcours de santé.
- Un **motif financier** avec un remboursement de la dialyse à domicile par l'Assurance maladie inférieur au remboursement prévu pour une prise en charge en centre.
- Des **pratiques organisationnelles exigées par certains centres** : par exemple l'impossibilité de réaliser sa séance de dialyse la nuit.

Il pourrait être intéressant de s'appuyer sur le modèle mis en place par la Belgique, au travers notamment d'une tarification adéquate (mise en place de bonus / malus¹⁸⁷) qui inciterait les centres de dialyse à proposer des prises en charge à domicile. ... / ...

Si des progrès pour permettre davantage de recours à la dialyse à domicile sont nécessaires, il convient toutefois de **ne pas surestimer le pourcentage de patients pouvant bénéficier de ce type de prise en charge**. En effet, s'inscrire dans une démarche de dialyse à domicile exige du patient une grande autonomie et représente une charge mentale forte pour ce dernier : temps de formation de plusieurs semaines nécessaire en amont, disponibilité pour la réception du matériel et le retrait des déchets, risque d'un sentiment d'isolement (bien que le recours aux nouvelles technologies et notamment à la **télesurveillance** permet de renforcer le lien entre le patient et les professionnels de santé).

Il convient donc de **ne pas minimiser les contraintes** qui accompagnent la mise en place d'une dialyse à domicile et qui peuvent expliquer que ce modèle ne conviendra pas à tous les patients au-delà des contre indications médicales.

Ces exemples illustrent une nouvelle fois la vision très hospitalo-centrée du système de santé, avec un accès aux soins et à l'ambulatoire qui s'en trouve par conséquent limité, et un enjeu de santé publique à faire passer ces produits de santé en ville.

Par ailleurs, le verrou réglementaire freine également **le déploiement de certaines expérimentations** qui pourraient être bénéfiques pour accélérer le virage domiciliaire. Certains régimes dérogatoires, comme **l'accès précoce**, permettent de proposer des traitements prometteurs aux patients avant même l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché (processus pouvant être long). Ce dispositif est particulièrement encadré mais constitue une vraie voie d'accès pour les patients. **Cependant, les médicaments bénéficiant d'un accès précoce restent majoritairement dispensés au sein des établissements de santé et ne sont pas disponibles en officine de ville.**

184 *L'insuffisance rénale chronique terminale : une prise en charge à réformer au bénéfice des patients*, Rapport public annuel de la Cour des Comptes, février 2020.

185 2017-2022 : *cap sur le rein*, Renaloo, 2017.

186 *Élection présidentielle 2022 : les propositions de la Fédération des Prestataires de Santé à Domicile*, Fédération PSAD, 2022.

187 Source : audition réalisée par l'Institut Montaigne.

Le financement des innovations n'est, en outre, pas pris en compte. Or, la mise en œuvre du virage ambulatoire nécessite le recours à des techniques innovantes, à l'hôpital et en ville. Les innovations peuvent être de différents types : médicamenteuses, liées aux équipements, organisationnelles, numériques, notamment. **Sans ces innovations, le déploiement de l'ambulatoire restera limité.** Or, à l'heure actuelle, les établissements de santé investissent dans l'innovation avec leurs fonds propres ou à travers des dotations budgétaires spécifiques prévues au titre des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI). **Ces subventions ne concernent ni les professionnels ni les structures exerçant en ville.** Par ailleurs, il n'existe **pas de financements des actes pratiqués avec des innovations médicales** (actes créés mais pas de financements spécifiques).

- Un modèle de **financement et de tarification** qui démontre une vision hospitalo-centrée du système de soins : peu de prise en compte du parcours du patient dans sa globalité, peu de financement des temps de coordination ni des innovations organisationnelles ou thérapeutiques.
- Des **verrous réglementaires** qui représentent des contraintes supplémentaires pour le déploiement du virage domiciliaire.

Face à ces différents enjeux et freins, nous formulons ci-après six propositions visant à soutenir et accélérer les virages ambulatoire et domiciliaire.

En synthèse

Cette seconde partie a permis de mettre en évidence un certain nombre de freins qui limitent le développement de l'ambulatoire et le recours au domicile :

- Une **coordination** entre les acteurs **insuffisamment développée**, malgré le développement rapide des outils numériques qui permettent de faciliter la mise en relation de ces mêmes professionnels et l'incitation pour les professionnels de santé à prendre part à des exercices coordonnés (MSP, CPTS, ESP, etc.).
- La **formation des professionnels** qui est peu adaptée aux spécificités du virage domiciliaire : travail en équipe, pratique de l'ETP ou aux enjeux du numérique.
- Un **patient** de plus en plus **expert** de sa maladie mais qui reste encore peu considéré comme **un acteur à part entière** du parcours de santé, tout comme ses aidants, malgré le déploiement des outils de télésurveillance qui permettent d'envisager différemment la relation soignant-soigné.

.../...



ALLER PLUS LOIN : NOS PROPOSITIONS POUR SOUTENIR ET ACCÉLÉRER LES VIRAGES AMBULATOIRE ET DOMICILIAIRE

1. Mieux structurer la ville, réorganiser l'hôpital et améliorer la coordination entre les acteurs du parcours de santé

1.1. Identifier un acteur référent pour coordonner le parcours de soin

Un premier constat issu des différentes auditions menées dans le cadre de ce rapport est qu'il est **complexe d'identifier un profil idéal pour prendre en charge cette mission de coordination**. Les experts auditionnés plaident davantage pour laisser de la marge de manœuvre aux professionnels de santé et acteurs de terrain. Dans son rapport de 2018 sur la transformation du système de santé¹⁸⁸, le Hcaam précise que pour que les acteurs ambulatoires puissent prendre en charge ce nouveau rôle d'organisation du réseau de proximité et de relations entre les acteurs, « **il faut que chaque profession puisse se recentrer sur son cœur de métier, pour pouvoir apporter son expertise propre** ».

Plusieurs options sont ainsi envisageables : **qu'une nouvelle compétence soit attribuée à un professionnel déjà intégré au parcours de soins**,

qu'un nouveau profil entièrement dédié à la coordination soit créé ou que plusieurs professionnels aient la responsabilité de cette fonction. Dans tous les cas, ce(s) référent(s) devront être en mesure d'**animer un réseau de collaboration pour fluidifier les parcours de soins**.

Quelques points de vigilance doivent également être soulignés avant de détailler les pistes évoquées lors des auditions.

- Dans un système de santé qui est déjà très cloisonné et complexe à décrypter avec une multiplicité d'acteurs, il convient de veiller à **ne pas ajouter de nouvelles strates** à la pluralité des outils et dispositifs de coordination qui existent déjà.
- Si la coordination doit pouvoir aider à mettre en musique les différents intervenants autour du patient, **celui-ci doit également être partie prenante** de cette coordination, dans l'optique de le rendre réellement acteur de son parcours de santé.
- Par ailleurs, **il sera nécessaire d'accompagner les professionnels de santé** dans cette transformation et cette nouvelle façon de travailler. Leur permettre de dégager le temps nécessaire pour mener à bien cette nouvelle mission et repenser leur formation sont des leviers essentiels.

a) L'hôpital : un acteur clé pour une bonne coordination mais dont la seule intervention n'est pas suffisante

L'hôpital a un rôle important à jouer pour faciliter et fluidifier cette coordination. Étant en première ligne pour les entrées et sorties des patients, la coopération et l'appui de l'hôpital avec l'ensemble des acteurs du parcours de soins est indispensable. Cependant, d'après le rapport du HCAAM¹⁸⁹, **le principe de subsidiarité devrait prévaloir**, c'est-à-dire traiter les problèmes au plus près des personnes, sauf dans les cas où la situation

188 Contribution à la transformation du système de santé, Hcaam, 2018.

189 Ibid.

excède les compétences et possibilités techniques des acteurs de proximité, renvoyant alors au niveau plus technique. Le rapport explique que « *la gradation doit apporter davantage de visibilité aux patients en indiquant clairement quel type de structure est adapté à leur situation, évitant ainsi une errance parfois longue avant de trouver l'acteur de santé approprié* ».

Cette meilleure visibilité pour les patients sera renforcée par la mise en place d'un acteur référent. Le rapport du Haut Conseil de la santé publique « *Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé*¹⁹⁰ » mentionne le **rôle d'infirmier de coordination** déjà présent au sein de l'hôpital. Le cas étudié porte plus spécifiquement sur des infirmiers coordinateurs en cancérologie. Leur rôle consiste à **faire le lien entre le patient, ses proches et les professionnels** qui interviennent dans les différents lieux de prise en charge du patient atteint d'un cancer. L'infirmier de coordination permet ainsi d'être « *l'interlocuteur privilégié des malades [...] afin de mieux répondre à leurs besoins, de simplifier et rendre lisible leur parcours de soins* ».

L'intérêt de ce type de profil pour les virages ambulatoire et domiciliaire semble de plus en plus évident. En effet, le rôle des IDEC dans le cadre de l'ambulatoire et du virage domiciliaire pourrait être multiple, à la fois auprès des différents intervenants **en tant que coordonnateur du parcours de santé, mais également directement auprès du patient** (information, ETP...).

Plusieurs programmes mis en place ces dernières années ont démontré le bénéfice d'une prise en charge coordonnée par une IDEC dédiée. C'est par exemple le cas à l'IUCT- Oncopole de Toulouse avec le **dispositif AMA** (pour Assistance des Maladies Ambulatoires). Le dispositif repose sur un **suivi systématique des patients sous traitement**, sous forme d'appels sortants à intervalles réguliers par une infirmière de coordination. Le dispositif a fait ses preuves : « *Les parcours de soins sont plus fluides. Les infirmières de*

coordination acquièrent de nouvelles compétences et sont plus autonomes. Les onco-hématologues peuvent se concentrer sur l'essentiel ». Le programme AMA a également été mis en place au Centre de lutte contre le cancer Léon Bérard de Lyon. Le programme a été accueilli positivement par les équipes et a permis « *une délégation d'expertise des hématologues aux infirmières tout en sécurisant les soins administrés au patient à domicile* ».

Un autre exemple du rôle clé que peut jouer l'IDEC est celui du CH d'Avignon, dans le service d'onco-hématologie, où les **IDEC sont le point de contact de l'ensemble des acteurs de ville qui interviennent dans la prise en charge du patient**. Grâce à ce lien, les IDEC ont pu développer une très bonne connaissance des problématiques des parcours de soins en ville. L'exemple du **CH de Valenciennes** et de son approche managériale innovante, basée sur la délégation de gestion et des tâches, peut également être cité. L'établissement s'attache ainsi à mettre en place, dans chacun de ses pôles, un trinôme composé d'un médecin, d'un paramédical et d'un cadre administratif qui dispose d'une délégation étendue des prérogatives du directeur général en termes de pilotage. Comme le souligne l'Institut Montaigne dans son rapport *Santé : faire le pari des territoires*¹⁹¹, cela permet de « *rapprocher la prise de décision des besoins des patients et du service, permettant ainsi une gestion plus réactive et plus adaptée* ».

Le HCSP conclut toutefois dans son rapport¹⁹² que ce nouveau métier est un « **appui nécessaire mais pas suffisant** » à la coordination. En effet, se pose notamment la question du **financement et de la prise en charge du budget d'infirmier de coordination hors expérimentation**. Si ce rôle incombe à l'hôpital, c'est l'opportunité pour les équipes hospitalières de poursuivre le traitement à domicile. Toutefois, tous les hôpitaux ne sont pas en mesure de financer ce type de service. En parallèle, le rôle et le statut de ces infirmiers de coordination ne sont pas clairement définis et gagneraient à être davantage clarifiés. Le HCSP préconise ainsi de « *définir le statut professionnel et assurer*

190 *Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé*, Haut Conseil de la santé publique (HCSP), juin 2021.

191 *Santé : faire le pari des territoires*, Institut Montaigne, mai 2022.

192 *HAD Feuille de route 2021-2026*, Ministère des Solidarités et de la Santé, décembre 2021.

un financement pérenne des IDE de coordination ». C'est également une des conclusions qui ressort des Assises du laboratoire AbbVie¹⁹³.

En conclusion, **si l'hôpital est un acteur indispensable pour une coordination fluide entre les professionnels, cet acteur ne pourra pas jouer, à lui seul, ce rôle.** En effet, la majorité de la prise en charge ne se passe pas à l'hôpital mais plutôt en ville et au domicile de la personne. Ainsi, l'hôpital doit plutôt être pensé comme un acteur n'intervenant pas directement en proximité avec le patient, mais plutôt comme un recours pour des soins aigus et techniques. Or, la notion de coordination nécessite d'être au plus près du quotidien du patient, de connaître les professionnels qui interviennent au domicile pour les coordonner entre eux et faire du partage d'information. **Confier ce rôle de coordination uniquement aux acteurs hospitaliers semble ainsi restrictif et ne permettra pas de répondre pleinement aux besoins.** L'hôpital n'en reste pas moins un maillon majeur du parcours : à ce titre, **le rôle, statut et financement des IDEC sont à renforcer pour la coordination entre les soins aigus et primaires.**

b) L'HAD : un acteur au carrefour de la ville et de l'hôpital à mobiliser plus systématiquement

Par ses missions et son positionnement, l'HAD est à l'interface entre les acteurs de l'hospitalisation conventionnelle, l'ambulatoire et le domicile, en lien avec le secteur médico-social. **Les structures d'HAD interagissent ainsi avec l'ensemble des acteurs de leur territoire d'implantation.**

L'HAD dispose, dans son organisation, de professionnels dédiés à la coordination (médecin coordonnateur, cadre de santé ou infirmier coordinateur) et travaille en collaboration avec les fournisseurs de soins (praticiens libéraux, réseaux de santé, EHPAD et SSIAD, SSR, MCO) et les professionnels de l'aide et du domicile. **Ces structures disposent ainsi d'une bonne expertise**

193 L'onco-hématologie à l'horizon de « Ma santé 2022 », Actes des assises institutionnelles en région, AbbVie, 2021.

dans la coordination des différents intervenants du soin et de l'aide à domicile.

En cela, l'HAD pourrait être considérée comme un pilier pour réussir le virage ambulatoire et faciliter la coordination et la mise en relation des acteurs. Dans les faits, le recours à l'HAD reste encore trop faible, en particulier sur certains territoires. L'HAD souffre en effet d'un déficit de visibilité, comme le souligne la feuille de route 2021-2026 du Ministère des Solidarités et de la Santé pour l'HAD¹⁹⁴, avec une méconnaissance de cette offre par les prescripteurs et les acteurs du domicile. **Les structures d'HAD restent, par ailleurs, peu intégrées aux filières de soins de leur territoire d'intervention.**

En parallèle, si la coordination est au cœur des activités d'une HAD, l'articulation entre l'HAD, le secteur social et le médico-social doit encore se développer. Certains groupes d'HAD, conscients de l'intérêt que ces deux acteurs ont à travailler ensemble, mènent des actions conjointes avec les PSAD. C'est le cas par exemple du groupe Elsan et de son offre *Elsan Dom*¹⁹⁵ qui a permis de créer un certain nombre de partenariats avec les PSAD. Au travers de cette offre, le groupe a agréé des PSAD pour coordonner, simplifier et améliorer le retour à domicile avec les différents intervenants (praticien hospitalier, équipe soignante, médecin traitant, infirmière libérale, pharmacien).

Enfin, il convient de rappeler que seuls certains types de prise en charge sont éligibles à l'HAD¹⁹⁶ (pansements complexes et soins spécifiques, soins palliatifs, assistance respiratoire). **Ces structures n'interviennent donc que dans le parcours de certains patients.** Cette mission de coordination ne pourrait donc pas être confiée uniquement aux acteurs de l'HAD puisque tous les patients ne sont pas concernés par leur intervention.

194 HAD Feuille de route 2021-2026, Ministère des Solidarités et de la Santé, décembre 2021.

195 « Découvrez Elsan Dom », site d'Elsan, <https://www.elsan.care/fr/elsan-dom>

196 « L'Hospitalisation à domicile », site du Ministère de la Santé et de la Prévention, 20 décembre 2021, <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had-10951/had>

c) La ville : des acteurs au plus près du patient qui pourraient jouer le rôle de coordonnateur du parcours de santé

• Le médecin généraliste ou médecin traitant

Le **médecin généraliste**, par son rôle de coordinateur du suivi médical, est souvent perçu comme la pierre angulaire du parcours parmi les acteurs de ville. Des pays comme le **Danemark** en ont fait la pierre angulaire du système de soins. Toutefois, plusieurs écueils laissent à penser que ce profil n'est pas nécessairement le plus adapté pour remplir cette mission.

Tout d'abord, le médecin généraliste n'est pas nécessairement le professionnel qui est le plus en proximité avec le patient au quotidien. D'autres acteurs, comme **les infirmiers ou les pharmaciens d'officine**, sont davantage amenés à côtoyer le patient dans son quotidien, et ainsi, plus à même de connaître ses besoins.

En outre, du fait de la **désertification médicale** (en 2019, on comptait 0,9 médecin généraliste pour 1 000 habitants, et 3,4 médecins (tous médecins) professionnellement actifs pour 100 000 habitants¹⁹⁷), beaucoup de tâches et de missions reposent d'ores et déjà sur les médecins généralistes, notamment des activités administratives et bureaucratiques liées à la gestion des patients (renseignement de fiches sanitaires et de dossiers médicaux, mise à jour de la base de données avec les informations des patients...). L'Assurance maladie fait notamment le constat dans son rapport *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses*¹⁹⁸ que « **cette diminution de la densité de médecins généralistes a complexifié la mise en œuvre des politiques visant à faire du généraliste l'acteur central des parcours de soins** ».

Ainsi, les médecins généralistes n'ont pas nécessairement la possibilité de se dégager du temps pour réaliser cette coordination. Il convient toutefois de souligner que l'introduction du profil d'**assistant médical**, en vigueur depuis 2019 et la mise en place d'un dispositif d'aide à l'embauche par l'Assurance maladie semble porter ses fruits et aller dans le bon sens. Les chiffres présentés par l'Assurance maladie fin 2022 montrent en effet « *un impact positif sur les charges de travail des praticiens*¹⁹⁹ ».

• L'infirmier(e) libéral(e) et de pratique avancée

De par ses missions, l'**infirmier(e) libéral(e)** est amené(e) à se déplacer régulièrement au domicile du patient ou, *a minima*, à être souvent en lien avec lui. L'infirmier(e) libéral(e) a ainsi une bonne visibilité sur l'état de santé du patient et sur son environnement de vie.

La loi de 2016 sur la modernisation de notre système de santé a posé le cadre juridique de ce qui est appelé « la pratique avancée » pour les professionnels paramédicaux et a jeté les bases d'une nouvelle profession : l'**infirmier(e) en pratique avancée ou IPA**. Les **infirmiers en pratique avancée** (5 000 d'entre eux doivent être formés d'ici 2024 selon le Ségur de la santé²⁰⁰) assurent le **suivi régulier des patients atteints de maladies chroniques**. Ils peuvent notamment orienter vers des spécialistes, prescrire des examens complémentaires prédéfinis (bilan sanguin, urinaire, radiologique), demander des actes de suivi ou de prévention et renouveler certaines prescriptions médicales (médicaments, soins infirmiers, dispositifs médicaux). La pratique avancée vise à favoriser la diversification de l'exercice de ces professionnels et leur permettre de disposer de compétences élargies, à la frontière entre l'exercice infirmier et l'exercice médical.

197 *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance maladie pour 2023*, Assurance maladie, juillet 2022.

198 *Ibid.*

199 Loan Tranthimy, « Assistants médicaux : un impact « positif » sur la charge de travail des médecins », *Le Quotidien du Médecin*, 6 octobre 2022.

200 *Ségur de la santé : Les conclusions*, Ministère des Solidarités et de la Santé, juillet 2020.

Les IPA interviennent en complémentarité avec les infirmiers libéraux, dans le cadre d'une équipe de soins coordonnée par un médecin. Ils assurent un suivi global du patient grâce à leurs nombreuses compétences de coordination et alertent le médecin en cas de dégradation de l'état de santé du patient.

Par ailleurs, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a confirmé le lancement d'une **expérimentation pendant trois ans de l'accès direct des patients aux infirmiers en pratique avancée** dans le cadre de structures d'exercice coordonné.

Ce profil pourrait donc être intéressant à mobiliser pour coordonner les professionnels entre eux et optimiser le suivi du patient à distance. Néanmoins, certains freins subsistent concernant les IPA, comme **la tarification de leur activité et du temps de coordination associé** qui ne leur permet pas d'en vivre, leur nombre insuffisant et leur répartition inégale sur le territoire. Un travail sur **leur rémunération dans le cadre d'un exercice libéral en ville** a été initié par l'avenant 9 à la convention nationale afin de renforcer l'attractivité d'un exercice libéral en ville²⁰¹.

• Le pharmacien

Le **pharmacien de ville** apparaît également comme un acteur pertinent pour jouer ce rôle de coordination du parcours patient entre l'hôpital et la ville. En effet, de par leur maillage territorial, les officines sont de véritables acteurs de proximité et constituent une porte d'entrée clé dans le système de santé.

Toutefois, plusieurs prérequis sont nécessaires pour que cet acteur puisse jouer pleinement ce rôle de coordination. **À l'heure actuelle, la transmission d'informations entre l'hôpital et la ville reste encore très limitée.** Or, la réception au plus tôt par l'officine de l'ensemble des informations relatives à

la prise en charge et aux traitements médicamenteux du patient de la part de l'hôpital est cruciale pour la qualité du suivi en ville.

Par ailleurs, imaginer donner ce rôle de coordination aux pharmaciens nécessite la **création d'un espace et d'un moment dédié à l'échange** avec le patient dans l'officine, ce qui n'est pas toujours possible.

• Les PSAD

Comme le souligne le rapport de la Fédération des PSAD paru en 2022²⁰², **les PSAD constituent un acteur intéressant sur lequel s'appuyer pour améliorer la coordination entre les acteurs du parcours de santé.**

En effet, de par leur positionnement, à l'interface entre l'hôpital, la ville et le domicile, **les PSAD sont amenés à être en contact avec l'ensemble des acteurs qui interviennent dans le parcours de la personne.** Ils sont également bien représentés et bien répartis sur tout le territoire français, grâce à un bon maillage territorial. Leurs missions les amènent à disposer de bonnes compétences techniques et logistiques, ainsi que des connaissances sur des aspects plus médicaux (en particulier, traitements pour les maladies chroniques...). **Toutefois, se pose la question de la non-régulation du rôle des PSAD** et de la clarification de leur rôle auprès des professionnels de santé, des dispositifs de coordination et de la HAD.

d) Les structures de coordination : des acteurs de liaison toutefois éloignés des patients

Des innovations organisationnelles ont été déployées ces dernières années, à l'image du développement de **structures d'exercice coordonné** que sont les **CPTS, les Dispositifs d'appui à la coordination (DAC), les centres de santé** ou encore **des structures de coordination plus souples que sont les ESS, ESP ou ESCAP.**

201 « Avenant 9 : les modalités de rémunération et celles relatives au télésoin précisées dans un avis », *Infirmiers.com*, 21 novembre 2022.

202 *Élection présidentielle 2022 : les propositions de la Fédération des Prestataires de Santé à Domicile*, Fédération PSAD, 2022.

Ces structures assurent un meilleur cadre d'exercice pour les professionnels, leur dégagent du temps médical en mutualisant des ressources, permettant un adressage plus clair et plus direct des patients et représentent des guichets uniques identifiés, facilitant la coordination entre les professionnels de santé. Cette spécificité encourage la délégation de tâches et la construction de véritables parcours entre les différents professionnels.

Étant à l'interface entre l'hôpital, les acteurs de ville et ceux du médico-social, il serait pertinent que ces structures se positionnent en tant que référentes du parcours de santé de la personne. Toutefois, **la multitude de ces dispositifs de coordination complexifie cette vision** et conduit « à des difficultés de coopération et une coresponsabilité insuffisante pour les professionnels, à une faible visibilité pour les pouvoirs publics et à la multiplication d'évaluation pour les patients²⁰³ ».

122

Ces dispositifs doivent donc encore évoluer afin de pouvoir constituer de véritables guichets uniques, indispensables à la coordination des parcours de soins. En ce sens, **la mise en place des DAC** est prometteuse afin, d'une part, de simplifier l'accès à la coordination pour les professionnels et, d'autre part, de lutter contre les inégalités territoriales au travers d'un vaste maillage du territoire. **Les CPTS**, encore peu actives aujourd'hui mais dont le nombre augmente progressivement, pourraient également servir de cadre pour la mise en œuvre de projets de coordination entre la ville et l'hôpital. Pour finir, le **déploiement de structures de coordination aux démarches juridiques moins lourdes**, telles que les équipes de soins primaires constituent des modèles de coordination à encourager.

203 Laurianne Gomez et Yann-Maël Le Douarin, « Le virage ambulatoire : les outils de coordination », ASDP, n° 118, juin 2022.

e) D'autres modèles à imaginer et à construire ?

Les pays nordiques et anglo-saxons ont développé un modèle centré sur le « Care Manager ». Son rôle principal, à mi-chemin entre un infirmier et un travailleur social, consiste à faire le lien entre le monde social et le monde paramédical et médical afin de prendre en compte les besoins de la personne dans sa globalité. Il représente donc un soutien aux professionnels intervenant directement auprès du patient. À noter que, selon les modèles d'organisation, le périmètre d'action et les compétences de ce professionnel peuvent changer. Ce profil s'inscrit toutefois dans un système de santé pensé autour de l'hyper proximité et où les patients sont accompagnés de manière rapprochée.

Les soins collaboratifs : un modèle d'organisation des soins centré sur le rôle du « Care Manager » et adapté aux besoins du patient²⁰⁴

Les soins collaboratifs ont été développés dans les années 1990 par l'Université de Washington à Seattle dans le secteur de la psychiatrie.

Le modèle des soins collaboratifs repose sur **une approche pluriprofessionnelle associant le plus souvent un médecin généraliste, un professionnel spécialisé (un psychiatre) et un « Care Manager »** ; un coordinateur des parcours de santé, pour une prise en charge plus globale et coordonnée se caractérisant par une communication accrue entre les professionnels (réunions cliniques régulières, dossiers médicaux partagés, etc.).

.../...

123

204 Santé 2022 : tout un programme, Institut Montaigne, janvier 2022.

Le « *Care Manager* » (le plus souvent un(e) infirmier(e)), est au cœur de l'équipe de soins. Travaillant dans le cabinet du médecin généraliste sous la supervision du psychiatre référent en télé-expertise, le « *Care Manager* » engage les patients dans le dispositif et coordonne la prise en charge globale en mettant en lien le patient avec l'ensemble des ressources disponibles. Enfin, il enregistre les évolutions de l'état du patient dans un registre partagé entre les différents professionnels.

Cet exemple démontre **la possibilité de confier les différentes tâches de coordination à un acteur extérieur aux soins** à l'image de ce qui est fait avec l'initiative PRADO de l'Assurance maladie. **Les initiatives public-privé peuvent également être valorisées ainsi que le rôle des communes.** Le modèle danois²⁰⁵ est intéressant à développer sur ce point. Depuis une réforme majeure datant de 2007, les régions et les municipalités se sont vues transférer l'ensemble des responsabilités en matière de soins de santé. Elles sont donc responsables de la prestation de tous les soins primaires et secondaires. Les municipalités ont également en charge la prestation de services de prévention des maladies, de promotion de la santé et de réadaptation. Les municipalités co-financent par ailleurs les soins hospitaliers, ce qui les incite à investir dans la prévention et la promotion de la santé. Les acteurs privés peuvent venir en soutien pour le développement de plateformes numériques de coordination. **En parallèle, la collaboration entre le système de santé public et les acteurs privés se développe de plus en plus.**

Gudule et libheros : des exemples de dispositifs privés qui participent à la mise en réseau des professionnels de santé

L'application **Gudule**²⁰⁶ vise à **faciliter la mise en relation entre les patients et les kinésithérapeutes à domicile membres du réseau**. Au-delà d'être une application, Gudule se veut également être une véritable communauté pour les kinésithérapeutes, afin de limiter l'isolement auquel ces derniers peuvent être confrontés dans l'exercice de leur métier. Gudule cherche ainsi à **favoriser les échanges et les rencontres entre les kinésithérapeutes à domicile du réseau** au travers d'une plateforme numérique pour échanger sur les pratiques professionnelles, l'organisation d'afterwork, de repas ou encore de soirées mensuelles. Par ailleurs, l'application permet aux kinésithérapeutes une optimisation de leur planning et de leur tournée domiciliaire en privilégiant la mise en relation avec des patients vivant dans un rayon proche.

Sur le même principe, **libheros**²⁰⁷, plateforme qui propose une solution pour **la prise de rendez-vous à domicile** pour les patients et leurs proches aidants, regroupe une communauté de plus de 18 000 professionnels libéraux (infirmiers, kinésithérapeutes, sage-femmes...) et permet de faciliter la mise en relation de ces professionnels. La plateforme associe les outils digitaux à un accompagnement humain assuré par les professionnels de santé et coordinateurs de soins ; le patient peut ainsi prendre rendez-vous en ligne avec un soignant à proximité de chez lui. Par ailleurs, libheros facilite l'organisation des

.../...

205 L'organisation de la santé au Danemark, Ministry of Foreign Affairs of Denmark, Royal Danish Embassy, Healthcare Denmark.

206 Site internet de Gudule, <https://gudule.co/>

207 Site internet de libheros, <https://www.libheros.fr/>

soins à domicile, en assurant également **le transport, les livraisons du matériel médical et des médicaments, ainsi que les services à la personne**. La plateforme accompagne les établissements de santé mais aussi les laboratoires pharmaceutiques, les assurances et les entreprises dans un objectif de renforcement du suivi et de la prévention en santé. libheros fait partie des 12 sites et applications du **catalogue de services numériques certifiés de la plateforme numérique Mon espace santé**.

Une autre piste pourrait être d'envisager que **cette mission de coordination n'incombe pas à une seule personne isolée, mais à une équipe de professionnels**. Cela permettrait de ne pas concentrer toutes les responsabilités de la coordination sur un seul corps de métier. On pourrait ainsi imaginer un triptyque **médecin traitant, infirmier et pharmacien d'officine**. Cette équipe de professionnels, dont le temps de coordination serait valorisé, serait ainsi plus à même d'identifier des pistes de traitement pour la population.

PROPOSITION 1

Construire des espaces d'exercice coordonné entre professionnels des secteurs médical, paramédical et social, adaptés à l'offre et aux besoins locaux de santé. Ces espaces permettront de mutualiser les ressources et de proposer aux patients un guichet unique.

Quoi ?

L'objectif principal de cette mesure est de proposer à chaque population une réponse adaptée et cohérente à l'ensemble de ses besoins de santé en favorisant la **construction d'espaces d'exercice coordonné** à l'échelle locale. Une telle démarche repose sur le principe de **responsabilité populationnelle** qui vise à unir les professionnels d'un même territoire autour de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire, et la prise en charge optimale de ses patients²⁰⁸.

Ces espaces d'exercice coordonné seront par la suite **cartographiés au sein d'un guichet unique** afin de proposer un espace d'information pour les **patients comme les professionnels de santé**.

Pour **les professionnels**, ce modèle d'organisation permet de répondre à un désir croissant d'exercer de façon coordonnée, ce qui facilite le soutien entre pairs, améliore la prise en charge des patients, et redonne du sens à la profession. Cette organisation facilite également l'exercice en mutualisant certaines ressources (locaux, administratif...), libérant ainsi du temps médical tout en limitant le coût pour chaque professionnel.

Pour **les patients**, ce modèle assure une meilleure visibilité de l'offre et une meilleure compréhension du rôle de chaque acteur de santé et de l'articulation qui existe entre eux. Cette compréhension accrue entraîne une plus forte adhésion au parcours de soins et limite les risques de rupture puisque les professionnels sont mieux connus, mieux identifiés et plus accessibles.

Qui ?

Pour mettre en place ces espaces, il faudra désigner :

- Un **responsable de l'organisation** de cette coordination des acteurs. Les CPTS, dont le rôle premier est celui de la coordination, sont les plus pertinentes. Elles pourront s'appuyer sur les DAC, soutenus par les ARS, pour faciliter le travail d'orientation et d'information des professionnels de santé, sur les centres de santé, MSP ou ESP pour les professionnels de santé et sur les CCAS²⁰⁹ pour le volet social.
- Un **responsable de son déploiement**, en fonction de l'organisation démographique de chaque territoire. Une réponse unique ne peut être apportée sur cette question : plusieurs niveaux de réponse peuvent coexister (municipalités, département, région...). Le déploiement pourra passer par un renforcement de dispositifs déjà existants à l'image des Maisons France Services qui accompagnent aujourd'hui les populations rurales sur les problématiques sociales, ou sur le déploiement de nouvelles MSP.

Selon la réalité du terrain et les besoins des patients, le guichet unique devra aussi jouer le rôle d'animateur et de mise en réseau des professionnels intervenant sur un parcours donné.

208 Article 20 de la LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1).

209 Centre Communal d'Action Sociale.

Comment ?

Au niveau des **professionnels**, un certain nombre de mesures de soutien et d'accompagnement à cet exercice coordonné doivent être mises en place. Un soutien administratif (aide au dossier de MSP, modules de formation d'aide à l'installation par exemple) permettra de lever de premiers freins à l'installation. La prise en compte de problématiques propres à chaque territoire est également cruciale pour accélérer la mise en place de l'exercice coordonné (mise à disposition d'un local, adaptation du stationnement...).

Au niveau des **patients**, le bénéfice de ce guichet unique ne sera pleinement exploité qu'à condition d'une bonne information. Cela passera par une **cartographie renforcée et plus accessible des acteurs médicaux, paramédicaux et sociaux des territoires**. Cette information devra être accessible à la fois de façon dématérialisée (sur Santé.fr et le site des municipalités par exemple), et en physique (à travers des journées d'information sur les aides sociales et les professionnels de santé organisées à chaque niveau de déploiement de ces guichets uniques).

1.2. Repenser l'organisation interne de l'hôpital**a) Une structuration en amont et en aval de l'hôpital à repenser**

Les virages ambulatoire et domiciliaire ne doivent pas uniquement se penser comme le transfert de prise en charge de l'hôpital vers la ville. Faciliter le développement et le recours à l'ambulatoire doit également se penser au sein même de l'hôpital. **Il s'agit d'une part de repenser l'organisation des parcours de soins à l'hôpital et d'autre part, d'amener la culture hospitalière vers une logique de coordination des parcours.**

En effet, l'hôpital est pénalisé par un mélange de flux de patients et par la diversité des pathologies qu'il prend en charge. Afin d'éviter les temps de flottement, **l'hôpital doit aujourd'hui veiller à cloisonner les activités liées aux prises en charge conventionnelles de celles liées à l'ambulatoire**, en séparant par exemple les files actives de patients, entre les patients pris en charge en ambulatoire et ceux pris en « conventionnel ».

Dans son rapport d'information²¹⁰ de 2020, l'Assemblée nationale invite également à une réorganisation au sein de l'hôpital qui consisterait à **redéployer les moyens alloués à l'hospitalisation conventionnelle vers l'ambulatoire.**

Les **infrastructures actuelles** datent, bien souvent, d'il y a plusieurs années, et n'ont pas été pensées dans une perspective d'ouverture de l'hôpital vers la ville et de développement de l'ambulatoire. **La manière dont sont conçus les hôpitaux gagnerait donc à être repensée** : concevoir des centres hospitaliers plus petits, penser une architecture en cohérence avec le projet médical de l'établissement et **impliquer aussi bien les collectivités territoriales que les acteurs du logement et de l'urbanisme**. Toutefois, adapter les infrastructures actuelles représenterait un investissement important pour les établissements de santé qui ne sont pas nécessairement en capacité de le financer.

Au-delà d'une nécessaire réorganisation en interne, **l'hôpital doit également travailler sur le volet amont comme aval de la prise en charge, avant même que le patient ne soit hospitalisé**. Par exemple, certaines **sorties post interventions chirurgicales** gagneraient à être davantage anticipées, avant même l'opération. En effet, ce type d'intervention est généralement programmé plusieurs semaines à l'avance. **L'hôpital pourrait ainsi anticiper la sortie et solliciter bien en amont les professionnels de ville sans attendre le jour J**. C'est le cas notamment pour des retours à domicile, où des acteurs du médico-social (comme une assistante sociale) sont à mobiliser en amont de la sortie.

En particulier, la **sortie d'un patient de l'hôpital** constitue une étape charnière dans une prise en charge en ambulatoire. Or, l'organisation de cette sortie gagnerait à être repensée afin de gagner en efficacité. Cela pourrait passer notamment par le développement de protocoles type de prise en charge, qui permettent d'optimiser le parcours et de limiter la répétition de gestes sans nécessité. On peut notamment penser à **l'harmonisation des protocoles de sortie** qui, aujourd'hui, divergent en fonction des territoires et des structures hospitalières. **La HAS pourrait ainsi jouer dans la définition**

210 Marc Delatte et Nadia Ramassamy, *Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur la chirurgie ambulatoire*, Assemblée Nationale, septembre 2020.

de la méthodologie à suivre par les établissements de santé afin de proposer des protocoles standardisés qui permettraient de fluidifier les sorties. En chirurgie orthopédique, ces protocoles pourraient indiquer les différents soins à apporter à domicile, leur fréquence et quels acteurs mobiliser.

PROPOSITION 2

Faciliter la coordination entre les professionnels de santé exerçant à l'hôpital, en ville et à domicile, en protocolisant les sorties d'hospitalisation selon les pathologies et les parcours santé associés.

Quoi ?

Cette mesure permettra d'optimiser la prise en charge des patients et de fluidifier l'ensemble du parcours de soins en **limitant les temps d'hospitalisation inutiles** et en **facilitant la poursuite des soins** hors de l'hôpital.

Une meilleure coordination entre les acteurs de ville et l'hôpital **limitera également les risques de rupture dans le parcours de soins**, qui peuvent intervenir suite à un manque d'information des patients, une trop grande complexité dans les démarches, ou une mauvaise organisation entre les professionnels de santé et du médico-social assurant la poursuite de la prise en charge.

Qui ?

Cette mise en place se fera en plusieurs temps et pourrait reposer sur les acteurs suivants :

- La **HAS** se verra confier le développement et formalisation de protocoles de sorties adaptés en fonction des pathologies. Ces protocoles devront être développés avec les sociétés savantes des spécialités médicales concernées ;
- L'**ARS** aura un rôle d'adaptation de ces protocoles à l'échelle territoriale en fonction des réalités démographiques et de l'offre de soins disponible sur chaque territoire. Elle pourra s'appuyer sur les CPTS présentes sur le territoire ainsi que sur leur réseau de professionnels de santé ;
- Au sein de l'hôpital, des professionnels seront identifiés comme **coordinateurs** et responsables du bon déploiement de ces protocoles de sortie ;
- En ville, la mise à disposition d'un **répertoire** consolidé des acteurs de santé et de l'offre médico-sociale disponible permettra à l'hôpital d'orienter correctement ses patients et d'assurer leur prise en charge.

Comment ?

La définition et la mise en place de ces protocoles de sortie devront se faire en prenant en compte l'ensemble des étapes et des spécificités des différents parcours de santé des patients, et en proposant des outils adaptés aux professionnels concernés.

Plusieurs points de vigilance devront être retenus dans cette mise en place :

- Mettre ces protocoles à disposition des professionnels de façon à ce qu'ils soient **connus et assimilés par tous** ;
- S'appuyer sur l'ensemble des **outils, notamment numériques**, à disposition pour faciliter le partage d'informations nécessaire à la prise en charge des patients en sortie d'hospitalisation ;
- Insister sur la nécessité d'**uniformiser les prises en charge** des patients au moment des sorties d'hospitalisation et illustrer la pertinence de cette démarche à travers un cas d'usage (par exemple la chirurgie orthopédique) ;
- Intégrer l'**ensemble des professionnels** à ces dispositifs, aussi bien sur le plan médical et paramédical (médecin traitant, infirmier, pharmacien, masseurs-kinésithérapeutes, PSAD, SSIAD...) que social (assistants sociaux, SAAD...).

b) Quelle place pour l'hôpital de demain ?

Ainsi, si l'hôpital doit repenser son organisation interne, il doit également s'interroger **sur la place et le rôle qu'il entend jouer demain**, à l'aune des virages ambulatoire et domiciliaire. Loin d'être relayé au second plan, l'hôpital reste un maillon essentiel dans la prise en charge du patient. En effet, si un certain nombre de patients aspirent à être soignés à domicile, certains patients peuvent, *a contrario*, être réticents à opter pour une prise en charge en ambulatoire. Ainsi, dans certains cas, le choix de l'hospitalisation conventionnelle reste la solution à privilégier.

Par ailleurs, **le domicile de certains patients peut être trop éloigné du centre hospitalier, ou être peu ou pas aménagé pour accueillir une prise en charge en ambulatoire**. Comme le souligne le HCSP dans sa revue « Actualité et Dossier en Santé Publique²¹¹ », **la question du retour, ou du maintien à domicile, introduit la question des inégalités sociales et**

211 Soraya Haddad et Thierry Lang, « Le virage ambulatoire : quels enjeux et quelles conséquences potentielles sur les inégalités sociales et territoriales de santé? », ADSP, n° 118, juin 2022.

territoriales de santé : la vulnérabilité socioéconomique des patients et les situations de handicap sont ainsi insuffisamment prises en compte dans les réflexions sur les virages ambulatoire comme domiciliaire.

Pour répondre à cette problématique, des structures innovantes d'hébergement non médicalisées se développent afin de prendre en compte la réalité du terrain et faciliter l'accès des patients éloignés aux centres techniques offrant les soins les plus innovants.

Faciliter l'accès à l'ambulatoire en repensant l'offre de logements à proximité des établissements sanitaires afin d'apporter une réponse adaptée à chaque contexte territorial et social

La progression des déserts médicaux et la fermeture des centres spécialisés limitent le développement de l'ambulatoire dans certaines régions. À titre d'illustration, **les hôpitaux de Marseille prennent en charge un nombre non négligeable de patients provenant de la Corse**. Le constat est identique pour l'Institut Gustave Roussy où 30 % de la patientèle n'est pas originaire d'Île-de-France. Recourir à l'ambulatoire pour ces patients dont le domicile est éloigné du centre d'expertise peut ainsi être très complexe.

Par ailleurs, le constat d'un **maillage territorial de l'offre de santé qui diffère entre chaque région, avec des régions dotées d'une densité très faible de professions médicales**, doit pousser les pouvoirs publics à proposer une réponse territoriale afin de répondre à la progression des déserts médicaux.

.../...

Une des pistes pour faciliter l'accès à l'ambulatoire est **le déploiement d'hébergements temporaires non-médicalisés (aussi appelés hôtels hospitaliers)** à proximité de centres hospitaliers. Ces structures permettent de **réaliser des soins légers, tout en rapprochant le patient de la structure experte**. Les patients peuvent ainsi loger à proximité de leur lieu de soin, dans un environnement rassurant mais qui n'est pas inutilement médicalisé.

Ce modèle de structures hospitalières est **particulièrement répandu au Canada**, du fait notamment de la superficie importante du pays. C'est également un modèle déployé en Allemagne : le pays a pris la décision de concentrer la chirurgie cardiaque dans quelques centres spécialisés, mais en agençant un environnement à proximité qui permet d'accueillir les patients. **On trouve également des exemples aux États-Unis avec la Mayo Clinic**. Ce groupe de santé américain s'organise en un écosystème de soins intégrés composé de campus hospitalo-universitaires comprenant des hôpitaux, des facultés de médecine et des centres de recherche, associés à un réseau de soins qui regroupe un ensemble d'hôpitaux et de centres de soins partenaires. La Mayo Clinic entend « *apporter chaque jour à chaque patient les soins optimaux à travers la pratique clinique, l'éducation et la recherche* ». La coordination des soins autour du patient est donc centrale dans l'organisation de la clinique. Un médecin référent est ainsi attribué à chaque patient afin de coordonner son parcours au sein de l'établissement. Les professionnels de santé bénéficient par ailleurs d'une grande autonomie dans les différentes étapes des soins pour favoriser la fluidité du parcours.

Ce type d'organisation répond aux problématiques liées à la démographie médicale, et offre un meilleur accès aux soins pour les patients éloignés des centres experts. Ces derniers

.../...

peuvent être hébergés la veille de l'hospitalisation (en particulier si celle-ci est prévue tôt dans la matinée) et/ou être pris en charge de manière sécurisée à la suite de l'hospitalisation, hors de l'hôpital. Ce type d'innovation représente un véritable gain pour des patients situés dans des territoires isolés et dont l'état de santé ne justifie pas un séjour hospitalier. **Le bénéfice est réel pour les patients, pour l'hôpital, qui ne dépense pas inutilement des ressources, et pour l'Assurance maladie, car le coût d'hébergement est bien moindre qu'une hospitalisation.** On estime en effet qu'une journée d'hospitalisation représente **1 500 euros**, contre **60 euros** pour une nuitée dans un tel « hôtel hospitalier²¹² ».

En France, **une expérimentation a d'abord été conduite entre 2017 et 2020** avant de se généraliser afin que l'ensemble des établissements sanitaires puissent proposer cette prestation. Des règles ont ainsi été définies à l'occasion de cette généralisation, que ce soit en termes de volumétrie, limite de nuits consécutives ou prix de la nuitée (forfait fixé à 80 euros, couvrant les frais d'hébergement du patient, ceux de ses éventuels accompagnants ainsi que les prestations de repas)²¹³.

L'Assemblée nationale, dans son rapport d'information²¹⁴, en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur la chirurgie ambulatoire,

.../...

reconnait l'intérêt de ce dispositif pour faciliter l'accès à l'ambulatoire pour les patients éloignés du soin. Elle invite, dans une de ses propositions, à « *suivre la généralisation annoncée de l'expérimentation relative aux hôtels hospitaliers et évaluer leur intérêt pour la prise en charge des publics isolés et/ou précaires dans le cadre de la chirurgie ambulatoire* ».

2. Créer des temps d'échange interprofessionnels dédiés et repenser la formation autour du travail en équipe

Afin de favoriser les interactions entre les acteurs et construire une relation de confiance dans la durée, il est nécessaire de **créer des espaces de partage ou « points de contact » où ces acteurs**, notamment le personnel hospitalier et les professionnels de ville, pourraient se rencontrer et apprendre à travailler ensemble, en réseau (cf. proposition 1).

Il s'agit de mettre en place les conditions d'un **véritable travail d'équipe interprofessionnelle**, mêlant à la fois des professionnels hospitaliers et des professionnels de ville. Ce dialogue entre professionnels et ce croisement d'expertise est clé. Il permet notamment de **renforcer la cohésion d'équipe ainsi que l'articulation entre les acteurs afin d'assurer un parcours de soins sans rupture et une bonne coordination**. Un meilleur lien entre les acteurs, notamment ceux intervenant à domicile, permettrait en outre **une prise en charge bien plus rapide en cas de dégradation de l'état**, et *in fine* un meilleur accompagnement.

Sur ce point, **la formation, initiale et continue, des professionnels constitue un axe de travail fondamental pour réussir le virage ambulatoire ou le virage domiciliaire** et donner l'envie aux professionnels de travailler ensemble et de mieux connaître l'autre, son offre et ses compétences.

212 « L'Assemblée donne son feu vert à l'expérimentation d'« hôtels hospitaliers » », *Libération*, 24 octobre 2014 et Marie Dagman, « Pour ou contre les hôtels hospitaliers ? », *Notre temps*, 17 février 2015.

213 « Prestation d'hébergement temporaire non médicalisé (hôtel hospitalier) », site du Service Public, 2 mai 2022, <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F35876>

214 Marc Delatte et Nadia Ramassamy, *Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur la chirurgie ambulatoire*, Assemblée nationale, septembre 2020.

La formation (initiale ou continue) des professionnels doit ainsi contribuer à :

- **Éviter les silos ville / hôpital / domicile** et opérer un changement culturel dès la formation. En particulier, les notions liées à l'organisation du système de santé et à la présentation du fonctionnement d'un cabinet médical méritent d'être abordées au cours des études de médecine ;
- **Favoriser la rencontre et la collaboration** des professionnels (hôpital, ville, domicile...) par l'intermédiaire de temps partagés et de modules de formation communs afin de déstigmatiser les croyances de part et d'autre. Cela permettra à chacun de découvrir les rôles et compétences des autres acteurs ;
- **Faciliter les échanges** par l'utilisation d'un vocabulaire et d'un langage compréhensible par tous ;
- **Développer l'envie de travailler ensemble**, en équipe interprofessionnelle ;
- **Axer l'enseignement sur le management d'équipe** ;
- **Intégrer les professionnels de ville dans la conception des parcours de santé.**

Ces enjeux doivent aussi bien faire l'objet de la formation initiale que continue. À ce titre, l'**Agence nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC)** a un rôle clé à jouer pour familiariser les professionnels de santé à ces notions tout au long de leur vie professionnelle.

Le rapport « *Contribution grand âge, perte d'autonomie*²¹⁵ » invite à développer **de nouvelles méthodes pédagogiques, comme la mise en place de séminaires interprofessionnels lors de la formation initiale des professionnels**. Comme le souligne le rapport, cela permettrait aux étudiants d'acquérir des compétences communes, de mieux appréhender les rôles et missions des autres professionnels et de faciliter *in fine* la communication interprofessionnelle. La formation devrait ainsi être l'occasion pour les professionnels de pratiquer cette **coordination interprofessionnelle**, et que

cela soit intégré à un diplôme ou une formation d'État. L'introduction de la **formation socle autour du numérique en santé** pour les étudiants en santé constitue un premier pas favorisant cette interdisciplinarité²¹⁶.

En parallèle, **la formation des professionnels pourrait mettre davantage en avant le modèle ambulatoire**. Ainsi, un rapport de la Cour des Comptes²¹⁷ paru en 2018 faisait le constat d'« *une place encore réduite de la pratique ambulatoire au regard de cet enjeu* » dans les modules et programmes de formation, en particulier dans le cursus des médecins ou dans le référentiel de formation initiale des infirmiers. Le rapport précise que, certes, des améliorations sont notables mais que « *l'effort doit être poursuivi en faisant découvrir les différents modes d'exercice dès le premier cycle et en diversifiant l'offre de stages lors du deuxième cycle* ».

Par ailleurs, une politique ambulatoire n'est possible que si le système de santé est suffisamment réactif, ce qui suppose que les professionnels, notamment ceux de ville, soient en nombre suffisant pour pouvoir **prendre en charge rapidement les patients**. Or, la pénurie de professionnels médicaux et soignants à laquelle notre système de santé est confronté peut entraîner des délais importants, ce qui nuit à cette réactivité. **La formation, initiale ou continue, constitue un levier intéressant à mobiliser pour l'attractivité des métiers de la santé.**

Les formations doivent ainsi proposer des modalités innovantes pour s'adapter à la réalité de chaque territoire et professionnel. À ce titre, Galiléo Global Education, groupe européen d'enseignement supérieur privé, constitue un exemple d'adaptation aux enjeux actuels de la formation. Le groupe axe son enseignement autour du **développement de nouveaux métiers** (par exemple le métier de coordinateur de soins à domicile) et **de nouvelles compétences** comme le management d'équipe ou la coordination.

216 Arrêté du 10 novembre 2022 relatif à la formation socle au numérique en santé des étudiants en santé.

217 Chapitre V : *Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital*, Cour des comptes, 2018.

215 *Contribution grand âge, perte d'autonomie*, ANEMF, ANEP, ANEPF, ANESF, FNEK, FFEQ, FNEA, FNEO, FNESI, FNSIP-BM, ISNAR-IMG, UNAAE, UNECD, septembre 2020.

Les **modalités de formation se veulent innovantes** : mélange entre formations à distance et en présentiel, utilisation de nouveaux outils de formation comme des casques de réalité virtuelle qui permettent de s'entraîner à la gestion de situations humaines, etc. **Des partenariats entre facultés de médecine et d'autres disciplines peuvent aussi s'imaginer pour développer des formations communes**. L'Institut Gustave Roussy développe des partenariats de formation commune, entre médecine et sciences de l'ingénieur, avec l'Université Paris-Saclay²¹⁸.

PROPOSITION 3

Inclure dans la formation initiale et continue des professionnels de santé les enjeux de coordination, de travail en équipe et de management, tout en les formant aux outils numériques capables de favoriser cette mise en réseau.

138

Quoi ?

Les études médicales et paramédicales sont encore trop organisées en silos, loin de la réalité de l'exercice sur le terrain. L'objectif est de permettre aux professionnels en devenir et à ceux déjà en exercice **d'améliorer leur pratique coordonnée grâce à la formation**.

En proposant des modules communs et transverses à différents professionnels de santé, ces derniers pourront **mieux comprendre le rôle de chaque acteur** dans le parcours de santé, et avoir une vision d'ensemble des pathologies qu'ils traitent. À ce titre, l'intégration au sein de la formation continue de stages en ambulatoire constitue un levier intéressant.

La dimension managériale **facilitera les relations entre professionnels**, la compréhension des liens qui existent entre les métiers et consolidera à termes **les relations de confiance** entre ville, domicile et hôpital.

218 « Gustave Roussy et l'Université Paris-Saclay signent une convention pour renforcer leurs collaborations », site de l'Institut Gustave Roussy, 7 avril 2022, <https://www.gustaveroussy.fr/fr/gustave-roussy-et-luniversite-paris-saclay-signent-une-convention-pour-renforcer-leurs>

Qui ?

Deux volets sont à prendre en compte dans la mise en place de cette mesure :

- La **formation initiale**, qui continuera à être prise en charge par les universités mais qui pourra s'ouvrir à l'intervention de nouveaux acteurs et devra impliquer directement les sociétés savantes des spécialités médicales concernées. Des partenariats avec des universités à l'image des écoles d'ingénieurs ou de commerce pourraient être envisagés pour la constitution de modules communs.
- La **formation continue**, qui pourra être renforcée au niveau des universités tout en continuant à s'appuyer sur les organismes privés existants et qui devra faire l'objet d'un véritable effort de pédagogie et de recensement. À ce titre, des modules de formation transverses pourraient être développés par l'ANDPC, en collaboration avec les sociétés savantes.

Comment ?

La révision de la formation passera par deux grands axes :

- De **nouveaux thèmes** de formation, à l'image de modules de découverte et de compréhension des **organisations de santé et des acteurs de la coordination** (CPTS, ARS ...) et de sessions renforcées sur les outils numériques dans la continuité des mesures récemment mises en place²¹⁹ ;
- De **nouvelles façons d'apprendre**, en mettant en place des **modules pluriprofessionnels** abordés par pathologie et ouverts à différents types de professionnels médicaux et paramédicaux, et en rendant obligatoires les **stages en ville** au cours de la formation initiale pour l'ensemble des spécialités médicales.

139

3. Soutenir l'innovation inhérente aux virages ambulatoire et domiciliaire en s'appuyant sur un modèle de financement à la qualité

3.1. S'inscrire dans une démarche d'évaluation de la qualité et d'amélioration continue des prises en charge

Dans le système de santé actuel, **les retours des patients sur la qualité des soins reçus ne sont que très rarement recueillis et analysés**. Sans

219 Arrêté du 10 novembre 2022 relatif à la formation socle au numérique en santé des étudiants en santé.

ce recueil de l'expérience patient, les professionnels ne sont pas en capacité de s'interroger sur leurs pratiques ni d'évaluer l'impact de leur intervention sur la qualité de vie des patients.

Cette mesure de la qualité des soins, à travers des questionnaires co-construits par les médecins et les patients, apparaît d'autant plus nécessaire lorsque l'on s'intéresse à l'ambulatoire et à la prise en charge des maladies chroniques. Une prise en charge en ambulatoire n'implique pas l'intervention d'un seul professionnel isolé mais s'inscrit dans un parcours de santé regroupant plusieurs professionnels, provenant de secteurs différents (ville, hôpital, domicile...) qui doivent se coordonner. **Les actions des uns peuvent ainsi avoir des répercussions sur les actions des autres professionnels, intervenant à un autre niveau de la prise en charge. Il est donc important que les professionnels puissent avoir des retours objectifs et scientifiques pour ajuster leurs pratiques.**

140

S'appuyer sur l'expérience patient permet aux professionnels **d'évaluer leurs pratiques, d'en identifier les éventuels axes d'amélioration et de les ajuster au quotidien.** S'inscrire dans ce schéma d'amélioration continue et d'évaluation des pratiques est ainsi bénéfique pour la qualité de la prise en charge du patient. Il convient par ailleurs de solliciter aussi les aidants familiaux, afin que les retours obtenus puissent être véritablement représentatifs. Plusieurs indicateurs permettent de mesurer la qualité des soins :

- Des **indicateurs PREMs** (*Patient-Reported Experience Measures*) qui permettent d'évaluer l'expérience des soins vécue par le patient et de recueillir son expérience. Ces indicateurs peuvent notamment prendre la forme de questionnaires de satisfaction et d'auto-évaluations à destination des patients, comme le questionnaire e-Satis en France qui permet de mesurer la satisfaction et l'expérience des patients hospitalisés ;
- Des **indicateurs PROMs** (*Patient-Reported Outcome Measures*) pour mesurer le résultat des soins perçu par le patient. Il s'agit d'indicateurs qui mesurent la qualité de vie du patient avant et à la suite d'une consultation, d'un séjour à l'hôpital ou d'une prise en charge médicale. Ces indicateurs permettent d'évaluer le retentissement de la maladie sur l'activité physique,

le bien-être psychologique, la vie sociale mais aussi l'intensité des symptômes ressentis²²⁰.

- D'autres indicateurs de qualité impliquent directement les équipes médicales à l'image des **indicateurs CROMs** (*Clinical-Reported Outcome Measures*) qui mesurent l'état de santé fonctionnel du patient. Ces indicateurs évaluent plus précisément la mortalité, le taux de rémission pour une pathologie donnée, la sévérité des symptômes, l'incapacité ou le handicap lié à une maladie ou une intervention chirurgicale, à l'aide de tests ou de scores fonctionnels.

En France, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) sont introduits par la HAS pour évaluer les mesures mises en place au sein des hôpitaux (infections, tenue du dossier patient, recueil de la satisfaction de l'expérience via le questionnaire e-Satis) ou la pertinence et la faisabilité des pratiques dans des pathologies spécifiques. Ces indicateurs sont publiés en open data et constituent une première avancée pour informer les patients. Pour autant le taux de réponse aux questionnaires e-Satis « *reste encore très faible malgré une légère augmentation* » de l'ordre de 26 % en 2018²²¹. Ces questionnaires sont, à l'heure actuelle, uniquement conçus pour de la chirurgie ambulatoire ou des séjours en MCO ou en SSR. **Dans la perspective du virage ambulatoire, il pourrait être intéressant que ces questionnaires soient déclinés dans d'autres secteurs et aillent au-delà de la seule mesure de l'expérience.** C'est notamment le sens des travaux qui sont menés actuellement pour adapter ces outils au secteur de l'HAD et de la psychiatrie.

141

Par ailleurs, les IQSS de l'HAS ne renseignent pas sur des éléments relatifs à la qualité de vie des patients (PROMs) ou sur l'état clinique des patients (CROMs). Ainsi, 59 % des Français estiment qu'il est difficile de choisir un généraliste ou un spécialiste pour une consultation²²² : **la publication d'indicateurs de qualité transparents reposant sur la mesure de résultats constitue un levier d'information majeur pour les patients.**

220 *Système de santé : soyez consultés!*, Institut Montaigne, avril 2019.

221 *Ibid.*

222 *Ibid.*

Des pays ont d'ores et déjà développé des indicateurs de qualité des soins impliquant directement les patients. (Pays-Bas, Grande-Bretagne, États-Unis). Aux **Pays-Bas**, le registre *The Dutch Surgical Colorectal Audit* (DSCA) a été fondé en 2009 à l'**initiative des médecins** de l'Association des chirurgiens des Pays-Bas, afin d'évaluer et d'améliorer la qualité et les bonnes pratiques des soins hospitaliers dans le cancer colorectal²²³. **La publication de ces indicateurs a démontré une réduction du taux de complications et une amélioration de la prise en charge des patients entre 2009 et 2014.** L'Institut néerlandais d'audit clinique (DICA) a ainsi été créé en 2011 : dès lors 21 registres de résultats nationaux ont été créés notamment pour le cancer du sein, le cancer gastro-intestinal supérieur ou encore la chirurgie pulmonaire. Ces registres contiennent entre 50 et 80 indicateurs (dont 40 à 50 % de PROMs) relatifs à la **performance** (taux de complications post-opératoires, taux de réhospitalisations etc.) et à l'**activité des hôpitaux** (nombre de médecins pratiquant un acte donné, disponibilité des équipes médicales, etc.). Les résultats sont rendus publics en open data au bout de trois ans.

Bien que 96 % des Français seraient favorables à répondre à des questionnaires d'évaluation pour améliorer la qualité des soins²²⁴, leur développement implique que l'information soit collectée et traitée en intégrant l'ensemble des acteurs :

- Le **patient** doit être formé à l'utilisation de ces outils, au risque que certaines questions soient mal interprétées et que les réponses s'en trouvent biaisées. Il est ainsi important de concevoir des outils avec un vocabulaire et un langage compréhensibles pour les patients.
- Le **médecin** doit lui aussi pouvoir être formé à l'utilisation de ces questionnaires mais aussi à leur définition, à travers les sociétés savantes. Plus les médecins seront impliqués dans l'élaboration d'indicateurs de qualité, plus ils seront enclins à les utiliser dans leur pratique quotidienne.
- Les **données** doivent être collectées par plusieurs acteurs, au sein de l'hôpital, de la ville et du domicile. Ensuite, ces données devront être partagées

223 Ibid.

224 Ibid.

avec les différents intervenants du parcours de soin, afin d'identifier les leviers d'amélioration de celui-ci. Les maladies chroniques pourraient être ciblées prioritairement, car les patients concernés ont développé une véritable expertise de leur maladie au cours du temps.

PROPOSITION 4

Définir des indicateurs de qualité des soins adaptés aux pathologies suivies en ambulatoire, tout en équipant les lieux de soins (hôpital, ville, domicile, médico-social) en applications numériques capables de recueillir et d'analyser ces indicateurs.

Quoi ?

Cette mesure vise à **favoriser le recueil et l'analyse des données en ville et au domicile** (via la télésurveillance notamment) dans une perspective **d'évaluation de la qualité** et d'amélioration continue de la prise en charge du patient.

Ces indicateurs de qualité s'appuieront sur **le retour du patient** (expérience et qualité des soins perçus) mais également sur **une évaluation par l'équipe médicale** impliquée dans la prise en charge (mesure de l'état de santé fonctionnel). Les référentiels à développer en priorité concerneront les maladies chroniques dont le suivi à domicile est amené à être de plus en plus commun.

Les indicateurs produits pourront par ailleurs être rendus publics, dans une optique d'information et de transparence auprès des patients.

Qui ?

Au niveau national, cette mesure pourra être portée par la HAS qui sera chargée d'établir, de standardiser et de rendre public les indicateurs. Le développement de référentiels d'indicateurs par pathologie impliquera directement les associations de patients concernées et les sociétés savantes.

Au niveau local, la mise en place et la collecte de ces indicateurs pourront être organisées par les ARS et les CPAM.

Enfin, les établissements de santé, les structures et professionnels exerçant à domicile, ainsi que les patients seront directement sollicités pour la mise en œuvre opérationnelle de cette mesure.

Comment ?

Plusieurs actions ont été identifiées pour la déclinaison opérationnelle de cette proposition, comme la mise en place d'un **système d'évaluation et de recueil**, géré par le réseau des CPAM, pour tous les types de services (médical et médico-social) dont bénéficient les patients en sortie d'hospitalisation afin de **mesurer l'impact médico-économique** des dispositifs de suivi post-hospitalisation (téléexpertise / télésurveillance, etc.).

En parallèle, il s'agira de **faire évoluer le forfait d'aide à la modernisation et informatisation (FAMI)** pour les professionnels paramédicaux afin de les outiller et de leur permettre de recueillir des informations relatives à la qualité des soins perçue par le patient.

Il sera nécessaire de veiller à ce que **les questionnaires** adressés aux patients soient suffisamment **courts** et leur soient envoyés sous **format digital** pour faciliter le traitement des réponses par la suite. L'utilisation d'outils digitaux nécessite, par ailleurs, que **les différentes solutions soient interoperables** afin que les données puissent être traitées et que l'analyse en soit ainsi facilitée.

Ces actions pourront être complétées par la mise en place d'une **certification spécifique pour les structures ambulatoires et à domicile**, basée sur ces indicateurs et délivrée par la HAS.

3.2. Proposer un modèle de financement plus souple et adapté aux besoins du patient, qui prenne en compte la notion d'évaluation de la qualité des soins

Le **virage domiciliaire** constitue une opportunité pour une réponse institutionnelle qui viserait à réallouer certaines enveloppes et recentrer les moyens sur la ville et l'hôpital, en prévoyant des fléchages ciblés pour opérer un transfert de prise en charge de l'hôpital vers la ville. Aller vers une fongibilité des enveloppes budgétaires hôpital, ville et domicile semble prioritaire afin de permettre un continuum entre le soin hospitalier, le soin ambulatoire et le soin à domicile et d'inciter au **décloisonnement** des prises en charge.

Cette réallocation des moyens doit également permettre de financer des missions du système de santé qui sont aujourd'hui sous-financées et qui, pourtant, ont un impact important sur le virage domiciliaire. On peut notamment penser

à une **meilleure valorisation des actes de prévention et d'éducation thérapeutique du patient**. Cette proposition est notamment reprise dans le rapport *Contribution grand âge, perte d'autonomie*²²⁵ qui préconise de prévoir un mode de financement adéquat afin de mieux valoriser le recours à l'ETP. Les consultations de prévention à des âges clés de la vie inscrites dans le PLFSS 2023²²⁶ constituent un premier levier intéressant pour valoriser le rôle de la médecine de ville dans la détection précoce de certaines maladies.

Cette **fongibilité des enveloppes doit également s'appuyer sur un système de financement des soins innovant**. Dans la recherche d'un modèle qui parte du patient, de ses besoins de santé et qui s'inscrive dans une logique de parcours, le « 100 % T2A ou tarification à l'acte », au même titre que le « 100 % forfait », ne semblent pas pertinents ni proposer la souplesse suffisante afin de s'adapter à des modalités d'organisation différentes. Une réflexion sur la réforme du financement du système de santé pilotée par Jean-Marc Aubert²²⁷ en 2019, indiquait que le modèle de tarification à l'acte ne permet ni la qualité des soins ni d'inclure des modèles de prévention incitatifs pour les acteurs. Le système de T2A reste pertinent pour certains types d'actes (consultation d'expertise, acte technique) et permet de garantir la réactivité du système en rémunérant les épisodes de soins courts et délimités dans le temps. L'objectif affiché par le gouvernement dans le plan Ma santé 2022 est d'abaisser le financement des hôpitaux assuré par la T2A à 50 % et de le **combinaison à d'autres modes de financements**.

Ces modèles de financements mixtes ou combinés répondent aux enjeux de coordination entre professionnels, de suivi des maladies chroniques et des personnes âgées, d'incitation à la prévention, etc. Ils peuvent être de plusieurs types :

225 *Contribution grand âge, perte d'autonomie*, ANEMF, ANEP, ANEPF, ANESF, FNEK, FFEO, FNEA, FNEO, FNESI, FNSIP-BM, ISNAR-IMG, UNAEE, UNECD, septembre 2020.

226 Projet de loi de financement de la sécurité sociale n° 274 pour 2023, Article 17, 26 septembre 2022.

227 *Réformes des modes de financement et de régulation : vers un modèle de paiement combiné*, Ministère des Solidarités et de la Santé, janvier 2019.

- un **paiement au suivi du patient** : ce paiement s'applique pour le suivi des maladies chroniques (diabète, insuffisance rénale etc.) et peut prendre la forme de forfaits avec un suivi d'indicateurs de résultats rémunérant les différents professionnels impliqués dans le parcours (actes de soins et de coordination notamment) ;
- un **paiement à la qualité et à la pertinence** : ce paiement s'appuie sur les résultats rapportés par les patients ;
- un **paiement pour la structuration du service** : ce type de rémunération impose une organisation de l'offre de soins par rapport aux **besoins de la population du territoire** (dotation populationnelle en psychiatrie ou dotation socle pour des activités au niveau territorial).
- un **paiement à la séquence de soins** (ou *bundled payment*) : il s'agit ici de rémunérer de manière conjointe une séquence de soins des acteurs intervenant dans la prise en charge du patient (de l'intervention à la rééducation par exemple). Ce type de paiement implique une forte coordination entre les acteurs. Le **paiement à la séquence de soins (ou « bundled payment ») est notamment particulièrement répandu dans les pays anglo-saxons.**

Ces modalités de paiement sont notamment testées *via* les expérimentations « Article 51 ». Le passage dans le droit commun du financement de ces expérimentations et leurs modes de financements innovants représente des leviers intéressants pour le développement de futures innovations organisationnelles. Sur les 103 expérimentations autorisées en 2021, sept arrivaient à leur terme fin 2022 et 27 pour fin 2023²²⁸. **La généralisation de ces dispositifs et leur passage effectif dans le droit commun pourront s'avérer complexes au regard de la diversité des expérimentations proposées et de leur spécificité parfois propre à un territoire.**

Ces modalités de paiement sont directement applicables aux problématiques liées au virage ambulatoire. En **Suède** et dans les **pays anglo-saxons**, des

séquences de soins sont développées afin d'assurer des approches globales qui rémunèrent les acteurs de l'intégralité du parcours de santé du patient et qui prennent davantage en compte la notion de prévention, de coordination et d'indicateurs de qualité. L'impact sur la qualité est significatif : en Suède, sur les épisodes de prothèse totale de hanche et de genou (programme Orthochoice), les complications ont été réduites de 18 % et les réhospitalisations de 23 %²²⁹.

Le HCSP partage également ce constat dans son rapport²³⁰ : **« le principe d'un forfait « ambulatoire ville-hôpital » qui inciterait à la coopération, à l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins et à moindre dépense fait consensus »**. Toutefois, ce modèle de financement nécessite de clarifier au préalable les « modalités de partage de ce forfait » entre les acteurs et « la manière dont la qualité des soins peut être mesurée, notamment en ville », comme le souligne le HCSP. D'autres exemples peuvent être cités à l'image du paiement à la capitation qui permet de rémunérer un professionnel selon le nombre de patients suivis. En France, des expérimentations sont menées par le Groupe Ramsay dans des centres de soins primaires pour le paiement à la capitation²³¹ qui s'inspirent du modèle suédois. Les centres reçoivent un paiement groupé (établissement / personnel médical / médecine de ville) basé sur les résultats cliniques et fonctionnels des patients (CROM, PROM, PREM). Plusieurs champs d'application sont en cours : colectomie, prothèses de hanche et de genou dans 13 établissements (sur 22 établissements privés sélectionnés).

Par ailleurs, **l'évaluation de la qualité de la prise en charge** est une notion peu prise en compte dans le financement actuel des prises en charge. Cette démarche suit le principe de « *Value-Based Healthcare* » qui vise à atteindre le meilleur résultat de santé possible pour les patients : le financement est

229 « 2022 : la fin du paiement à l'acte (ou presque) », site du syndicat Les Généralistes – CSMF, 30 janvier 2019, <https://lesgeneralistes-csmf.fr/2019/01/30/2022-la-fin-du-paiement-a-l-acte-ou-presque/>

230 *Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé*, Haut Conseil de la santé publique (HCSP), juin 2021.

231 « Investor presentation », site du Groupe Ramsay Santé, décembre 2020, https://www.ramsaysante.fr/sites/default/files/pdf/201210_-_ramsay_sante_bank_meeting.pdf

228 *Rapport au Parlement 2021 sur les expérimentations innovantes en santé*, Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021.

ainsi déterminé par l'atteinte de résultats qui importent au patient. Valoriser davantage **les retours positifs sur la qualité des soins** et être en capacité de **quantifier la non-qualité de la prise en charge** est essentiel. Conscientes de ces enjeux, certaines expérimentations développées dans le cadre de l'article 51 proposent justement une incitation financière calculée en fonction de l'atteinte d'objectifs en matière de **qualité des prises en charge**, d'expérience patient et de maîtrise des dépenses. C'est le cas par exemple de l'expérimentation IPEP²³² (incitation à une prise en charge partagée). Le calcul de l'intéressement se base sur **des indicateurs de qualité** et de performance, ainsi que sur un questionnaire patient²³³.

D'une manière générale, **le financement au parcours apparaît ainsi comme un point clé du déploiement du virage ambulatoire**. Les pouvoirs publics, conscients de ces enjeux, ont actualisé courant 2022 les règles relatives à la facturation de l'activité ambulatoire hospitalière. Remplaçant une ancienne circulaire (circulaire « frontière ») datant de 2010, la nouvelle instruction précise **les conditions de facturation à l'Assurance maladie, par les établissements de santé, de l'ensemble des prises en charge ambulatoires réalisées en leur sein** et entend « *promouvoir une logique de gradation et de continuum des prises en charge ambulatoires et des financements associés*²³⁴ » :

232 Expérimentation d'une incitation à une prise en charge partagée (Ipep), flyer de présentation, Assurance maladie.

233 Des innovations de prise en charge et de financement sont également développées par les entreprises privées : c'est notamment le cas de l'étude PIMA (*Individualized Program for Managing Adherence*), pilotée par l'entreprise Air Liquide Healthcare et réalisée en Espagne dans la Principauté des Asturies entre octobre 2020 et février 2021. Une approche fondée sur la stratification des patients selon leurs besoins a permis d'augmenter le nombre moyen d'heures d'utilisation de la PPC (Pression Positive Continue, utilisée pour le traitement de l'apnée du sommeil) par nuit de 4,63 à 6,02 heures et d'augmenter le taux de patients observants (de 70 % à 82 %). L'offre de soins est modulée en fonction des résultats de santé obtenus par le programme. Fort de ces succès, une offre similaire a été lancée au Portugal et aux Pays-Bas permettant d'améliorer plus rapidement l'observance des patients au traitement.

234 « Modalités de facturation des activités ambulatoires hospitalières », site du Ministère de la Santé et de la Prévention, mai 2022, <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/modalites-de-facturation-des-activites-ambulatoires-hospitalieres/article/modalites-de-facturation-des-activites-ambulatoires-hospitalieres>

- Les facturations des prises en charge en HDJ s'en trouvent ainsi sécurisées.
- En parallèle, l'instruction reconnaît et valorise un niveau de prise en charge dit « intermédiaire », situé entre l'activité externe et la prise en charge en HDJ : cette modalité de tarification tend à se rapprocher de la classification existante en MCO, qui présente 4 niveaux de sévérité afin de mieux hiérarchiser les séjours selon la lourdeur de la prise en charge²³⁵.
- La mise en place du « rescrit tarifaire » permet en outre aux acteurs de santé d'obtenir « *une prise de position formelle de l'État et de l'Assurance maladie sur les conditions de facturation d'une prise en charge qui ne serait pas décrite par l'instruction* », en particulier dans un contexte d'évolution permanente des pratiques médicales.

Nota-bene : Le **rescrit tarifaire**²³⁶ permet à un établissement de santé, une fédération hospitalière ou une société savante de solliciter le ministère afin d'obtenir une prise de position de l'administration concernant les conditions de facturation d'une prise en charge de moins d'une journée.

3.3. Faire appel à d'autres acteurs que les pouvoirs publics, notamment pour le financement des innovations ?

Il pourrait être intéressant, en complément des pistes soulevées ci-dessus, d'étudier de manière plus approfondie le rôle que pourraient jouer **les acteurs du privé** notamment dans le financement des innovations telles que la télémédecine et la télésurveillance, la mise en place de solutions pour accompagner le virage ambulatoire et la promotion d'un modèle de santé intégrée.

235 « Financement des établissements de santé », site du Ministère de la Santé et de la Prévention, 23 février 2022, <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/article/financement-des-etablissements-de-sante>

236 « Rescrit tarifaire : comment ça marche ? », site du Ministère de la Santé et la Prévention, 29 juin 2021, <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/modalites-de-facturation-des-activites-ambulatoires-hospitalieres/article/rescrit-tarifaire-comment-ca-marche>

AKO@dom - PICTO de Continuum + : une expérimentation qui s'appuie sur un modèle de financement mixte (public / privé)²³⁷

Continuum + est une solution de télésurveillance en oncologie qui permet d'accompagner les patients depuis l'hôpital jusqu'au domicile en fonction de leur niveau de vulnérabilité, tout en faisant participer les professionnels de proximité au suivi des patients.

Co-portée par la société Continuum +, l'expérimentation AKO@dom - PICTO vise à améliorer l'efficacité des soins par la détection et la prise en charge précoce des patients en oncologie. Ce dispositif associe l'hôpital, la ville et le domicile dans le parcours des soins du patient en proposant une approche organisationnelle innovante qui inscrit les professionnels de soins primaires au cœur de la prise en charge. Ceux-ci sont informés très tôt de la mise en place du traitement pour le patient grâce à **une plateforme de coordination numérique comportant les dossiers patients**. Les visites de l'IDE à domicile du patient s'accompagnent, en effet, d'une **collecte des données pertinentes à travers des questionnaires et constantes, qui seront ensuite partagées pour un suivi efficace**. Le médecin oncologue est destinataire des informations, peut les interpréter à distance et prendre des décisions concernant la prise en charge du patient.

Cet accompagnement humain augmenté par le numérique facilite la coordination entre les professionnels ; les intervenants de ville
.../...

peuvent communiquer et partager les différentes informations aux équipes hospitalières spécialisées grâce à l'accessibilité des données du suivi patient. Le financement des parcours combine un financement forfaitaire par patient et une **part variable à la performance**. Les forfaits couvrent, entre autres, les visites et suivis assurés par les IDE, les oncologues et les pharmaciens, la coordination ainsi que **l'ensemble du suivi au travers de la télésurveillance**.

AKO@dom - PICTO se caractérise par un **mode de financement mixte**. En effet, l'initiative associe un financement public de l'Assurance maladie (à l'occasion d'une expérimentation dans le cadre de l'article 51), à un co-financement privé assuré des partenaires industriels (laboratoires pharmaceutiques). Un rapport d'activité est transmis aux financeurs et partenaires qui peuvent ensuite visualiser les données des parcours, agrégées et anonymisées, sur le périmètre qui les concerne²³⁸.

D'autres acteurs tels que les **assureurs ou les mutuelles**²³⁹ sont d'ores et déjà fortement mobilisés sur des aspects **relatifs à la prévention** et contribuent à **financer des actions spécifiques**. Chaque année, plus de 8 000 actions de prévention sont organisées par les unions régionales de la Mutualité Française²⁴⁰ (à l'image de l'application gratuite Ma Maison Santé créée par la Mutualité Française Pays de la Loire, qui vise à limiter l'exposition des plus jeunes aux polluants de la maison).

Toutefois, la mise en place de nouvelles modalités de financement doit nécessairement s'accompagner d'une adaptation et d'une transformation des organisations en place. En effet, le financement seul, s'il n'est pas

237 Avis du Comité technique de l'innovation en santé sur le cahier des charges relatif à l'expérimentation AKO@dom/PICTO « Pour un accompagnement humain et numérique des patients atteints d'un cancer à l'initiation d'un traitement par thérapie orale et/ou par immunothérapie », juillet 2021.

238 *Recueil des actes administratifs Grand-Est*, ARS Grand-Est, juillet 2021.

239 Les mutuelles du Livre III sont habilitées à pratiquer des actions de prévention d'action sociale, de gestion de réalisations sanitaires et sociales.

240 Institut Montaigne, *Santé : faire le pari des territoires*, mai 2022.

accompagné d'une réorganisation et d'une véritable conduite du changement chez les professionnels, ne pourra fournir que des résultats parcellaires. Le mode de rémunération est un outil pour favoriser les comportements mais il ne doit pas être considéré comme le seul levier à actionner.

Cette évolution des organisations doit être accompagnée et soutenue par les pouvoirs publics. C'est notamment ce que souligne l'Assurance maladie dans son rapport *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses*²⁴¹ : « Il ne suffit [...] pas de basculer les dépenses de l'hospitalisation vers l'ambulatoire pour que les organisations s'adaptent mécaniquement à de nouvelles formes de prise en charge. Il faut certainement accompagner ces évolutions de manière plus active et volontariste ».

PROPOSITION 5

Développer des nouveaux modèles de financements capables de soutenir à la fois la coordination des professionnels de santé et l'innovation organisationnelle.

Quoi ?

Les bénéfices attendus de cette mesure sont de plusieurs ordres.

Il s'agit tout d'abord de mettre en place des **modèles d'organisation soutenables** pour permettre aux professionnels de santé de s'organiser de la manière la plus adaptée aux besoins locaux de santé.

Par ailleurs, penser de **nouveaux modèles de financement mixtes, comme un financement au forfait**, va permettre de valoriser des actions non prises en compte aujourd'hui, comme **la fonction de coordination**. Il s'agit ainsi de **favoriser le développement d'innovations** qui participent *in fine* à la meilleure prise en charge des patients (coordination, téléexpertise / télésurveillance, dispositifs médicaux innovants, etc.).

Qui ?

Il est intéressant de se diriger vers la mise en place de **financements mixtes faisant appel à des acteurs publics et privés**. Il s'agit ainsi de mobiliser :

- Les acteurs publics, comme l'Assurance maladie, le réseau des CPAM et les ARS ;
- Les acteurs privés, comme soutien pour le financement de solutions innovantes (télésurveillance et téléexpertise, dispositifs médicaux, robotique, etc.).

Sur le terrain, la mise en œuvre concrète de cette mesure s'appuie sur l'ensemble des acteurs de santé, en particulier les professionnels libéraux et les structures de coordination (CPTS / DAC, etc.).

Comment ?

Concrètement, la mise en œuvre de cette mesure nécessite de **repenser le système de financement actuel** basé principalement sur la tarification à l'activité, pour sortir de cette logique de l'acte et **intégrer la dimension de parcours entre la ville et l'hôpital dans les financements. Des modèles de tarification mixtes entre la tarification et l'acte et le financement au parcours** sont à imaginer pour intégrer l'intégralité du parcours de santé et rémunérer au plus juste l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge. Les conclusions des premières expérimentations Article 51 et leur passage effectif dans le droit commun pourraient représenter des premières briques de valorisation financière de parcours coordonnés. À l'image des niveaux de sévérité dans les séjours existants en MCO, ces parcours devront permettre une **gradation du financement selon la lourdeur de la prise en charge**.

Au-delà du financement au parcours, il convient d'intégrer **une brique de coordination avec un financement fléché** pour cette activité spécifique. Les majorations de coordination présentes dans la NGAP sont à renforcer.

Les financements pourront faire appel à **des acteurs privés pour financer certaines innovations**, notamment les dispositifs de **téléexpertise et de télésurveillance**.

In fine, **les systèmes d'information et de facturation des professionnels de santé devront être repensés** pour s'adapter à ces évolutions de paiement.

3.4 Lever certains verrous réglementaires entre l'hôpital et la ville

Afin de faciliter le recours à l'ambulatoire, une des pistes envisageables est de rendre possible **la délivrance de certains traitements, dispositifs médicaux et autres ressources matérielles hors du cadre hospitalier**. Cette rétrocession hospitalière va permettre de fluidifier le parcours du patient, en particulier pour les patients atteints d'une maladie chronique, en « *amenant le*

241 *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance maladie pour 2023, Assurance maladie, juillet 2022.*

traitement en ville ». En effet, il semble nécessaire de déplacer le soin en ville, en particulier dans un contexte ambulatoire, où la majeure partie de la prise en charge se déroule hors des murs de l'hôpital.

Certains traitements, utilisés notamment pour diminuer les inflammations dans diverses maladies inflammatoires chroniques, ont d'ores et déjà été rétrocedés et sont désormais disponibles dans les officines de ville, ce qui permet aux patients un gain de temps et une simplicité au quotidien dans la prise en charge. À titre d'exemple, le médicament Hemlibra du laboratoire Roche, un traitement contre l'hémophilie, peut depuis 2021 être dispensé en officine alors même qu'il est soumis à une prescription hospitalière²⁴². Des formations sur ce traitement innovant à destination des pharmaciens d'officine sont mises à disposition.

DIAB-eCARE : une expérimentation pour mettre à disposition des patients diabétiques une pompe à insuline externe

L'expérimentation DIAB-eCARE²⁴³ s'inscrit dans le cadre d'un parcours ambulatoire et d'une télésurveillance spécifique.

Cette expérimentation, portée par les Hospices Civils de Lyon, vise à mettre à disposition des adolescents et adultes porteurs d'un diabète de type 1 **une pompe à insuline externe**. La mise en place de ce traitement en externe offre une alternative « *aux conditions actuelles qui exigent un centre initiateur disposant d'une autorisation d'hospitalisation* » et qui nécessite une hospitalisation d'une durée de 5 jours dans la plupart des cas. .../...

242 « Dispensation en officine des spécialités HEMLIBRA à compter du 15 juin 2021 », site internet de Meddispar, 17 juin 2021.

243 *Mise en place ambulatoire d'une pompe à insuline externe chez des adolescents et adultes porteurs d'un diabète de type 1 dans un centre expert de pratiques intégrées Centre du Diabète – DIAB-eCARE*, Hospices Civils de Lyon, juin 2020.

Le dispositif DIAB-eCARE permet ainsi l'initialisation ou le remplacement de la pompe à insuline sur la journée, dans un centre externe, puis la mise en place d'un suivi rapproché *via* télésurveillance.

Le financement du dispositif est articulé en séquences de soins, financé par trois forfaits différents.

Toutefois, cette rétrocession hospitalière, si elle est rendue possible, doit être pensée avec une organisation adéquate qui l'accompagne. **Il s'agira, par exemple, d'identifier les acteurs libéraux qui pourront effectuer ces soins et faire passer ces produits de santé en ville, de penser au codage de l'acte par les infirmiers libéraux, etc.** Des contraintes s'appliquent également sur le plan réglementaire. En effet, pour être rétrocedables, les médicaments doivent être inscrits²⁴⁴ :

- d'une part sur la liste des spécialités agréées à l'usage des collectivités, prévue à l'article L.5123-2 du CSP,
- d'autre part sur une liste spécifique des médicaments qui peuvent être vendus au public, prise par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS).

3.5. Soutenir l'innovation en prenant en compte les initiatives locales et l'adaptation des politiques de la ville et d'aménagement du territoire

Les initiatives locales, que ce soit en matière de coordination interprofessionnelle, avec ou sans le patient, le développement d'outils numériques, l'expérimentation de modalités de financement innovantes, etc. sont foisonnantes et se développent rapidement, en particulier dans le cadre de la mise en place de l'Article 51. La richesse de ces initiatives locales s'accompagne

244 *Règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé*, Ministère de la Santé et des Sports, 15 septembre 2009.

d'hétérogénéité entre les territoires. En effet, **ces « initiatives » sont souvent liées au dynamisme d'une équipe locale et dépassent rarement le cadre du territoire où elles ont émergé alors qu'il pourrait être pertinent qu'elles soient déployées plus largement.** L'énergie déployée sur le terrain peut ainsi manquer de relais au niveau national et/ou régional.

Il apparaît donc nécessaire que les pouvoirs publics, d'une part, soutiennent et accompagnent ces expérimentations, identifient et promeuvent de nouvelles innovations (projets, outils...) et d'autre part, impulsent une dynamique au niveau national. Cela pourrait passer notamment par la mise en place d'assises institutionnelles au niveau national ou par le **développement, au niveau de l'échelon régional, d'espaces de partage de bonnes pratiques entre acteurs d'un même territoire.** En France, certaines régions se sont emparées du sujet de l'ambulatoire. Par exemple, afin de soutenir le recours à l'ambulatoire, l'ARS Hauts-de-France a contribué au développement d'un outil précurseur nommé VISUCHIR. Cet outil permet de visualiser les pratiques de chirurgie dans les établissements sanitaires, avec un focus sur l'activité ambulatoire. L'ARS Hauts-de-France a également réalisé un benchmark des innovations. De nouveaux dispositifs ont été mis à l'essai au cours de l'année 2022.

Ainsi, afin de ne pas brider ces initiatives tout en garantissant qu'elles se développent dans un cadre, les pouvoirs publics doivent définir **le socle commun sur lequel ces initiatives innovantes vont pouvoir se développer.** Charge ensuite aux acteurs de terrain de choisir l'organisation la plus adaptée en fonction des enjeux propres à leur territoire et des **besoins locaux de santé.** Il s'agit bien de permettre l'émergence de méthodes et de solutions adaptées à chaque territoire, et non de chercher à calquer un modèle type d'organisation.

Développer le recours à l'ambulatoire nécessite par ailleurs que l'offre de santé soit suffisamment **diversifiée et répartie sur le territoire.** Les autorités de régulation ont ainsi un rôle à jouer dans la régulation et l'organisation régionale des soins sur un bassin de territoire. Il convient néanmoins d'impliquer plus

largement les professionnels de santé à la définition des politiques de soins à l'échelle d'un territoire. À ce titre, le principe de **responsabilité populationnelle** permet d'assurer que l'offre de soins correspond aux besoins de santé du territoire. Née au Canada, **l'approche populationnelle repose sur un modèle d'intégration clinique qui implique la responsabilité de l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire.** Ceux-ci élaborent ensemble une stratégie de santé adaptée, pour prévenir le développement de pathologies et améliorer la santé de la population de ce territoire²⁴⁵. En France, le modèle de responsabilité populationnelle a été mis en place dans cinq territoires volontaires, à l'initiative de la Fédération hospitalière de France (FHF).

En complément, les pouvoirs publics ont également un rôle à jouer dans la **définition des politiques de la ville et d'aménagement du territoire.** En effet, l'accompagnement et le maintien à domicile ne sont pas, aujourd'hui, pensés au regard des autres politiques publiques. L'urbanisme constitue par exemple un enjeu fort. En tout point, les villes ne sont pas adaptées aux personnes dépendantes²⁴⁶. On pense évidemment au manque d'accessibilité aux espaces publics pour les personnes à mobilité réduite, mais l'articulation même des villes freine les possibilités d'accompagnement à domicile. Les aides à domicile sont souvent des travailleurs précaires qui vivent en dehors des centres villes et doivent effectuer de longs et pénibles déplacements pour rejoindre le domicile des personnes qu'elles accompagnent, vivant souvent dans des quartiers plus privilégiés. **Ces trajets, bien que souvent longs, ne sont pas considérés comme du temps de travail effectif**²⁴⁷. À ces transports s'ajoutent les déplacements entre bénéficiaires, qui augmentent la pénibilité au travail et sont source de fatigue. Ils représentent des coûts supplémentaires pour les professionnels, qui doivent souvent disposer du permis de conduire et de leur propre véhicule. À ce titre, certaines associations intervenant dans l'aide à domicile et le service à la personne proposent des

245 Santé : faire le pari des territoires, Institut Montaigne, mai 2022.

246 Bien-vieillir : faire mûrir nos ambitions, Institut Montaigne, mai 2021.

247 Convention collective nationale des entreprises de services à la personne du 20 septembre 2012, Légifrance.

modèles **dont le principe est basé sur des interventions à domicile d'une durée minimum de 2H**. Les professionnels visitent ainsi un nombre limité de patients par jour (entre 2 et 3 par exemple), ce qui permet de réellement s'occuper de la personne et de créer du lien social. La valorisation de l'APA et l'introduction de deux heures supplémentaires consacrées à « l'accompagnement et au lien social » dans le PLFSS 2023²⁴⁸ représente un premier pas pour l'amélioration des conditions de travail.

Enfin, la question du stationnement dans certains territoires est également un frein au déplacement pour des professionnels qui ne disposent pas de stationnement prioritaire. Tous ces freins organisationnels s'accroissent et limitent le bon déploiement d'un accompagnement à domicile pourtant nécessaire.

4. Impliquer davantage le patient dans sa prise en soin et dans son parcours de santé

4.1. Développer l'autonomie du patient et du citoyen au travers de l'éducation thérapeutique du patient

Garantir un retour facilité à domicile et/ou un bon maintien à domicile de la personne nécessite que cette dernière comprenne l'intérêt de son traitement et adhère à sa prise en charge. Cela passe essentiellement par le recours à l'ETP qui, nous l'avons vu précédemment, reste encore insuffisamment utilisée. Plusieurs pistes peuvent être proposées pour favoriser le développement de l'ETP et bénéficier de tout le potentiel de cette pratique. Tout d'abord, le financement de l'ETP reste majoritairement concentré sur l'hôpital : ainsi, son déploiement en ville constitue un axe prioritaire. **Des financements dédiés pour l'ETP à direction des professionnels de ville pourraient être envisagés.**

Ensuite la notion de **dialogue soignant-soigné** est essentielle afin de faire de l'ETP une pratique moins descendante au profit d'une véritable co-construction qui s'adapte à la compréhension du patient, ses ressentis, ses habitudes de vie, etc. Il s'agit également de démocratiser cet accompagnement qui ne doit pas se faire uniquement à l'hôpital mais également sur le lieu de vie du patient, au plus près de son quotidien. Un relais par les structures de ville et les acteurs à domicile peut notamment être envisagé.

Par ailleurs, **sensibiliser les professionnels à l'intérêt de cette démarche**, que ce soit pour eux ou pour leurs patients, est primordial. Cela peut notamment se faire au travers de la formation initiale des professionnels qui devra être repensée afin d'être davantage centrée sur cette notion d'ETP. Cette proposition est notamment reprise dans le rapport « *Contribution grand âge, perte d'autonomie*²⁴⁹ ».

Expérimentation de suivi à domicile des patients atteints d'un cancer et traités par immunothérapie : une innovation organisationnelle reposant sur l'ETP²⁵⁰

Le suivi à domicile des patients atteints d'un cancer et traités par immunothérapie est une expérimentation soutenue par le **centre Léon Bérard**. L'objectif est le développement d'une nouvelle organisation ville-hôpital pour **une prise en charge à domicile sécurisée et plus confortable pour les patients en oncologie**, bénéficiant de traitements par immunothérapie. .../...

249 *Contribution grand âge, perte d'autonomie*, ANEMF, ANEP, ANEPF, ANESF, FNEK, FFEO, FNEA, FNEO, FNESI, FNSIP-BM, ISNAR-IMG, UNAAE, UNECD, septembre 2020.

250 « Immunothérapie à domicile, un projet innovant pour les libéraux », site du Centre de lutte contre le cancer Léon Bérard, <https://www.centreleonberard.fr/institution/actualites/immunotherapie-domicile-un-projet-innovant-pour-les-liberaux>

248 Projet de loi de financement de la sécurité sociale n° 274 pour 2023, Article 34, 26 septembre 2022.

Le parcours de soins des patients débute par l'initiation du traitement en séjour hospitalier ambulatoire. Dès cette première étape, la prise en charge à domicile est préparée par un accompagnement éducatif du patient. L'ETP représente ainsi une partie fondamentale du projet ; **l'équipe hospitalière d'ETP réalise un bilan diagnostique d'éducation thérapeutique, puis se met en relation avec l'équipe d'infirmiers libéraux afin de piloter l'action éducative à déployer à domicile.**

L'expérimentation veille par ailleurs à **développer l'autonomie du patient et à le rendre acteur de sa prise en charge**, notamment au travers d'une application utilisée pour le suivi des patients. L'application fonctionne sous la forme d'un serious game et propose un programme éducatif qui accompagne le patient tout au long de son parcours de soins. Ainsi, **l'ETP permet de sécuriser l'ensemble du parcours de soins du patient.**

Considérer davantage le patient comme un acteur à part entière de son parcours invite les professionnels, et plus largement le système de santé, à un changement de paradigme : il s'agit de passer d'un modèle centré sur la prise en charge du patient, à un véritable partenariat avec le patient. En d'autres termes, **le médecin devient accompagnateur du parcours du patient dans sa pathologie.**

PROPOSITION 6

Créer des modèles d'ETP personnalisés en ville et à domicile prenant en compte les niveaux de connaissances et d'autonomie du patient, sa pathologie ainsi que son environnement.

Quoi ?

Les bénéfices attendus concernant cette proposition sont de plusieurs ordres.

Tout d'abord, il s'agit de **faciliter le déploiement de l'ETP en diversifiant les modèles de prises en charge et les acteurs en charge**, en l'ouvrant de manière prioritaire aux acteurs de la ville et aux professionnels de santé libéraux. À ce titre, **des financements d'ETP spécifiques à la ville et au domicile doivent se développer.**

La personnalisation de ces modèles doit permettre par ailleurs d'adapter les conditions de l'ETP aux ressources territoriales, mais également de proposer des modules d'ETP au plus près de la réalité quotidienne du patient.

In fine, favoriser le développement de tels modèles d'ETP vise à rendre le patient davantage autonome et en faire une partie prenante active de son parcours de santé dès le début de celui-ci. Il s'agit également de développer et reconnaître l'expertise des patients en les faisant participer à l'éducation thérapeutique d'autres patients.

Qui ?

Plusieurs acteurs sont identifiés pour la mise en place de cette mesure :

- Tout d'abord, **le diagnostic environnement peut être réalisé par l'équipe médicale** (infirmier, auxiliaire médical, etc.) du spécialiste en charge de la pathologie du patient. Les équipes intervenant à domicile peuvent venir en appui.
- Le choix du **coordinateur de l'ETP** pourra se faire en fonction des résultats du diagnostic environnement. Ce pourrait être un infirmier libéral, un infirmier de pratique avancée, un auxiliaire médical, etc.
- Par ailleurs, la mise en place de cette proposition s'appuie nécessairement sur **l'intervention des patients eux-mêmes** : patients experts, associations de patients autour de l'ETP ainsi que de leurs **aidants**.

Il paraît pertinent que cette mesure s'adresse en priorité aux patients atteints de **pathologies chroniques**.

Comment ?

Concrètement, la mise en place de cette mesure nécessite de **repenser la formation des professionnels** (santé et paramédicaux) afin de les sensibiliser davantage sur les enjeux autour de l'ETP, et **d'identifier de nouveaux acteurs susceptibles de prendre en charge l'ETP**.

Il s'agit également de **favoriser le déploiement de l'ETP en ville**, en **s'appuyant sur un financement adéquat ciblé vers la ville et le domicile** et en **incluant des séances d'ETP dans les protocoles de sortie selon les pathologies**.

La prise en compte des conclusions du diagnostic environnement doit permettre par ailleurs de **proposer une gradation des process d'ETP** afin que celle-ci soit pleinement adaptée aux besoins du patient : plus ou moins d'autonomie, d'intervenants, etc.

S'appuyer sur les outils numériques comme la téléconsultation ou la télésurveillance doit également permettre de faciliter le développement de l'ETP en favorisant l'autonomie du patient.

Enfin, **concevoir des indicateurs d'expérience patient** (PREMS) et résultats patient (PROMs) spécifiques pour l'ETP constituera un axe d'évaluation du développement de cette pratique.

162

Il paraît intéressant de développer **le recours aux patients experts, pairs aidants et patients partenaires** et de s'appuyer sur eux, notamment comme relais des professionnels pour l'ETP.

Ne pas intégrer le patient dans les décisions le concernant représente une perte de chance et un risque accru de rupture dans la prise en charge. En effet, le patient ne se sentant pas impliqué sera plus susceptible d'arrêter tout ou partie de son traitement, en particulier dans le cas où il est atteint d'une maladie chronique et où les effets secondaires liés à **l'inobservance du traitement** ne sont pas immédiats et ne se voient que sur le long terme. Ainsi, l'étude « *Améliorer l'observance. Traiter mieux et moins cher* » réalisée en 2014 par l'institut d'études et de conseil IMS Health pour le Cercle de réflexion de l'industrie pharmaceutique (Crip) a montré que « *60 % des Français atteints d'une maladie chronique [...] seraient inobservants, c'est-à-dire prenant moins de 80 % de leur traitement*²⁵¹ ».

251 Marielle Ammouche, « Le poids grandissant des maladies chroniques », *Egora.fr*, 1^{er} février 2018.

Il apparaît prioritaire de considérer le patient et son entourage comme des acteurs à part entière de l'équipe médicale, les faire participer directement à la construction et à l'élaboration du plan de soins en particulier pour certaines pathologies.

Il convient ainsi d'aller, dans la mesure du possible, vers des « décisions médicales partagées », comme le fait de laisser la possibilité au patient de choisir entre le recours à l'ambulatoire ou à une hospitalisation conventionnelle par exemple. La rédaction conjointe de certains protocoles peut également favoriser l'implication du patient dans sa prise en charge et limiter les hospitalisations inutiles *in fine*. À titre d'illustration, le plan de crise conjoint, ou PCC, est un outil intéressant déployé pour les soins psychiques en Suisse. Ce plan, qui vise à prévenir et mieux gérer « *une éventuelle future crise en considérant les préférences des usagers en matière de soins et de traitements*²⁵² » est élaboré de manière conjointe entre le patient et son réseau de professionnels.

Pour aller plus loin, il peut être intéressant de s'interroger sur **comment accompagner le patient citoyen** à prendre conscience de son état de santé et à être acteur de sa vie avec la maladie. **Dans le cadre des consultations de prévention mises en place par le PLFSS 2023, la médecine de ville a ici tout son rôle à jouer**, en tant qu'acteur de prévention et relais du monde de la santé. L'éducation à la santé doit se faire le plus tôt possible dans le parcours de la personne, par exemple au travers de la médecine scolaire ou des centres de PMI (Protection Maternelle et Infantile) qui pourraient former et sensibiliser le citoyen, et l'inciter à recourir davantage à l'ambulatoire. La médecine du travail pourrait également s'emparer de ces sujets afin de rendre le citoyen davantage autonome.

163

252 Site du Plan de Crise Conjoint (PCC), <https://plandecriseconjoint.ch/>

4.2 Utiliser le numérique pour le suivi et l'accompagnement du patient à domicile

Le numérique et les outils digitaux constituent un levier essentiel pour davantage **inclure le patient dans toutes les étapes de son parcours de santé**, que ce soit en amont de l'hospitalisation, dans la coordination de son parcours, lors de son retour puis suivi à domicile. Les outils numériques sont également une des pierres angulaires du virage domiciliaire car ils contribuent directement à un maintien à domicile de qualité, par exemple avec la télésurveillance. Ils facilitent en effet l'interaction entre le patient, son équipe médicale et ses proches aidants, en agissant comme interface entre ces différentes parties prenantes.

Les outils numériques, en améliorant la circulation de l'information relative aux patients, permettent une meilleure prise en compte des antécédents et des traitements en cours par les professionnels, et une meilleure information des patients. Par exemple, certains instituts et établissements de santé proposent des applications à destination des patients afin de les accompagner en amont et en aval de l'hospitalisation, ce qui permet, là encore, de rassurer le patient et d'éviter les ré-hospitalisations inutiles.

L'application « Mon Gustave Roussy » et le programme CAPRI : deux illustrations mises en place par l'Institut Gustave Roussy pour préparer et suivre au mieux le patient

Mon Gustave Roussy est une application mobile proposée par l'Institut Gustave Roussy à ses patients. Cette application, à la main du patient, permet de préparer au mieux le patient avant l'intervention,

... / ...

et de faciliter son suivi post-opératoire. Le patient peut ainsi accéder de manière sécurisée aux informations relatives à sa prise en charge (liste de leurs rendez-vous, comptes-rendus de consultation, bilans, examens...). Le patient peut également interagir avec les professionnels de l'Institut au travers de l'application (envoi de SMS ou de photos de plaies / cicatrices...).

Le **programme Capri (Cancérologie Parcours de soins Région Île-de-France)**, quant à lui, permet de suivre à distance les patients traités par anticancéreux oraux. Un pilotage par des infirmiers de coordination permet d'orienter les patients et de renforcer le lien entre le patient et l'équipe médicale sans mobiliser davantage le spécialiste.

Le dispositif, évalué par un essai randomisé sur des données de 500 patients, a fait ses preuves et permet notamment de **réduire les durées d'hospitalisation, le recours aux urgences et les toxicités les plus sévères liées aux traitements**. Il est à noter que les infirmières de coordination impliquées dans le projet ont été en capacité de gérer 77,4% des interventions sans avoir à consulter l'oncologue traitant²⁵³.

Ces outils sont particulièrement intéressants lorsque l'on aborde la question de la prise en charge et du suivi de la personne âgée à domicile. On peut notamment citer l'exemple de la plateforme de coordination **DAPHNÉ (Dispositif Renforcé d'Accompagnement à Domicile (DRAD) ou « EHPAD hors les murs »)** du groupe Aésio Santé²⁵⁴. Cette plateforme, proposée à

253 Olivier Mir, Marie Ferrua, Aude Fourcade, et al., « Digital remote monitoring plus usual care versus usual care in patients treated with oral anticancer agents : the randomized phase 3 CAPRI trial », *Nature Medicine*, vol 28, 25 avril 2022.

254 « Présentation », Daphné, site de Aésio Santé, <https://www.aesio-sante.fr/daphne/presentation>

tous les assurés de la mutuelle et financée par des crédits octroyés par des ARS, permet d'assurer au quotidien une prise en charge globale (médicale, sociale, psychologique) de la personne âgée, identique à celle proposée en EHPAD. Le dispositif innovant repose sur des « coordonnateurs autonomie » qui accompagnent les personnes et leurs proches aidants en assurant la coordination et la planification des interventions à domicile afin d'assurer un maintien à domicile de qualité. Cette plateforme s'appuie notamment sur un réseau d'entreprises qui assurent les prestations de téléconsultation, de délivrance des médicaments et de suivi des patients.

Mise en lumière pendant la crise sanitaire, la **téléconsultation constitue également un outil intéressant à renforcer dans le cadre des virages ambulatoire et domiciliaire**. Après l'essor des téléconsultations lors des différents confinements, la téléconsultation fait désormais partie du quotidien des professionnels de santé²⁵⁵. Des initiatives proposent déjà ces modalités de consultation pour ces patients : **l'entreprise médicale ipso Santé a ainsi développé un système de téléconsultation à domicile accompagnée par une IDE**, à destination de personnes âgées. L'IDE intervient au domicile, se connecte avec le médecin, effectue tous les gestes de prise de mesure, récupère la prescription et oriente le patient. Des enjeux autour de la démocratisation des usages auprès des personnes âgées demeurent : en 2021, 45,2 % des téléconsultations réalisées par des médecins généralistes libéraux étaient effectuées auprès d'un public âgé de 15 à 44 ans (contre 28,7 % des consultations en cabinet)²⁵⁶.

Le PLFSS 2023 a souligné l'importance d'encadrer davantage la pratique **en créant un agrément spécifique pour les opérateurs de santé numérique**²⁵⁷. Par ailleurs, depuis avril 2022, le seuil maximal d'activité de télémedecine accordé aux médecins est fixé à 20 % de leur volume d'activité

255 « Sept téléconsultations de médecine générale sur dix concernent en 2021 des patients des grands pôles urbains », *Études et Résultats*, DREES, décembre 2022.

256 *Ibid.*

257 Projet de loi de financement de la sécurité sociale n° 274 pour 2023, Article 28, 26 septembre 2022.

(téléconsultations et téléexpertises cumulées)²⁵⁸. Néanmoins, entre janvier et décembre 2021, 3 % des généralistes avaient dépassé ce plafond, 15 % des psychiatres et 8 % des allergologues²⁵⁹. **Bien qu'il soit nécessaire de réguler l'offre de soins proposée en télémedecine, une analyse de la pertinence de ce seuil doit être réalisée afin de ne pas limiter l'accès aux soins et permettre aux professionnels de santé de s'adapter selon les situations des patients.**

Enfin, **les applications d'e-santé et autres outils connectés, représentent un atout clé pour répondre en partie aux enjeux auxquels compte répondre les virages ambulatoire et domiciliaire**. Leur usage doit néanmoins être couplé avec une évolution des pratiques et une organisation adaptée. En effet, se pose la question d'identifier quel(s) professionnel(s) va être amené(s) à recevoir l'information provenant de l'outil, à la traiter, quelle organisation prévoir pour y répondre de manière adaptée, etc.

La formation et la sensibilisation du patient à l'utilisation de ces outils est également fondamentale. Un patient peu ou mal formé pourra avoir plus de difficultés à utiliser l'outil, à analyser ses symptômes et à les traduire correctement dans l'application numérique.

4.3. Intégrer davantage le patient dès la formation des professionnels

Certains modèles, comme celui de Montréal, proposent à des patients d'être partie prenante de la formation des professionnels. Ces patients-formateurs peuvent ainsi intervenir à l'occasion de cours ou de modules traitant, par exemple, des notions de collaboration et de partenariat de soins, ou lors de réunions d'amélioration des pratiques professionnelles. S'appuyer sur le retour d'expérience de ces patients est précieux pour la

258 « La téléconsultation », site de l'Assurance maladie, 30 septembre 2022, <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleconsultation/teleconsultation>

259 Léa Galanopoulo, « Téléconsultations : ces spécialités qui dépassent le seuil maximal », *Le Quotidien du Médecin*, 29 avril 2022.

formation des professionnels. En effet, une fois sensibilisés, ces derniers seront davantage aptes à proposer des prises en charge centrées et adaptées aux besoins du patient.

Le « *Montreal model* »²⁶⁰ ou comment mobiliser l'expérience des patients

Ce modèle, développé à l'Université de Montréal, part du constat que, si le professionnel est « *expert de la maladie* », **le patient, lui, est « expert de la vie avec la maladie »**.

L'engagement du patient dans ce modèle peut se faire à plusieurs niveaux du système de santé, et à différents moments de son parcours de santé : patients ressources pour le soin, patients co-chercheurs pour la recherche, patients formateurs pour l'enseignement.

Le patient va ainsi, par exemple, **participer à toutes les étapes de sa prise en charge**, en étant consulté directement pour les choix concernant son plan de soins, en participant aux réunions cliniques le concernant avec la possibilité de se faire accompagner, s'il le souhaite, par un pair-aidant.

Le patient peut également **être intégré dans des échanges portant sur l'organisation des services et la gouvernance dans les établissements de santé**. Son expérience du parcours va permettre d'alimenter les réflexions et de faire évoluer les organisations afin qu'elles soient le plus adaptées possibles aux besoins des patients.

.../...

Le patient n'est alors plus nécessairement dans un épisode aigu de soins, mais davantage considéré comme un patient-ressource ou un pair-aidant.

Les patients peuvent également **être intégrés à certains modules lors de la formation initiale des professionnels**, afin de les sensibiliser à l'importance d'un travail collaboratif et coordonné interprofessionnel, à l'ETP et de partager leurs vécus et leurs retours d'expérience dans une perspective d'amélioration continue de la prise en charge.

Deux programmes s'inspirant du *Montreal model* en France : le programme de patients-enseignants (PEP 13)²⁶¹ au sein de l'Université Sorbonne Paris Nord, et le dispositif PEPS (partenariat et expérience patient en santé)²⁶² aux Hospices Civils de Lyon

Dans le cadre de son **diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale**, l'Université Sorbonne Paris Nord prévoit la tenue de modules d'échange, basés sur des « *situations cliniques vécues en stage par les internes de médecine générale* » entre

.../...

260 Nathalie Clavel, Béatrice Débarges, Vincent Dumez, Luigi Flora, Emmanuelle Jouet, Philippe Karazivan, Paule Lebel, Marie-Pascale Pomey, Marie-Claude Vanier, « Le « *Montreal model* » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé », *Santé Publique*, vol. 1, 2015, pages 41-50.

261 *Programme de patients enseignants (PEP 13)*, Université Sorbonne Paris Nord, avril 2020 et « Programme de patients enseignants », site de l'Université Sorbonne Paris Nord, Département universitaire de Médecine Générale, <https://dumg.univ-paris13.fr/d-e-s/enseignements-facultaires/article/programme-de-patients-enseignants>

262 *Aux HCL, nos patients sont nos partenaires*, Hospices Civils de Lyon, 15 octobre 2021.

étudiants. Le programme PEP 13, mis en place en 2016, propose à des patients d'intervenir, en binôme avec un médecin, dans le cadre de ces modules afin de faire part de leur retour d'expérience. D'autres actions de partenariat patient / enseignants ont par ailleurs pu être développées à l'occasion de ce programme.

De son côté, les **Hospices Civils de Lyon** développent, depuis 2019, le dispositif PEPS (partenariat et expérience patient en santé). Ce dispositif vise à reconnaître et favoriser l'engagement des patients dans leur parcours de soin ou dans l'accompagnement des projets du CHU. Des partenariats entre des équipes des HCL, des patients-partenaires et des représentants des usagers sont ainsi mis en place afin de prendre en compte et promouvoir l'expérience des patients et développer la communauté des pratiques. Les patients sont également impliqués dans de grands projets de restructuration comme BAURéaLS, le projet de modernisation des soins critiques, des urgences et des blocs opératoires de l'hôpital Lyon Sud, mais aussi la modernisation des urgences de l'hôpital Edouard Herriot. PEPS contribue également à redonner du sens aux pratiques des professionnels et favorise un meilleur dialogue entre les patients et les professionnels.

Le rapport *Contribution grand âge, perte d'autonomie*²⁶³ abonde également en ce sens : **les professionnels gagneraient à ce que les patients soient davantage intégrés dans les cursus de formation et à ce que se développe une culture de la collaboration et du partenariat avec les patients.** Le rapport propose que les aidants soient également impliqués. Les étudiants pourraient ainsi être davantage préparés et sensibilisés aux problématiques qu'ils rencontreront en exercice, en particulier dans la

perspective du vieillissement de la population et de la prise en charge de la perte d'autonomie : « *De ce fait, il est nécessaire d'inscrire dans les cursus de formation de toutes les études de santé, sans distinction, de réels enseignements théoriques et pratiques, réalisés en partenariat avec des patients et des aidants. Dans ce contexte, la prise en charge du grand âge apparaît comme l'un des domaines nécessitant prioritairement la poursuite de ce changement de paradigme* ».

Afin d'accompagner ces changements, un facteur clé de succès est **la formation des professionnels**. En complément de ce qui a pu être développé dans les parties précédentes, la formation des professionnels doit être repensée afin d'y intégrer les notions suivantes :

- Inclure autant que possible le patient dans son parcours de santé ;
- Être sensibilisé à la notion d'éducation thérapeutique du patient ;
- Se placer dans une démarche de collaboration et de partenariat de soins avec le patient ;
- S'appuyer davantage sur les patients-experts et autres « patients-ressources ».

En synthèse

Cette troisième partie a permis de présenter plusieurs leviers pour accélérer les virages ambulatoire et domiciliaire en France.

PROPOSITION 1

Construire des espaces d'exercice coordonné entre professionnels des secteurs médical, paramédical et social, adaptés à l'offre et aux besoins locaux de santé. Ces espaces permettront de mutualiser les ressources et de proposer aux patients un guichet unique.

.../...

263 *Contribution grand âge, perte d'autonomie*, ANEMF, ANEP, ANEPF, ANESF, FNEK, FFEQ, FNEA, FNEO, FNESI, FNSIP-BM, ISNAR-IMG, UNAEE, UNECD, septembre 2020.

Le développement de la médecine ambulatoire et à domicile ne peut se faire qu'avec **une meilleure coordination des professionnels au sein du parcours de santé**. Confier ce rôle de coordination à un seul acteur apparaît comme limitatif et ne s'adaptant pas aux réalités des territoires. Face à ces constats, la solution la plus adaptée serait de **laisser ce rôle de coordination à un ensemble d'acteurs identifiés en fonction des territoires et capables de travailler en équipe et de favoriser le développement d'espaces d'exercice coordonné**.

Ces espaces d'exercice mutualisés pourront être recensés au sein **d'un guichet unique de cartographie des ressources à destination des professionnels de santé comme des patients**.

PROPOSITION 2

Faciliter la coordination entre les professionnels de santé exerçant à l'hôpital, en ville et à domicile, en protocolisant les sorties d'hospitalisation selon les pathologies et les parcours de santé associés.

Cette coordination ne pourra être effective qu'avec une réorganisation, en parallèle, du fonctionnement de l'hôpital. L'organisation de l'hôpital, tout comme sa culture interne, sont encore trop tournées vers le traitement de pathologies aiguës. Face à l'explosion des maladies chroniques, l'hôpital est amené à repenser son organisation pour retrouver sa place initiale de centre spécialisé pour des soins complexes. À ce titre, il convient de développer des structures d'accueil non médicalisées à proximité des hôpitaux, ou encore **des protocoles permettant de fluidifier les parcours en anticipant davantage les sorties des patients**.

.../...

PROPOSITION 3

Inclure dans la formation initiale et continue des professionnels de santé les enjeux de coordination, de travail en équipe et de management, tout en les formant aux outils numériques capables de favoriser cette mise en réseau.

Pour que la coordination soit possible, les professionnels doivent y adhérer, en comprendre les enjeux et l'utilité. Ainsi, la formation des professionnels doit être repensée pour leur permettre de mieux comprendre le rôle et la place de chaque acteur, apprendre à travailler ensemble, et être formé au travail en équipe et au management. **La formation doit constituer un lieu de rencontre et d'échange représentatif de la réalité de l'exercice coordonné et intégrer l'intégralité du parcours de santé (de l'hôpital au domicile)**. De nouveaux thèmes de formation pourraient être abordés à l'image de modules de découverte des organisations de santé et des acteurs de la coordination (CPTS, ARS) et des sessions renforcées sur l'utilisation des outils numériques.

PROPOSITION 4

Définir des indicateurs de qualité des soins adaptés aux pathologies suivies en ambulatoire, tout en équipant les lieux de soins (hôpital, ville, domicile, médico-social) en applications numériques capables de recueillir et d'analyser ces indicateurs.

Dans le cadre des pratiques ambulatoire et domiciliaire, l'évaluation des pratiques est pourtant cruciale pour assurer une prestation de

.../...

qualité, puisque plusieurs professionnels interviennent à la suite auprès du patient. **La mise en place et publication d'indicateurs de qualité s'appuyant sur les retours patient et des professionnels impliqués** représente un axe d'amélioration des pratiques et de qualité de la prise en charge essentiel. Néanmoins, **leur recueil et collecte demeurent restreints à l'hôpital** : il semble prioritaire de développer des référentiels adaptés aux pathologies traitées en ville et au domicile ainsi que d'outiller les acteurs intervenant en ville ou au domicile pour la collecte de ces indicateurs.

PROPOSITION 5

Développer des nouveaux modèles de financements capables de soutenir à la fois la coordination des professionnels de santé et l'innovation organisationnelle.

Le développement de la pratique ambulatoire nécessite **le développement et la pérennisation de modèles de financement mixtes allant au-delà du financement à l'acte et intégrant une logique de parcours**. Ces financements au parcours permettent de répondre au manque de financement de la coordination entre les professionnels de santé, pourtant essentielle dans le cadre de prises en charge chroniques.

À ce titre, il est intéressant de se questionner sur la pluralité des sources de financement possibles et le **rôle que devront de plus en plus jouer les acteurs privés**. Des expérimentations illustrent le potentiel que pourraient jouer ces acteurs dans le financement de solutions techniques et innovantes nécessaires au bon déploiement des virages ambulatoire et domiciliaire.

.../...

Les virages ambulatoire et domiciliaire demeurent restreints à la question des autorisations et du déplacement de certains actes de l'hôpital vers la ville. Lever ces verrous réglementaires permettrait de fluidifier les parcours de soin, de proposer des structures de soins alternatives à l'hôpital pour des soins techniques et de proposer un modèle de prise en charge plus qualitatif pour beaucoup de patients, notamment chroniques.

Enfin, il est essentiel de garder en tête que **l'ensemble des réponses qui seront apportées dans le cadre du développement du virage ambulatoire devront être adaptées à chaque territoire**.

Aucune solution ne peut fonctionner parfaitement de façon uniforme. Il est essentiel de permettre aux professionnels de s'approprier les outils mis à disposition pour que ceux-ci soient en mesure de les adapter à leurs contraintes et aux besoins de santé de leurs territoires sur le modèle de la responsabilité populationnelle.

PROPOSITION 6

Créer des modèles d'ETP personnalisés en ville et à domicile prenant en compte les niveaux de connaissances et d'autonomie du patient, sa pathologie ainsi que son environnement.

Impliquer davantage le patient dans sa compréhension et sa construction du parcours de santé est également un moyen de renforcer son adhésion à ses traitements. **L'émergence des solutions et outils numériques constitue à ce titre une opportunité importante d'impliquer davantage le patient**. La téléconsultation, les outils connectés et les applications de e-santé sont autant de dispositifs qui permettent aux patients de

.../...

CONCLUSION

communiquer autrement avec leurs praticiens et de s'impliquer davantage dans ces échanges.

Le rôle du patient est évidemment clé tout au long de ce travail de renforcement. Avec l'explosion des maladies chroniques, le rapport de hiérarchie qui persiste entre le patient et le soignant tend à diminuer pour devenir de plus en plus un partenariat où l'avis et le besoin du patient sont mieux pris en compte, et où son expertise est davantage reconnue. **À ce titre, repenser l'ETP et permettre son plein déploiement en ville comme au domicile pourra permettre de renforcer la position « d'acteur » du patient dans sa prise en charge.**

Depuis de nombreuses années, notre système de soins fait face à des enjeux inédits : vieillissement de la population, chronicité des maladies, inégalités territoriales dans l'offre de soins sont autant de raisons qui invite la France à se détacher de son approche hospitalo-centrée et uniquement curative, et à repenser une offre de soins centrée sur les patients et leur lieu de vie.

Les pratiques ambulatoire et domiciliaire sont autant de réponses à développer qu'à renforcer au sens où elles offrent aux patients des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle. Leur déploiement a d'abord été soutenu dans une logique d'économies pour nos finances publiques : néanmoins, **plus qu'une logique budgétaire, c'est bien celle de la qualité des soins proposés à laquelle les virages ambulatoire et domiciliaire répondent.**

Leur déploiement s'est appuyé ces dernières années sur des **innovations technologiques**, à l'image des solutions numériques qui permettent de rapprocher les lieux de soins (hôpital, ville et domicile) et de fluidifier les parcours de santé, sur des **innovations techniques** (développement de dispositifs médicaux et d'interventions médicales moins invasives) ainsi que sur des **innovations thérapeutiques** (médicaments innovants dont les nouveaux modes d'administration offrent la possibilité d'un traitement en dehors de l'hôpital).

L'ensemble des professionnels intervenant dans le parcours de santé contribuent également au déploiement de prises en soins alternatives. Ces intervenants sont nombreux et peuvent contribuer à un manque de lisibilité pour les patients dans leurs parcours de santé : on peut citer notamment l'hospitalisation à domicile, les professionnels de ville et libéraux, les professionnels intervenant au domicile du patient, les structures de regroupement et de coordination des professionnels de santé ainsi que les aidants et les familles des patients.

Néanmoins, l'approche hospitalo-centrée demeure encore la norme dans notre pays : plusieurs freins expliquent les lenteurs dans le développement des pratiques ambulatoire et domiciliaire. Tout d'abord, la **coordination** entre les acteurs du parcours de santé demeure insuffisante, condition clé des pratiques ambulatoire et domiciliaire qui imposent la mobilisation de nombreux intervenants. De plus, la **formation** des professionnels de santé aborde encore trop peu les enjeux relatifs au virage ambulatoire et au travail en équipe. De son côté, le **patient** reste peu impliqué dans les choix et solutions thérapeutiques le concernant et dans son parcours de santé. Par ailleurs, le modèle de **financement** et de **tarification à l'acte** ne convient pas à des modèles de prises en charge où plusieurs professionnels doivent intervenir et se coordonner. Enfin, la **réglementation** de la délivrance de certains actes ou thérapies n'est pas adaptée pour les soins en ville ou à domicile.

Ainsi, ce rapport avance **six propositions** pour accélérer les virages ambulatoire et domiciliaire en France :

1. Promouvoir la coordination des acteurs en **développant des espaces d'exercices coordonnés** pour des acteurs identifiés au niveau des territoires. Ces espaces serviront de guichets uniques pour mutualiser les ressources présentes sur un territoire donné.
2. Fluidifier les sorties d'hôpital par la mise en place de protocoles de soins partagés entre les acteurs de l'hôpital, de la ville et du domicile.
3. Intégrer la dimension du virage ambulatoire, du travail en équipe et du numérique dans la formation des professionnels de santé.
4. Développer des indicateurs de qualité des soins spécifiques aux pathologies de l'ambulatoire et équiper les infrastructures de l'ambulatoire et du domicile en applications numériques capables de recueillir des indicateurs de qualité des soins.

5. Développer des modèles de financements qui soutiennent la coordination entre les professionnels de santé et des modes d'organisation innovants incluant l'hôpital, la ville et le domicile.
6. Renforcer le rôle du patient tout au long de son parcours de soins à travers le développement de modules d'ETP en ville et au domicile.

BILAN DES PROPOSITIONS

PROPOSITION 1

Construire des espaces d'exercice coordonné entre professionnels des secteurs médical, paramédical et social, adaptés à l'offre et aux besoins locaux de santé. Ces espaces permettront de mutualiser les ressources et de proposer aux patients un guichet unique.

PROPOSITION 2

Faciliter la coordination entre les professionnels de santé exerçant à l'hôpital, en ville et à domicile, en protocolisant les sorties d'hospitalisation selon les pathologies et les parcours santé associés.

PROPOSITION 3

Inclure dans la formation initiale et continue des professionnels de santé les enjeux de coordination, de travail en équipe et de management, tout en les formant aux outils numériques capables de favoriser cette mise en réseau.

PROPOSITION 4

Définir des indicateurs de qualité des soins adaptés aux pathologies suivies en ambulatoire, tout en équipant les lieux de soins (hôpital, ville, domicile, médico-social) en applications numériques capables de recueillir et d'analyser ces indicateurs.

PROPOSITION 5

Développer des nouveaux modèles de financements capables de soutenir à la fois la coordination des professionnels de santé et l'innovation organisationnelle.

PROPOSITION 6

Créer des modèles d'ETP personnalisés en ville et à domicile prenant en compte les niveaux de connaissances et d'autonomie du patient, sa pathologie ainsi que son environnement.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier l'ensemble des personnes qui ont contribué aux réflexions et à la rédaction des propositions de ce rapport.

Présidents du groupe de travail :

- **Florence Herry**, co-fondatrice et présidente, libheros
- **Marion Menut**, responsable des affaires gouvernementales et institutionnelles, Abbvie

Membres du groupe de travail :

- **Christophe Bouteloup**, directeur général HAD, ELSAN
- **Thierry Houselstein**, directeur médical, MACSF
- **Alain Laforêt**, membre du bureau et du conseil d'administration, France Assos Santé
- **Martin Le Roux-Cauche**, directeur des affaires publiques, Air Liquide
- **Claire Lhérieu-Calmé**, responsable des affaires publiques, Doctolib
- **Catherine Liabeuf**, directrice des affaires gouvernementales, Intuitive Surgical
- **Pierre-Michel Llorca**, chef de service psychiatrie, CHU Clermont Ferrand
- **Stéphane Locret**, directeur, Direction recherche et enseignement, Ramsay Santé
- **Arnaud Morigault**, associé – conseil santé, Eurogroup Consulting
- **Françoise Rimareix**, directrice médicale, Gustave Roussy

L'équipe responsable du projet :

- **Margaux Buguet**, consultante en santé, EY (rapporteuse)
- **Sophie Lerosey**, consultante, Pergamon (rapporteuse)
- **Laure Millet**, responsable du Programme santé, Institut Montaigne
- **Emma Ros**, chargée d'études au Programme santé, Institut Montaigne

L'équipe projet remercie également **Laure Mourgue d'Algue** et **Milena Sudolowicz**, assistantes chargées d'études à l'Institut Montaigne.

Les personnes auditionnées :

- **Guillaume Alsac**, directeur, Soignons Humain
- **Eugénie Barjon**, directrice du développement Eva santé, Galileo Global Education
- **Fabrice Barlesi**, directeur général, Gustave Roussy et professeur de Médecine, Université Paris Saclay
- **Sophie Beaupère**, déléguée générale, Unicancer
- **Alain Beaupin**, président, Coopérative de santé Richerand
- **Alexandre Berkesse**, directeur Europe, Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public (CEPPP) et professeur associé, Institut du management de l'EHESP
- **Jeanne Bertrand**, cheffe de projet institutionnel, Unicancer
- **Julien Blanc**, directeur Grands Projets et Affaires Publiques, Galileo Global Education
- **Antoine Bloch**, vice-président France, Biomérieux
- **Sandrine Boucher**, directrice stratégie médicale et performance, Unicancer
- **Stéphanie du Boucher**, *Senior Manager Public Affairs*, Roche et secrétaire générale, Fondation Roche
- **Alice Bouleau**, chargée d'études économiques, Asterès
- **Marc Bourquin**, conseiller stratégie, Fédération Hospitalière de France
- **Mathieu Bouthemy**, responsable des Relations Institutionnelles & Affaires Publiques, France Biotech
- **Rémi Bouvier**, directeur général, Aésio Santé
- **Maxime Bubrowszky**, directeur, Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale, Hauts-de-France
- **Yvanie Caillé**, fondatrice et membre du Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE), Renaloo
- **Michael Canovas**, directeur de cabinet et de la communication, Unicancer

- **Axel Carde**, pharmacien coordonnateur, OCTAVE
- **Emmanuelle Cauchard**, *Subnational Market Access Director* (Hospital/Retail), Roche
- **David Caumartin**, vice-président, France Biotech
- **Thierry Chiche**, président, ELSAN
- **Gabriel Daubech**, directeur des affaires publiques, AstraZeneca
- **Adrien Debever**, sous-directeur ambulatoire, Direction de l'Offre de Soins, ARS Hauts-de-France
- **Sophie Delmotte**, cheffe de projets transverses, Direction de l'Offre de Soins, ARS Hauts-de-France
- **Marie-Alexandra Divandary**, responsable du service Autorisation, Planification et Contractualisation, Direction de l'Offre de Soins, ARS Hauts-de-France
- **Jean-François Dumas**, secrétaire général, Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes
- **Jean-Philippe Estrade**, président, Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne
- **Gérard Friedlander**, délégué général, Fondation Université Paris Cité
- **Christelle Galvez**, directrice des Soins et des Parcours, Clcc de Lyon et co-présidente, Association Française de Chirurgie Ambulatoire
- **Guillaume Gaud**, président Fondateur, Continuum+
- **Agathe Gobel**, co-fondatrice, Gudule
- **Nicolas Gombault**, directeur général délégué, MACSF
- **Inès Gravey**, directrice adjointe en charge de l'innovation, HAD de l'AP-HP
- **Anne-Ségolène Gruart**, chargée de mission gestion du risque/ plan ONDAM, Direction de l'Offre de Soins, ARS Hauts-de-France
- **Elodie Guilbault**, responsable du service Amélioration Efficience, Direction de l'Offre de Soins, ARS Hauts-de-France
- **Thierry Guillaume**, président, Experf
- **Daniel Guillerm**, président, Fédération Nationale des Infirmiers
- **Larbi Hamidi**, président, Santé Cie
- **Eric Haushalter**, responsable du Département de la Coordination et de l'Efficience des Soins (DCES), CNAM
- **Gérard Hermant**, directeur général, ISRP

- **Clotilde Jolivet**, directrice des Affaires Gouvernementales et Publiques France, Sanofi
- **Julien Jourdan**, directeur général, Fédésap
- **Sophie Labrosse**, chargée de mission sciences de la vie, Ambassade du Danemark en France
- **Carole Lamotte**, infirmière libérale, administratrice, Fédération Nationale des Infirmiers et présidente URPS Occitanie
- **Sandy Lavie**, cheffe de projet, OCTAVE
- **Orianne Le Henaff**, directrice de cabinet, Ramsay Santé
- **Hélène Leblanc**, directrice affaires publiques, européennes et internationales, Ordre National des Pharmaciens
- **Olivier Lebouché**, président, Petits-fils et directeur général délégué, Korian France en charge des Nouvelles Activités
- **Martine Lefebvre**, présidente du conseil d'administration, Fédération de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale, Hauts-de-France
- **Aurélie de Lehvenfehlt**, *Subnational Market Access Project Manager*, Roche
- **Pascale Lejeune**, secrétaire générale, Fédération Nationale des Infirmiers
- **Chrystèle Leman**, infirmière cadre de santé, responsable projet Expérimentation Art.51 Équilibres, co-fondatrice, Association Soignons Humain
- **François Lemare**, directeur de la stratégie territoriale, AstraZeneca
- **Magali Leo**, chargée du plaidoyer, Renaloo
- **Nathalie Loiseau**, manager conseil en santé, Eurogroup Consulting
- **Pierre Maitrot**, directeur délégué aux opérations, ELSAN
- **Delphine Mallet**, directrice de la Business Unit Santé & Autonomie, Groupe La Poste
- **Pauline Martinot**, co-fondatrice, Les Ateliers Mercure et médecin spécialiste en santé publique
- **Dr Jean-Christophe Masseron**, président, SOS Médecins France
- **Pascale Mathieu**, présidente, Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes
- **Constance Maudoux**, spécialiste affaires publiques et gouvernementales, Doctolib

- **Samuel Ménager**, chargé d'affaires publiques, Ordre National des Pharmaciens
- **Pr. Etienne Minvielle**, directeur du Centre de Recherche en Gestion, École polytechnique (I3-CRG, CNRS, IP Polytechnique) et médecin de santé publique, Gustave Roussy
- **Benjamin Mousnier-Lompré**, associé, ipso santé
- **Mathieu Nochelski**, infirmier cadre de santé, responsable projet Expérimentation Art.51 Équilibres, co-fondateur, Association Soignons Humain
- **Ruth O'Malley**, directrice de la Business Unit Oncologie-Hématologie, AbbVie France
- **Jean-Paul Ortiz**, ancien président, CSMF (Confédération des Syndicats Médicaux Français) et médecin néphrologue libéral
- **Hervé Picard**, associé, médecin généraliste et de santé publique, ipso santé
- **Aude Quesnot**, présidente de la Commission santé publique et démographie et conseillère nationale, Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes
- **Thomas Rapp**, maître de conférences (HDR) et titulaire de la Chaire AgingUP!, Université Paris Cité (LIRAES), co-directeur de l'axe sur les politiques de santé, Sciences Po Paris (LIEPP)
- **Gérard Raymond**, président, France Assos Santé
- **Nicolas Raynal**, secrétaire général, Fédération Française des Psychomotriciens
- **Adrienne Reix**, responsable médical de la mission innovation de l'HAD et de la direction des projets et de la transformation du GH Paris Sorbonne, AP-HP
- **Marie-Jeanne Richard**, présidente, Unafam
- **Guillaume Rousson**, secrétaire général, Les Ateliers Mercure et Kinésithérapeute D.E
- **Thibault de Saint Blancard**, co-fondateur, Alenvi
- **Matthieu Sainton**, associé, Eurogroup Consulting
- **Caroline Schwartz**, manager conseil en santé, Eurogroup Consulting
- **Florian Scotté**, chef du Département Interdisciplinaire d'Organisation des Parcours Patients (DIOPP), Gustave Roussy
- **Emmanuel Sinnaeve**, sous-directeur Performance, efficacité, qualité de l'offre de soins et produits de santé/Biologie, Direction de l'Offre de Soins, ARS Hauts-de-France
- **Anne Smetana**, attachée santé, Ambassade du Danemark en France
- **Daniel Szeftel**, co-fondateur, SÊMEIA
- **Jean-François Thébaut**, vice-président, Fédération Française des Diabétiques
- **Isabelle Tongio**, directrice des Affaires Publiques et Gouvernementales, Biomérieux
- **Mohamed Touati**, médecin hématologue et chef de service de l'HAD, CHU Limoges
- **Adeline Townsend**, membre, Les Ateliers Mercure et responsable du pôle offre de soins et permanence des soins, URPS médecins libéraux Hauts-de-France
- **Dan Vahdat**, *CEO and Founder*, HUMA
- **Robert Vassoyan**, *Former head of healthcare and life sciences*, Atos et Digital entrepreneur
- **Raphaël Veil**, co-fondateur, Les Ateliers Mercure et Médecin de santé publique
- **Charles-Henri des Villettes**, ex-président de la Fédération des Prestataires de Santé à Domicile (PSAD)
- **Pascale Witz**, présidente, PWH Advisors
- **Carine Wolf-Thal**, présidente, Conseil national de l'Ordre des Pharmaciens
- **Manuela Wolgramm**, assistante administrative et financière, Renaloo
- **Célia Zamiara**, médecin chargée de mission GDR-ONDAM-PAPRAPS, Direction de l'Offre de Soins, ARS Hauts-de-France

**Les opinions exprimées dans ce rapport
n'engagent ni les personnes précédemment citées
ni les institutions qu'elles représentent.**

LISTE DES ACRONYMES

- **ANDPC** – Agence nationale du Développement Professionnel Continu
- **ANS** – Agence du Numérique en Santé
- **APA** – Allocation personnalisée d'autonomie
- **ARS** – Agences régionales de santé
- **AVS** – Auxiliaire de vie sociale
- **CNAM** – Caisse nationale d'assurance maladie
- **CPAM** – Caisse primaire d'assurance maladie
- **CPTS** – Communautés professionnelles territoriales de santé
- **CROM** – Clinicians Reported Outcomes Measures
- **DAC** – Dispositifs d'appui à la coordination
- **DAF** – Dotation annuelle de financement
- **DLU** – Dossier de liaison d'urgence
- **DMS** – Durée moyenne de séjour
- **DNS** – Délégation ministérielle au Numérique en Santé
- **DPC** – Développement Professionnel Continu
- **EHPAD** – Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- **ESCAP** – Équipes de soins coordonnés autour du patient
- **ESMS** – Établissement ou service social ou médico-social
- **ESP** – Équipes de soins primaires
- **ESS** – Équipes de soins spécialisées
- **ETP** – Éducation thérapeutique du patient
- **FAMI** – Forfait d'aide à la modernisation et informatisation du cabinet professionnel
- **GRADeS** – Groupement régional d'appui au développement de la e-santé
- **GHT** – Groupement hospitalier de territoire
- **HAD** – Hospitalisation à domicile
- **HAS** – Haute Autorité de Santé
- **HCSP** – Haut Conseil de la santé publique
- **IDE** – Infirmier Diplômé d'État
- **IDEC** – Infirmier Diplômé d'État Coordinateur
- **IDEL** – Infirmier Diplômé d'État Libéral
- **IFSI** – Institut de Formation en Soins Infirmiers
- **INS** – Identité Nationale de Santé
- **IPA** – Infirmier de Pratique Avancée
- **MCO** – Médecine, chirurgie et obstétrique
- **MSP** – Maison de santé pluriprofessionnelle
- **NGAP** – Nomenclature générale des actes professionnels
- **PLFSS** – Projet de loi de financement de la sécurité sociale
- **PMI** – Protection maternelle et infantile
- **PMSI** – Programme de médicalisation des systèmes d'information
- **PREM** – Patient Reported Experience Measure
- **PROM** – Patient Reported Outcome Measure
- **PSAD** – Prestataire de santé à domicile
- **RAAC** – Récupération améliorée après chirurgie
- **RAC** – Réhabilitation améliorée après chirurgie
- **ROSP** – Rémunération sur objectifs de santé publique
- **SAAD** – Services d'aide et d'accompagnement à domicile
- **SSR** – Soins de suite et de réadaptation

LES PUBLICATIONS DE L'INSTITUT MONTAIGNE

- Territoire azuréen : ambitions 2040 (novembre 2022)
- Bienvenue au club climat : perspectives pour l'Europe et l'Asie (octobre 2022)
- Emploi des seniors : agir sur tous les leviers (octobre 2022)
- China Trends n° 14 – Figures of Speech in China's Foreign Policy (octobre 2022)
- Du risque à la résilience : s'adapter collectivement (octobre 2022)
- Défense française : ajuster nos efforts (juillet 2022)
- Partage de la valeur : salariés, entreprises, tous gagnants! (juillet 2022)
- Mobilités en Île-de-France : ticket pour l'avenir (juin 2022)
- Économie chinoise : la voie de Xi Jinping (juin 2022)
- Transition énergétique : solutions solidaires (juin 2022)
- China Trends n° 13 – Chine-Japon : le périmètre d'une confrontation (juin 2022)
- Guerre en Ukraine : nouvelle politique étrangère pour la France (juin 2022)
- L'avenir se joue dans les quartiers pauvres (juin 2022)
- Du permis à l'emploi : roulez jeunesse (mai 2022)
- Santé : faire le pari des territoires (mai 2022)
- Infrastructures de transport : vers le futur et le durable! (avril 2022)
- China Trends n° 12 – Ukraine : un narratif chinois pro-russe gravé dans le marbre? (mars 2022)
- Géopolitique et technologie : le tournant de la stratégie européenne (mars 2022)
- Reconversion professionnelle : pour le meilleur et pour l'avenir (février 2022)
- Droit du travail : 18 idées pour le prochain quinquennat (février 2022)
- Baromètre européen des impôts de production 2022 (février 2022)
- Xi Jinping, un ordolibéral : les marges de croissance de la Chine en 2022 (février 2022)
- Logement : rebâtir nos ambitions (février 2022)
- Une jeunesse plurielle – Enquête sur les 18-24 ans (février 2022)
- Aviation décarbonée : embarquement immédiat (janvier 2022)
- Cinq ans pour faire progresser la France des ETI (janvier 2022)
- 2022-2027 : quelles perspectives pour les finances publiques? (janvier 2022)

- Santé 2022 : tout un programme (janvier 2022)
- China Trends n° 11 – Une ouverture à la carte : les investissements directs étrangers en Chine (décembre 2021)
- Transports du quotidien : en route vers le sans carbone! (décembre 2021)
- La présidence française de l'Union européenne à la loupe (décembre 2021)
- Europe-Inde : quelles ambitions face à la Chine? (décembre 2021)
- Réinvestir le secteur bancaire européen (novembre 2021)
- Une France convalescente, une France du « proche » Baromètre des Territoires 2021 (novembre 2021)
- China Trends n° 10 – Comment l'intelligence artificielle transformera la Chine (novembre 2021)
- Prix Interne du Carbone : une solution qui tombe à PIC pour les entreprises? (novembre 2021)
- En campagne pour l'agriculture de demain (octobre 2021)
- La France dans le bouleversement du monde (octobre 2021)
- Automobile : feu vert pour une industrie durable (octobre 2021)
- Innovation française : nos incroyables talents (octobre 2021)
- Parcours patient : parcours du combattant? (septembre 2021)
- Europe : agir ensemble pour la décarbonation (septembre 2021)
- Quelle Allemagne après Merkel? (septembre 2021)
- Quinquennat Macron : le grand décryptage (août 2021)
- China Trends n° 9 – Une Chine décarbonée est-elle possible? (juillet 2021)
- Villes : à vos données! (juillet 2021)
- Vu de Pékin : le rebond de l'économie chinoise (juin 2021)
- Régions : le renouveau de l'action publique? (juin 2021)
- La stabilité du Maghreb, un impératif pour l'Europe (mai 2021)
- Bien-vieillir : faire mûrir nos ambitions (mai 2021)
- Relance en Afrique : quel rôle pour les entreprises (mai 2021)
- Religion au travail : croire au dialogue – Baromètre du Fait Religieux en Entreprise (mai 2021)
- Fintech chinoise : l'heure de la reprise en main (avril 2021)
- Enseignement supérieur et recherche : il est temps d'agir! (avril 2021)
- Filière santé : gagnons la course à l'innovation (mars 2021)
- Rééquilibrer le développement de nos territoires (mars 2021)

- China Trends n° 8 – L'armée chinoise en Asie : puissance et coercition (février 2021)
- Repenser la défense face aux crises du 21^e siècle (février 2021)
- Les militants du djihad (janvier 2021)
- Compétitivité de la vallée de la Seine : comment redresser la barre ? (janvier 2021)
- Semi-conducteurs : la quête de la Chine (janvier 2021)
- Vaccination en France : l'enjeu de la confiance (décembre 2020)
- Santé mentale : faire face à la crise (décembre 2020)
- Construire la métropole Aix-Marseille-Provence de 2030 (novembre 2020)
- Allemagne-France : pour une politique européenne commune à l'égard de la Chine (novembre 2020)
- Plan de relance : répondre à l'urgence économique (novembre 2020)
- Réformer les retraites en temps de crise (octobre 2020)
- Les quartiers pauvres ont un avenir (octobre 2020)
- Trump ou Biden – comment reconstruire la relation transatlantique ? (octobre 2020)
- Le capitalisme responsable : une chance pour l'Europe (septembre 2020)
- Rebondir face au Covid-19 : neuf idées efficaces en faveur de l'emploi (septembre 2020)
- Un virus clarificateur L'impact du Covid-19 sur la politique étrangère de la France (juin 2020)
- Les entreprises françaises en Afrique face à la crise du Covid-19 (juin 2020)
- Transatlantic Trends 2020 (juillet 2020)
- Europe's Pushback on China (juin 2020)
- E-santé : augmentons la dose ! (juin 2020)
- Dividende carbone : une carte à jouer pour l'Europe (juin 2020)
- L'action publique face à la crise du Covid-19 (juin 2020)
- Seine-Saint-Denis : les batailles de l'emploi et de l'insertion (mai 2020)
- Rebondir face au Covid-19 : relançons l'investissement (mai 2020)
- Rebondir face au Covid-19 : l'enjeu du temps de travail (mai 2020)
- Internet : le péril jeune ? (avril 2020)
- Covid-19 : l'Asie orientale face à la pandémie (avril 2020)
- Algorithmes : contrôle des biais S.V.P. (mars 2020)
- Retraites : pour un régime équilibré (mars 2020)
- Espace : le réveil de l'Europe ? (février 2020)
- Données personnelles : comment gagner la bataille ? (décembre 2019)
- Transition énergétique : faisons jouer nos réseaux (décembre 2019)
- Religion au travail : croire au dialogue - Baromètre du Fait Religieux Entreprise 2019 (novembre 2019)
- Taxes de production : préservons les entreprises dans les territoires (octobre 2019)
- Médicaments innovants : prévenir pour mieux guérir (septembre 2019)
- Rénovation énergétique : chantier accessible à tous (juillet 2019)
- Agir pour la parité : performance à la clé (juillet 2019)
- Pour réussir la transition énergétique (juin 2019)
- Europe-Afrique : partenaires particuliers (juin 2019)
- Media polarization « à la française » ? Comparing the French and American ecosystems (mai 2019)
- L'Europe et la 5G : le cas Huawei (partie 2, mai 2019)
- L'Europe et la 5G : passons la cinquième ! (partie 1, mai 2019)
- Système de santé : soyez consultés ! (avril 2019)
- Travailleurs des plateformes : liberté oui, protection aussi (avril 2019)
- Action publique : pourquoi faire compliqué quand on peut faire simple (mars 2019)
- La France en morceaux : baromètre des Territoires 2019 (février 2019)
- Énergie solaire en Afrique : un avenir rayonnant ? (février 2019)
- IA et emploi en santé : quoi de neuf docteur ? (janvier 2019)
- Cybermenace : avis de tempête (novembre 2018)
- Partenariat franco-britannique de défense et de sécurité : améliorer notre coopération (novembre 2018)
- Sauver le droit d'asile (octobre 2018)
- Industrie du futur, prêts, partez ! (septembre 2018)
- La fabrique de l'islamisme (septembre 2018)
- Protection sociale : une mise à jour vitale (mars 2018)
- Innovation en santé : soignons nos talents (mars 2018)
- Travail en prison : préparer (vraiment) l'après (février 2018)
- ETI : taille intermédiaire, gros potentiel (janvier 2018)

- Réforme de la formation professionnelle : allons jusqu'au bout! (janvier 2018)
- Espace : l'Europe contre-attaque ? (décembre 2017)
- Justice : faites entrer le numérique (novembre 2017)
- Apprentissage : les trois clés d'une véritable transformation (octobre 2017)
- Prêts pour l'Afrique d'aujourd'hui ? (septembre 2017)
- Nouveau monde arabe, nouvelle « politique arabe » pour la France (août 2017)
- Enseignement supérieur et numérique : connectez-vous! (juin 2017)
- Syrie : en finir avec une guerre sans fin (juin 2017)
- Énergie : priorité au climat! (juin 2017)
- Quelle place pour la voiture demain ? (mai 2017)
- Sécurité nationale : quels moyens pour quelles priorités ? (avril 2017)
- Tourisme en France : cliquez ici pour rafraîchir (mars 2017)
- L'Europe dont nous avons besoin (mars 2017)
- Dernière chance pour le paritarisme de gestion (mars 2017)
- L'impossible État actionnaire ? (janvier 2017)
- Un capital emploi formation pour tous (janvier 2017)
- Économie circulaire, réconcilier croissance et environnement (novembre 2016)
- Traité transatlantique : pourquoi persévérer (octobre 2016)
- Un islam français est possible (septembre 2016)
- Refonder la sécurité nationale (septembre 2016)
- Breain ou Brexit : Europe, prépare ton avenir! (juin 2016)
- Réanimer le système de santé - Propositions pour 2017 (juin 2016)
- Nucléaire : l'heure des choix (juin 2016)
- Un autre droit du travail est possible (mai 2016)
- Les primaires pour les Nuls (avril 2016)
- Le numérique pour réussir dès l'école primaire (mars 2016)
- Retraites : pour une réforme durable (février 2016)
- Décentralisation : sortons de la confusion / Repenser l'action publique dans les territoires (janvier 2016)
- Terreur dans l'Hexagone (décembre 2015)
- Climat et entreprises : de la mobilisation à l'action / Sept propositions pour préparer l'après-COP21 (novembre 2015)
- Discriminations religieuses à l'embauche : une réalité (octobre 2015)
- Pour en finir avec le chômage (septembre 2015)
- Sauver le dialogue social (septembre 2015)
- Politique du logement : faire sauter les verrous (juillet 2015)
- Faire du bien vieillir un projet de société (juin 2015)
- Dépense publique : le temps de l'action (mai 2015)
- Apprentissage : un vaccin contre le chômage des jeunes (mai 2015)
- Big Data et objets connectés. Faire de la France un champion de la révolution numérique (avril 2015)
- Université : pour une nouvelle ambition (avril 2015)
- Rallumer la télévision : 10 propositions pour faire rayonner l'audiovisuel français (février 2015)
- Marché du travail : la grande fracture (février 2015)
- Concilier efficacité économique et démocratie : l'exemple mutualiste (décembre 2014)
- Résidences Seniors : une alternative à développer (décembre 2014)
- Business schools : rester des champions dans la compétition internationale (novembre 2014)
- Prévention des maladies psychiatriques : pour en finir avec le retard français (octobre 2014)
- Temps de travail : mettre fin aux blocages (octobre 2014)
- Réforme de la formation professionnelle : entre avancées, occasions manquées et pari financier (septembre 2014)
- Dix ans de politiques de diversité : quel bilan ? (septembre 2014)
- Et la confiance, bordel ? (août 2014)
- Gaz de schiste : comment avancer (juillet 2014)
- Pour une véritable politique publique du renseignement (juillet 2014)
- Rester le leader mondial du tourisme, un enjeu vital pour la France (juin 2014)
- 1 151 milliards d'euros de dépenses publiques : quels résultats ? (février 2014)
- Comment renforcer l'Europe politique (janvier 2014)
- Améliorer l'équité et l'efficacité de l'assurance-chômage (décembre 2013)
- Santé : faire le pari de l'innovation (décembre 2013)
- Afrique-France : mettre en œuvre le co-développement Contribution au XXVI^e sommet Afrique-France (décembre 2013)
- Chômage : inverser la courbe (octobre 2013)

- Mettre la fiscalité au service de la croissance (septembre 2013)
- Vive le long terme! Les entreprises familiales au service de la croissance et de l'emploi (septembre 2013)
- Habitat : pour une transition énergétique ambitieuse (septembre 2013)
- Commerce extérieur : refuser le déclin
Propositions pour renforcer notre présence dans les échanges internationaux (juillet 2013)
- Pour des logements sobres en consommation d'énergie (juillet 2013)
- 10 propositions pour refonder le patronat (juin 2013)
- Accès aux soins : en finir avec la fracture territoriale (mai 2013)
- Nouvelle réglementation européenne des agences de notation : quels bénéfices attendre ? (avril 2013)
- Remettre la formation professionnelle au service de l'emploi et de la compétitivité (mars 2013)
- Faire vivre la promesse laïque (mars 2013)
- Pour un « New Deal » numérique (février 2013)
- Intérêt général : que peut l'entreprise ? (janvier 2013)
- Redonner sens et efficacité à la dépense publique 15 propositions pour 60 milliards d'économies (décembre 2012)
- Les juges et l'économie : une défiance française ? (décembre 2012)
- Restaurer la compétitivité de l'économie française (novembre 2012)
- Faire de la transition énergétique un levier de compétitivité (novembre 2012)
- Réformer la mise en examen Un impératif pour renforcer l'État de droit (novembre 2012)
- Transport de voyageurs : comment réformer un modèle à bout de souffle ? (novembre 2012)
- Comment concilier régulation financière et croissance : 20 propositions (novembre 2012)
- Taxe professionnelle et finances locales : premier pas vers une réforme globale ? (septembre 2012)
- Remettre la notation financière à sa juste place (juillet 2012)
- Réformer par temps de crise (mai 2012)
- Insatisfaction au travail : sortir de l'exception française (avril 2012)
- Vademecum 2007 – 2012 : Objectif Croissance (mars 2012)
- Financement des entreprises : propositions pour la présidentielle (mars 2012)
- Une fiscalité au service de la « social compétitivité » (mars 2012)
- La France au miroir de l'Italie (février 2012)
- Pour des réseaux électriques intelligents (février 2012)
- Un CDI pour tous (novembre 2011)
- Repenser la politique familiale (octobre 2011)
- Formation professionnelle : pour en finir avec les réformes inabouties (octobre 2011)
- Banlieue de la République (septembre 2011)
- De la naissance à la croissance : comment développer nos PME (juin 2011)
- Reconstruire le dialogue social (juin 2011)
- Adapter la formation des ingénieurs à la mondialisation (février 2011)
- « Vous avez le droit de garder le silence... » Comment réformer la garde à vue (décembre 2010)
- Gone for Good? Partis pour de bon ?
Les expatriés de l'enseignement supérieur français aux États-Unis (novembre 2010)
- 15 propositions pour l'emploi des jeunes et des seniors (septembre 2010)
- Afrique - France. Réinventer le co-développement (juin 2010)
- Vaincre l'échec à l'école primaire (avril 2010)
- Pour un Eurobond. Une stratégie coordonnée pour sortir de la crise (février 2010)
- Réforme des retraites : vers un big-bang ? (mai 2009)
- Mesurer la qualité des soins (février 2009)
- Ouvrir la politique à la diversité (janvier 2009)
- Engager le citoyen dans la vie associative (novembre 2008)
- Comment rendre la prison (enfin) utile (septembre 2008)
- Infrastructures de transport : lesquelles bâtir, comment les choisir ? (juillet 2008)
- HLM, parc privé. Deux pistes pour que tous aient un toit (juin 2008)
- Comment communiquer la réforme (mai 2008)
- Après le Japon, la France...
Faire du vieillissement un moteur de croissance (décembre 2007)
- Au nom de l'Islam... Quel dialogue avec les minorités musulmanes en Europe ? (septembre 2007)



- L'exemple inattendu des Vets
Comment ressusciter un système public de santé (juin 2007)
- Vademecum 2007-2012 – Moderniser la France (mai 2007)
- Après Erasmus, Amicus. Pour un service civique universel européen (avril 2007)
- Quelle politique de l'énergie pour l'Union européenne ? (mars 2007)
- Sortir de l'immobilité sociale à la française (novembre 2006)
- Avoir des leaders dans la compétition universitaire mondiale (octobre 2006)
- Comment sauver la presse quotidienne d'information (août 2006)
- Pourquoi nos PME ne grandissent pas (juillet 2006)
- Mondialisation : réconcilier la France avec la compétitivité (juin 2006)
- TVA, CSG, IR, cotisations... Comment financer la protection sociale (mai 2006)
- Pauvreté, exclusion : ce que peut faire l'entreprise (février 2006)
- Ouvrir les grandes écoles à la diversité (janvier 2006)
- Immobilier de l'État : quoi vendre, pourquoi, comment (décembre 2005)
- 15 pistes (parmi d'autres...) pour moderniser la sphère publique (novembre 2005)
- Ambition pour l'agriculture, libertés pour les agriculteurs (juillet 2005)
- Hôpital : le modèle invisible (juin 2005)
- Un Contrôleur général pour les Finances publiques (février 2005)
- Les oubliés de l'égalité des chances (janvier 2004 - Réédition septembre 2005)

Pour les publications antérieures se référer à notre site internet :

www.institutmontaigne.org

ABB FRANCE	CHUBB
ABBVIE	CIS
ACCENTURE	CISCO SYSTEMS FRANCE
ACCURACY	CLIFFORD CHANCE
ADECCO	CLUB TOP 20
ADEO	CMA CGM
ADIT	CNP ASSURANCES
AÉMA	COHEN AMIR-ASLANI
AIR FRANCE - KLM	COMPAGNIE PLASTIC OMNIUM
AIR LIQUIDE	CONSEIL SUPÉRIEUR DU NOTARIAT
AIRBUS	CORRÈZE & ZAMBÈZE
ALLEN & OVERY	CRÉDIT AGRICOLE
ALLIANZ	D'ANGELIN & CO.LTD
AMAZON	DASSAULT SYSTÈMES
AMBER CAPITAL	DE PARDIEU BROCAS MAFFEI
AMUNDI	DIOT SIACI
ANTIN INFRASTRUCTURE PARTNERS	DOCTOLIB
ARCHERY STRATEGY CONSULTING	ECL GROUP
ARCHIMED	EDENRED
ARDIAN	EDF
ARQUUS	EDHEC BUSINESS SCHOOL
ASTRAZENECA	EGIS
AUGUST DEBOUZY	EKIMETRICS FRANCE
AVRIL	ENEDIS
AXA	ENGIE
BAKER & MCKENZIE	EQT
BEARINGPOINT	ESL & NETWORK
BESSÉ	EUROGROUP CONSULTING
BG GROUP	FIVES
BNP PARIBAS	GETLINK
BOLLORÉ	GIDE LOYRETTE NOUEL
BONA FIDÉ	GOOGLE
BOUYGUES	GROUPAMA
BROUSSE VERGEZ	GROUPE BEL
BRUNSWICK	GROUPE M6
CAPGEMINI	GROUPE ORANGE
CAPITAL GROUP	HAMEUR ET CIE
CAREIT	HENNER
CARREFOUR	HITACHI ENERGY FRANCE
CASINO	HSBC CONTINENTAL EUROPE



IBM FRANCE
IFPASS
ING BANK FRANCE
INKARN
INSTITUT MÉRIEUX
INTERNATIONAL SOS
INTERPARFUMS
INTUITIVE SURGICAL
IONIS ÉDUCATION GROUP
IQO
ISRP
JEANTET ASSOCIÉS
JOLT CAPITAL
KANTAR
KATALYSE
KEARNEY
KEDGE BUSINESS SCHOOL
KKR
KPMG S.A.
LA BANQUE POSTALE
LA COMPAGNIE FRUITIÈRE
LINEDATA SERVICES
LLOYDS EUROPE
L'ORÉAL
LOXAM
LVMH - MOËT-HENNESSY - LOUIS VUITTON
M.CHARRAIRE
MACSF
MAIF
MALAKOFF HUMANIS
MAREMMA
MAZARS
MÉDIA-PARTICIPATIONS
MEDIOBANCA
MERCER
MERIDIAM
MICHELIN
MICROPORT CRM
MICROSOFT FRANCE
MITSUBISHI FRANCE S.A.S

MOELIS & COMPANY
MOODY'S FRANCE
MORGAN STANLEY
NATIXIS
NATURAL GRASS
NESTLÉ
ODDO BHF
OLIVER WYMAN
ONDRA PARTNERS
ONEPOINT
ONET
OPTIGESTION
ORANO
ORTEC GROUP
PAI PARTNERS
PELHAM MEDIA
PERGAMON
POLYTANE
PRODWARE
PRUDENTIA CAPITAL
PWC FRANCE & MAGHREB
RAISE
RAMSAY GÉNÉRALE DE SANTÉ
RANDSTAD
RATP
RELX GROUP
RENAULT
REXEL
RICOL LASTEYRIE
RIVOLIER
ROCHE
ROLAND BERGER
ROTHSCHILD & CO
RTE
SAFRAN
SANOFI
SAP FRANCE
SCHNEIDER ELECTRIC
SERVIER
SGS



SIER CONSTRUCTEUR
SNCF
SNCF RÉSEAU
SODEXO
SNEF
SPVIE
STAN
SUEZ
TASTE
TECNET PARTICIPATIONS SARL
TENEQ
THE BOSTON CONSULTING GROUP
TILDER

TOFANE
TOTALENERGIES
UBS FRANCE
UNIBAIL-RODAMCO
VEOLIA
VERLINGUE
VINCI
VIVENDI
WAKAM
WAVESTONE
WENDEL
WILLIS TOWERS WATSON FRANCE
ZURICH



COMITÉ DIRECTEUR

PRÉSIDENT

Henri de Castris président, Institut Montaigne

MEMBRES

David Azéma associé, Perella Weinberg Partners

Emmanuelle Barbara *Senior Partner*, August Debouzy

Marguerite Bérard directrice des Réseaux France, BNP Paribas

Jean-Pierre Clamadieu président du Conseil d'Administration, ENGIE

Paul Hermelin président du Conseil d'administration, Capgemini

Marwan Lahoud président, Ace Capital Partners

Natalie Rastoin présidente, Polytane ; *Senior Advisor*, WPP

René Ricol président, Ricol Lasteyrie

Jean-Dominique Senard président du Conseil d'administration, Groupe Renault

Arnaud Vaissé président-directeur général, International SOS

Natacha Valla économiste ; doyenne de l'École de Management
et d'Innovation, Sciences Po

Florence Verzenen directrice générale adjointe, Dassault Systèmes

Philippe Wahl président-directeur général, Groupe La Poste

PRÉSIDENT D'HONNEUR

Claude Bébéar fondateur et président d'honneur, AXA

INSTITUT MONTAIGNE



IL N'EST DÉSIR PLUS NATUREL QUE LE DÉSIR DE CONNAISSANCE

Soins ambulatoires et à domicile : un virage essentiel

Depuis une vingtaine d'années, la France tente de se détacher de l'approche curative et hospitalo-centrée de son système de santé, afin de se concentrer davantage sur les soins primaires et de développer des stratégies préventives. Cette volonté d'aborder le « virage ambulatoire » a ainsi été affirmée à de nombreuses reprises par les pouvoirs publics.

La crise sanitaire du Covid-19 a rappelé l'importance de renforcer nos efforts pour accentuer ce virage : les difficultés des structures hospitalières à accueillir tous les patients ont mis en lumière les limites de notre approche du soin. La pandémie a aussi permis de réaliser l'importance de la mobilisation des nouvelles technologies sur l'ensemble du parcours santé : accélérer la prise de décision, permettre la continuité des soins et donner aux patients davantage d'autonomie dans le dépistage et le suivi de leurs symptômes.

Aujourd'hui, l'hôpital fait face à des défis qui ne sont pas nouveaux ; le vieillissement de la population et l'explosion du nombre de pathologies chroniques augmentent les besoins de soins alors que le temps médical disponible n'augmente pas. Ces enjeux plaident en faveur d'une autre organisation du système pour imaginer de nouveaux modèles de prises en charge, plus adaptés aux besoins des patients, plus efficaces et plus équilibrés entre la ville, l'hôpital et le domicile.

Rejoignez-nous sur :



Suivez chaque semaine notre actualité
en vous abonnant à notre newsletter sur :
www.institutmontaigne.org

Institut Montaigne
59, rue La Boétie - 75008 Paris
Tél. +33 (0)1 53 89 05 60
www.institutmontaigne.org

10 €
ISSN 1771-6764
FÉVRIER 2023