

observatoire  
hospitalisation privée



# Étude

de la chirurgie ambulatoire  
et de l'hospitalisation à domicile  
dans la branche de l'hospitalisation privée



# Synthèse

2017



**Quadrat-Études**

45 rue de Lyon, Paris 12<sup>ème</sup>  
Tél : 01 75 51 42 70  
[contact@quadrat-etudes.fr](mailto:contact@quadrat-etudes.fr)

# Présentation de la démarche

## ► Identifier les enjeux d'emploi-compétences associés au développement de l'hospitalisation à domicile et la chirurgie ambulatoire dans l'hospitalisation privée

La chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation à domicile correspondent à deux **modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation complète**.

Leur développement dans l'offre de soins, et plus particulièrement dans l'hospitalisation privée, ne connaît pas le même degré d'avancement : d'un côté, la **chirurgie ambulatoire** progresse très rapidement conformément aux objectifs stratégiques tant des acteurs de terrain, en particulier à statut privé commercial, que des financeurs ; de l'autre, les structures **d'hospitalisation à domicile** peinent à se développer dans l'ensemble de la santé, et plus particulièrement dans l'hospitalisation privée.

Néanmoins, l'essor de ces deux types de prise en charge soulève des enjeux et des problématiques en partie communs. En effet, ces deux prises en charge alternatives sont aujourd'hui promues pour répondre à deux objectifs : l'un **médical** – l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, à travers une organisation optimisée et mieux maîtrisée, la réduction des infections nosocomiales... –, et l'autre **économique** – la réduction des coûts associés à l'hospitalisation, grâce à la diminution des dépenses directes (réduction d'effectifs et de charges...), mais aussi à des effets induits (réorganisations de la chirurgie conventionnelle...).

Dans le cadre de ses missions, l'Observatoire de l'hospitalisation privée souhaite disposer d'un état des lieux détaillé de la chirurgie ambulatoire et de l'hospitalisation à domicile dans les établissements de la branche. Bien qu'il s'agisse d'un phénomène **introduisant et accompagnant des changements d'envergure** au sein des établissements de l'hospitalisation privée (réduction des durées de séjours, organisation des plateaux techniques, investissements en matériel, liens avec l'aval...), le développement des prises en charge ambulatoires et à domicile reste **encore peu exploré dans ses impacts en termes d'emploi et de compétences**.

L'étude devra notamment évaluer le potentiel à venir de ces deux types d'activité au sein de l'hospitalisation privée. Cette réflexion sera accompagnée de pistes d'action pour la branche afin d'accompagner au mieux les problématiques actuelles et les évolutions à venir.

## ► Méthodologie d'étude

La démarche d'étude est structurée en deux phases. La première vise à dresser un état des lieux de la chirurgie ambulatoire et de l'HAD dans les établissements de l'hospitalisation privée. L'analyse proposée est dynamique dans le temps, afin de décrire les évolutions de ces deux types de prise en charge depuis une **dizaine d'années**, en les réinscrivant dans les évolutions plus globales des établissements. Elle est également **comparative**, afin de mettre à jour les spécificités du développement de la chirurgie ambulatoire et de l'HAD dans l'hospitalisation privée par rapport aux secteurs public et associatif.

La deuxième phase de l'étude est consacrée au diagnostic partagé sur les problématiques, dont découleront des préconisations et des perspectives de développement de ces deux types de prise en charge dans l'offre des établissements de l'hospitalisation privée.

L'étude aboutit à un **rapport d'étude complet**, dans lequel les analyses sont détaillées indépendamment pour chaque volet (chirurgie ambulatoire / HAD). Il est accompagné d'une annexe qui présente les **monographies** qui ont été réalisées en établissement MCO et HAD, ainsi que d'une **synthèse**.

# 1. L'hospitalisation à domicile

---

## 1.1 L'HAD en France et dans l'hospitalisation privée

---

### *Interface entre soins hospitaliers et de ville, reconnue comme hospitalisation à part entière*

L'hospitalisation à domicile (HAD) permet à un malade atteint de **pathologies lourdes et évolutives** de bénéficier **chez lui**, c'est-à-dire à son domicile personnel ou dans l'établissement social ou médico-social qui en tient lieu, de **soins médicaux et paramédicaux complexes, continus et coordonnés** qui ne peuvent être prodigués qu'en établissement de santé. En raison de leur technicité ou de leur intensité, ces soins ne peuvent pas être délivrés par des professionnels de ville.

En assurant des soins hospitaliers continus et coordonnés à domicile, la prise en charge par l'HAD a pour effet **d'éviter ou de diminuer** la durée d'une hospitalisation avec hébergement. Plus précisément, l'HAD joue un double rôle : délivrer des **soins** au domicile du patient, et **coordonner** l'ensemble des interventions auprès du patient (professionnels libéraux, hospitaliers, associatifs...).

Si elle a vocation à s'y substituer, l'hospitalisation à domicile ne peut pas être assimilée à une hospitalisation complète. En effet, elle n'héberge pas le patient et n'assure ni la présence permanente, ni les moyens techniques et humains d'un établissement de santé classique. En revanche, l'HAD intègre des **préoccupations différentes** : l'évaluation et l'adaptation du domicile aux besoins de soins, la prise en compte de l'environnement et de l'entourage dans les soins, la coordination avec les autres intervenants...

### *Un cadre réglementaire précisé, une montée en charge limitée*

L'hospitalisation à domicile est reconnue comme un mode d'hospitalisation **à part entière** depuis 2009. Cette reconnaissance institutionnelle majeure impose dans le même temps des contraintes très élevées : les établissements d'HAD doivent respecter toutes les dispositions du **code de la santé publique**, dont la continuité des soins, le circuit des médicaments, le dossier médical informatisé, la prévention des risques... Dans son fonctionnement, l'HAD s'appuie sur une équipe de **coordination** pluridisciplinaire et médicalisée, la responsabilité du suivi médical restant au médecin traitant de chaque patient.

Plus de dix ans après la suppression des règles de planification et de tarification qui entravaient son **développement**, l'HAD paraît mieux fondée juridiquement mais reste un mode de prise en charge **marginale** dans l'offre de soins. Les prises en charge sont concentrées sur un nombre réduit d'actes, et le maillage infra-départemental reste à renforcer. Partant de ce constat, les pouvoirs publics ont mis en place une stratégie globale et fortement pilotée de développement de l'HAD à travers une circulaire du 4 décembre 2013.

### *Des spécificités de fonctionnement bien distinctes selon le statut juridique de l'HAD*

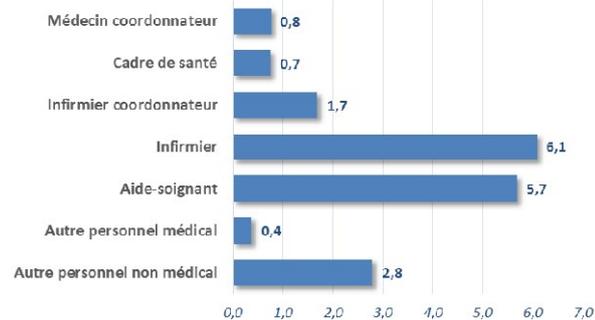
Avec 14% des journées réalisées, la position de **l'hospitalisation privée** dans l'offre d'HAD apparaît nettement minoritaire devant le privé non lucratif puis le public. Cette offre privée commerciale s'est développée surtout sur les **années 2005-2009**, avec des inégalités de couverture du **territoire national** : son implantation est plus conséquente au sud du pays. Comme le secteur public, l'hospitalisation privée porte des structures de **taille moyenne plus faible** que dans le secteur privé non lucratif, fortement spécialisé sur ce type d'offre.



## Des besoins de compétences pointues, des politiques actives de formation continue

Structures hybrides entre les soins hospitaliers et de ville, les HAD ont besoin de **compétences pointues** pour fonctionner : équipe de coordination, personnels soignants en capacité de délivrer au domicile du patient des soins techniques, équipe de pharmacie, secrétariat médical, codage et facturation... Cependant, les HAD manquent **d'attractivité** auprès des professionnels car ils constituent un cadre d'exercice exigeant, plus contraignant que l'exercice libéral.

Composition moyenne par métier d'un HAD privé commercial



Source : Fiches SAE, 2015

En l'absence de formation initiale spécifique, les HAD recrutent généralement des professionnels **expérimentés** (plusieurs services hospitaliers et/ou soins de ville). Ils mettent en place des politiques actives de **formation continue** pour accompagner les personnels dans l'exercice de leur métier.

## Perspectives et enjeux d'emploi

### A l'avenir, une montée en charge conditionnée à certaines réformes

Les acteurs du système de santé s'accordent sur le **potentiel** de développement jugé élevé de ce mode de prise en charge, dans un contexte d'accroissement des besoins de soin de la population (vieillesse, maladies chroniques...) et de recherche d'efficacité dans les parcours de santé.

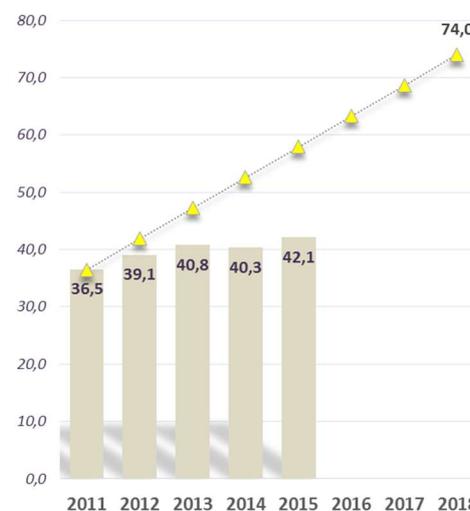
Pour autant, la montée en charge du dispositif HAD se situe jusqu'à présent nettement **en-deçà des objectifs réglementaires** fixés pour la période 2013-2018. La principale raison est sans doute à chercher du côté des principes de tarification des actes ou de remboursements des dispositifs médicaux, complexes et en partie inadaptés à l'activité.

En définitive, l'hospitalisation à domicile occupe une **position paradoxale** pour les établissements de l'hospitalisation privée : il s'agit d'une activité **quantitativement faible** mais qui pourrait être amenée à jouer un **rôle-pivot potentiellement stratégique** dans l'offre de soins. Toutefois le développement de l'HAD dans les années à venir paraît fortement conditionné à **certaines réformes** (tarification, référentiels d'activité...) et nécessitera un **temps long** de montée en charge.

### Des enjeux communs à accompagner

S'il est vrai que les structures HAD se caractérisent par des fonctionnements hétérogènes, en fonction de leur taille, du statut juridique, du mode de gestion du personnel (salarié versus libéral), et du type de prescripteurs

Taux brut de journées d'HAD pour 1 000 journées d'hospitalisation complète : réalisé 2011-2015 et trajectoire cible 2013-2018 dans la circulaire du 4/12/2013



Source : Atih, 2015

(rattachement à un établissement MCO en amont...), il n'en reste pas moins qu'ils sont réunis par des enjeux communs en termes de **gestion des ressources humaines** :

- Définir le **rôle des intervenants**, en particulier du **médecin coordonnateur** en HAD
- Renforcer l'**attractivité** de l'HAD pour les professionnels salariés et libéraux
- Renforcer les relations vis-à-vis des **prescripteurs** potentiels et des **institutionnels**
- Améliorer la réactivité des **admissions**, notamment en anticipant l'adaptation du domicile aux soins hospitaliers
- Former les intervenants aux **pathologies** prises en charge (soins palliatifs, gériatrie, douleur, relations avec les aidants...) et aux **équipements** utilisés (pompes...)
- Former aux **processus** (hygiène, consommables, circuit du médicament, gestion documentaire, gestion des risques...) et aux **outils** (logiciels métier, Smartphones, tablettes...)
- Prévenir les **risques professionnels** (responsabilité vis-à-vis du patient, trajets...)

Ainsi, les établissements d'HAD doivent poursuivre le développement de leurs compétences dans tous les **domaines de leur fonctionnement**, en prenant en compte les contraintes inhérentes au **statut d'établissement de santé** tout en considérant les particularités liées à l'**intervention à domicile** : gestion, soins, information médicale, gestion des risques, circuit du médicament...

La branche de l'hospitalisation privée pourrait favoriser l'essor de l'HAD en **faisant connaître les métiers** de ce type de structure et en aidant à la **professionnalisation des métiers de la coordination** (médecin et IDE).

Proposition d'action	Constats/enjeux	Bénéfices attendus de l'action
<b>Communiquer sur les métiers de l'HAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bien qu'anciennes, les HAD, structures hybrides établ/ville sont mal connues</li> <li>• Un corpus réglementaire sur les métiers est en cours de constitution</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire connaître la réalité des métiers</li> <li>• Réduire le déficit d'image de ce type de structure auprès des professionnels</li> <li>• Améliorer l'attractivité des structures HAD et réduire leurs difficultés de recrutement</li> </ul>
<b>Référencer des formations aux métiers de médecin et d'IDE coordonnateur d'HAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les compétences de l'équipe de coordination sont cruciales pour l'HAD.</li> <li>• Les formations financées par Actalians portent sur le fonctionnement du HAD (qualité, facturation), pas de formation métier.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permettre aux professionnels de l'équipe de coordination de connaître le périmètre de leur métier et de monter en compétences sur ces fonctions spécifiques (médecin co : liens avec les prescripteurs ; IDEs : liens et les fournisseurs de soins...)</li> </ul>

## 2. La chirurgie ambulatoire

### 1.1 La CA en France et dans l'hospitalisation privée

#### *Hospitalisation de moins de 12 heures, alternative à l'hospitalisation complète*

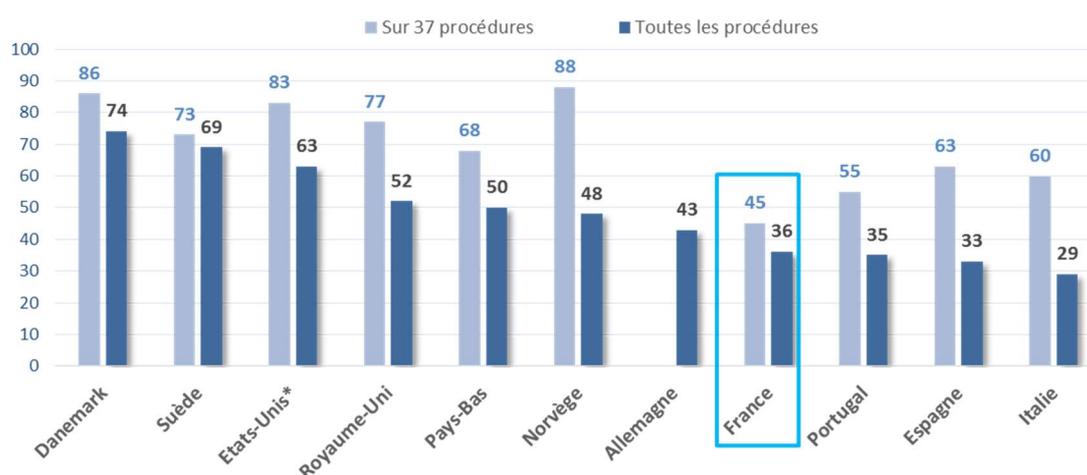
La chirurgie ambulatoire (CA) désigne des **actes chirurgicaux généralement programmés** et réalisés dans des conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un **bloc opératoire**, sous une **anesthésie** de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire **permettant sans risque majoré la sortie du patient le jour même de son intervention**. Alternative à l'hospitalisation avec hébergement, son objectif est d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Les textes précisent qu'elle peut être réalisée au bénéfice de tous les patients dont **l'état de santé** correspond à ces modes de prise en charge. Entre autres obligations, les unités de chirurgie ambulatoire doivent disposer d'une équipe médicale ainsi que d'une équipe paramédicale dédiée dont tous les membres sont **formés** à la prise en charge ambulatoire...

Pour un **même geste technique**, la chirurgie ambulatoire consiste donc à prendre en charge le patient en moins de 12 heures. De ce fait, la prise en charge ambulatoire constitue pour les établissements qui la pratiquent un **terrain d'innovation** médicoteknique en chirurgie comme en anesthésie, mais aussi un important terrain d'innovation organisationnelle. En ce sens, la chirurgie ambulatoire constitue un **enjeu majeur de l'évolution de l'offre de soins** que ce soit pour les patients, pour les professionnels et pour les établissements de santé.

#### *Désormais la norme d'hospitalisation en chirurgie*

En France, c'est la forte **culture hospitalière patrimoniale** qui est avancée pour expliquer le retard pris en matière de chirurgie ambulatoire. Son développement n'intervient qu'à partir des années 1990, contre 1970 dans les pays pionniers. Le cadre réglementaire a évolué, d'abord reconnaissance institutionnelle de ce mode de prise en charge (1990-2000), puis véritable politique de promotion (2000-2010), jusqu'à faire de son développement une **priorité nationale** assortie d'un pilotage d'ensemble et d'objectifs de développement (2010-2020).

Taux de chirurgie ambulatoire dans différents pays (Europe, États-Unis) en 2009



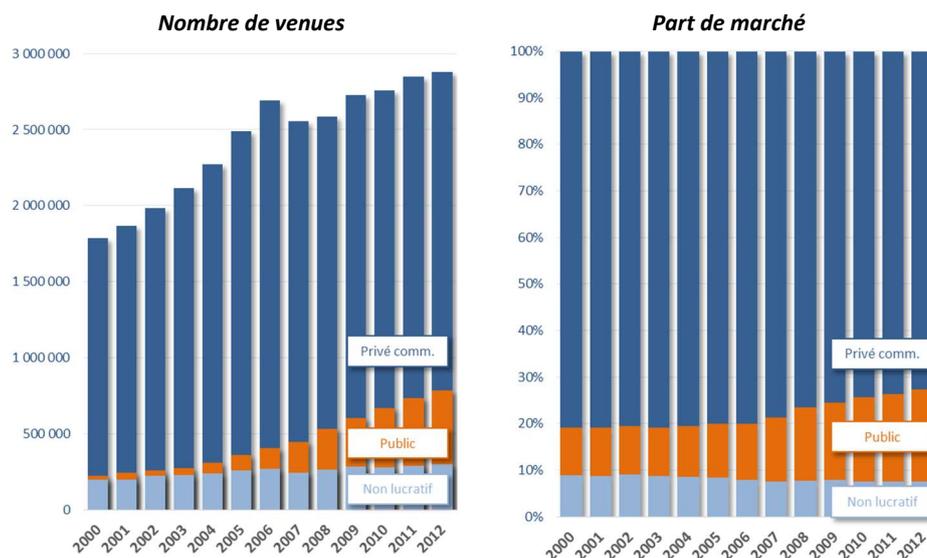
Source : ANAP 2012 sur données IAAS 2009

Parallèlement aux incitations publiques, l'activité de chirurgie ambulatoire a progressé notablement, tirée par **quelques actes** qui cumulent un grand volume de séjours réalisés, et une arrivée à maturité des prises en charges en ambulatoire (interventions sur le cristallin, sur la main, affections de la bouche et des dents...).

## Spécialisation historique des MCO à statut privé commercial, disparités entre établissements

Historiquement positionnée sur ce type de soins, l'hospitalisation privée dispose d'une **place prédominante** dans l'offre de chirurgie ambulatoire en France : en 2015, les établissements à statut privé commercial réalisent **65%** des actes de chirurgie ambulatoire en France, contre 47% des actes de chirurgie avec nuitée. En moyenne, les établissements à statut privé commercial ont atteint en 2015 un taux de chirurgie ambulatoire de **59,6%** contre 42% dans les établissements sous un autre statut. Toutefois, depuis 2007, la part de marché du privé commercial tend à **s'éroder** en raison d'un rattrapage dans le secteur public.

Activité en chirurgie ambulatoire selon le statut de l'établissement



Source : Ecosanté sur données Drees, 2016

Les 515 établissements MCO à statut privé commercial pratiquant la chirurgie en France se situent à des **étapes différentes** de développement en matière de prises en charge ambulatoires. La situation la plus répandue (près de 250 MCO) est celle des établissements avec une pratique ambulatoire encore limitée (moins 60% en 2015) qui s'accompagne d'une croissance notable. 170 MCO ont franchi le seuil des 60% d'actes de chirurgie réalisés en ambulatoire, et la plupart sont engagés dans une progression assez élevée de ce taux. Une centaine de MCO cumulent un faible taux d'ambulatoire et une croissance limitée de ce taux.

## 1.2 Métiers et compétences de la chirurgie ambulatoire

### Forte croissance et réorganisation de l'activité

La dynamique en faveur de l'ambulatoire résulte de plusieurs facteurs - demandes des patients, conviction des praticiens, maîtrise médico-économique, orientations des tutelles... Pour ces raisons, faire progresser le taux d'ambulatoire constitue un objectif stratégique pour les établissements MCO. Cela suppose d'améliorer à la fois les **techniques chirurgicales et anesthésistes**, les **locaux** et les **équipements**, les **organisations** (chemins cliniques, protocoles de soins, programmation...). L'ambulatoire amène à **repenser globalement la prise en charge** dans toutes ses dimensions – médicale, architecturale, administrative...

### Les leviers de développement de la chirurgie ambulatoire en établissement



## Une révolution culturelle pour les équipes, mais peu d'accompagnement par la formation

En supprimant une partie de l'activité (hôtellerie et restauration, personnel soignant de nuit et de week-end), l'ambulatoire diminue les **besoins d'emploi** à activité constante. Les établissements doivent par conséquent assurer le redéploiement d'une partie des personnels des services d'hébergement vers les unités de chirurgie ambulatoire, et la formation du personnel (obligation réglementaire).

La mise en place de l'ambulatoire apporte une **révolution culturelle**. En effet, par rapport à l'hospitalisation avec hébergement, l'ambulatoire transforme significativement les **contenus des métiers** du point de vue des **activités**, de **l'organisation**, mais aussi plus largement de son **sens**. Ce type de prise en charge diminue le temps de **présence** auprès de chaque patient, intensifie les **flux** de patients, augmente le niveau de **vigilance**. Pour les personnels concourant aux soins, l'ambulatoire nécessite moins de technicité, mais plus **d'efficacité** et de rapidité d'exécution, de **polyvalence**, **d'anticipation** et de **relationnel**. Tous les acteurs de la prise en charge sont concernés par les changements induits : communauté médicale et soignants, personnels d'accueil et de secrétariat, brancardage...

Chez les personnels, en particulier qui concourent aux soins, ces changements rencontrent des réticences importantes, car ceux-ci sont vus comme une source possible de **dégradation** de la qualité de la prise en charge pour le patient, et de la qualité de travail pour les soignants (intensification de la charge de travail...).

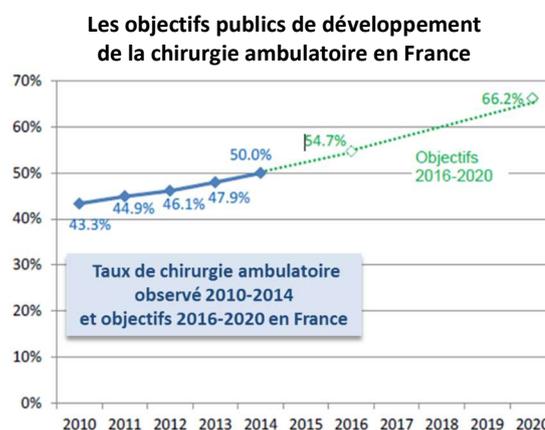
En dépit des transformations importantes qu'il amène en termes d'emploi et de compétences, le développement de l'ambulatoire ne donne pas lieu à des stratégies de **recrutement** spécifiques, et il génère peu de **formation** formelle. Dans l'ensemble, les services de chirurgie ambulatoire des établissements sont encore peu outillés en termes de gestion des ressources humaines spécifique à ce type d'activité.

## Perspectives et enjeux d'emploi

### Un développement inéluctable, des objectifs ambitieux

Au vu des objectifs fixés par les pouvoirs publics, et plus largement de la dynamique en cours (demande des patients, stratégies des établissements et des groupes...), le passage à une **pratique ambulatoire majoritaire** paraît inéluctable.

Les MCO vont devoir augmenter le **rythme de croissance** de l'ambulatoire. Au minimum (objectifs réglementaires), le rythme de croissance du taux d'ambulatoire devrait s'établir à **+2,9** points par an sur 2016-2020, contre **+2,1** points entre 2011 et 2015. Pour y parvenir, les MCO vont devoir basculer vers un **modèle organisationnel fondé sur la gestion des flux** et réaménager des **locaux** pour absorber l'augmentation d'activité en ambulatoire.



### Répartition des établissements MCO à statut privé commercial avec activité de chirurgie selon le degré de maturité du développement de l'ambulatoire



### Des mobilités et des changements de contenu métier à accompagner

Sur le plan de l'emploi, le développement de la chirurgie ambulatoire est un **vecteur de baisse des besoins** de main d'œuvre, d'une part parce qu'il supprime les postes de personnel de nuit et de week-end, d'autre part parce qu'il génère des gains organisationnels. À **activité constante**, on peut estimer que les objectifs nationaux de développement de la chirurgie ambulatoire se traduiraient par une réduction des besoins d'emploi dans la branche de l'ordre de **10 280 etp**.

Sur le plan des métiers, la prise en charge en ambulatoire apporte une transformation profonde du **contenu** et du **sens** du travail soignant. Par rapport à l'exercice en hospitalisation complète, l'ambulatoire nécessite de développer certaines **compétences** : efficacité et rapidité au travail, polyvalence, compréhension de toutes les étapes de la prise en charge, anticipation et adaptabilité, vigilance et gestion des risques, relationnel...

Les établissements et leurs salariés vont donc connaître des évolutions importantes des **organisations** et des **cultures professionnelles** qui devront être **accompagnées**. Cet enjeu apparaît d'autant plus important qu'à l'heure actuelle, les services de chirurgie ambulatoire semblent dans l'ensemble peu outillés en termes de gestion des ressources humaines, des politiques de recrutement encore empiriques liés à une absence de prise en compte de l'ambulatoire dans la formation initiale des soignants, et un accès à la formation très limité. De surcroît, le raccourcissement des durées de prise en charge dans les services ambulatoires (circuits ultracourts...) et les nouveaux concepts organisationnels (marche en avant, patient debout, salons de sortie...) suscitent des **réticences** chez les soignants, car ils peuvent être perçus comme source de dégradation de la **qualité des soins** tout comme de la **qualité des conditions de travail** (intensification du travail, perte de liens avec les patients...).

Dans ce contexte, il paraît opportun que la branche de l'hospitalisation privée accompagne les besoins des professionnels de terrain, en **référencant des formations de base/de spécialisation sur l'ambulatoire**.

Proposition d'action au niveau de la branche	Constats/enjeux	Bénéfices attendus de l'action
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Référencer des formations pluri-professionnelles pour les soignants en service ambulatoire</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peu de recours à de la formation en établissement.</li> <li>• Peu de formations financées par Actalians (de l'ordre de 300 par an).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Répondre à l'obligation de former l'équipe médicale et paramédicale à la spécificité de la prise en charge des patients en chirurgie ambulatoire (art. D.6124-301-1 du code de la santé publique)</li> <li>• Accompagner la transformation des équipes d'HC (spécialisées) en équipes d'UCA (polyvalentes)</li> <li>• Développer les compétences adaptées aux nouveaux modèles de chirurgie ambulatoire : gestion des flux, rapidité d'exécution, vigilance, suivi à distance des patients...</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Référencer des formations de spécialisation pour les soignants en service ambulatoire</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de formation qualifiante (hormis un ou quelques DU...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer et reconnaître l'expertise en ambulatoire : régulation et gestion des flux, éducation thérapeutique, suivi à distance du patient (objets connectés, télé-médecine...)</li> </ul>

# Tableau de synthèse

	L'hospitalisation à domicile	La chirurgie ambulatoire
<b>Politique publique de promotion</b>	Des mesures réglementaires, tarifaires notamment, ont conduit à un essor notable de l'HAD à partir de 2005.	Après avoir progressivement gagné en légitimité, l'ambulatoire s'impose début 2010 comme la norme par rapport à l'HC.
<b>Développement passé</b>	Si elle reste minoritaire par rapport au public et au PNL, la position de l'hospitalisation privée résulte d'un développement concentré sur les années 2005-2009 suite à des changements réglementaires.	Dans l'hospitalisation privée, la période 2000-2012 a vu le redéploiement de 7 800 lits d'hospitalisation conventionnelle vers 3 800 places d'ambulatoire.
<b>Place du secteur privé commercial</b>	Le privé commercial occupe une position marginale : 51 HAD, soit 16% des structures, pour 14% des capacités, 11% des journées et 9% des patients pris en charge en France.	Ces dix dernières années, le développement de la chirurgie ambulatoire s'est accéléré dans le public, contrairement au privé commercial (60% d'ambulatoire, 65% de part de marché).
<b>Organisation et fonctionnement des établissements</b>	Les établissements HAD à statut privé commercial sont en majorité des structures de petite taille, proches du seuil de viabilité (de 9 000 journées d'hospitalisation par an).	Une part importante des établissements ont une pratique ambulatoire minoritaire et n'ont sans doute pas basculé vers un modèle organisationnel fondé sur la gestion des flux.
<b>Ressources humaines</b>	Les métiers de l'HAD sont variés : équipe de coordination, personnels soignants en capacité de délivrer au domicile du patient des soins techniques, équipe de pharmacie, secrétariat médical, codage et facturation... Cadre d'exercice atypique et exigeant, les activités et les compétences très spécifiques à l'HAD nécessitent de recruter des profils hybrides entre établissement et domicile.	L'ambulatoire transforme significativement les contenus des métiers, du point de vue des activités, de l'organisation, mais aussi du sens : diminution du temps de présence auprès du patient, moindre technicité des soins, intensification des flux, exigence de plus d'efficacité et de rapidité d'exécution, de polyvalence, d'anticipation et de relationnel (information, éducation thérapeutique du patient...).
<b>Enjeux emploi-compétences</b>	Face à des besoins de compétences pointus, les HAD s'appuient sur la formation professionnelle.	Le développement de l'ambulatoire semble peu ou pas accompagné par de la formation formelle.
<b>Perspectives de développement et freins</b>	En dépit d'un potentiel avéré, l'avenir de l'HAD paraît conditionné à sa capacité à convaincre les financeurs et prescripteurs de son efficacité par rapport aux soins ambulatoires de ville et hospitaliers.	Le passage à une pratique ambulatoire majoritaire paraît inéluctable et va nécessiter en établissement MCO des évolutions importantes des organisations, de la formation et des cultures professionnelles.