

Chapitre V

Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital

PRÉSENTATION

Pour un nombre croissant d'interventions, les progrès techniques et organisationnels rendent possible une prise en charge de jour à l'hôpital, en améliorant la qualité des soins et le confort des patients et en mobilisant moins de ressources qu'une hospitalisation conventionnelle. Ce mode de prise en charge, dit ambulatoire, permet généralement une récupération plus rapide du patient et une réduction des risques associés aux soins.

Si l'objectif d'un développement du mode ambulatoire s'est affirmé au début des années 2000, la Cour a souligné dans son rapport sur la sécurité sociale de 2013¹⁵³ le manque d'impulsion donnée par les pouvoirs publics à l'essor de la chirurgie ambulatoire, malgré l'ampleur des économies qui pourraient en résulter pour l'assurance maladie. Par la suite, elle a fait valoir que le développement de la chirurgie ambulatoire, désormais engagé, s'accompagnait d'une substitution trop lente à l'hospitalisation conventionnelle avec nuitée¹⁵⁴.

La notion plus large de « virage ambulatoire » comme ambition des politiques de santé n'a quant à elle que récemment émergé, à l'occasion des débats préparatoires à la stratégie nationale de santé en 2013, puis à la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. Elle recouvre deux aspects distincts : d'une part, une réduction des hospitalisations conventionnelles au profit d'hospitalisations de jour ; d'autre part, la substitution de soins médicaux et paramédicaux en ville à des prises en charge réalisées à l'hôpital, soit parce que le séjour hospitalier a été évité, soit parce qu'il a été raccourci, mais accompagné d'un suivi organisé en ville. Dans tous les cas, les patients doivent bénéficier d'une qualité au moins égale de prise en charge.

Dans le cadre de la stratégie nationale de santé 2018-2022, les pouvoirs publics ont affirmé l'ambition de porter à 70 % en 2022 le taux de chirurgie ambulatoire¹⁵⁵ et fixé un objectif de 55 % de séjours hospitaliers de médecine en ambulatoire à cette même échéance.

¹⁵³ Cour des comptes, *Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2013, chapitre VIII La chirurgie ambulatoire, p. 229-252, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁵⁴ Cour des comptes, *Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2017, chapitre VI Les activités chirurgicales : restructurer l'offre de soins pour mieux assurer la qualité des prises en charge, p. 257-296, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁵⁵ Sur le périmètre retenu d'actes pour lesquels le mode ambulatoire peut se substituer à une hospitalisation conventionnelle.

Dans le prolongement de ses précédents travaux, la Cour a examiné le développement des prises en charge ambulatoires à l'hôpital, ses incidences sur les capacités hospitalières et les dépenses d'assurance maladie, ainsi que les conditions à réunir pour faire du virage ambulatoire un outil de transformation de l'offre de soins en ville comme à l'hôpital.

Le virage ambulatoire est engagé à l'hôpital en chirurgie, mais encore trop peu en médecine ; il a un impact incertain sur les dépenses de santé (I). Pour devenir un réel levier de transformation du système de santé au bénéfice des patients, il appelle des actions de plus grande ampleur des pouvoirs publics pour réorganiser l'offre de soins médicaux, en ville comme à l'hôpital (II).

I - Un virage ambulatoire engagé à l'hôpital en chirurgie, mais insuffisamment en médecine

Les pouvoirs publics ont mis en œuvre des actions cohérentes visant à favoriser la prise en charge des patients en ambulatoire plutôt qu'en hospitalisation conventionnelle pour les actes chirurgicaux, avec des résultats significatifs quoique inégaux. En revanche, les actes de médecine n'ont pas bénéficié de la même impulsion.

En l'absence de réorganisation significative de l'offre de soins hospitaliers, même en chirurgie, les économies qui pouvaient en être attendues n'ont pas été constatées. Par ailleurs, le virage ambulatoire ne peut à ce jour être considéré comme le facteur déterminant de la hausse rapide des dépenses de soins de ville.

Le virage ambulatoire dans l'organisation des soins à l'hôpital et en ville

Classés dans une section spécifiquement consacrée aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation, les articles réglementaires D. 6124-301 et suivants du code de la santé publique précisent les conditions qui doivent être réunies pour qualifier d'« ambulatoires » des structures hospitalières en médecine comme en chirurgie. Trois critères fondamentaux sont posés :

- une hospitalisation sans hébergement : un séjour hospitalier est considéré comme ambulatoire quand il ne comprend pas d'hébergement et que les prises en charge qu'il nécessite ne dépassent pas douze heures ;

- une organisation spécifique : les prestations ambulatoires en chirurgie et en médecine sont délivrées dans des structures identifiées dotées de moyens humains et matériels spécifiques ;

- des caractéristiques particulières des ressources humaines engagées : le personnel exerçant dans les structures de soins alternatives à l'hospitalisation doit être formé aux spécificités des prises en charge ambulatoires et la présence permanente d'une équipe pluri-professionnelle (médecin et infirmier diplômé d'État *a minima*) est requise.

La conversion de prises en charge d'hospitalisation conventionnelle en des prises en charge de jour procède du constat que la qualité, la pertinence et l'efficacité des prises en charge sanitaires peuvent bénéficier d'un raccourcissement du temps passé à l'hôpital.

Elles requièrent de profondes réorganisations des soins à l'hôpital. La gestion des flux de patients doit y être fluidifiée dans le temps et l'espace, afin d'éliminer les « temps morts » de la prise en charge, ce qui suppose une coordination fine et réactive des différents temps médicaux et non médicaux. L'organisation hospitalière, historiquement liée à l'hébergement et structurée autour de services dotés de lits d'hospitalisation conventionnelle et les pratiques professionnelles des personnels soignants et administratifs (nature des actes et soins pratiqués, rythme de travail) s'en voient bouleversées.

Le virage ambulatoire implique aussi des progrès majeurs en matière de coordination des prises en charge entre la ville et l'hôpital et de renforcement de l'accès aux soins primaires et à l'hospitalisation à domicile. Il s'agit de prévenir des hospitalisations en établissement, d'en limiter la durée et les effets délétères sur l'état des patients et d'accompagner ces derniers à leur retour à domicile, en prévenant ainsi de nouvelles hospitalisations.

A - Une ambition affirmée en chirurgie, mais pas en médecine

Prenant appui sur les progrès techniques favorisant une récupération rapide après l'acte (grâce aux techniques micro-invasives notamment), les actions des pouvoirs publics visant à favoriser la substitution de prises en charge ambulatoires à des hospitalisations conventionnelles ont visé jusqu'à présent la chirurgie ; elles n'ont que peu abordé la médecine.

1 - Une priorité donnée au développement de la chirurgie ambulatoire

Tardivement engagé, bien que ce mode de prise en charge ait été reconnu par les textes dès 1991, le développement de la chirurgie ambulatoire répond à des objectifs de santé publique et d'amélioration de la qualité des prises en charge et du confort pour les patients.

Il a été favorisé par la mise en place, à partir de 2009, d'un tarif « unique » identique, pour un même groupe homogène de séjours (GHS)¹⁵⁶, entre les séjours de chirurgie ambulatoire et ceux présentant le plus faible degré de sévérité en hospitalisation conventionnelle, pour des gestes chirurgicaux pour lesquels était observé, selon l'instruction en vigueur du ministère¹⁵⁷, « un contenu médical similaire entre ces niveaux et une prise en charge réalisable en ambulatoire ».

D'abord limitée à 18 groupes homogènes de malades (GHM) en 2009, cette mesure a ensuite été étendue à 39 GHM en 2012, puis à 47 GHM en 2013 sur les 111 correspondant à des actes de chirurgie susceptibles d'être pris en charge en ambulatoire. S'appuyant sur la production, par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), la Haute autorité de santé (HAS) et les sociétés savantes, d'outils opérationnels permettant d'accompagner la transformation des établissements, elle a par la suite été généralisée en 2014 à l'ensemble des 111 GHM précités.

De plus, les seuils (« bornes basses ») de durée de séjour en hospitalisation conventionnelle en deçà desquels les tarifs étaient minorés de 50 % ont été supprimés en 2014 pour l'ensemble des GHM de chirurgie conventionnelle présentant une faible sévérité (niveau 1), ce qui a mis fin à un facteur désincitatif à l'essor de la chirurgie ambulatoire.

¹⁵⁶ Les GHS (groupes homogènes de séjours) sont les pendants tarifaires des GHM (groupes homogènes de malades), qui correspondent aux malades hospitalisés dont les séjours présentent une similitude médicale et un coût voisin. Compte tenu de l'existence de plusieurs niveaux de sévérité des prises en charge (allant de 1 à 4), chaque GHM a pour pendant plusieurs GHS.

¹⁵⁷ Instruction n° DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020, annexe 8.

Parallèlement, certains actes chirurgicaux¹⁵⁸ en hospitalisation conventionnelle ont été mis sous accord préalable, leur prise en charge en chirurgie conventionnelle et non pas en ambulatoire étant alors subordonnée à l'accord préalable de l'assurance maladie.

En 2015, le Gouvernement a adopté un « programme national de développement de la chirurgie ambulatoire 2015-2020 » visant à porter à 66,2 % en 2020 le taux d'actes de chirurgie effectués en ambulatoire.

2 - Une orientation insuffisamment structurée en médecine

Malgré l'annonce par le Gouvernement en 2014 que le virage ambulatoire concernait tout autant la médecine que la chirurgie, la première n'a pas bénéficié à ce jour d'actions comparables à celles destinées à promouvoir les actes de chirurgie ambulatoire.

Contrairement à la chirurgie ambulatoire, les contours de l'activité de médecine à l'hôpital, qui regroupe des activités aussi diverses que des bilans, des analyses biologiques, des explorations par imagerie ou des séjours de surveillance sans nuitée, sont mal délimités.

Tout d'abord, en l'absence de tarifs propres à l'activité de médecine sans nuitée, la médecine ambulatoire n'est pas identifiée dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), contrairement à la chirurgie ambulatoire.

La médecine ambulatoire à l'hôpital ne se distingue pas toujours avec netteté, en pratique, des actes et consultations externes. Pour la facturation des prestations par les établissements de santé, une circulaire ministérielle, dite « frontière »¹⁵⁹, précise dans quels cas une prise en charge doit donner lieu à la facturation, soit de séjours, soit d'actes et de consultations externes. Or, les insuffisances de cette circulaire, qui n'a pas été actualisée depuis 2010, placent les établissements de santé dans une situation d'incertitude juridique et favorisent des erreurs de facturation de leur part.

¹⁵⁸ Ce dispositif, introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, concerne désormais 55 gestes chirurgicaux.

¹⁵⁹ Instruction n° DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a créé une prestation intermédiaire entre les actes et consultations externes et les hospitalisations de jour. Cette prestation, qui prend la forme d'un forfait, a pour objet de mieux rémunérer la prise en charge externe de certaines pathologies¹⁶⁰ dans le cadre de consultations pluridisciplinaires et/ou pluri-professionnelles nécessitant l'intervention coordonnée d'au moins un professionnel médical et de deux autres professionnels médicaux, paramédicaux ou socio-éducatifs et donnant lieu à la rédaction d'une synthèse médicale. Bien qu'elle ait pour objet de prévenir la facturation injustifiée de séjours par les établissements de santé, le texte réglementaire visant à préciser les règles de codage à appliquer par ces derniers, maintes fois annoncé, n'a pas encore été publié, faute de consensus entre le ministère chargé de la santé et les fédérations hospitalières.

Enfin, les modalités de tarification de la médecine ambulatoire n'ont pas évolué, à l'exception d'une revalorisation ciblée à hauteur de 41 M€, tous secteurs confondus, dans le cadre de la campagne tarifaire 2018. Elles restent à ce jour défavorables à son développement, en raison d'une part, d'un important écart entre les tarifs ambulatoires et ceux d'hospitalisation conventionnelle de faible sévérité (rapport de presque un à trois en moyenne) et, d'autre part, de l'existence de tarifs ambulatoires inférieurs aux coûts constatés¹⁶¹. En outre, des « bornes basses » restent en vigueur en médecine, ce qui envoie un signal désincitatif aux établissements.

Ainsi, le virage ambulatoire du système de soins annoncé par les pouvoirs publics s'est limité, dans les faits, à la mise en œuvre d'une politique financièrement incitative pour la seule chirurgie ambulatoire.

B - Des résultats significatifs en chirurgie, mais peu d'avancées en médecine

De manière cohérente avec la mobilisation inégale des outils à même de favoriser le développement du mode ambulatoire, la chirurgie ambulatoire a pris une place croissante dans l'organisation des soins hospitaliers, tout en conservant un certain potentiel de développement. En revanche, l'ambulatoire ne progresse pas de manière notable en médecine.

¹⁶⁰ Dont la liste est fixée par l'annexe 18 d'un arrêté du 27 février 2017.

¹⁶¹ Tels que mesurés par les tarifs issus des coûts (TIC) calculés chaque année par l'ATIH.

1 - Des résultats tangibles en chirurgie ambulatoire, mais le maintien d'un certain potentiel de développement

Sur le périmètre de conversion de la chirurgie conventionnelle en chirurgie ambulatoire retenu par les pouvoirs publics¹⁶², plus d'une prise en charge sur deux en chirurgie relève aujourd'hui de l'ambulatoire. Ainsi, sur le périmètre en vigueur, le taux de chirurgie ambulatoire est passé de 43,3 % en 2010 à 54,1 % en 2016, soit un niveau voisin de l'objectif cible (54,7 %). Au regard du nombre total de séjours de chirurgie, la part des séjours sans nuitée est parallèlement passée de 39,8 % en 2012 à 48,4 % en 2016 et à 50,4 % en 2017¹⁶³.

Cette progression du taux de prise en charge ambulatoire concerne toutes les spécialités chirurgicales, mais revêt une portée variable. Il subsiste d'importantes marges de progression comme le font apparaître les disparités entre territoires et types d'établissement.

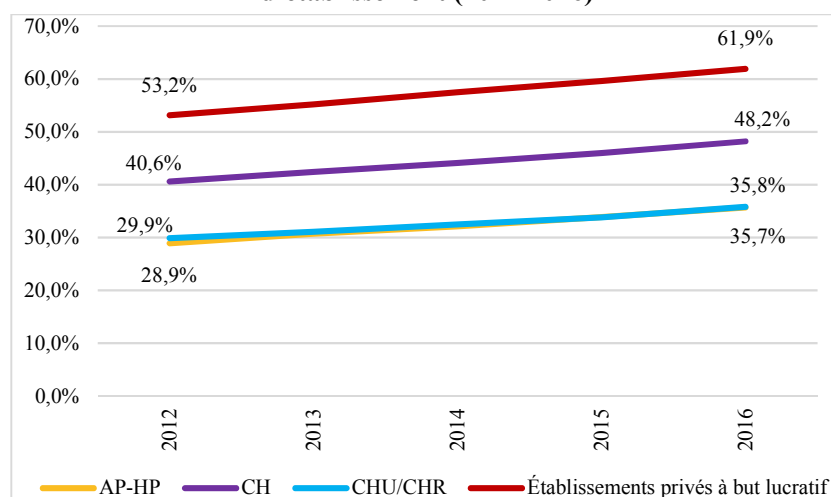
En France métropolitaine, les régions Pays de la Loire (56,5 %) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (56,2 %) affichent sur le périmètre retenu par les pouvoirs publics les taux les plus élevés de chirurgie ambulatoire et les régions Bourgogne-Franche-Comté et Grand Est le taux le plus faible (51,5 %).

Le taux de chirurgie ambulatoire des établissements privés à but lucratif, qui se sont fortement et depuis longtemps positionnés sur ce créneau, s'élève en 2016 à 61,9 %, contre 44 % pour les établissements publics et privés à but non lucratif. L'AP-HP et les CHU affichent les taux les plus faibles (35,7 % et 35,8 % respectivement), mais le rythme d'augmentation de la part des séjours de chirurgie effectués en ambulatoire est similaire à celui des autres établissements depuis 2012.

¹⁶² Fixé par l'instruction DGOS/R3 n° 2015-296 du 28 septembre 2015, qui a ajouté sept racines complémentaires de groupes homogènes de malades (GHM) au périmètre antérieur.

¹⁶³ ATIH - PMSI.

Graphique n° 10 : taux de chirurgie ambulatoire selon le type d'établissement (2012-2016)



Source : ATIH.

Si une partie des écarts s'explique par des différences de typologie d'activité (*case mix*) bien documentées¹⁶⁴, ils peuvent aussi renvoyer à une capacité plus ou moins grande d'adaptation des établissements de santé. Pour certains actes comme la pose de prothèses de genou ou de hanche¹⁶⁵, les adaptations organisationnelles ont ainsi été plus rapides dans les établissements privés à caractère lucratif et dans certains centres hospitaliers non universitaires que dans les CHU.

Le développement de la chirurgie ambulatoire apparaît notamment conditionné par un réaménagement des locaux des établissements de santé conduisant à distinguer la file active des patients et les blocs opératoires de ceux propres aux hospitalisations conventionnelles.

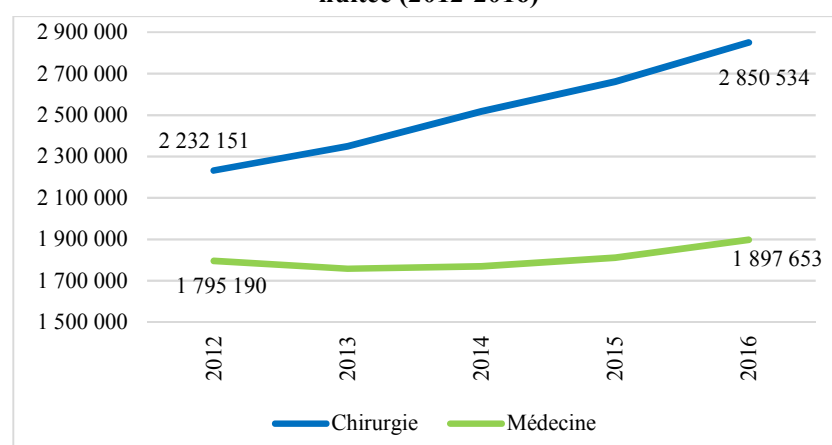
¹⁶⁴ Les prises en charges les plus complexes, notamment aux âges extrêmes de la vie, sont assurées par les établissements publics.

¹⁶⁵ Selon les données de la CNAM, 895 poses de hanches ont été effectuées en ambulatoire en 2016. Les établissements qui en ont effectué le plus sont la clinique de Domont (76), la clinique des Diaconesses (60), la clinique Claude Bernard et le centre hospitalier d'Albi (46).

2 - Une prise en charge ambulatoire en médecine qui reste à construire

À défaut d'incitations en ce sens, les séjours ambulatoires ont peu augmenté en médecine, contrairement à la chirurgie.

Graphique n° 11 : évolution du nombre de séjours ambulatoires sans nuitée (2012-2016)



Source : Cour des comptes d'après les données du PMSI.

Si, selon l'ANAP, le taux de médecine ambulatoire s'est élevé à 39,9 % en 2016 sur le périmètre d'actes pour lesquels des séjours sans nuitée peuvent être substitués à des séjours avec nuitée, cette moyenne recouvre une grande diversité de situations selon les territoires et les établissements.

Les hospitalisations de jour représentent une fraction encore plus réduite et globalement stable du nombre total de séjours hospitaliers en médecine (23,8 % en 2017, contre 23 % en 2012¹⁶⁶). Cette part a légèrement augmenté pour les établissements privés lucratifs (de 18,4 % à 20 %) et non lucratifs (de 21 % à 24,8 %) ; en revanche, elle est restée stable pour les établissements publics (de 24 % à 24,3 %).

¹⁶⁶ ATIH - PMSI.

C - Un impact financier globalement incertain

Le plan ONDAM triennal 2015-2017 a fixé des objectifs annuels d'économies au titre du développement de la chirurgie ambulatoire (420 M€ en cumul) et de la réduction des inadéquations hospitalières (615 M€ en cumul). L'ONDAM 2018 prévoit 250 M€ d'économies supplémentaires, de manière indistincte, au titre de la chirurgie ambulatoire, des alternatives à l'hospitalisation et de la réduction des hospitalisations évitables.

Le contenu précis des économies projetées, de même que la réalité des économies réalisées au titre du virage ambulatoire, entendu au sens large, n'ont pu être documentés de manière précise auprès de la Cour. De fait, les économies susceptibles d'être attendues à ce titre sont encore loin d'être réalisées. Par ailleurs, le virage ambulatoire ne suffit pas à expliquer la hausse rapide des dépenses de soins de ville ces dernières années.

1 - Des économies à l'hôpital inférieures aux attentes du fait d'une réorganisation insuffisante de l'offre de soins hospitaliers

En théorie, le développement de la chirurgie et de la médecine ambulatoires devrait faire apparaître d'importantes surcapacités en hospitalisation conventionnelle.

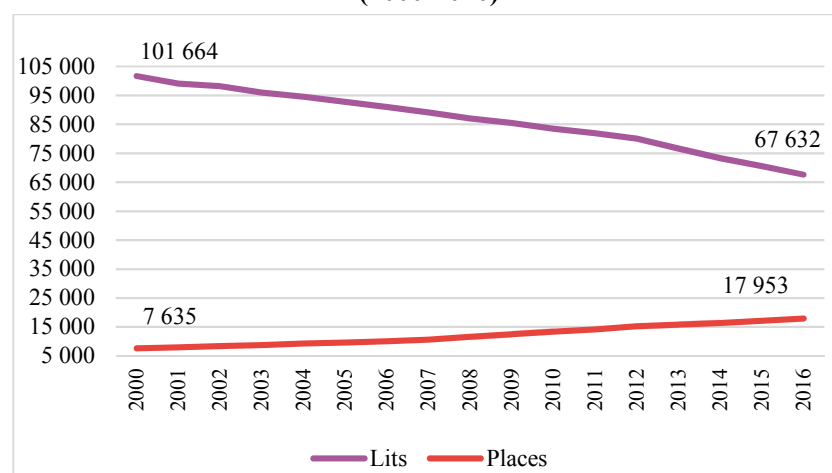
Ce raisonnement sous-tendait notamment l'estimation par la Cour d'un potentiel de 5 Md€ d'économies au titre d'un développement plus rapide de la chirurgie ambulatoire¹⁶⁷.

Les économies anticipées à ce titre sont de trois ordres : des économies sur la masse salariale (réduction du nombre d'équipes de nuit et de week-end notamment) et les charges externes (blanchisserie, restauration, transports) ; des gains de productivité dans le fonctionnement de l'hôpital, qui dépendent d'une organisation exigeante, à flux tendus et dans des circuits courts (*fast-tracking*) afin d'éliminer les pertes de temps, ainsi que de moyens adaptés (locaux, systèmes d'informations) ; la fermeture de structures de chirurgie conventionnelle dans les établissements à faible activité.

¹⁶⁷ Cour des comptes, *Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2013*, chapitre VIII La chirurgie ambulatoire, p. 229-252, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Le nombre de places en chirurgie ambulatoire est passé de 7 635 en 2000 à 17 953 en 2016 (+135 %). Parallèlement, les capacités d'hospitalisation conventionnelle ont très nettement régressé en chirurgie, passant entre 2000 et 2016 de 101 664 à 67 632 lits (-33,5 %).

Graphique n° 12 : évolution comparée des nombres de lits en chirurgie conventionnelle et de places en chirurgie ambulatoire (2000-2016)



Source : Cour des comptes d'après les données de la DREES.

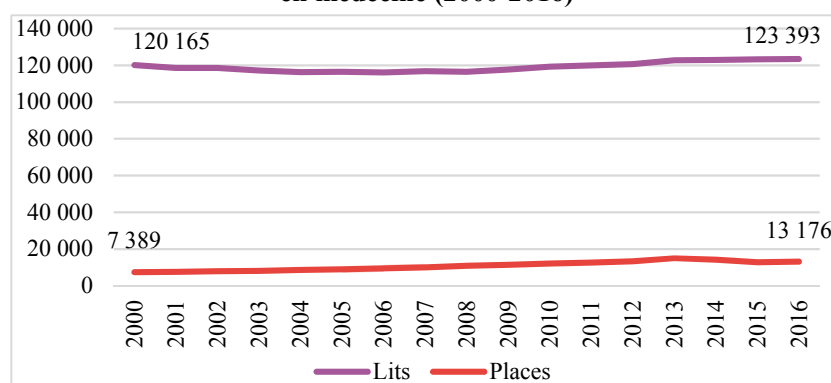
Comme la Cour l'a souligné, la réalisation d'actes chirurgicaux reste dispersée entre un nombre très élevé d'établissements, en lente réduction pour ceux pratiquant la chirurgie conventionnelle (860 en 2016 contre 885 en 2010) et en progression jusqu'à récemment pour ceux ayant une activité de chirurgie ambulatoire (878 en 2016 contre 883 en 2015 et 861 en 2010)¹⁶⁸. Dans ce contexte, il n'est pas établi que les réductions de capacités en chirurgie conventionnelle aient été accompagnées de réductions de dépenses, notamment de masse salariale : la structure d'emploi des établissements est rigide et des effectifs ont été redéployés vers d'autres services.

¹⁶⁸ Cour des comptes, *Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, chapitre VI Les activités chirurgicales : restructurer l'offre de soins pour assurer la qualité des prises en charge, p. 257-296, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Les raisons du retard d'adaptation d'un nombre significatif d'établissements de santé sont multiples. Elles peuvent notamment provenir de freins organisationnels ou structurels : absence d'unités consacrées aux prises en charge ambulatoires ; difficultés de programmation de l'activité liées à l'accueil des patients issus des urgences ; architectures hospitalières inadaptées ; manque de places disponibles dans les structures d'aval (SSR, structures médico-sociales), qui freinent la réduction de la durée moyenne de séjour.

En médecine, l'offre de soins hospitaliers n'a pas été réorganisée. Le nombre de places en ambulatoire, en hausse continue entre 2000 et 2013, stagne depuis lors. Le nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle a quant à lui légèrement progressé depuis 2009 pour dépasser 123 000 lits en 2016 (+ 2,7 % par rapport à 2000).

Graphique n° 13 : évolution comparée des nombres de lits d'hospitalisation conventionnelle et de places ambulatoires en médecine (2000-2016)



Source : Cour des comptes d'après les données de la DREES.

En définitive, à défaut d'une réorganisation en profondeur de l'offre de soins à l'hôpital, le développement des prises en charge en ambulatoire plutôt qu'en hospitalisation complète, tout au moins en chirurgie, ne s'est pas traduit par une amélioration de la situation financière des établissements publics de santé. En 2017, le déficit global des hôpitaux publics a doublé, dans le contexte d'une moindre progression qu'attendu du nombre de séjours qui y sont effectués¹⁶⁹.

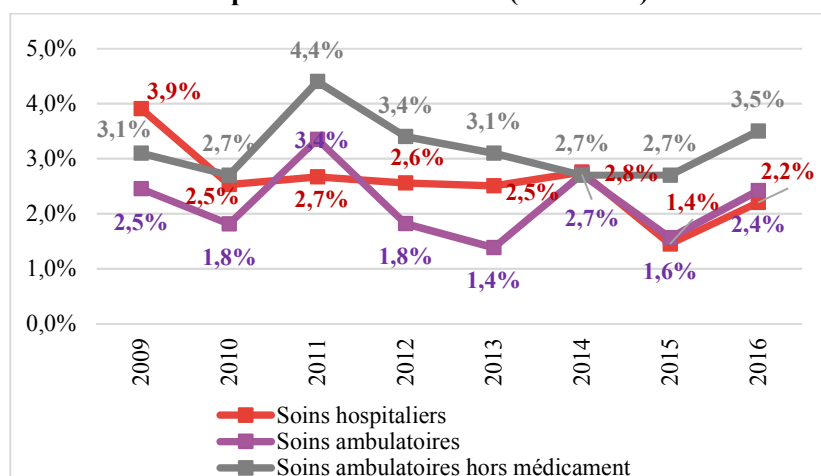
¹⁶⁹ Voir le chapitre II du présent rapport : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une construction et une exécution fragiles, p. 65.

2 - Un dynamisme des dépenses de ville que le virage ambulatoire ne suffit pas à expliquer

Le virage ambulatoire, entendu dans son sens le plus large, à savoir le déplacement de la demande et de la dépense de soins de l'hôpital vers la ville, est souvent présenté comme un facteur déterminant de la hausse rapide des dépenses de ville. Il apparaît cependant délicat d'identifier la part de leur augmentation qui lui est directement imputable.

Jusqu'en 2014 compris, les dépenses de soins hospitaliers - tous secteurs confondus - ont progressé à un rythme au moins aussi rapide que celles de soins ambulatoires - tous postes confondus. Depuis 2015, leurs rythmes d'évolution se sont sensiblement rapprochés. Toutefois, cette convergence résulte en grande partie des efforts de maîtrise des dépenses de médicaments en ville¹⁷⁰. Retraitées de celles de médicaments, les dépenses de soins ambulatoires ont progressé depuis le début de la décennie beaucoup plus rapidement que celles de soins hospitaliers.

Graphique n° 14 : évolution des dépenses hospitalières et des dépenses de soins de ville (2009-2016)



Source : DREES, Les dépenses de santé en 2016.

¹⁷⁰ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2017, chapitre VIII La fixation du prix des médicaments : des résultats significatifs, des enjeux toujours majeurs d'efficacité et de soutenabilité, un cadre d'action à fortement rééquilibrer, p. 335-395, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Cette évolution ne saurait, à elle seule, être imputée aux actions destinées à favoriser le virage ambulatoire. De fait, l'allongement de l'espérance de vie et la prévalence croissante des pathologies chroniques entraînent une sollicitation plus forte des soins de premier recours, généralement de ville. Ainsi, il peut être constaté que, pour quatre pathologies majeures (diabète, maladies inflammatoires, maladies neurologiques et cancers actifs) qui concernent des effectifs croissants de patients, la dépense hospitalière moyenne par patient se réduit, tandis que celle de ville augmente¹⁷¹. S'agissant des pathologies cardio-neurovasculaires, les dépenses de ville hors médicaments progressent beaucoup plus rapidement que les dépenses hospitalières¹⁷².

Ces tendances lourdes du système de santé s'accompagnent par ailleurs de mécanismes insuffisants de régulation des dépenses de soins médicaux¹⁷³ et paramédicaux de ville¹⁷⁴ et des prescriptions hospitalières exécutées en ville¹⁷⁵, alors que ces dernières représentent une part croissante des dépenses de ville¹⁷⁶.

¹⁷¹ Travaux de « cartographie médicalisée » conduits par la CNAM permettant de retracer l'ensemble des dépenses « ville/hôpital » afférentes à des pathologies chroniques.

¹⁷² Voir le chapitre VI du présent rapport : la lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires : une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins; p. 203.

¹⁷³ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, chapitre V La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins, p. 213-256, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁷⁴ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2015*, chapitre IX Les dépenses de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie en exercice libéral : une progression non maîtrisée, des mesures de régulation à prendre sans délai, p. 301-344, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁷⁵ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2016*, chapitre VII La maîtrise des prescriptions à l'hôpital : mieux responsabiliser le corps médical, p. 289-326, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁷⁶ Selon la CNAM, les prescriptions hospitalières exécutées en ville de médicaments (hors rétrocessions hospitalière), de dispositifs médicaux, de transport, d'actes d'auxiliaires médicaux et d'actes d'analyses biologiques ont représenté 24 % des prescriptions exécutées en ville en 2016 pour les assurés du régime général, contre 17 % en 2004 (Points de repère, février 2018, n° 49).

Le virage ambulatoire n'implique d'ailleurs pas de manière univoque une hausse des dépenses de ville, mais pourrait aussi entraîner, dans certains cas, leur réduction. Ainsi, de récentes études menées par la CNAM¹⁷⁷ et par des unions régionales de professionnels de santé¹⁷⁸, à partir des données de remboursement de l'assurance maladie, indiquent que les dépenses de ville entourant une intervention chirurgicale en ambulatoire - avant et après hospitalisation - sont inférieures à celles propres à une prise en charge conventionnelle, s'agissant notamment des dépenses d'indemnités journalières, de transports et de médicaments. Un facteur explicatif possible de ce constat est que le mode ambulatoire de prise en charge favorise une réduction du temps de récupération des patients concernés et du volume des soins consécutifs à l'intervention.

D'autres améliorations qualitatives de la prise en charge des patients peuvent quant à elles être neutres sur le montant total de la dépense, mais s'accompagner d'une répartition différente de cette dernière entre la ville et l'hôpital. La CNAM a ainsi observé en 2016 que la dépense moyenne au titre des patients ayant adhéré au programme PRADO « insuffisance cardiaque » (au nombre de 4 500 au total) étaient identiques à celles des « patients témoins », mais avec une dépense de ville beaucoup plus élevée et une dépense hospitalière nettement plus faible. Cette différence de structure de la dépense traduit l'incidence de moindres ré-hospitalisations.

En définitive, certains aspects du virage ambulatoire favorisent la hausse des dépenses de soins de ville, tandis que d'autres pourraient limiter leur croissance. Ces effets, divergents sans être contradictoires, ne permettent pas d'apprécier de manière précise la portée du virage ambulatoire sur le rythme d'évolution des dépenses de ville.

¹⁷⁷ CNAM, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, Propositions de l'Assurance-maladie pour 2018*, juillet 2017.

¹⁷⁸ Bizard / Salamati Conseil, *Étude de l'impact économique du parcours du patient en chirurgie ambulatoire*, novembre 2017.

II - Une nécessaire réorganisation des activités médicales, en ville comme à l'hôpital

Faire du virage ambulatoire un choix d'organisation en faveur de la qualité des soins des patients à un coût maîtrisé pour l'assurance maladie nécessite de réorganiser les activités médicales en ville comme à l'hôpital.

À cette fin, il convient de mobiliser le levier financier afin d'engager le virage ambulatoire en médecine à l'hôpital, de remédier au défaut d'organisation de la médecine de ville et au cloisonnement ville - hôpital et de faire évoluer les compétences reconnues des professionnels médicaux et paramédicaux. Sur ces différents plans, les évolutions observées ces dernières années sont particulièrement lentes.

A - Mobiliser le levier financier pour engager le virage ambulatoire en médecine à l'hôpital

La politique tarifaire doit être révisée afin d'assurer la réalisation de l'objectif gouvernemental d'un taux de médecine ambulatoire en établissement de santé de 55 % en 2022, en veillant toutefois à ne pas créer d'effet d'aubaine durable en faveur des établissements les plus engagés dans son développement. S'agissant de la chirurgie ambulatoire, l'objectif d'un taux de 70 % à la même échéance paraît pouvoir être réalisé tout en poursuivant la réduction du surfinancement dont elle bénéficie au regard des coûts des établissements.

1 - Établir un modèle de tarification de la médecine ambulatoire

Contrairement à la chirurgie, il n'existe pas à ce jour de modèle lisible de tarification en médecine ambulatoire. La mise en place d'une politique de signal-prix favorable à son développement appellerait trois évolutions prioritaires, inspirées de celles mises en œuvre en chirurgie.

Tout d'abord, la nomenclature du PMSI devrait être révisée afin de retracer spécifiquement les séjours propres à l'activité de médecine ambulatoire.

En outre, il conviendrait de rendre la tarification plus incitative, ce qui impliquerait, comme en chirurgie ambulatoire, de supprimer les bornes basses par catégories de pathologies et de porter dans un premier temps les tarifs (GHS) de médecine ambulatoire à un niveau supérieur aux coûts mesurés dans le cadre de l'enquête nationale sur les coûts (tarifs issus des coûts ou TIC). Par la suite, ces tarifs devraient tendre vers les coûts afin de prévenir tout effet d'aubaine durable (voir 2 – *infra*).

Par ailleurs, la hiérarchie des tarifs de chirurgie et de médecine devrait être réexaminée afin de favoriser les modalités les moins lourdes de prise en charge lorsque cela est pertinent au plan médical. Ainsi, pour certaines prises en charge, la radiologie interventionnelle¹⁷⁹, dont nombre d'actes peuvent être réalisés sans nuitée, offre une alternative à la chirurgie conventionnelle. Généralement moins invasive, elle limite *a priori* le risque de complications, de même que les coûts induits par une hospitalisation. À titre d'illustration, la cimentoplastie, technique de radiologie interventionnelle, peut permettre aux personnes âgées victimes de fractures vertébrales traumatiques de retrouver plus rapidement leur autonomie. Or, en 2017, un GHM de cimentoplastie (08M25T) était valorisé 303 € dans les établissements de santé privés lucratifs, alors qu'un GHM d'intervention chirurgicale sur le rachis (08C251) atteignait 2 781 €, ce qui tend à favoriser cette intervention plus lourde pour le patient, mais plus rémunératrice pour l'établissement¹⁸⁰.

Enfin, les règles qui assurent la partition de l'activité hospitalière entre hospitalisation, actes et consultations externes à l'hôpital doivent être clarifiées, à tout le moins par une refonte à brève échéance de la circulaire-frontière¹⁸¹. Les travaux engagés sur les chemins cliniques¹⁸² doivent quant à eux être menés à terme afin de définir précisément les contours de la médecine ambulatoire à l'hôpital.

¹⁷⁹ Selon la définition de la société française de radiologie, la radiologie interventionnelle comprend l'ensemble des actes médicaux invasifs réalisés par les radiologues à des fins de diagnostic ou de traitement d'une pathologie, sous guidage et sous contrôle d'un moyen d'imagerie (rayons X, ultrasons, résonnance magnétique).

¹⁸⁰ Selon les données de l'ATIH, le tarif du GHM de cimentoplastie (08M25T) est loin de couvrir les coûts (le TIC correspondant s'élève à 399 €, soit 24 % de plus que le tarif), tandis que celui de l'intervention chirurgicale sur le rachis (08C251) les couvre pratiquement (le TIC correspondant atteint 2 813 €, soit 2 % de plus que le tarif).

¹⁸¹ Voir I- A- 2. *supra*.

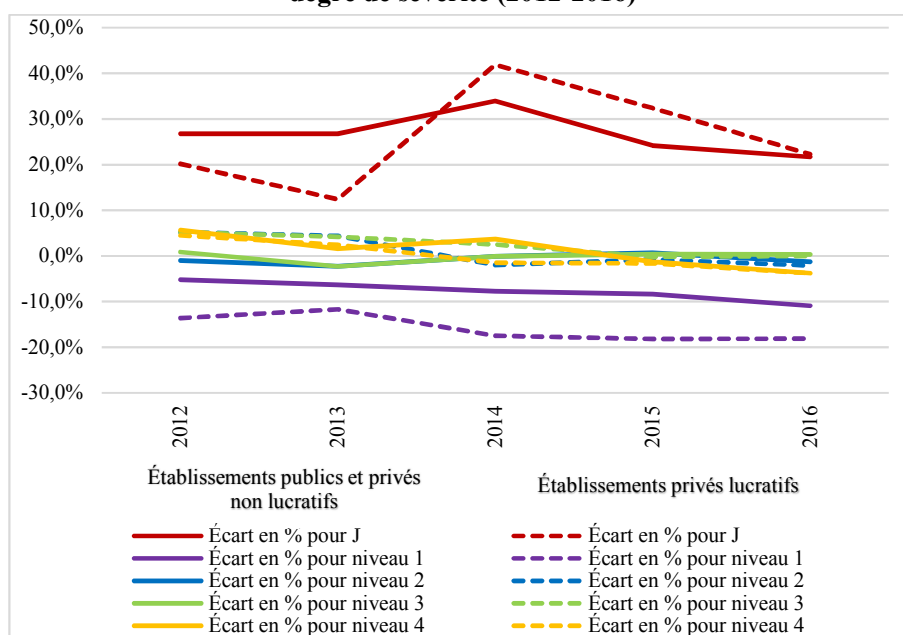
¹⁸² Suivant la définition retenue par la HAS, le chemin clinique décrit, pour une pathologie donnée, toutes les composantes du parcours du patient. Cette méthode vise à planifier, à rationaliser et à standardiser la prise en charge multidisciplinaire et/ou pluri-professionnelle de patients présentant un problème de santé comparable en vue d'une prise en charge optimale et efficiente mettant en œuvre les bonnes pratiques.

2 - Poursuivre la réduction du surfinancement tarifaire de la chirurgie ambulatoire

Afin d'inciter les établissements à substituer des prises en charge ambulatoires à des prises en charge conventionnelles, la politique tarifaire sur-finance les actes de chirurgie ambulatoire par rapport à leurs coûts, bien que l'écart correspondant se réduise.

Ainsi, les tarifs de l'ambulatoire ont été alignés en 2014 sur ceux des prises en charge de courte durée en hospitalisation conventionnelle et, ce faisant, portés à un niveau nettement supérieur aux coûts. Depuis 2015, ils sont ajustés à la baisse afin de réduire l'écart correspondant. Ce dernier reste néanmoins substantiel dans les deux secteurs tarifaires.

Graphique n° 15 : écarts entre les tarifs des GHS et les coûts issus de l'enquête nationale sur les coûts (TIC) en chirurgie ambulatoire par degré de sévérité (2012-2016)



Note de lecture : ce graphique présente l'écart entre le tarif fixé pour le GHS (en ambulatoire et en hospitalisation conventionnelle selon les quatre niveaux de sévérité) et le coût de la prise en charge constaté dans l'étude nationale des coûts (ENC) menée par l'ATIH. Il illustre que les tarifs des prises en charge ambulatoires (J) sont nettement supérieurs aux coûts, contrairement aux tarifs d'hospitalisation conventionnelle de faible sévérité (niveau 1), en moyenne nettement inférieurs aux coûts constatés. Cet écart incite les établissements à prendre en charge en ambulatoire plutôt qu'en conventionnel les patients présentant un faible degré de sévérité.

Source : données ATIH, traitements Cour des comptes.

Comme l'a recommandé la Cour¹⁸³, les tarifs des séjours hospitaliers en chirurgie ambulatoire doivent être alignés sur les coûts afin de permettre à l'assurance maladie de bénéficier financièrement des gains d'efficacité résultant du développement de ce mode de prise en charge.

B - Remédier au défaut d'organisation de la médecine de ville et au cloisonnement ville - hôpital

Le deuxième volet du virage ambulatoire, à savoir la réorganisation des soins de ville, accuse un retard certain. Celui-ci contribue à freiner le report d'activités de l'hôpital vers la ville.

Par nature, la possibilité d'un tel report est amoindrie par les obstacles physiques et monétaires à l'accès aux soins en ville : insuffisance de l'offre médicale sur certains territoires ; dépassements d'honoraires, notamment dans les territoires surdotés, conséquences de la portée absolue du principe de liberté d'installation des médecins ; et absence de généralisation à ce jour du tiers payant (en dehors des titulaires d'une affection de longue durée, de la CMU-C ou de l'ACS).

En dehors de mesures visant à réduire ces obstacles¹⁸⁴, le développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle, le renforcement de la coordination des soins de ville et des structures pluri-professionnelles et le décloisonnement des modes de prise en charge et des informations entre la ville et l'hôpital sont indispensables à la prise en charge par les praticiens médicaux et paramédicaux de ville des actes pour lesquels la mobilisation de moyens hospitaliers ne se justifie pas.

¹⁸³ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, chapitre VI Les activités chirurgicales : restructurer l'offre de soins pour assurer la qualité des prises en charge, p. 257-296, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr

¹⁸⁴ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, chapitre V La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins, p. 213-256, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr

1 - Développer les alternatives à l'hospitalisation en établissement

Il s'agit en premier lieu de mieux assurer la permanence des soins en ville, afin de lutter contre l'engorgement des urgences. Le rôle de palliatif¹⁸⁵ des carences du système de soins de ville joué par les urgences hospitalières est amplement documenté¹⁸⁶ ; il concourt aux difficultés de restructuration territoriale de l'offre de soins hospitalière rencontrées par les pouvoirs publics. Le développement de maisons médicales de garde, assurant une permanence des soins de premier recours et disposant d'un plateau technique, doit ainsi être encouragé¹⁸⁷.

En second lieu, l'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation conventionnelle. Elle pourrait contribuer au recentrage des établissements de santé sur les soins aigus. Pourtant, alors que le gouvernement s'était engagé¹⁸⁸ à doubler la part de séjours réalisés en HAD d'ici à la fin 2018, un retard important est observé par rapport aux objectifs affichés (46,6 journées d'HAD en 2016 pour 1 000 journées d'hospitalisation au regard d'un objectif de 74 journées). Comme la Cour l'a souligné¹⁸⁹, une réforme de la tarification des actes d'HAD est urgente afin de mieux couvrir les coûts réels et d'inciter davantage les établissements de santé à se tourner vers ce mode de prise en charge. Celui-ci devrait également faire l'objet d'une promotion plus active auprès des professionnels de santé à l'hôpital comme en ville.

¹⁸⁵ 21,2 millions de passages en 2016, contre 7 millions par an au début des années 1990. Entre 2012 et 2016, soit quatre années, le nombre de passages aux urgences a augmenté de près de 15 %.

¹⁸⁶ Dans son rapport précité sur l'avenir de l'Assurance maladie (novembre 2017), la Cour relevait qu'« en ambulatoire, l'insuffisante disponibilité des médecins, en particulier tôt le matin ou en soirée, ou pour des rendez-vous non programmés et les délais d'obtention y afférents, ainsi que la réduction des gardes et des déplacements à domicile, expliquent le report vers l'hôpital ».

¹⁸⁷ Les dernières données à disposition de la Cour font état de 414 maisons médicales de garde en 2014.

¹⁸⁸ Circulaire du 4 décembre 2013 relative au « positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile ».

¹⁸⁹ Cour des comptes, *Communication à la commission des affaires sociales et à la MECSS de l'Assemblée nationale*, L'hospitalisation à domicile : évolutions récentes, décembre 2015, disponible sur www.ccomptes.fr.

En dernier lieu, en dehors même de l'HAD, le développement de structures de soins à domicile (services de soins infirmiers à domicile - SSIAD - ou services d'aide à domicile) apparaît indispensable pour accélérer le retour à domicile des patients. Il permettrait, par exemple, d'assurer la prise en charge de patients dialysés à domicile en lieu et place des centres lourds.

2 - Structurer les réponses des professionnels de santé en ville

À ce jour, les actions déployées afin de remédier à l'atomisation des professionnels de santé en ville, en surmontant leur fréquente réticence à intégrer des structures de coordination des soins, restent insuffisamment développées.

À cet égard, la mise en œuvre du parcours de soins coordonnés, instauré en 2004 afin, en principe, de renforcer le rôle du médecin traitant, a connu de nombreux retards. Cet état de fait est à relier à l'échec du dossier médical personnel, qui devait permettre à l'ensemble des acteurs du système de santé de disposer d'une connaissance actualisée de l'état de santé du patient et de leurs interventions respectives, comme à la faible rémunération associée à la fonction de médecin traitant. Si la convention médicale de 2016 comporte des dispositions qui améliorent la rémunération de certaines prises en charge coordonnées par les médecins généralistes, elle emporte des effets incertains sur le rôle effectif du médecin traitant.

Le besoin d'une coordination accrue entre professionnels de santé

Une étude conduite en 2013 sur la pratique de la chirurgie ambulatoire en région Midi-Pyrénées¹⁹⁰ est éclairante sur le besoin de coordination des professionnels de santé. Sur la base d'une enquête effectuée auprès de 32 urologues exerçant dans la région, les chercheurs concluent que les principaux freins identifiés au développement de la chirurgie ambulatoire sont l'absence d'information du médecin traitant et le manque de suivi organisé post-opératoire. Ainsi, dans plus des deux tiers des cas, aucune information particulière n'était communiquée au médecin traitant et dans 40 % des cas identifiés, aucun suivi post-opératoire n'était organisé. Les auteurs concluent à l'absence d'implication du médecin traitant dans le processus.

¹⁹⁰ Association française d'urologie, résultats d'une enquête sur la pratique de la chirurgie ambulatoire en urologie en région Midi-Pyrénées, juin 2013.

S'ils datent de 2013, ces constats illustrent l'enjeu d'une systématisation des flux d'information entre professionnels de santé, quel que soit leur cadre ou mode d'exercice.

L'exemple des programmes d'accompagnement du retour à domicile après hospitalisation (PRADO), pilotés par la CNAM, qui appelleraient davantage d'évaluations médico-économiques, met en lumière l'importance d'identifier un acteur chargé de la coordination des parcours. Dans le cadre d'un PRADO, cette tâche incombe non à un professionnel de santé, mais à un conseiller de l'assurance maladie, chargé d'assurer la coordination des interventions, au domicile des patients, des professionnels de santé libéraux, mais aussi, le cas échéant, d'intervenants médico-sociaux. Ce rôle dévolu aux conseillers de l'assurance maladie est critiqué par les professionnels de santé, sans pour autant qu'un interlocuteur susceptible de l'assumer ait été identifié parmi ces derniers. À cet égard, le développement de nouveaux métiers de coordination des soins au sein des professions paramédicales, tout comme les délégations de tâches et de compétences, pourrait combler cette lacune¹⁹¹.

Enfin, le transfert de certaines prises en charge de l'hôpital vers la ville appelle un développement plus rapide des structures de soins pluri-professionnelles. Les maisons de santé pluri-professionnelles sont une forme aboutie de structures coordonnées de soins en ville qui apparaît particulièrement pertinente pour limiter les hospitalisations évitables et organiser les prises en charge post-hospitalisation. Elles permettent en effet de regrouper dans un même lieu d'exercice des médecins libéraux généralistes ou spécialistes, afin de limiter les délais d'attente et d'assurer, le cas échéant, une première coordination des soins entre généralistes et spécialistes. Elles peuvent aussi créer davantage de proximité entre l'activité des médecins et celle de certaines professions paramédicales, notamment infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes, voire avec les activités d'analyses biologiques et de radiologie.

Or il existe à ce jour une pluralité d'outils de coordination, instaurés par divers textes législatifs, afin de répondre, d'une part, aux attentes des professionnels de santé, et, d'autre part, aux réalités et aux besoins des territoires, qui ne se recoupent pas nécessairement. Certains outils, comme

¹⁹¹ Voir C- 2- *infra*.

les communautés professionnelles territoriales en santé (CPTS)¹⁹² et les plateformes territoriales d'appui (PTA)¹⁹³, pourraient porter en germe une organisation plus structurée des soins en ville. Toutefois, ces instances collaboratives créées par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 et soutenues financièrement par les ARS ont un caractère facultatif, prennent des formes variées et n'entretiennent pas de coopérations suffisamment structurées avec les établissements de santé, notamment les établissements publics regroupés dans les GHT.

Le rapprochement des professionnels libéraux de santé au sein de structures spécialisées apparaît à cet égard plus prometteur. Le développement du travail en équipe permet en effet à la fois d'améliorer la qualité des prises en charge, de renforcer l'articulation entre les établissements de santé, la ville et le médico-social pour assurer la continuité du parcours de soins, mais aussi, en principe, de conforter l'offre de soins de premier recours. Par ailleurs, en mutualisant l'utilisation entre plusieurs professionnels de santé, il élargit les possibilités d'implantation de plateaux techniques en ville.

Ce mode d'organisation reste toutefois minoritaire, qu'il s'agisse des centres de santé (structures souvent anciennes, généralement implantées en milieu urbain et composées de personnels salariés)¹⁹⁴ ou des maisons de santé pluri-professionnelles associant des professionnels libéraux de santé. La stratégie nationale de santé 2018-2022 affiche l'objectif d'un doublement du nombre de ces dernières structures soutenues

¹⁹² Elles rassemblent des professionnels de santé de ville, d'établissements de santé, médico-sociaux ou sociaux, des acteurs de la prévention ou de la promotion de la santé, qui souhaitent se coordonner sur un territoire, pour répondre à des besoins collectifs qu'ils ont identifiés. Le projet de santé est un prérequis à la contractualisation entre ces professionnels et l'ARS.

¹⁹³ Elles ont pour objet de soutenir la prise en charge des situations complexes liées à des pathologies parfois associées à des problèmes sociaux ou psychiques, auxquelles sont notamment confrontés les médecins traitants, en apportant trois types de services : l'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leurs territoires, l'appui à l'organisation des parcours complexes (dont les admissions en établissement et les sorties) et le soutien aux pratiques et aux initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination. Les PTA prennent appui notamment sur les CPTS.

¹⁹⁴ D'après les données de l'observatoire des centres de santé, on comptait 1 931 centres de santé au 31 décembre 2016. Parmi les centres ayant renseigné leur activité, 41 % exclusivement dentaires et 29 % exclusivement infirmiers. Seuls 21 % sont des centres polyvalents avec plusieurs spécialités médicales et des auxiliaires médicaux.

par l'accord conventionnel interprofessionnel du 20 avril 2017¹⁹⁵, pour les porter à un millier environ en 2022¹⁹⁶. S'il devait être réalisé, il demeurerait néanmoins insuffisant au regard du besoin d'une coordination plus affirmée de l'exercice des professionnels de santé en ville.

3 - Mieux soutenir les innovations qui décloisonnent la ville et l'hôpital

La nomenclature des actes médicaux (CCAM), applicable pour les consultations en ville et à l'hôpital, doit intégrer plus rapidement l'innovation¹⁹⁷, notamment quand elle est porteuse d'économies tout au long du parcours de soins. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a prévu des dispositions visant à accélérer sa mise à jour, aujourd'hui très lente, en surmontant les situations de blocage au sein des commissions de hiérarchisation des actes et prestations (CHAP), composées paritairement de représentants des professionnels de santé et de l'assurance maladie : à défaut d'une décision de la CHAP compétente, dans un délai maximal de 12 mois à compter de l'avis rendu par la HAS, le directeur de l'UNCAM peut désormais inscrire de sa propre initiative l'acte concerné à la nomenclature. En dehors de l'inscription de nouveaux actes, il convient que ces dispositions soient également utilisées pour retirer de la CCAM des actes obsolètes ou moins performants que ceux nouvellement inscrits.

L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, qui permet de déroger aux règles habituelles de tarification dans le cadre de l'expérimentation de nouveaux modes d'organisation des soins, présente une opportunité à saisir pour permettre notamment l'expérimentation en médecine ambulatoire d'organisations et de modèles de financement innovants associant la ville et l'hôpital. Dans ce cadre, devraient être mises à l'étude une homogénéisation des règles de facturation entre la ville et l'hôpital, consistant par exemple en la définition

¹⁹⁵ Qui se substitue au règlement arbitral de 2015, qui avait conduit à une dépense de 18,1 M€ en 2016 pour l'assurance maladie, soit une rémunération moyenne de 41 660 € par structure bénéficiaire.

¹⁹⁶ 988 maisons de santé pluri-professionnelles sont recensées, dont 538 adhèrent à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) du 20 avril 2017 et perçoivent à ce titre une rémunération spécifique de l'assurance maladie (35,6 M€ au titre de 2017, soit 66 000 € en moyenne par structure). Un peu moins de 9 400 professionnels de santé y exercent pour tout ou partie de leur activité (dont plus de 2 600 médecins généralistes).

¹⁹⁷ Cour des comptes, *Rapport public thématique, L'avenir de l'assurance maladie : assurer l'efficacité des dépenses, responsabiliser les acteurs*, novembre 2017, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

d'une prestation intermédiaire commune aux deux secteurs de soins et l'instauration d'enveloppes forfaitaires de rémunération des professionnels de santé pour la prise en charge de maladies chroniques. En tout état de cause, un dispositif d'évaluation efficient devra accompagner les expérimentations de l'article 51 afin de décider rapidement la généralisation ou l'abandon des modes d'organisation des soins ainsi testés.

Alors que les systèmes d'information sont unanimement reconnus comme un outil facilitant pour le virage ambulatoire - notamment pour la coordination ville-hôpital et plus généralement pour la circulation de l'information entre les professionnels de santé -, la France pâtit des attermoissements sur le dossier médical partagé et la télémédecine, comme la Cour l'a encore récemment souligné¹⁹⁸. La CNAM engage la généralisation du dossier médical partagé à l'automne 2018. Son alimentation exhaustive par les professionnels de santé est indispensable pour assurer une prise en charge continue des patients entre la ville et l'hôpital, en fiabilisant les diagnostics et modes de prise en charge et en éliminant les doublons d'actes et d'examens inutiles.

C - Faire évoluer les compétences des professionnels de santé

Généraliser les prises en charge ambulatoires à l'hôpital et favoriser le report d'activités de l'hôpital à la ville chaque fois que cela est justifié sur le plan médical impliquent de mieux reconnaître le mode ambulatoire dans la formation initiale des professions médicales et paramédicales et de donner une place accrue aux professions paramédicales dans l'organisation des soins primaires, comme c'est déjà le cas dans de nombreux pays.

¹⁹⁸ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, chapitre VII La télémédecine: une stratégie cohérente à mettre en œuvre, p. 297-330, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

1 - Mieux reconnaître le mode ambulatoire dans la formation initiale des médecins et des infirmiers

La formation des professionnels de santé joue un rôle essentiel pour accompagner les mutations du système de soins. Or l'analyse des maquettes de formation¹⁹⁹, quoique profondément revues entre 2011 et 2017 dans le cadre de la construction de l'espace européen de l'enseignement supérieur, fait apparaître une place encore réduite de la pratique ambulatoire au regard de cet enjeu.

Les réformes récentes des études de médecine ont conduit à davantage identifier et à renforcer les notions de prises en charge ambulatoires sur l'ensemble des trois cycles d'études de médecine. Si les objectifs pédagogiques du premier cycle n'abordent aucunement les notions de prise en charge ambulatoire, le second cycle affirme très clairement ces notions depuis une réforme de 2013²⁰⁰ : les stages doivent conduire les étudiants à appréhender les modalités d'organisation des équipes, en établissement de santé et en ambulatoire ; de plus, au cours de leur scolarité, obligation leur est faite d'effectuer un stage chez un médecin généraliste. Au cours du troisième cycle, la notion de virage ambulatoire, dans les enseignements aussi bien théoriques que pratiques, est aujourd'hui prégnante²⁰¹ : une majorité de maquettes intègre désormais des stages orientés vers un développement de l'ambulatoire.

Cependant, 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. Un récent rapport des inspections ministérielles²⁰² a relevé une appropriation inégale et une mise en œuvre hétérogène des objectifs de la réforme du deuxième cycle²⁰³. L'évaluation

¹⁹⁹ Établies par la DGOS et la direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP).

²⁰⁰ Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales.

²⁰¹ Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et arrêtés des 12 et 21 avril 2017.

²⁰² Rapport IGAS-IGAENR, « L'organisation des stages des étudiants de 2^{ème} cycle de médecine dans les établissements de santé », 2016 : « la volonté politique de développer les soins ambulatoires n'a aucun effet sur l'organisation des stages, les épreuves classantes nationales restant le moteur essentiel de l'organisation du deuxième cycle ».

²⁰³ Les ministères des solidarités et de la santé, de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation ont confié en 2017 à des personnalités qualifiées une mission sur l'évolution du deuxième cycle.

périodique des maquettes de formation doit permettre de s'assurer de leur correcte prise en compte²⁰⁴.

À l'instar des études de médecine, le référentiel de formation initiale des infirmiers a évolué pour intégrer le schéma européen Licence-Master-Doctorat²⁰⁵. Si le texte de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, qui fixe la maquette en vigueur, n'évoque pas la notion d'ambulatoire, le référentiel d'activités et de compétences mentionne plusieurs attendus qui participent de la prise en charge en ambulatoire²⁰⁶.

Par ailleurs, en application de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, les étudiants infirmiers sont désormais admis à réaliser des stages dans des structures d'exercice coordonné (maisons de santé pluri-professionnelles, centres de santé) ou en cabinet libéral. Ils peuvent également réaliser personnellement des actes, pris en charge par l'assurance maladie, sous la responsabilité d'un infirmier diplômé. Cependant, contrairement aux maîtres de stages universitaires²⁰⁷, aucune indemnisation ni formation n'est prévue pour les maîtres de stages infirmier en exercice libéral. Au-delà de dispositifs dérogatoires ponctuels²⁰⁸, il convient de remédier à cette lacune afin de renforcer la place de l'ambulatoire dans la formation des infirmiers.

²⁰⁴ L'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine précise les modalités de suivi et d'évaluation de la réforme.

²⁰⁵ Rapport IGAS-IGAENR sur « Les formations paramédicales : bilan et poursuite du processus d'intégration dans le schéma LMD », juillet 2013.

²⁰⁶ « Élaborer un projet de soins dans un contexte de pluri-professionnalité », « concevoir et mettre en œuvre des actions de conseil, de promotion de la santé et de prévention répondant aux besoins de populations ciblées », « coopérer au sein d'une équipe pluri-professionnelle dans un souci d'optimisation de la prise en charge sanitaire et médico-sociale ».

²⁰⁷ Depuis le 1^{er} janvier 2008, le montant correspondant est fixé à 600 € bruts mensuels pour un interne de niveau 1 ou 2 et à 300 € pour un externe (à partager entre les différents MSU d'une même maquette de stage).

²⁰⁸ Dans le cadre d'une expérimentation, un contrat conclu en 2014 entre l'ARS et l'URPS Infirmiers d'Île-de-France permet aux infirmiers libéraux de bénéficier d'une formation et d'une reconnaissance de leur statut de tuteurs de stage.

2 - Élargir les compétences reconnues des auxiliaires médicaux

Dans le cadre des prises en charge ambulatoires, l'organisation traditionnelle, fondée sur « l'organe » ou la spécialité, fait place à un ordonnancement précis où chaque professionnel intervient dans un champ de compétences déterminé, de manière coordonnée et interdépendante, au sein d'une équipe pluri-professionnelle. Celle-ci dépasse le strict périmètre de l'établissement de santé puisqu'elle intègre aussi bien l'amont que l'aval des soins (suivi post-hospitalisation).

L'article 51 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi « HPST ») a ouvert la possibilité de coopérations entre professionnels de santé, c'est-à-dire de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations de leurs modes d'intervention auprès des patients. Ces coopérations, qui dérogent à la définition réglementaire des compétences respectives des médecins et des auxiliaires médicaux, sont cependant circonscrites à des initiatives ponctuelles des professionnels de santé. La mise en œuvre du protocole qui formalise chacune d'elles est autorisée par l'ARS au vu du besoin de santé constaté, après avis conforme de la HAS sur l'efficacité et la sécurité du protocole en termes de santé publique²⁰⁹. La plupart des protocoles, qui dérogent aux règles habituelles de rémunération des professionnels de santé, sont soutenus financièrement par les ARS.

Récemment, l'article 119 de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 a ouvert aux auxiliaires médicaux la possibilité d'un exercice en pratiques avancées, c'est-à-dire là aussi de transferts d'actes en leur direction, mais désormais dans un cadre juridique de portée générale, applicable à tous les médecins et auxiliaires médicaux.

Cette évolution, qui excède le strict cadre du virage ambulatoire puisqu'il s'agit également de mieux couvrir les besoins sur l'ensemble des territoires, laisse entrevoir la possibilité d'une place accrue des professionnels paramédicaux, à terme, dans l'organisation des soins primaires, à l'instar de ce qui est observé dans les pays anglo-saxons.

²⁰⁹ En application de l'article 55 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, un arrêté ministériel du 30 avril 2018 a fixé neuf priorités nationales à ces coopérations, parmi lesquelles la prévention et le suivi des pathologies cardio-neurovasculaires et du diabète, ainsi que des pathologies ophtalmologiques. Pour les projets de protocole relevant de ces priorités, les avis de la HAS et du collège des financeurs doivent être rendus dans un délai maximal de six mois.

Des pratiques avancées répandues dans les pays anglo-saxons

Les pays qui accordent une place importante aux pratiques avancées dans l'organisation des soins ont tous cherché, en optimisant l'utilisation des compétences des professionnels de santé, à faciliter l'accès aux soins primaires, à mieux répondre aux évolutions épidémiologiques dans une logique de prévention et de proximité de la réponse sanitaire et à maîtriser les coûts. Les pratiques avancées des infirmiers dans la prise en charge des patients améliorent nettement l'éducation et la santé et le suivi des patients atteints de pathologies chroniques²¹⁰.

L'étendue et la diversité des missions en pratiques avancées, qui vont du diagnostic au traitement²¹¹, sont très variables d'un pays à l'autre : les pays anglo-saxons (États-Unis, Canada, Royaume-Uni) et certains pays d'Europe du Nord, qui ont une longue expérience de différentes formes de collaboration entre médecins et infirmiers, leur ont donné une reconnaissance officielle fondée notamment sur des formations spécifiques.

Dans les pays anglo-saxons, les pratiques avancées comportent deux « filières » principales – l'infirmier clinicien spécialisé et l'infirmier praticien – et prennent place généralement dans cinq domaines : le champ clinique pour des situations complexes, le conseil, l'animation d'équipe, l'enseignement et la recherche (participation et réalisation de travaux, utilisation des résultats).

D'autres pays, comme la France, l'Allemagne ou la Belgique accordent en revanche une place réduite aux pratiques avancées.

²¹⁰ Donald F et coll. *A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care*. *J Adv Nurs*. 2013 Oct;69 (10) :2148-61; Newhouse RP et coll. *Nurs Econ*. 2011 Sep-Oct;29 (5) :230-50, *Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review*. Martínez-González NA et coll. *Hum Resour Health*. 2015 Jul 7;13:55. *The impact of physician-nurse task shifting in primary care on the course of disease: a systematic review*.

²¹¹ Pulcini J, et coll, *An international survey on advanced practice nursing education, practice, and regulation*. *J Nurs Scholarsh*. 2010 Mar;42(1):31-9.

Graphique n° 16 : développement comparé des pratiques avancées des auxiliaires médicaux

	Premier point de contact	Prescription	Diagnostic	Traitement	Formation spécifique (niveau master)
États-Unis					
Canada					
Grande-Bretagne					
Finlande					
Danemark					
Belgique					
Allemagne					
France					

Note de lecture : le code couleur permet d'apprécier le degré de déploiement des pratiques avancées selon les principaux segments de compétences. Prescription : la capacité de conseiller, de recommander ou d'autoriser l'utilisation d'un médicament ou d'un dispositif médical. Diagnostic : l'identification d'une pathologie par l'évaluation des signes et symptômes. Traitement : les techniques ou les mesures recommandées dans une situation particulière lors de l'élaboration d'un plan de gestion des soins. L'étendue comme l'encadrement de ces compétences varient en fonction des pays et des domaines d'intervention.

Source : Cour des comptes d'après Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries : a cross-country comparative study, C. B. Maier, L. H. Aiken, European Journal of Public Health, December 2016.

Pour exercer en pratiques avancées en application des dispositions de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, les auxiliaires médicaux préalablement formés à cette fin devront justifier d'une durée d'exercice minimale de leur profession et d'un diplôme de formation en pratique avancée délivré par une université habilitée²¹².

À la différence des pays anglo-saxons, ils n'interviendront cependant pas de manière autonome, mais au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou au sein d'une équipe de soins en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux coordonnée par un médecin ou, enfin, en assistance d'un médecin

²¹² Le master sciences cliniques infirmières, proposé par Aix-Marseille Université (AMU) en partenariat avec l'EHESP est la seule formation habilitée en France. Deux autres masters existent mais ne sont pas autorisés à utiliser le terme d'IPA ; plusieurs universités projettent la création d'un master particulier.

spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire²¹³. Par ailleurs, seule une proportion réduite d'infirmiers paraît appelée à exercer en pratiques avancées à court terme²¹⁴.

De nouvelles évolutions du contenu de la formation et de la nature des actes que peuvent effectuer les auxiliaires médicaux et, parfois, de leur degré d'autonomie²¹⁵, sont nécessaires pour accroître la capacité de notre système de santé à répondre aux besoins de prise en charge de situations simples, en assurant une couverture territoriale plus dense et une efficience accrue des moyens engagés.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les prises en charge ambulatoires à l'hôpital améliorent la qualité et la sécurité des soins au bénéfice des patients, en réduisant les complications et les risques de maladies nosocomiales, en prévenant des ruptures liées à une hospitalisation et en limitant l'inconfort d'un séjour à l'extérieur du domicile. En permettant de réduire la durée des séjours hospitaliers, elles peuvent aussi contribuer à la maîtrise des dépenses d'assurance-maladie.

Si l'utilisation du levier tarifaire par les pouvoirs publics a favorisé une nette progression de la chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé, au prix cependant d'effets d'aubaine, en voie de résorption, liés à un surfinancement conséquent des actes de chirurgie ambulatoire, la médecine ambulatoire à l'hôpital n'a pas connu d'évolution similaire. D'importantes disparités territoriales et entre établissements, attestent de la persistance de marges de progression du mode ambulatoire à l'hôpital.

Par ailleurs, les restructurations hospitalières suscitées par le transfert d'une partie de l'activité de chirurgie conventionnelle vers l'ambulatoire restent insuffisantes. Le nombre de lits en chirurgie diminue, mais à un rythme lent au regard de l'essor de la chirurgie ambulatoire et les

²¹³ Pour chaque profession d'auxiliaire médical, un décret en Conseil d'État doit fixer les domaines d'intervention en pratique avancée ainsi que les conditions et les règles de l'exercice. Deux autres textes réglementaires viseront le référentiel de la formation et les modalités de rémunération des pratiques avancées. Au titre des domaines d'intervention précités, le décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée désigne des pathologies chroniques stabilisées (diabète, cardiopathie, AVC, Parkinson, Alzheimer), l'oncologie, la maladie rénale chronique, la dialyse et la transplantation rénale. Les textes relatifs aux autres auxiliaires médicaux restent à paraître.

²¹⁴ Selon l'étude d'impact du projet de loi de modernisation de notre système de santé, 1 % à 3 % des infirmiers pourraient s'orienter vers un exercice en pratiques avancées.

²¹⁵ Voir le chapitre VII du présent rapport : les soins visuels : une prise en charge à réorganiser, p. 241.

activités chirurgicales restent dispersées en un nombre excessif d'établissements. En médecine, le nombre de lits ne se réduit pas.

La progression rapide des dépenses de soins de ville observée, hors médicament, depuis plusieurs années, ne semble quant à elle pas imputable à titre principal à un transfert de prises en charge de l'hôpital vers la ville, mais résulter avant tout des incidences du vieillissement de la population et de l'extension des pathologies chroniques, dans le contexte de mécanismes insuffisants de régulation des dépenses médicales et paramédicales en ville.

De fait, le basculement de prises en charge hospitalières vers la ville reste largement à organiser si l'on veut donner tout son sens au « virage ambulatoire ». Elle implique de remédier au défaut d'organisation de la médecine de ville, en encourageant la coopération entre professionnels de santé, notamment le développement de structures pluri-professionnelles et de maisons médicales de garde s'appuyant autant que possible sur de petits plateaux techniques et opérant de manière décloisonnée par rapport aux établissements de santé. Elle nécessite aussi de faire jouer aux professions paramédicales un rôle sensiblement accru dans la prise en charge des soins primaires, comme cela est déjà le cas dans un grand nombre de pays.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

10. développer les études médico-économiques permettant de mieux évaluer l'impact financier du virage ambulatoire ;

11. favoriser le développement de la médecine ambulatoire à l'hôpital, en clarifiant les champs respectifs des actes relevant de l'hospitalisation de jour et des actes et consultations externes, en identifiant cette activité de manière distincte des prises en charge conventionnelles dans la nomenclature des séjours hospitaliers et en mettant en place une tarification incitative, qui couvre au plus les coûts de transition vers le mode ambulatoire, sans créer d'effet d'aubaine durable ;

12. faire des pratiques avancées des infirmiers une composante significative de l'offre de soins de premier recours, par le nombre de professionnels concernés comme par la nature des actes qu'ils effectuent, en s'inspirant des meilleures pratiques internationales ;

13. renforcer la formation des professionnels de santé médicaux et paramédicaux aux modes de prise en charge ambulatoire.

Dans les deux chapitres suivants, la Cour souligne la nécessité de mieux structurer le mode ambulatoire de prise en charge en ville des maladies cardio-neurovasculaires, ainsi que des troubles et des pathologies de la vue.
