

Système de santé français face à la crise sanitaire: Actions et réactions

Le monde hospitalier se manifeste régulièrement, sonnante l'alarme sur des situations laissant les professionnels des soins désarmés face au manque de moyens. Toutefois, leurs actions n'ont pas eu la portée en prise de conscience, du choc de la crise sanitaire. Pour la préservation de notre système de santé, nous avons fait preuve de résilience durant un confinement de presque deux mois.

Avant de poursuivre sur ce que la crise sanitaire a révélé de notre système de santé et les réponses et adaptations qui ont été mises en place, revenons sur ses évolutions et ce qu'il est aujourd'hui. Il est construit selon deux niveaux, la médecine de ville et l'hospitalier. Après la seconde guerre mondiale et durant les 30 glorieuses, l'offre hospitalière s'est fortement développée en infrastructures, en équipements et en niveau de qualité. En parallèle, l'évolution des dépenses de santé est marquée par une croissance dépassant celle de la croissance du PIB. Les chocs pétroliers ont conduit à y introduire des contraintes budgétaires. Ce fut tout d'abord sous la forme d'un budget global pour les établissements hospitaliers publics puis par la mise en place de la tarification à l'activité (T2A). L'avantage de ce mode de tarification est que contrairement au budget global, il est ancré sur l'activité réelle des établissements. Toutefois, son fonctionnement théorique a été dévoyé par la conservation de l'enveloppe nationale définissant arbitrairement l'ensemble du budget hospitalier (ONDAM). Aujourd'hui, le système hospitalier est en mutation. A l'instar de nos voisins, la prise en charge des patients se tourne vers la chirurgie ambulatoire, des actes nécessitant une présence en hôpital de moins de 12h. Il est attendu pour 2022 que 70% des séjours hospitaliers soient ainsi réalisés. Le corollaire est un changement profond de la structure hospitalière. La réduction drastique théorique de besoin de nuitée hospitalière se traduit par une diminution du nombre de lits, de personnels hospitaliers et une redistribution des tâches du personnel hospitalier. Or, si ce tournant est entamé à l'hôpital avec plus d'un tiers de séjour de ce type, la prise en charge des patients en ville ne s'est pas encore suffisamment restructurée. Le résultat est des hôpitaux pris en étau entre les directives imposées et la réalité du terrain où pour des raisons entre cliniques et vulnérabilité, fragilité (isolement, gradient social), les patients restent à l'hôpital et « consomment des nuitées ». La crise sanitaire a révélée cette révolution silencieuse de notre système de soins et l'inadéquation de l'offre de soins de ville.

Du côté de l'hôpital, la crise sanitaire a remis les soignants au cœur du processus de décisions du mode de prises en charge des patients. Dans un contexte marqué par la limitation des ressources, les équipes médicales ont dû agir rapidement dans l'intérêt du patient mais aussi face à la croissance de la demande de soins. La régulation administrée officielle s'est trouvée débordée et une régulation auto-construite par territoire s'est révélée en montrant son efficacité par sa réactivité et sa capacité d'ajustement. Il s'agit maintenant de définir quels éléments de cette régulation seront retenus comme pérenne. 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'interactions sont alors apparues comme cruciales et insuffisamment pré-définies. Probablement le plus médiatisé, cette crise a révélé le niveau des salaires des personnels soignants. Au-delà de sa revalorisation, la question sous-jacente de la valorisation de tâches qu'implique le tournant ambulatoire doit également être à l'étude.

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, notamment pour l'avènement de potentiels vaccins. Ceci a aussi mis en évidence l'importance du financement public de la recherche en santé. 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 ? Parallèlement, des médecins généralistes et spécialistes ont tourné leur activité vers la téléconsultation et la télésurveillance. Une explosion de ce mode d'accès aux soins a été observée. La place de l'IA et d'une médecine à distance ne peut plus être occultée. Elle ne pourra s'organiser efficacement que sur les bases de concertation entre professionnels, tutelles et usagers. Et, elle nécessite 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 thérapeutique 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 consommations de soins. Des professionnels soignants ont constaté un moindre recours aux urgences ainsi qu'une diminution des occurrences de maladies graves comme les 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, les données relatives à la santé et leur utilisation doit donc être menée. Par ailleurs, 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.