



## Résumé

Depuis une vingtaine d'années, la France tente de se détacher de l'approche hospitalo-centrée de son système de santé afin d'aborder le **virage ambulatoire**, c'est-à-dire le passage d'un système de soins où l'hôpital est au cœur de toute prise en charge, à une organisation

qui fait des médecins de ville et des équipes de soins primaires les coordinateurs des **parcours de santé**.

La crise sanitaire du Covid-19 a rappelé l'importance d'accroître nos efforts pour l'accentuer et renforcer en parallèle le **virage domiciliaire**. Celui-ci implique de favoriser le retour plus rapide à domicile des patients après une intervention à l'hôpital et de permettre plus de suivi directement au domicile, avec la coordination nécessaire des équipes de soins.

Alors que la population des 75 ans et plus devrait représenter 16% de la population en 2050, que plus de 20% d'entre eux cumulent trois pathologies ou traitements chroniques et que 90% des Français souhaiteraient pouvoir vieillir à domicile, le **développement de nouvelles offres à domicile et dans les structures ambulatoires représente un impératif**.

### 1. Virage ambulatoire, virage domiciliaire, de quoi parle-t-on ?

Le virage ambulatoire a été amorcé en France dès le milieu du 20<sup>e</sup> siècle avec la possibilité pour les patients d'être pris en charge à l'hôpital sur une journée, sans y être hospitalisés la nuit. Différentes modalités de prises en charge ont ainsi été développées à l'image des actes de chirurgie ambulatoire, de **l'hospitalisation de jour (HDJ) ou à domicile (HAD)**.

Le développement de l'ambulatoire passe aussi par un **moindre recours à l'hospitalisation conventionnelle** au profit d'autres modes de suivi des patients, par la médecine de ville ou à domicile.

À l'heure où 50% des soignants à l'hôpital ont pu être concernés par le burn out, l'enjeu ici est bel et bien de redonner sa juste place à l'hôpital et de **construire des parcours de santé qui mobilisent le bon acteur, pour le bon soin, au bon moment**.

**Les pratiques ambulatoires et domiciliaires représentent ainsi l'ensemble des dispositifs qui permettent de limiter le temps passé en établissement de santé.**

Ceci a été rendu possible notamment grâce à l'émergence de **nombreuses innovations** qui ont contribué à transformer de manière significative les parcours de santé :

- **des innovations techniques**, à l'image des robots chirurgicaux, qui améliorent la précision des interventions et la cicatrisation, permettant ainsi un retour plus rapide au domicile ;
- **des innovations technologiques**, comme les dispositifs de télésurveillance, qui permettent un suivi plus régulier à distance des maladies chroniques et évitent dans certains cas une hospitalisation complète ;
- **des innovations thérapeutiques**, avec notamment des traitements et des médicaments aux modes d'administration moins lourds pour les patients et pouvant être délivrés en ville.

### 2. La France peine à prendre le tournant, pourquoi ?

Malgré le développement de nouvelles modalités de prises en charge, la France peine encore à amorcer les virages ambulatoire comme domiciliaire. En effet, la durée moyenne de séjour à l'hôpital (DMS) est en France supérieure à la moyenne des pays de l'OCDE. **Plusieurs freins au déploiement des pratiques ambulatoires et domiciliaires peuvent être soulignés dans notre pays.**

**Le manque de coordination entre les acteurs** : les nouveaux parcours de santé impliquent de renforcer la coordination entre les acteurs de l'hôpital, de la ville et du domicile. La séparation géographique de ces professionnels ainsi que leur multiplicité complexifient la mise en place du travail en équipe autour du patient. Le développement d'**outils numériques**, facilitant la mise en relation des professionnels de santé et l'émergence d'**exercices coordonnés** en ville, représentent des leviers à pérenniser pour faciliter cette coordination et construire des parcours de soins fluides.

**Une formation insuffisamment tournée vers l'ambulatoire** : la formation des professionnels de santé (médicaux et paramédicaux) est peu adaptée aux enjeux soulevés par l'ambulatoire et le domicile. Au sein de leur formation initiale comme continue, ces derniers demeurent insuffisamment sensibilisés au travail en équipe, à la coordination et aux spécificités de l'exercice en ville comme à domicile.

**Des patients en retrait des nouvelles organisations des parcours** : le patient, pourtant de plus en plus expert de sa maladie, est encore rarement considéré comme un acteur à part entière de son parcours de santé, au même titre que ses aidants. En effet, les patients et leur entourage n'ont pas toujours connaissance des différentes possibilités de traitement et de prises en soin existantes.

**Des modèles de financement et de tarification peu incitatifs** : notre modèle de financement, encore majoritairement centré sur une **tarification à l'acte**, incite peu à la coordination entre acteurs et à l'intégration d'une approche préventive par les professionnels de santé. Des **modalités de financement au parcours**, impliquant les acteurs de l'hôpital, de la ville et du domicile, se développent mais doivent être pérennisées.

D'autres **verrous réglementaires** (dotations budgétaires, autorisations de délivrance des traitements en ville par exemple) représentent également des contraintes supplémentaires pour « sortir » certains soins et traitements de l'hôpital.

### 3. Six pistes pour engager notre système de santé dans de nouveaux parcours de soins

#### 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 de 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'**éducation thérapeutique du patient** (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.

Si l'hôpital fait face à des défis qui ne sont pas nouveaux, ceux-ci vont s'accroître dans les prochaines années. 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. Cette équation complexe plaide en faveur d'une **autre organisation du système de santé et d'imaginer de nouveaux parcours de soins**, plus adaptés aux besoins des patients, plus efficaces et plus équilibrés entre la ville, l'hôpital et le domicile.