

# RFAS

Revue française des affaires sociales

---

## Séminaire « Le virage ambulatoire : enjeux et perspectives »

---

**Compte-rendu de la séance 2 – 30 octobre 2020**

### **Le virage ambulatoire sous l'angle des inégalités sociales et territoriales de santé**

Après une première séance le vendredi 18 septembre 2020 consacrée au transfert d'activités vers l'ambulatoire, la *Revue française des affaires sociales* (RFAS) a organisé le vendredi 30 octobre 2020 la seconde séance de son séminaire<sup>1</sup> sur le virage ambulatoire traité sous l'angle des inégalités sociales et territoriales de santé. Trente à quarante personnes ont participé, issues du milieu académique, de l'administration (DGOS, DREES) et de l'inspection générale des affaires sociales. Les présentations ont généré de très nombreuses questions et échanges entre intervenant·e·s et participant·e·s, en particulier sur l'allocation des financements.

La matinée a débuté par un mot de bienvenue d'Aurore Lambert, secrétaire générale de la RFAS, et par une brève introduction de Joseph Hivert, collaborateur scientifique de la RFAS, qui ont rappelé que ce séminaire visait à dégager des pistes de réflexion qui alimenteront l'appel à contribution pour prochain numéro RFAS 2021-4 dont le dossier portera sur l'hôpital et qui sera coordonné par **Alexis Spire**, sociologue, chargé de recherche au CNRS, **Maud Gelly**, sociologue et médecin, et **Joseph Hivert**.

---

<sup>1</sup> Programme en ligne : <http://www.publisocial.fr/wp-content/uploads/2020/09/RFAS.-Seiminaire-virage-ambulatoire-note-cadrage-et-programme1.pdf>

Le calendrier de préparation de ce dossier s'organise comme suit : l'appel à contribution devrait être diffusé début décembre 2020 avec une réception des articles prévue vers le 12 avril 2021 et une publication en décembre 2021.

La séance s'est ensuite organisée autour de trois interventions.

**Alexis Spire**, directeur de recherche au CNRS, a présenté une recherche en cours démarrée au mois de juin dans le cadre du projet « La confiance dans les institutions étatiques et scientifiques à l'épreuve du Covid-19 » (CIESCO). Financé par l'ANR (Flash Covid-19), ce projet porte sur la confiance dans les institutions étatiques et scientifiques en temps d'épidémie et comporte un volet d'enquête sur la situation des hôpitaux comme univers professionnel. Conduite avec Maud Gelly, l'enquête d'Alexis Spire vise à comparer deux hôpitaux situés dans des régions différentes avec pour objectif de comprendre comment se résout la contradiction entre l'impératif de protection des soignants et la nécessité de faire fonctionner l'hôpital. L'enjeu est également d'explorer le rôle de l'hôpital dans la confiance entre citoyens et institutions en partant de l'idée que cette question de la confiance doit se mesurer dans des univers de pratiques, encadrées dans des univers professionnels. Trois résultats provisoires sont mis en évidence par Alexis Spire :

**1/ La perte de confiance des personnels dirigeants de l'hôpital dans l'État central** en raison de la transformation des modes de fonctionnement et de communication. Les personnels dirigeants doivent s'adapter aux déclarations du ministre et du Président mais les temporalités se superposent : celle de l'annonce ministérielle n'est pas celle de la mise en œuvre comme le montre bien la mise en place du confinement dans le Grand Est. L'urgence de la crise met également en évidence le recours à des modes de communication (Twitter, Internet, mails des chefs des urgences à leurs collaborateurs) ainsi que des modes de concurrence avec le privé : la fuite des personnels s'accélère en raison de la stagnation des rémunérations mais cette fuite opère de manière différente (les CHU restent attractifs pour les médecins) selon les régions également (les deux zones enquêtées sont marquées par une faible présence de généralistes). Cette perte de confiance se donne ensuite à voir dans le soupçon à l'égard de l'État qui n'assure plus la protection de ses agents, notamment en raison de la pénurie du matériel de protection. Même si dans les deux établissements enquêtés il n'y a pas eu de pénurie de masques, les injonctions variables voire contradictoires dans l'usage de ces masques ont contribué à diminuer la confiance dans les instructions étatiques. De plus, de nombreux agents ont contracté la maladie, ce qui a entretenu l'idée que les personnels n'ont pas été protégés.

**2/ La crise épidémique a révélé les rapports de domination au sein de l'hôpital,** d'abord entre services « exposés » (les urgences, la réanimation, soit des services bien dotés en matériel) et services « relégués » (gériatrie) alors même que les personnels de ces derniers étaient aussi exposés à la maladie. Les formes de solidarité à l'égard de l'hôpital ont été concentrées sur les urgences et la réanimation. L'attitude des personnels face à la maladie apparaît différente : certains la perçoivent comme un nouveau défi sanitaire alors que d'autres l'appréhendent comme une contrainte. De même, des différences se donnent à voir dans le rapport au vaccin contre la grippe saisonnière mais cela préfigure sans doute des rapports différenciés au vaccin contre le Covid-19 : si le taux de vaccination chez les médecins est très élevé, il est beaucoup plus faibles chez les infirmiers et les aides-soignants.

**3/ En terme d'organisation du travail, un des effets de la pandémie a été de renforcer les collectifs de travail.** La crise a renforcé la cohésion des équipes avec l'idée que la perception des institutions par les équipes dépend du rapport au terrain, de la manière dont les institutions sont incarnées sur le terrain par les médecins et les cadres qui sont appelés à jouer le rôle d'intermédiaire. Dans beaucoup de services, la crise sanitaire a accentué chez les agents un sentiment d'éloignement par rapport aux autorités. La crise intervient après une forte mobilisation sociale et à un moment où les directions des hôpitaux sont perçues comme le bras armé de la suppression des lits. De plus, les soignants, avec les services de maintenance et les cuisines, se retrouvent en première ligne alors que le personnel administratif passe en télétravail. On observe un renforcement des solidarités au sein de ces collectifs, au-delà des différences hiérarchiques. D'autre part, l'enquête montre que la crise sanitaire a eu pour effet de renforcer les collectifs territoriaux : dans un contexte où se renforce la défiance à l'égard de l'État central, éloigné du terrain, le sentiment qu'il est possible d'y suppléer par des solidarités territoriales dans l'hôpital et sur le territoire se développe. L'enquête met en lumière l'écart entre la détérioration de la confiance dans les institutions centrales et un renforcement des solidarités locales qui apparaissent comme une forme d'alternative au fait de se reposer sur des institutions lointaines.

**Carine Milcent**, économiste, chargée de recherche au CNRS, commence par souligner la vision très générale des inégalités sociales et territoriales dans le virage ambulatoire. Elle rappelle qu'avant la crise sanitaire liée au Covid-19, il y avait déjà des appels répétés à une action des autorités sur la pénurie du nombre de lits, sur l'insuffisance du personnel soignant et des équipements, sur les difficultés financières et les dettes contractées. Elle interroge ensuite le terme "virage ambulatoire" : le tournant ambulatoire est-il un virage ? Le virage

ambulatoire s'inscrit dans une tendance de fond en lien avec le développement des innovations et de la technologie qui amènent à penser les soins autrement avec des équipements de plus en plus spécifiques. Il est désormais possible de traiter le patient sans être excessivement invasif (ex: les opérations de l'œil peuvent avoir lieu en cabinet). De même, les maladies chroniques et le vieillissement obligent à penser les soins différemment : en France, l'espérance de vie en bonne santé est plus réduite par rapport aux pays européens (de l'ordre de 60 ans) alors que l'espérance de vie est de 80 ans (soit 20 ans de maladies chroniques). Dans le même temps, l'hôpital devient de plus en plus un centre technique axé sur le bien-être du patient et sur la volonté de prévenir les infections nosocomiales. L'amortissement d'un équipement coûteux en raison des avancées technologiques se répercute sur le coût des lits : les chambres en MCO (séjours hospitaliers en soins de courte durée) coûtent cher. C'est une tendance de fond qui s'observe dans l'OCDE.

Une des conséquences de cette tendance est la concentration des établissements et la diminution du personnel hospitalier, ce qui pose la question de l'accessibilité en cas de crise sanitaire. En effet, la continuité des soins en ambulatoire n'est pas suffisamment assurée sur le territoire. Or un continuum des soins en fonction de l'état de santé des usagers est nécessaire mais n'existe pas actuellement sur tout le territoire. Le cas du Programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) pour le post-accouchement constitue un bon exemple<sup>2</sup> : le travail réalisé par Carine Milcent et ses collègues montre l'importance de l'environnement de la femme (lieu d'habitation, nombre d'enfants) pour son adhésion au programme (effet social, économique et environnemental) et l'importance de la continuité des soins par une densité suffisante de sage-femmes pour l'adhérence au programme (effet territorial).

Carine Milcent souligne ensuite que l'évolution de la tarification augmente la pression sur l'hôpital lorsque celui-ci n'est pas en mesure de réduire la durée du séjour, par exemple pour des raisons sociales : si une personne âgée ne peut rentrer seule chez elle, on est alors face à une justification sociale et environnementale et non médicale au séjour. Ce qui soulève des difficultés pour arbitrer entre des contraintes d'ordre différent. La T2A pose également la question de la prise en compte des caractéristiques des patients (âge, situation familiale, etc.) : le croisement de l'ensemble des facteurs complique leur prise en compte. La tarification ne prend en compte que la qualité technique des interventions, notamment chirurgicales. S'il y a eu des ajustements pour prendre en compte la sévérité ou l'âge, il reste qu'il existe des

---

<sup>2</sup> C. Milcent, P. Rozenberg and S. Zbiri, « Home-based postnatal coordinated care (PRADO) after discharge from hospital: health professional's accessibility and socioeconomic gradient », Document de travail, 2020.

facteurs non cliniques qui jouent sur la prise en charge. On observe même une corrélation entre les aspects cliniques et socio-économiques : les patients n'ont par exemple pas le même type de prévention en fonction de leurs revenus. Aujourd'hui la tarification tend à prendre davantage en compte la qualité des soins. Sur ce point, disposer d'indicateurs de qualité nécessite des bases de données suffisamment exhaustives, donc un personnel qualifié affecté à cette tâche. Or la fonction administrative dans les hôpitaux est perçue par les personnels soignants comme prenant de plus en plus de place, le codage prenant du temps sur l'activité de soins.

Carine Milcent souligne pour finir que la crise sanitaire liée au Covid-19 a accentué l'opposition entre ce tournant ambulatoire et la continuité des soins ; la pandémie a mis en lumière l'insuffisance des soins ainsi que l'absence de préparation de la mutation. Les soins sont également remis au cœur de la prise de décision. C'est aussi la place de l'aidant (comment se fait la suite des soins ?) et le rôle de l'e-santé et de la téléconsultation qui ont été soulevés par la crise sanitaire.

**Laurent Chambaud**, directeur de l'École des hautes études en santé publique (EHESP), propose pour commencer son intervention de dégager quelques éléments de réflexion sur la façon d'appréhender le virage ambulatoire avant la crise sanitaire liée au Covid-19. Il fait remarquer, *d'une part*, que l'on ne peut pas parler du virage ambulatoire si on ne regarde pas la globalité des services qui répondent aux besoins de soins des populations. Un des éléments majeurs - qui n'est pas propre à la France mais qui apparaît très présent dans notre pays - est le cloisonnement des services et des institutions, notamment hospitaliers, libéraux et ambulatoires. Laurent Chambaud rappelle que l'on a souhaité traiter ce cloisonnement en France en parlant de parcours (de santé, des soins), alors que les Québécois parlent de la continuité des soins et des services, suivant en cela les préconisations de l'OMS. Pour Laurent Chambaud, il est préférable de parler de continuité des soins et des services car les parcours appartiennent aux personnes mais les institutions ont une obligation de proposer une continuité des services et des soins. Les tentatives de développer des financements différents pour rompre avec ces cloisonnements restent timides en France. La continuité des soins et des services pose également la question de ce que l'on met sous les termes *care* et *cure* : comment organise-t-on les « soins » à la fois techniques et liés aux professionnels de soins et partagés avec d'autres professionnels ? La continuité des soins et des services soulève aussi la question de l'amont, et en particulier de la prévention et de la promotion de la santé. *D'autre part*, c'est la capacité à inter-relier l'épisode de soins et l'épisode de vie qui doit être

interrogée lorsqu'on parle de virage ambulatoire. En France mais aussi ailleurs, on observe une tendance à concentrer les soins techniques à l'hôpital et à déplacer ailleurs ce qui relève de l'environnement des personnes. Les environnements socio-économiques et culturels étant très variables d'une personne à l'autre, il convient de prendre en compte le rôle des aidants et de l'environnement social. Or, jusque-là, ce sont des pourcentages d'actes techniques réalisés qui sont pris en compte dans les politiques et moins des pourcentages de suivi (technique mais surtout social) de ces actes. En terme d'organisation, cela pose la question de savoir comment relier l'épisode de soin et l'épisode de vie. Cette tendance à se focaliser sur les actes techniques conduit également à mettre le projecteur sur les métiers plus techniques dans lesquels se font les interventions et à laisser dans l'ombre le rôle d'autres professionnels. Quel est le rôle par exemple des médecins en ambulatoire dans l'accompagnement des personnes ? De même, dans un contexte de crise, que faire de métiers plus intermédiaires entre médecins et autres spécialités médicales comme les infirmières de pratique avancée ?

*Enfin*, le virage ambulatoire soulève une interrogation, déjà présente avant la crise, sur la gouvernance, en termes de territoires ou de structures notamment : est-ce la structure ou la logique de territoire qui est la plus importante ? Jusqu'à présent, c'est la logique de territoire qui a été favorisée à travers les Agences régionales de santé (ARS) et la mise en place des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) et les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Cette logique de territoire se retrouve au sein de l'EHESP au niveau de la formation des cadres hospitaliers qui ne sont pas uniquement des cadres de structure mais qui doivent également agir dans une logique territoriale. La question de la gouvernance apparaît donc importante si l'on veut parler de virage ambulatoire.

Laurent Chambaud propose dans un second temps d'interroger cette évolution à l'aune de la crise sanitaire, en soulignant cinq éléments. *Premièrement*, il indique que la crise sanitaire liée au Covid-19 constitue un révélateur des inégalités de santé. Sur ce point, l'INSEE a produit un premier document sur l'analyse de la mortalité avant l'été<sup>3</sup> et l'INSERM a publié la première étape d'une analyse il y a quelques semaines<sup>4</sup>. Des analyses sur les inégalités de santé ont été publiées dans d'autres pays également. Ces inégalités de santé révélées par la crise posent la question de savoir comment travailler pour réduire ces fractures en termes de soins, de contextes de vie des personnes et probablement bientôt de conséquences économiques de la pandémie. Celle-ci a constitué un choc pour la santé

---

<sup>3</sup> « L'Île-de-France, région la plus touchée par le surcroît de mortalité pendant le confinement », *Insee Analyses*, n°18, juin 2020.

<sup>4</sup> Nathalie Bajos *et al.*, « Les inégalités sociales au temps du Covid-19 », *Questions de Santé Publique*, n°40, octobre 2020.

publique qui essaie depuis longtemps de travailler sur les inégalités mais qui voit le fossé s'élargir. *Deuxièmement*, il se demande si cette crise ne va pas avoir pour effet de réintroduire de l'hospitalocentrisme car actuellement toutes les énergies sont déployées pour rendre l'hôpital capable de réagir à la crise. Alexis Spire soulignait combien certains services plus que d'autres ont été mis sous tension lors de la première vague de Covid-19 mais Laurent Chambaud fait remarquer que c'est aussi l'ensemble des forces de soins en ambulatoire qui ont été paralysées au moment de cette première vague. À l'inverse, cette crise peut – et c'est la tendance qui semble se dégager progressivement – créer de nouvelles organisations : ce qu'Alexis Spire appelait des collectifs territoriaux. Ce phénomène demande un suivi important car l'urgence de la réaction va peut-être produire de nouveaux modes d'organisation, probablement plus liés aux dynamiques territoriales existantes qu'à un schéma pré-pensé. *Troisièmement*, la crise sanitaire tend à redéfinir ce qui est de l'ordre du *care* et du *cure* et à renforcer les liens entre les deux, moins à l'hôpital que dans les établissements pour personnes vulnérables et notamment les EHPAD. C'est le cas également dans d'autres pays comme au Québec. *Quatrième point* : dans ce contexte, se pose la question des organisations et notamment des Agences régionales de santé (ARS) qui ont été mises sous tension. Que leur demande-t-on dans un contexte comme celui-ci ? Laurent Chambaud fait remarquer que sur ce point la doctrine a beaucoup bougé : d'abord très centralisée, elle s'est ensuite plus ou moins régionalisée. Il souligne que durant cette crise les ARS n'étaient pas prêtes pour assurer l'ensemble des rôles, notamment logistiques, car elles n'avaient pas les personnels ni les antécédents nécessaires qui relevaient auparavant plutôt des préfetures<sup>5</sup>. *Cinquième point* : cette crise sanitaire a révélé un éloignement très fort des instances et structures de démocratie sanitaire : la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) a par exemple été mise complètement de côté durant cette crise. Si certaines de ces structures ont tenté de produire des avis, elles ont été inaudibles. Lorsque l'on parle de tournant ambulatoire ou d'appropriation de ces parcours de soin par les personnes, les instances de démocratie en santé devraient pourtant avoir un rôle important. Mais ce rôle tend à disparaître en période de crise. *Enfin*, la crise sanitaire pose la question de l'épuisement du personnel soignant - notamment des infirmiers et aides-soignants qui font état de souffrance au travail – et de la façon de le gérer.

---

<sup>5</sup> Cf. les travaux du Centre de sociologie des organisations de Sciences po.

## *Questions et échanges entre intervenant-e-s et participant-e-s*

Dominique Acker fait remarquer qu'un médecin de ville avait vu arriver la deuxième vague et demande pourquoi cette alerte n'a pas été prise en compte : Est-ce parce que nous étions trop centrés sur les urgences ? Laurent Chambaud répond que pour que les alertes arrivent, il faut que cela puisse être organisé (via le bulletin quotidien de la DGS par exemple). L'ambulance ne se manifeste que par l'activité de SOS médecins. On a beaucoup organisé le niveau hospitalier en France mais pas le niveau ambulatoire. Carine Milcent précise quant à elle que le mode de tarification hospitalier nécessite d'avoir de l'information et que celle-ci remonte précisément de l'hôpital. Les autres informations sont moins codées et moins priorisées. De son côté, Alexis Spire rappelle que le rôle de la médecine libérale s'est posé dès la première vague. Dans le Grand Est, il existait un réseau de surveillance grippale entre médecins généralistes qui est aujourd'hui désorganisé, et qui aurait pu pallier le retard pris dans la surveillance de l'épidémie l'hiver dernier.

Frédérique D. s'adresse ensuite à Laurent Chambaud : pourriez-vous rappeler les différentes instances de démocratie sanitaire que vous venez d'évoquer ? Laurent Chambaud rappelle l'existence de la Conférence nationale de la santé et des Conférences régionales santé autonomie (CSRA) qui, pour beaucoup d'entre elles, ont été mises à l'écart dans le cadre de la gestion de la crise. Les conférences territoriales ont été encore moins audibles.

Michka Naiditch pose ensuite une question à Alexis Spire : Quid de la participation du secteur privé dans la gestion de la Covid-19 dans le Grand Est ? Il y a des établissements privés à but lucratif ou non lucratif : les lucratifs ont vu leur activité baisser fortement donc la question de leur mobilisation se pose dans cette seconde vague ; les non lucratifs ont été beaucoup plus associés. Alexis Spire répond que l'on a déjà quelques éléments par les établissements publics et souligne que la mobilisation des cliniques privées dans le Grand Est a été tardive. Cela pose également la question des ARS car ce sont des liens personnels entre médecins du privé et du public qui ont favorisé cette mobilisation, seulement un mois après le début de la crise. Mais cette intervention a été beaucoup moins massive que pour l'hôpital public. Il y a de très fortes critiques par rapport à l'ARS sur le retard pris dans la gestion de la crise et sur les demandes restées sans réponse du point de vue de l'approvisionnement. Dans cette deuxième vague, la question de la participation du secteur privé va s'avérer centrale car l'encombrement de l'hôpital va être encore plus fort. Carine Milcent ajoute que dans les

Groupements hospitaliers de territoire (GHT) la collaboration des établissements publics est plus naturelle car les privés ne sont pas inclus.

Pierre-Louis Bras demande à Alexis Spire comment le « Ségur » de la santé a été perçu par les personnels : en théorie c'est une marque de reconnaissance de l'État central, en rupture avec la politique austéritaire menée par l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et la résistance au mouvement social à l'hôpital. Est-ce perçu et compris ainsi ? Alexis Spire répond que cette vague a porté l'espoir qu'une réponse serait apportée aux attentes. Le Ségur est perçu comme marginal au vu des demandes (moyens, conditions de travail). Le facteur le plus fort de souffrance au travail est le fait de ne plus pouvoir remplir sa mission telle que l'on se la représente. Beaucoup d'infirmiers et d'aides-soignants envisagent de partir (dans le privé ou de changer de profession). Laurent Chambaud ajoute que cette souffrance au travail, qui est relayée par l'ordre des infirmiers, apparaît très fortement et se demande si ces personnels-là vont vouloir continuer à exercer leur métier.

Frédérique D. s'adresse à Alexis Spire : Avez-vous dans votre enquête rencontré des propositions des professionnels de terrain pour répondre à leur souffrance au travail ? Avez-vous des exemples d'initiatives pour justement intégrer la dimension qualité de vie au travail ? Alexis Spire répond qu'il y a des souffrances liées à des dysfonctionnements structurels comme la tarification à l'acte mais aussi au manque de reconnaissance de la difficulté à exercer son métier. C'est une source importante de souffrance, en particulier quand les rapports sont verticaux et hiérarchisés.

Pierre-Louis Bras fait remarquer que, dans le Ségur, le choix a été fait de privilégier les augmentations salariales plutôt que les recrutements. Dès lors, comment traduire la demande de reconnaissance en politique publique ? Faut-il des changements dans la gouvernance ? Une affectation différente des financements ? Alexis Spire indique que la difficulté est aussi de trouver des volontaires pour travailler dans des hôpitaux qui ne sont pas attractifs, qui ne sont pas des CHU. C'est vrai que le Ségur concentre beaucoup de financements mais, en entretien, la demande de reconnaissance est traduite en demande de moyens pour assurer correctement sa mission. La question de la rémunération est moins centrale que la place des soignants au contact direct des patients dans l'hôpital. Dans certains services, les médecins ne sont pas « cas contact » car ils ne voient plus les patients. Mais la question de la rémunération est malgré tout importante car elle peut rendre des postes, actuellement vacants, plus attractifs. Dominique Acker fait alors remarquer que s'il est vrai qu'il y a des postes vacants, il y a en même temps plus de 100 000 postulants à des études

infirmières dans Parcours sup pour 250 00 places. La question du financement d'un effort massif de formation reste donc posée.

Pierre-Louis Bras rappelle que, depuis loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) qui a modifié la gouvernance à l'hôpital, on observe un mouvement qui dénonce la managérisation de l'hôpital au détriment de l'élite médicale. Au niveau des personnels, cette problématique ressort-elle ? Alexis Spire indique que cette critique apparaît un peu chez les Professeurs des universités-Praticiens hospitaliers (PUPH) et les chefs de service mais moins chez les infirmiers et les aides-soignants. Ce sont aussi les médecins qui occupent les plateaux télé. Le problème pour les infirmiers et les aides-soignants ne se formule pas en termes de managérisation : ces derniers se concentrent sur des problèmes concrets comme le manque de lits.

Laurent Chambaud ajoute que les managers sont restés présents mais que les interactions sont différentes avec les professionnels et notamment les médecins. Quels ont été les positionnements, notamment des cadres soignants, des directeurs de soin ? Alexis Spire répond que les perceptions sont différentes pour les cadres de direction de l'hôpital ou les cadres de pôles et pour les cadres de proximité, avec lesquels les liens se sont renforcés. Les directives sur les masques et les pratiques de prévention venaient des cadres éloignés, ce qui a renforcé la défiance à l'égard de ces directives. Michka Naiditch ajoute que cette managérisation est par exemple très visible dans un hôpital de l'APHP dans lequel, au bout d'un mois après le début de la crise, les managers sont revenus dans le service pour estimer que le service Covid-19 était déficitaire et devait reprendre des patients qui nécessitent des actes techniques, plus rémunérateurs. Pour Dominique Acker, le problème est moins celui de la managérisation que celui de la tarification. Si les médecins étaient aux commandes, avec le même mode de financement, ils se retrouveraient dans la même situation que les managers.

Carine Milcent s'adresse à Alexis Spire au sujet des comportements face aux vaccins. Il lui semble que, en matière de vaccination, les aides-soignants et les infirmiers ont des comportements plus hétérogènes, n'ayant pas le même rapport aux patients. Elle demande s'il est possible d'avoir le taux de vaccination pour chacun des deux groupes. Alexis Spire souligne qu'il ne dispose pas de statistiques qui distinguent les aides-soignants et les infirmiers mais que, dans les entretiens réalisés, il n'y a aucune différence dans le rapport au vaccin : aides-soignants et infirmiers disent qu'ils ne sont pas vaccinés car ils ne croient pas à l'efficacité du vaccin et qu'ils se considèrent comme immunisés car ils sont en relation directe avec les patients. Les cadres de santé indiquent en entretien qu'ils relaient les consignes de vaccination sans être eux-mêmes vaccinés. Et Alexis Spire ajoute que cette défiance interroge

car le vaccin contre le Covid-19 ne fonctionnera que si les soignants se font vacciner. Laurent Chambaud abonde dans le même sens : il rappelle que les études montrent qu'en France il existe une défiance très forte à l'égard des vaccins, en population générale mais aussi parmi les professionnels de santé<sup>6</sup>. Cependant, cette défiance à l'égard des vaccins n'est pas propre à la France : l'initiative COVAX de l'OMS vise précisément à favoriser une diffusion équitable des vaccins sur la planète. Mais les États-Unis, la Chine et la Russie n'ont pas signé cet accord.

Carine Milcent pose ensuite la question du rapport entre la sécurité sociale et les complémentaires santé. Elle indique que le Covid-19 a montré que la part des complémentaires est beaucoup plus importante pour les actes médicaux (ou séjour de longue durée à l'hôpital sans geste technique) que pour les actes chirurgicaux. Et souligne que le tournant ambulatoire cache cette part non-prise en compte des soins hospitaliers par la sécurité sociale. Pour les personnes retraitées, la complémentaire santé est de plus en plus coûteuse. Cet été, durant le Covid-19, des articles qui portaient sur le poids que représentait le ticket modérateur pour les patients ont été publiés. Le tournant ambulatoire permet de réduire la charge pour ces patients. Pierre-Louis Bras intervient alors pour souligner la grande complexité du ticket modérateur (TM) et du forfait journalier (FJ) à l'hôpital et le risque d'avoir un reste à charge important pour les séjours prolongés en médecine. Il indique cependant que toutes les complémentaires relevant de contrats « responsables » prennent en charge le TM et le FJ sans limitation de durée. Le problème concerne donc les 5% de Français (soit 3 millions de personnes) qui n'ont pas de complémentaire santé. D'où la proposition de passer à une sécurité sociale à 100% de façon à simplifier et supprimer les coûts de gestion.

Carine Milcent s'adresse à Alexis Spire : vous avez évoqué la fusion entre établissements des deux hôpitaux que vous étudiez. Avez-vous relevé dans votre enquête des éléments entre la taille des hôpitaux et les conditions de travail ? La taille de l'hôpital joue-t-elle dans les conditions de travail du personnel hospitalier ? Alexis Spire répond que, pour le moment, il n'a pas observé de différence au niveau de la taille mais plutôt de l'éloignement, de la distance au centre (plus de médecins, de plateaux techniques).

Michka Naiditch s'adresse à Alexis Spire : dans votre exposé, on a bien compris le manque de confiance du personnel de l'hôpital vis-à-vis des élites politico-administratives mais moins bien compris celle vis-à-vis des élites scientifiques. Pouvez-vous préciser ce point ? Alexis Spire répond que, dans leur enquête, les chercheurs ont essayé de poser la question

---

<sup>6</sup> Voir par exemple les travaux d'Alain Fischer, « Compte-rendu de la concertation citoyenne sur la vaccination », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 201, n°1-2-3, 273-279, 2017.

du rapport aux informations scientifiques. Il en ressort que le personnel de l'hôpital a confiance dans les informations délivrées par les élites scientifiques sur place mais que cette confiance est moins évidente quand ces informations sont plus éloignées. On observe par exemple une vraie cassure sur les vaccins entre les médecins et les infirmiers car il existe une mémoire forte des déconvenues vis-à-vis des élites scientifiques (H1N1 et Mediator). Il apparaît également difficile de démêler la question de la confiance dans les laboratoires pharmaceutiques de celle de la confiance dans les élites scientifiques.

Estelle intervient pour souligner que les dysfonctionnements au niveau des hôpitaux sont visiblement liés, en partie au moins, au système de tarification à l'acte. Dès lors, n'est-il pas temps de remettre en question ce système et de revenir au système antérieur ? Mais de quoi parle-t-on quand on parle de système antérieur, interroge Michka Naiditch ? Pour Carine Milcent, le système du budget global nous donnait peu d'informations. Et parce que le monde change - les relations entre établissements sont de plus en plus fortes, l'informatique monte en puissance -, un retour en arrière n'est pas la solution. Laurent Chambaud fait remarquer qu'il existe un consensus pour faire évoluer la T2A et que la crise actuelle nous oblige à avancer davantage et plus rapidement sur la tarification à l'hôpital. Il faut trouver des modèles de financement de la continuité des soins et des services, en s'inspirant aussi de ce qui se fait à l'international. Il faut faire évoluer parallèlement la tarification des soins en ambulatoire. Pierre-Louis Bras indique que le Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) 2021 (article 29) prévoit que, pour les activités de médecine, les hôpitaux pourront opter soit pour une dotation socle, soit pour une dotation à l'activité. Et que le retour en arrière est en cours mais que le paradoxe est que ce retour repose sur une option. Il ajoute que si les directeurs d'hôpitaux sont malins, ils vont opter pour une dotation socle si leur établissement est en déclin et pour une dotation à l'activité si leur établissement est en développement. C'est une solution qui lui semble folle. L'article 29 du PLFSS 2021 prévoit aussi une expérimentation sur cinq ans pour substituer un financement de la qualité et une dotation populationnelle à la T2A. Carine Milcent fait remarquer que cela va être intéressant d'étudier les « gagnants » et les « perdants » et que le choix des établissements est totalement lié à la situation sanitaire actuelle au cours de laquelle on a dû déprogrammer des actes et fermer des services pour réallouer les personnels. Elle indique également qu'avant la crise il y avait déjà dans les tuyaux l'idée d'un budget lié à la population et à la qualité. Et que cette dotation peut avoir du sens parce que la plus grande partie de la population ne bouge pas et n'a pas les informations sur les bons établissements.

Frédérique D. revient sur la question de la continuité des soins, et de la structuration de parcours où les dimensions *cure* et *care* sont prises en charge de manière continue dans l'organisation des soins. Existe-t-il des indicateurs qui puissent mesurer cela ? Carine Milcent répond qu'il existe une littérature développée mais que le problème avec les indicateurs de qualité ce sont les effets de bord. Le problème est celui de la pression que les managers exercent sur les personnels soignants pour réduire les tâches qui ne sont pas considérées comme liées à la qualité.

Clémence Lamoril intervient pour souligner que le sentiment de relégation des services gériatriques à l'hôpital vs service de réanimation qui a été évoqué précédemment, lui semble étonnant dans la mesure où beaucoup des malades du Covid-19 étaient/sont des personnes âgées. Dans la réorganisation des hôpitaux pendant la crise, comment a été prise en compte cette problématique gériatrique ? Des personnels de ces services ont-ils été réaffectés dans les unités Covid-19 pour gérer le suivi des patients âgés ? Alexis Spire répond que la question des personnes malades du Covid-19 qui n'ont pas été en réanimation (porteurs de comorbidités, trop âgés) constitue une problématique importante, qui a beaucoup affecté les personnels des services gériatriques. Il précise également que les personnes âgées qui arrivaient en réanimation ne venaient pas de services gériatriques de l'hôpital. La réorganisation des services gériatriques en Covid-19 et non Covid-19 a généré des problèmes car elle a été considérée comme une contrainte pour le personnel. Il indique que Maud Gelly, avec qui il réalise l'enquête sur les hôpitaux, pourrait répondre plus précisément. Il y a eu des réaffectations de personnels mais pas pour suivre des patients en particulier.