



HAL
open science

Système de santé français face à la crise sanitaire: De désorganisation à réorganisation

Carine Milcent

► **To cite this version:**

Carine Milcent. Système de santé français face à la crise sanitaire: De désorganisation à réorganisation. L'Information Psychiatrique, 2021, 97 (10), pp.857-864. <10.1684/ipe.2021.2352>. <halshs-03516943>

HAL Id: halshs-03516943

<https://shs.hal.science/halshs-03516943v1>

Submitted on 7 Jan 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

Système de santé français face à la crise sanitaire: De désorganisation à réorganisation

Carine MILCENT

PSE – CNRS

Economiste

Carine.milcent@psemail.eu

RESUME

Cet article décrit la situation du système de santé avant l'épidémie de SARS-COV 2. Il expose la logique qui sous-tend les « réformes » depuis 20 ans. La tarification à l'activité (T2A) est présentée en y retraçant sa genèse, ses avantages et ses limites dans un contexte d'un Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) resserré. La situation en psychiatrie est alors décrite. Son poids économique oblige à en réguler les dépenses. Toutefois, les modalités de prise en charge des patients en psychiatrie entre en conflit avec la logique même de la T2A car cette activité médicale ne peut pas se penser sans impliquer l'ambulatoire à travers un parcours de soins du patient. Cet article montre ensuite les implications du virage ambulatoire vers l'extrahospitalier et les parcours de santé en lien avec le social, le médicosocial et les aidants. L'expérience de la psychiatrie est prise en exemple pour en dépeindre les complexités. Cet article aborde alors la charge que ce virage engendre pour les aidants dans le système de soin, passage du soin hospitalier au parcours, passage de l'hôpital producteur de soins à l'hôpital élément de la santé d'une population. Puis, mettant en évidence un système de santé en pleine mutation, il relève les adaptations que les acteurs du système ont été capable d'entreprendre pour faire face à la pandémie. Il en dégage ainsi des enseignements et des perspectives de cette crise sanitaire. Cet article conclut sur l'importance d'une offre structurée suivant un continuum de soins du médecin généraliste à l'hôpital et inversement pour une continuité des soins pour le patient.

MOTS CLES :

Système de santé français, crise sanitaire, tarifications, aidants, ONDAM, virage ambulatoire, continuum de soins, psychiatrie

Systeme de santé français face à la crise sanitaire: De désorganisation à réorganisation

La pénurie de lits hospitaliers, point de focalisation au plus fort de la crise sanitaire, n'est que la partie émergée de l'iceberg des effets du Covid-19 sur un système de santé français en pleine mutation, et donc vulnérable. Les réactions en chaîne qui ont de fait désorganisé le système de soins, ont eu des répercussions profondes sur l'ensemble de la société française. L'un des enjeux aujourd'hui est de définir, parmi les réorganisations en urgence, lesquels sont appelés à devenir pérennes.

Avant de poursuivre sur ce que la crise sanitaire a révélé de notre système de santé et les réponses et réorganisations qui ont été mises en place, revenons sur ses évolutions et ce qu'il en est aujourd'hui. Les points de tensions sur les établissements hospitaliers sont bien antérieurs à la crise actuelle. Plusieurs éléments ont été mis en avant : les difficultés financières, à travers la dette contractée par les établissements de santé mais également l'insuffisance du montant annuel alloué par établissement pour leur activité. Ce montant découle directement de l'enveloppe nationale définie par l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) votée chaque année par le parlement. Le manque de personnel et de locaux a été également au centre du malaise, détaillé par exemple dans un rapport parlementaire de mars 2019 alarmant sur la situation en psychiatrie en France. Cette situation de pénurie était criante avant l'épidémie de Covid-19, avec des équipements insuffisants et des infrastructures vétustes. Ces phénomènes s'observaient des chambres d'hôpital aux salles d'opération. Il s'agissait d'une véritable situation de crise de l'offre sanitaire à laquelle la crise sanitaire du covid-19 n'est venue que s'ajouter.

LA TARIFICATION A L'ACTIVITE (T2A) : UN MODE DE FINANCEMENT INEGALEMENT ADAPTEE A L'ACTIVITE HOSPITALIERE

Le mode de tarification des hôpitaux est montré du doigt. Pour les soins Médicaux-Chirurgicaux-Obstétrique (MCO), la tarification à l'activité (T2A) a mis en place un modèle de concurrence entre établissements qui est vu comme nuisant à la mission de service public des hôpitaux. En fait, la situation est plus complexe et exige un bref retour historique. Après la guerre, dans un contexte où les hôpitaux étaient obsolètes au regard des progrès de la médecine, le paiement au remboursement sans véritable contrôle des coûts a permis le développement des équipements et l'amélioration des infrastructures. Avec les chocs pétroliers et la nécessité de contrôler l'augmentation des dépenses publiques, un budget global par établissement a été mis en place. Ce budget est défini en fonction des dépenses historiques de l'année antérieure. Ce mode de tarification implique une très faible connaissance de l'activité hospitalière réelle de l'établissement. Les travaux scientifiques le montrent ([1], [2], [3], [4]). La mise en place de la T2A basée sur un système d'information à l'activité hospitalière (PMSI) a conduit à une plus grande mise en adéquation du budget avec l'activité des établissements que précédemment par une tarification au budget global.

Pour les soins en psychiatrie, la bascule vers un paiement à l'activité (T2A) n'a pas eu lieu. Temporellement, cela s'explique tout d'abord par des difficultés de définition d'un panier de soins homogènes pour des patients atteints de même pathologie. Les modalités de prise en charge d'un patient en psychiatrie, au-delà de facteurs cliniques dépendent de facteurs

environnementaux, familiaux, culturels, sociaux, psychosociaux et cela, bien davantage que pour les soins MCO. De ce fait, le recueil d'information médicalisée homogène en psychiatrie constitue un travail plus discutable que ce qui peut l'être pour des soins en MCO. Les données hospitalières en psychiatrie issues de ce recueil ne sont disponibles que depuis 2006 soit, onze ans après les données disponibles pour les soins MCO [5]. Par ailleurs, les types de prise en charge plus diverses en psychiatrie que pour les autres types de soins se sont encore diversifiés ces dernières années [6]. Ainsi, le lien entre l'hospitalier, le médico-social, le social et le domicile y est beaucoup plus important et poursuit son accroissement : un patient peut-être pris en charge à l'hôpital en temps complet, en temps partiel ou encore en atelier thérapeutique, il peut également être pris en charge en ambulatoire comme par exemple, dans des centres médico-psychologique. Il peut surtout être pris en charge par un mixte de ces modalités en fonction de ses besoins et de ses possibilités. On ne peut donc pas parler exclusivement de séjours hospitaliers. Il faut y intégrer les séquences de séjours hospitaliers et les résumés d'activité ambulatoire. Ainsi, l'activité en psychiatrie se définit en parcours de soins ce qui entre en conflit avec la construction même de la tarification à l'activité qui circonscrit l'activité dans un lieu et un moment donné¹.

Les pays développés ont mis en place des mécanismes de concurrence avec pour objectif une meilleure adéquation des dépenses aux besoins du patient. En France, pour les soins MCO, la tarification à l'activité (T2A) a pour fonction une concurrence par la qualité puisque le prix - forfait par séjour - est défini par la tutelle (et non par l'hôpital) identique pour tous². De plus, l'hôpital public ne peut sélectionner ses patients. De ce fait, la concurrence ne peut être effective que si le patient est à même de juger de la qualité des soins qui lui sont administrés. La définition de la qualité des soins est supposée se faire par le patient puisque c'est son choix de structure hospitalière basé sur cette notion de qualité qui donnera lieu à un paiement à l'hôpital. Pour la psychiatrie, il n'y a pas eu de mise en place de la T2A. Toutefois, il y a, comme pour les autres soins, une volonté de la tutelle de mettre en place des outils permettant une qualité optimale du séjour pour une dépense minimisée des soins. De ce fait, les indicateurs de qualité doivent être totalement explicités par la tutelle puisque le passage à la T2A n'a pas eu lieu. Si certains paramètres de la qualité sont observables et vérifiables, d'autres éléments sont difficilement mesurables alors qu'ils ont des effets notables sur les soins fournis. Les effets de bords c'est à dire les aspects de qualité non mesurée ou mesurable auront davantage tendance à apparaître car ces aspects ne seront pas pris en compte pour le paiement mais représenteront un coût pour la structure hospitalière.

En fait, la notion de qualité est multidimensionnelle. Presque vingt ans après le début de la mise en place de la T2A-MCO, il apparaît que la concurrence est relative ([7], [8], [9]) et que cette tarification doit s'adapter pour inclure un paiement à la qualité via des indicateurs. Pour les indicateurs de processus, IFAQ est l'un des instruments incitatifs à la qualité durant la prise en charge du patient. Il a été mise en place pour les soins MCO et il devrait l'être pour les soins en psychiatrie.

Au total, la T2A ne correspond pas à l'activité de la psychiatrie. Non seulement, elle appréhende les soins en silo alors qu'en psychiatrie, les soins se font dans le cadre d'un

¹ Des ajustements se font. Par exemple, lorsque le patient est transféré vers un autre hospital. Toutefois, cela reste à la marge.

² Il existe en fait deux échelles de forfaits par séjour (GHS), une pour le secteur public et une autre pour le secteur privé

Carine Milcent (*Carine.milcent@psemail.eu*)
CNRS, Prof. ass. PSE

parcours. Par ailleurs, en 2018, trois quarts des patients étaient traités en ambulatoire [10]. D'autre part, elle met en œuvre une concurrence par la qualité qui ne peut s'exercer dans un contexte d'embouteillage d'excès aux soins pour les structures publiques, structures prenant en charge deux-tiers des patients hospitalisés [11]. Le secteur public de la psychiatrie est donc la seule activité médicale³ tarifés par budget global, une tarification qui reste aveugle à son activité de soins et dont le rationnement budgétaire a cru avec les années. Le secteur privé est tarifé par objectif quantifié national entraînant des distorsions de rémunération entre secteur mais également géographique et entre type de soins (psychiatrie générale, pédopsychiatrie, troubles psychiques profonds ou soins sans consentement).

Pour le secteur de la psychiatrie, une partie du paiement devrait prochainement être populationnel ce qui pose une autre question de fond, le niveau de corrélation entre le besoin de soins de la population locale et la demande de soins de cette même population, qui est liée à des déterminants socio-économiques.

LES EFFETS DE L'OBJECTIF ANNUEL DES DEPENSES DE L'ASSURANCE MALADIE (ONDAM)

Un paiement au séjour hospitalier n'a pas de contrôle sur le volume. Concrètement, la demande de soins hospitaliers peut s'envoler sans contrainte de budget pour les établissements hospitaliers. De ce fait, mis en place lors du plan Juppé en 1996, l'Objectif Annuel des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) est resté appliqué pour le secteur hospitalier. L'ONDAM est un mécanisme d'enveloppe fermée consistant en la fixation d'un budget annuel maximal ne pouvant pas être dépassé. L'activité des établissements de santé établie en valeur est alors divisée par le montant de cette enveloppe global. Ceci donne le coefficient de répartition de l'enveloppe⁴.

Ce mécanisme amène les établissements du secteur public à être fortement en concurrence sur le niveau d'activité. Augmenter son volume d'activité permet d'obtenir un budget plus important mais cela ne se fait qu'au détriment des établissements n'y parvenant pas ou moins puisqu'il s'agit d'un jeu à somme nulle. Le montant de l'ONDAM est fixe. Ce mécanisme est d'autant plus délétère que le montant national est jugé comme insuffisant par les acteurs de terrain. Des travaux récents illustrent parfaitement ce phénomène. Milcent (2020) [12] montre comment un changement de classification des séjours a entraîné une réallocation du budget au détriment des hôpitaux de petites et moyennes capacités d'admissions. L'activité de psychiatrie étant tarifée au budget global, et son montant étant versé à l'hôpital dans son ensemble, les montants dévolus à la psychiatrie sont parfois autrement utilisés pour faire face aux contraintes budgétaires en MCO.

Sur la période 2008-2018, l'ONDAM voté est globalement proche du niveau des dépenses publiques (Figure 1) et l'ONDAM réalisé est même supérieur aux dépenses publiques (Figure 2). Toutefois, le rapport de la cour des comptes [13] de 2021 sur la psychiatrie pointe le sous-financement du secteur public en psychiatrie sur la dernière décennie. La santé mentale représente la première dépense de l'Assurance maladie avec 23,4 milliards d'€ (pour

³ Ici, on exclut les soins de suite et de réadaptation (SSR)

⁴ Dans les faits, le mécanisme est davantage complexe puisqu'il inclut notamment les ARS et leur règles de décision pour la redistribution des enveloppes entre établissements de santé.

Carine Milcent (*Carine.milcent@psemail.eu*)
CNRS, Prof. ass. PSE

l'ensemble des régimes) soit 14,5% de la dépense totale⁵. Une part importante de cette dépense relève des hospitalisations, le reste se partageant entre la médecine de ville (médecins généralistes, psychiatres) et les psychotropes⁶. L'activité de psychiatrie dans le secteur public représente plus des deux tiers des dépenses globales. Pourtant, sur dix ans, le taux d'évolution du budget global annuel (+12,7%) a été presque deux fois inférieurs au taux d'évolution pour l'ensemble de l'activité des soins (avec un ONDAM de + 22,9 %). La situation des établissements privés de psychiatrie est différente. Le mode de tarification étant par objectif quantifié national, les possibilités de négociation sont bien plus importantes. Ceci se constate dans la progression de leur financement qui sur la même période a été de +46,9%.

Ainsi, le secteur public de la psychiatrie est doublement pénalisé par le mode de tarification qui au niveau macro, le contraint à un rationnement budgétaire et au niveau micro, voit son enveloppe partiellement attribué à d'autres activités de l'établissement hospitalier pour combler le manque de moyen en activité MCO. Le virage ambulatoire et l'introduction des indicateurs de qualité et de performance, réforme actuelle, a l'objectif de mieux prendre en compte les diversités des populations traitées non plus uniquement sur un plan clinique mais également en termes de précarité et de fragilité économique, sociale et psychosociale.

VIRAGE AMBULATOIRE, CETTE REVOLUTION SILENCIEUSE

Cette révolution silencieuse du virage ambulatoire est un changement de paradigme. Avec le virage ambulatoire, il y a une volonté forte de faire de l'hôpital un centre technique où la majorité des patients sont traités sans nuitée. La récupération suite aux soins hospitaliers doit se faire dans des espaces autres. Promouvoir l'hospitalisation ambulatoire est à l'instar de nos voisins.

Un tel objectif se présente en contradiction avec les demandes d'investissement pour l'identique des structures hospitalières existantes ou encore, s'oppose à l'augmentation de personnel hospitalier. L'augmentation du nombre de patients sans nuitée étant l'objectif du tournant ambulatoire, cela implique une réduction de la surface d'accueil des patients incluant une baisse du nombre de lits et de personnels.

Ceci entre en conflit avec l'activité en psychiatrie qui n'est pas une activité chirurgicale. Si l'objectif de réduire la durée de séjour s'observe en psychiatrie, les besoins en personnels soignants ne peuvent pas se regarder au prorata du nombre de lits.

Aujourd'hui, l'objectif de la tutelle est de 70% d'entrants à l'hôpital traités en chirurgie ambulatoire, c'est à dire de séjours de moins de 24h. Ce chiffre exige aussi des structures adéquates d'accueil en ville en fonction du besoin du patient. Les établissements hospitaliers sont face à une large proportion de patients localisés dans des zones où l'infrastructure sanitaire ne convient pas à une sortie rapide. Ces patients sont donc pris en charge en séjours conventionnels alors même que les moyens de fonctionnement des établissements de santé ne sont plus calibrés pour un pourcentage de ce type de prise en charge aussi conséquent.

⁵ Une photographie de la santé en France est donnée par l'Atlas de la santé [14]

⁶ Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, rapport charges et produits de l'Assurance maladie 2021.

Carine Milcent (*Carine.milcent@psemail.eu*)
CNRS, Prof. ass. PSE

Ce constat est encore plus criant en psychiatrie. La Fédération Française de Psychiatrie en 2015 ainsi que le rapport Laforcade (2016) insistent sur la nécessité d'une plus grande collaboration avec les médecins généralistes ([15], [16]). Il ne suffit pour raccourcir les durées de séjours, il y a une obligation d'une coordination des soins à l'issue du séjour hospitalier pour une prise en charge adéquate du patient. Par ailleurs, la psychiatrie implique une difficulté supplémentaire résidant dans la prise en charge des soins somatiques du patient qui sont parfois relayées en second plan face à leur besoin de soins psychiatriques. Ainsi le virage ambulatoire en psychiatrie doit inclure des passerelles ville – hôpital avec une forte coordination des soins et des liens étroits avec les différents acteurs incluant les professionnels médicaux, sociaux et les aidants.

LA CONTINUITÉ DES SOINS : UN ELEMENT-CLE MISE EN EXERGUE PAR LA CRISE SANITAIRE

Le constat actuel est une insuffisance de moyens menant à ses difficultés à faire face à la crise sanitaire malgré un déploiement de « bonne volonté » des équipes soignantes et non soignantes et à tous les niveaux. Ce constat se conjugue avec un autre constat qui est l'absence actuelle d'un ensemble de structures et de professionnels formant le maillage du tissu de l'offre de soins qui permettrait (peut-être à terme) un continuum de soins en fonction de la technicité nécessaire. Par ailleurs, il apparaît que la mutation d'un système de santé à un autre a été mal préparée à de possibles ondes de chocs exogènes.

Ce décalage est criant durant cette période de crise sanitaire du Covid-19. Certaines structures ou services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ou encore de psychiatrie ont dû se réinventer en proposant des unités mobiles afin de suivre des patients sortis de réanimation mais dans un état trop instable pour un retour au domicile sans suivi. Pour les patients dont l'état était plus stable, la présence de structures sociales ou médico-sociales a souvent été la seule issue face à l'absence d'aidants pour des raisons de distanciation physique et au besoin de libérer les lits pour des nouvelles admissions. Cette crise sanitaire a donc mis en exergue le besoin fort de continuité des soins et non uniquement un passage de l'hospitalier à la médecine de ville.

Par ailleurs, l'allongement dans la durée de la crise sanitaire et les persistances des mesures politiques prises pour éviter de nouvelles poussées de contagion obligent désormais à se pencher sur l'urgence de détection des maladies mentales. L'isolement des plus fragiles, et notamment les personnes âgées, est l'une des conséquences directes de notre mode de vie actuels. Ce phénomène touche également les jeunes par un délaitement de liens physiques au profit de réseaux virtuels. Il aggrave alors les fragilités psychologiques et psychiatriques. Aujourd'hui, plus de deux millions de patients sont pris en charge en ambulatoire contre 430'000 en hospitalier. Toutefois, en 2018, près d'une hospitalisation sur quatre faisait suite à un passage au service des urgences [17]. En ville, les actes ont principalement lieu dans les centres médico-psychologiques (CMP). Des structures plus souples pourraient être davantage mobilisées comme les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) ou encore au domicile du patient. Les communautés territoriales de santé peuvent également être des lieux de détection, impliquant alors la présence de professionnels des troubles psychiques. La crise sanitaire a amené à concevoir comme prioritaire la détection de la fragilité voire de la pré-fragilité ; et non plus, centrer le système sur la prise en charge de patient atteint d'une maladie mentale. Si le système est en construction, il nécessite dès l'amont un mode de tarification adéquate à sa pluralité de prise en charge.

LA CRISE SANITAIRE ET LE PROCESSUS DE PRISE DE DECISION

La crise sanitaire a remis les soignants au cœur du processus de décision du mode de prises en charge des patients. Dans un contexte marqué par la limitation des ressources, les équipes médicales ont dû agir rapidement pour faire face à la croissance brutale de la demande de soins. La régulation administrée officielle s'est trouvée débordée et une régulation auto-construite par territoire s'est révélée, avec des ajustements successifs. On peut d'ailleurs se féliciter de la réactivité et de la capacité d'adaptation rapide de ce système que l'on décrit souvent comme sclérosé. Il s'agit maintenant de définir quels éléments de cette régulation seront appelés à devenir pérennes. Par ailleurs, le degré de saturation des établissements prenant en charge les patients atteints du Covid-19 a mené à une articulation sanitaire et médico-sociale innovante. De plus, la faible présence du corps médical dans les Ehpad, élément peu connu du grand public, a dû se redéfinir durant la crise sanitaire. Ces initiatives d'interaction sont alors apparues comme cruciales, bien qu'insuffisamment prédéfinies. Enfin, cette crise a fait éclaté au grand jour le scandale des niveaux de rémunération des personnels soignants. Au-delà de la revalorisation attendue, la question sous-jacente de la valorisation de tâches qu'implique le tournant ambulatoire doit également être à l'étude. L'augmentation des salaires apparaît aujourd'hui comme indispensables mais ne peut pas être l'unique réponse au manque de moyens. En MCO et plus encore en psychiatrie, une coordination des soins efficace passe par des référents de parcours ce qui correspond à une nouvelle fonction et implique une rémunération propre.

LA PLACE DE L'AIDANT INFORMEL DEVENANT INDISPENSABLE, ACCENTUE PAR LA CRISE SANITAIRE

L'offre de soins, construit historiquement depuis 45 ans selon deux niveaux, la médecine de ville et l'hospitalier, d'une part, et le secteur social et médico-social d'autre part, sont en mutation vers un continuum de soins entre la ville, l'hôpital, le domicile et ses substituts sociaux et médico-sociaux. Le parcours de soins et d'accompagnement se compose désormais d'une partie de passages en milieu hospitalier ainsi qu'une seconde partie où le patient ne nécessite plus d'actes hospitaliers mais où son état de santé est encore fragile, à domicile ou en établissement médico-social. Cette seconde partie des soins et de l'accompagnement qui prenait principalement place à l'hôpital, nécessite des soins moins intensifs mais plus récurrents, plutôt médicaux que chirurgicaux désormais : ceci appelle des liens beaucoup plus structurés et continus entre la médecine de ville, la médecine hospitalière, les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Cela explique et implique la place croissante des aidants non professionnels

Cette transition de séjours hospitaliers à des passages hospitaliers itératifs a des conséquences qui dépassent le décloisonnement entre hôpital et médecine de ville. Pour que cette transition ne se fasse pas au détriment de l'utilisateur, il est crucial qu'il implique un maillage de l'offre de soins et d'accompagnement continu en fonction des besoins de soins médicaux, paramédicaux, socio-éducatifs, mais aussi non médicaux des patients. Par ailleurs, cette transition implique de nouvelles places et une relation renouvelée de l'aidant (non professionnel) et de l'intervenant professionnel, à définir et préciser. L'aidant se trouve inclus très étroitement dans le processus de soins et d'accompagnement de la personne aidée, ce dont témoigne la reconnaissance progressive de l'aidant dans les politiques publiques, comme

Carine Milcent (*Carine.milcent@psemail.eu*)
CNRS, Prof. ass. PSE

de « la personne de confiance » dans la législation hospitalière, sociale et médico-sociale. Des questions alors surgissent sur les capacités d'accompagnement de l'aidant, sa formation et son soutien voire son répit, ainsi que son degré d'accès aux informations relatives aux soins de l'aidé, afin de le seconder au mieux.

En effet, le tournant ambulatoire (sanitaire) ou inclusif (médico-social) s'appuient très souvent sur un entourage suffisant de l'aidé à son domicile. L'idée centrale du tournant ambulatoire ou inclusif est qu'à l'issue du passage hospitalier, ou en alternative à son hébergement en établissement médico-social, l'utilisateur aidé puisse rester à son domicile, voire en faire émerger un nouveau plus adapté (habitat inclusif).

La pierre angulaire de ce tournant est l'aidant qui est souvent le point d'articulation entre l'utilisateur vulnérable au titre du handicap, de l'âge et parfois fatigué par les soins hospitaliers reçus, d'une part, et les intervenants médicaux, paramédicaux et socio-éducatifs exerçant ou intervenant en ville ou en établissement et service social et médico-social.

La place des facteurs socio-économiques et d'isolements joue aussi différemment avec le tournant ambulatoire ou inclusif. Les usagers aidés sont aussi confrontés à leurs inégalités socio-économiques. Le temps très particulier de repos durant le séjour hospitalier, qui était une période hors « temps et espace », qui était une parenthèse d'équité devant la fatigue liée à la maladie devient un temps soumis aux rythmes exigés par la nouvelle organisation hospitalière, tout en continuant à devoir assumer les contraintes de la vie quotidienne à domicile. Ainsi, la question du lien avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux devient centrale. Il s'agit pour ces établissements et services de se re-décliner, se réorganiser afin de répondre à des objectifs plus ambitieux que ceux pour lesquels ils avaient été pensés à l'origine. L'activité en psychiatrie est probablement l'activité la plus adaptée à cette bascule de l'hôpital au domicile. Pourtant, cette prise en charge en réseau reste encore à construire. Cela implique la formation croisée entre les professionnels des soins, les acteurs médico-sociaux et sociaux, et les aidants. Si le travail de certains sont rémunérés, d'autres sont confrontés à un surcroît de travail non valorisés financièrement voire, entraînant une perte de rémunération.

LA CRISE SANITAIRE ET LES TELECONSULTATIONS, LES TELESOINS

L'organisation du système sanitaire, social et médico-social a montré une grande adaptabilité en proposant des téléconsultations et des télé-suivis d'accompagnement social et médico-social, ainsi qu'en adaptant la législation et la tarification afin d'en assouplir les conditions d'exercice. L'effet semble être une prise en charge à distance d'une part de la population qui n'aurait pas eu accès aux soins ou à des accompagnements sans cela. Dans un contexte de pénurie d'offre de psychiatre et de pédopsychiatre, il s'agit d'une voie à explorer tout en étudiant les limites. Les premiers résultats sur l'adoption de la téléconsultation par les psychologues durant la première phase de confinement en France comparativement à l'Europe en montre la complexité [13].

Ainsi, la crise sanitaire a modifié considérablement notre comportement face à l'offre de soins nous menant à nous tourner vers la téléconsultation et le télé-soin. S'agit-il de comportements transitoires dus au confinement ou témoignent-ils de comportements en germination dont la croissance a été bousculée par la crise ? Comment ces nouveaux outils d'offre de soins vont-ils s'inscrire dans le paysage d'offre de soins et son continuum ?

Toutefois, un usager seul face à une téléconsultation ou un télé-suivi d'accompagnement a probablement encore davantage besoin de l'aidant, une personne tierce et de confiance que dans le cas d'une consultation classique en présentiel où le praticien peut être à même de mesurer les différents impacts et repères matériels et relationnels de la situation vécue par l'aidé.

LA CRISE SANITAIRE COMME PROJECTEUR DES INSUFFISANCES DE MOYENS

Du côté des usagers, la crise sanitaire a montré l'attachement de la population au système de santé et plus précisément, à l'hôpital public. Il y a eu réaffirmation du bien « santé » comme un bien public, accessible à tous et pour tous. Le gouvernement a repris cette notion pour la diffusion de potentiels vaccins. Ceci a ainsi mis en évidence l'importance du financement public de la recherche en santé. La course au vaccin pour lutter contre le Covid-19 et les subventions attribuées par l'Europe comme par les Etats-Unis ou la Chine aux laboratoires pharmaceutiques privées en sont la manifestation la plus médiatisée.

Au niveau du fonctionnement, le manque de moyens hospitaliers ou encore la revalorisation des professions de soignants quel que soit leur niveau de qualification apparaît aujourd'hui comme une évidence. Mais jusqu'où sommes-nous prêts à cotiser ? Par ailleurs, la place des téléconsultations, de la télésurveillance et des nouvelles technologies en général devra faire l'objet d'une véritable stratégie. Ce type de consultations à distance ont explosé pendant le confinement et leur place, ainsi que celle de l'IA ne pourra s'organiser efficacement que sur les bases de concertation entre professionnels, tutelles et usagers. Et, elle nécessitera une formation adéquate des professionnels de soins. En outre, la crise a démontré une capacité collective d'un comportement de prévention lorsque le risque est immédiat et semble concret. Ainsi, le pouvoir de l'information et de l'éducation thérapeutiques des patients se pose autrement. Toutefois, le patient « au centre des soins », ne peut être laissé seul face à sa perception de « besoins de soins ». Le contexte anxigène de la crise a inhibé certains comportements de recours aux soins et cela, même pour des pathologies graves comme l'AVC. Ainsi, la consommation de soins est perméable au contexte. Une réflexion sur l'articulation des acteurs publics et privés à but lucratif pour la gestion de l'accès aux soins doit donc être menée. En outre, la crise sanitaire a mis en exergue le rôle de plus en plus central des aidants dans le système de santé, notamment pour les patients fragiles mais dont l'état de santé permettait d'éviter une hospitalisation. La question de leur valorisation se posera d'autant plus avec le tournant ambulatoire.

Au global, la crise sanitaire a accentué la place du digital dans le système de soins. Si la crise sanitaire a pris place en France en pleine mue de notre système de santé, soit une période de grande vulnérabilité, elle a été révélatrice d'une trop grande dichotomie entre la médecine de ville et l'hospitalier. Toutefois, prenons garde à ne pas reconstruire un système de santé pour une période de crise mais bien à le penser dans une normalité avec une souplesse nécessaire à de possibles chocs sanitaires.

EN CONCLUSION

Le virage ambulatoire implique une continuité des soins dans leur degré de spécialisation et de technicité permettant la prise en charge du patient à chaque étape de son retour au niveau

Carine Milcent (*Carine.milcent@psemail.eu*)
CNRS, Prof. ass. PSE

de santé attendu. Ce tournant va de pair avec une diminution de la durée des séjours, une transformation plus massive encore de séjours conventionnels en séjours dit de « chirurgie ambulatoire », une adaptation de la structure hospitalière. L'activité psychiatrique se prête particulièrement à ce tournant. Pourtant, il peine encore à se développer vers une plus grande coordination entre la ville et l'hôpital.

La difficulté actuelle est que cette continuité des soins n'existe pas (encore) sur le terrain. Les hôpitaux du service public font donc face à une augmentation de la demande liée à une insuffisance de prise en charge adéquate hors des murs de l'hôpital amenant ainsi à une intensification du travail et une augmentation des tensions. En parallèle, le vieillissement d'une population à l'état de santé précaire, l'augmentation du recours aux urgences, l'innovation permettant une prise en charge de pathologies qui jusque-là, ne pouvaient pas l'être, le développement des maladies chroniques et leur plus grande complexité associée à une autre pathologie aggravent ce contexte de tension au sein des hôpitaux.

Nous étions alors, avant la crise sanitaire du covid-19, invités à nous interroger : notre tissu hospitalier parviendra-t-il à tenir pour permettre notre transition de système de santé ? La question aujourd'hui est plutôt que nous apprend la crise actuelle sur le tournant engagé de notre système de santé ? Ce tournant correspond-il à nos attentes d'un système de soins à la française...

Carine Milcent (Carine.milcent@psemail.eu)
CNRS, Prof. ass. PSE

REFERENCES

- [1] Dormont B. and C. Milcent. *Ownership and Hospital Productivity*. 2018. Chapter book in Edition rue d'Ulm Collection du Cepremap N.49
- [2] Dormont B. and Milcent C. Quelle régulation pour les hôpitaux publics français ? *Revue Française d'Economie* 2002 ; Volume XVII (2)
- [3] Dormont B. and C. Milcent. Tarification des hôpitaux : la prise en compte des hétérogénéités. *The Annals of Economics and Statistics* 2004 ; Volume N°74: 47-83
- [4] Dormont B. and C. Milcent. How to regulate heterogeneous hospitals, *Journal of Economics & Management Strategy* 2005 ; Volume14(3)
- [5] ATIH – Rapport 2017
https://www.scansante.fr/sites/default/files/content/347/illustration_caracteriser_activite_scan_sante.pdf
- [6] Bénamouzig, D. et Ulrich, V. L'organisation des soins en psychiatrie. *Revue française des affaires sociales* 2016 ; 2.
- [7] Gobillon L. and Milcent C. Competition and Hospital Quality: Evidence from a reform”, in *Competition Between Hospitals, Does it Affect the Quality of Care?*, Dormont B. and Milcent C. (eds.), 2018. Editions Rue d'Ulm, Paris, pp. 161-197
- [8] Gobillon L. and Milcent C. Evaluating the effect of ownership status on hospital quality: the key factor for hospital performance. *The Annals of Economics and Statistics* 2016 ; Volume No. 121-122:161-186.
- [9] Gobillon L. and Milcent C. Spatial disparities in hospital performance, *Journal of Economic Geography* 2013 ; Volume N°13(6): 1013-1040, 2013.
- [10] Dru A. and Gautier A. Améliorer le parcours de soins en psychiatrie, Rapport Mars 2021
https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2021/2021_10_parcours_soin_psychiatrie.pdf
- [11] Agence Technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) Données clés 2018 publiées le 26 juillet 2019
- [12] Milcent C. From downcoding to upcoding: DRG based payment in hospitals, *International Journal of Health Economics and Management* 2019 ; DOI: [10.1007/s10754-020-09287-x](https://doi.org/10.1007/s10754-020-09287-x)
- [13] Cour des comptes, Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie. Rapport 2021;
<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-parcours-dans-lorganisation-des-soins-de-psychiatrie>
- [14] Coldefy, M. et Gandré, C. (dir) (2020). *Atlas de la santé mentale*. Paris, France : Irdes, série Atlas, 7. <http://santementale.atlasante.fr/>
- [15] Fédération Française de Psychiatrie. *Recommandation de bonne pratique en psychiatrie. Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique.*

Carine Milcent (*Carine.milcent@psemail.eu*)
CNRS, Prof. ass. PSE

Rapport 2015.

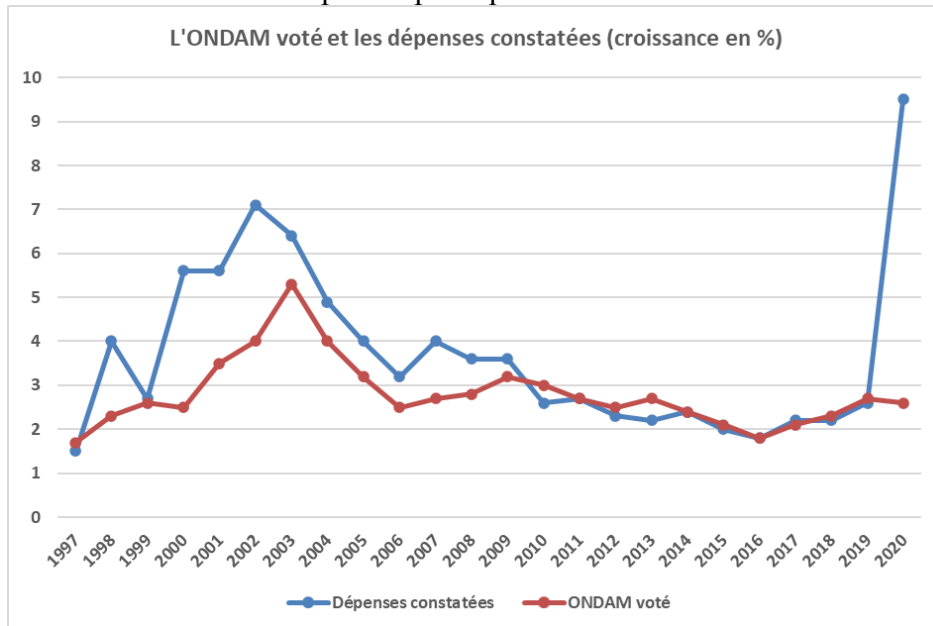
[16] Laforcade M. Ministère des affaires sociales et de la santé. *Rapport relatif à la santé mentale*. 2016.

[17] DREES. Les patients suivis en Psychiatrie. Les Etablissements de santé, édition 2020. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2016%20-%20Les%20patients%20suivis%20en%20psychiatrie%20.pdf>

[18] Haddouk L. and Milcent C. Telepsychology in France since COVID-19. Training as key factor for telepsychology practice and psychologists' satisfaction in online consultations. 2021 ; *halshs-03265054, HAL*.

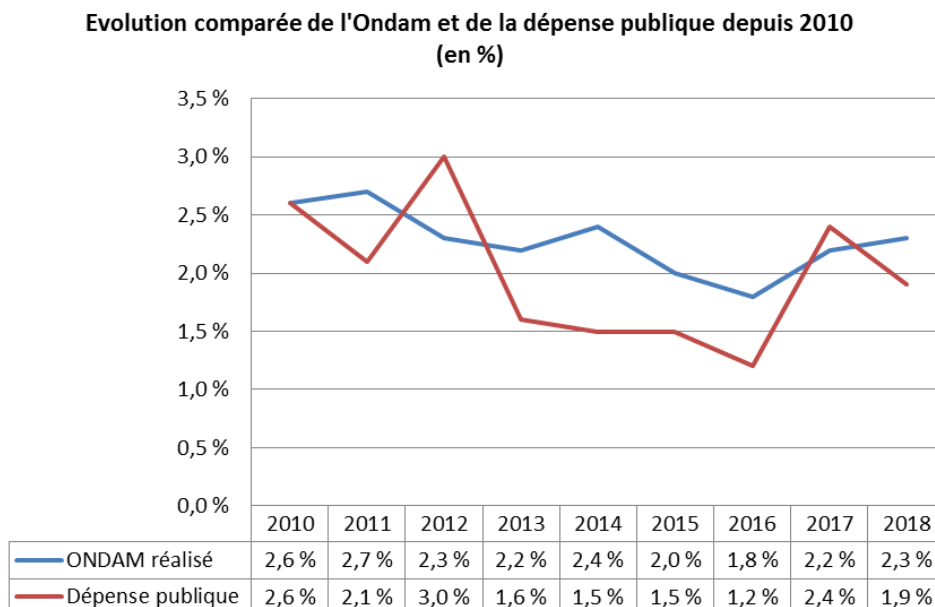
FIGURES

Figure 1 : l'ONDAM voté et les dépenses publiques



Source : <https://www.fipeco.fr/fiche/L'objectif-national-de-dépenses-d'assurance-maladie-%28ONDAM%29>

Figure 2 : l'ONDAM réalisé et les dépenses publiques



Source: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/organisation-des-soins-psychiatriques>