



HAL
open science

Les principales mesures des trente dernières années dans le secteur curatif

Alain Jourdain, Jean-Claude Henrard

► To cite this version:

Alain Jourdain, Jean-Claude Henrard. Les principales mesures des trente dernières années dans le secteur curatif. Trente ans d'évolution de la santé en France. A quoi ont servi les politiques de santé?, 2021, 978-2-7013-2157-8. hal-03506118

HAL Id: hal-03506118

<https://ehesp.hal.science/hal-03506118>

Submitted on 1 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.

Les principales mesures des trente dernières années dans le secteur curatif.

Alain Jourdain et Jean-Claude Henrard

Pendant ces trente dernières années le système de soins curatifs a été profondément transformé. Les politiques publiques se sont données pour objectif de le centraliser, le régionaliser et le transformer par décret, l'organiser par territoire, le globaliser, le coordonner, l'organiser en parcours de soins.... Avec des résultats variables.

1. La situation du secteur curatif au début des années 1990

Les qualités attendues d'un système de soins curatifs peuvent se décliner en quatre mots, accessibilité, globalité, continuité, coordination. Avec un secteur hospitalier qui a connu un développement fulgurant, l'accessibilité de la population s'est accrue, mais demeure très variable suivant les secteurs sanitaires. L'essentiel des soins se dispense au cabinet de ville, les personnes ayant des pathologies lourdes vont en établissement de santé, celles ayant un problème de santé mentale vont en secteur spécialisé, les personnes handicapées ou âgées en établissement médico-social. La continuité des soins est défailante, chaque catégorie de population a sa place, mais sans réelle communication entre la ville et l'hôpital, le court et le long séjour.

La régulation du secteur curatif est plurielle.

Une carte sanitaire¹ a été introduite, en 1970 pour l'ensemble des hôpitaux après la création, en 1958, des centres hospitalo-universitaires. Le législateur a défini le service public hospitalier et le Ministère de la santé a fixé pour chaque secteur sanitaire, un indice lits populations. Les hôpitaux adressent alors leur demande d'autorisation de création au préfet de lits de médecine, chirurgie, obstétrique, d'activités coûteuses (néonatalogie, réanimation, urgences, hémodialyse...) et d'équipements (radiologie...).

Depuis les années 60, une transformation était en cours en psychiatrie avec la création de la sectorisation, une même équipe médico-sociale, sous la responsabilité unique d'un psychiatre chef de secteur, prenant en charge les patients tant à l'hôpital qu'en ambulatoire avec la création de plusieurs structures comme des centres médico-psychologiques (CMP).

Les syndicats majoritaires des médecins n'ayant jamais accepté une carte sanitaire², les médecins libéraux disposent d'une liberté d'exercice et de lieu d'installation. La demande potentielle de soins conditionne en partie le lieu de leur d'installation et l'attrait d'un environnement favorable joue un rôle significatif. Le paiement direct des honoraires ou des actes par le patient et le remboursement par les caisses conditionnent l'accessibilité aux soins. Le principe de conventions départementales régule la relation avec les caisses pour des « tarifs négociés ».

¹ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, JORF du 3 janvier 1971

² www.irdes.fr Septembre 2019 Historique des conventions médicales.

Les soins hospitaliers et les soins de première ligne en médecine libérale issus de cette période relèvent d'une spécialisation croissante des réponses-

1.1 La première forme de planification régionale (1991-95) et la reconnaissance de la fonction soignante non médicale à l'hôpital

Avec un secteur hospitalier qui a connu un développement fulgurant, l'accessibilité de la population s'est accrue, mais demeure très variable suivant les secteurs sanitaires. La loi hospitalière³ de 1991 initie une politique de maîtrise de la croissance de l'offre hospitalière avec une première forme de planification régionale s'appuyant sur des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS I) indicatifs pour une durée de cinq ans.

Cette loi consacrait la notion de soins infirmiers à l'hôpital, trois ans après le grand mouvement des personnels soignants.

1.2 Les diagnostics des années 90 du système de soins, les rapports Santé 2010 et « Stratégie pour une politique de santé ».

Santé 2010,⁴ rapport du groupe Prospective du système de santé souligne que le système sera confronté à l'horizon 2010 à l'accroissement des dépenses médicales, au développement des techniques médicales et aux évolutions de mortalité d'où la nécessité de maîtriser l'accroissement dépenses de soins.

Dans le rapport « Stratégie pour une politique de santé » (1992), les « soins appropriés⁵» sont présentés comme un déterminant au même titre que les comportements individuels ou des conditions de travail ce qui questionne la conception dominante de la santé comme absence de maladie. Traiter de l'évolution des soins curatifs sur le long terme exige que l'on s'intéresse aux pathologies, mais aussi au système qui organise ces soins.

2. Les réformes de la période 1996-2008

Tous les cinq ans environ, une réforme du système de soins curatifs précède une réforme du système de santé publique. Pour tenter de résoudre les problèmes posés par l'organisation des soins, ces réformes vont tour à tour développer des stratégies de déconcentration régionale pour regrouper les services ayant une trop faible activité médicale, de territorialisation du système de soins curatifs pour organiser la coopération entre les hôpitaux, enfin de globalisation de l'offre de soins par la construction de parcours de soins. A chacune de ces étapes correspond une réforme du système de santé et une génération de schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS II, SROS III, SRO-PRS) qui vont transformer le système de soins curatif. En contrepoint, les plans nationaux et les projets régionaux de santé (PNS, PRS) seront les instruments de l'Etat pour mener à bien les réformes dans le secteur de la santé publique.

³ Loi Evin-Durieux n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JORF n°179 du 2 août 1991.

⁴ Commissariat général du plan (1993). *Santé 2010* Rapport du Groupe prospective du système de santé présidé par Raymond Soubie. Paris, La documentation française, juin.

⁵ Haut Comité de la santé publique, (1993) *Stratégie pour une politique de santé*. pp. 51-54, Soins appropriés. Ensp éditeur.

2.1 L'hôpital⁶

2.1.1 Les ordonnances de la réforme Juppé (1996)

En 1996, parmi les ordonnances de la réforme Juppé, l'une est relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée. Son idée fondatrice repose sur la régionalisation du financement et de l'activité des établissements. Pour cela sont donc créées les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) qui associent l'Etat et l'assurance maladie. L'objectif est de réduire les inégalités entre régions et entre établissements. Les moyens pour y parvenir sont : la responsabilisation et la contractualisation, la coordination entre établissements publics et la mise en place de procédures d'évaluation et d'accréditation.

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Elle est découpée en huit titres :

- ▶ Le titre 1 traite du droit des malades et prévoit la création de la charte du patient hospitalisé ;
- ▶ Le titre 2 pose le principe de l'évaluation et de l'analyse de l'activité. Pour cela, une agence indépendante est créée : l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes)
- ▶ Le titre 3 est relatif aux contrats d'objectifs et de moyens conclus entre les ARH et les établissements publics et privés pour des périodes de trois à cinq ans. Ils déterminent des objectifs de qualité et de sécurité, et allouent des moyens, de financement, d'autorisation de lits, de matériels, et prévoit aussi la conclusion interne d'objectifs ;
- ▶ Le titre 4 crée les ARH dans chaque région. Elles prennent la forme juridique de GIP, associant les services de l'Etat et de l'assurance maladie (DDASS, DRASS, CPAM, CRAM, URCAM) pour assurer une unicité de décision vis-à-vis des établissements. Elles planifient structures et équipements, et allouent les ressources aux établissements. Les directeurs des ARH sont nommés en Conseils des ministres ;
- ▶ Le titre 5 est relatif au financement des établissements. Celui-ci fait l'objet d'une dotation globale limitative déterminée en fonction de l'objectif national des dépenses de l'Assurance maladie (Ondam) fixé par les LFSS. Le montant total annuel est réparti en dotations régionales, visant à réduire les inégalités régionales. Le régime de financement de l'hospitalisation privée est modifié : un contrat tripartite Etat/Caisses/Fédérations des cliniques se substitue à la convention nationale de l'hospitalisation privée. Les dépenses restent régulées par un Objectif quantifié national (OQN) décliné régionalement ;
- ▶ Le titre 6 est relatif à l'organisation et l'équipement sanitaire. L'ARH arrête le SROS, qui devient opposable (mais pas ses annexes). Des communautés d'établissements devront être créées pour rationaliser l'offre de soins. La création des réseaux de soins sera encouragée ;
- ▶ Le titre 7 prévoit la mise en place de **groupements de coopération sanitaire** visant à mettre en commun des moyens. Il renforce aussi la coopération inter-hospitalière en créant une nouvelle instance de concertation – la communauté des établissements de santé – assurant le service public hospitalier dans le secteur ;
- ▶ Le titre 8 traite de l'organisation des établissements. Il modifie la composition du CA des EPS en supprimant les représentants des caisses de Sécurité sociale et en augmentant le nombre des élus

⁶ Safon M-O. (2019). Les réformes hospitalières en France. Aspects historiques et réglementaires Synthèse documentaire. Centre de documentation de l'Irdes, *Synthèses et bibliographies*, Octobre.

locaux. Le maire n'étant plus systématiquement la Président du conseil d'administration de l'hôpital, peut déléguer cette présidence.

Les objectifs clairement avoués par les pouvoirs publics étaient de réduire de 100 000 lits le parc hospitalier français, soit près de 20% de sa capacité. Cette diminution considérable des capacités d'hospitalisation, voulue pour partie par la réduction importante des durées de séjours des malades hospitalisés (la durée moyenne de séjour est passée de plus de onze jours en 1982 à moins de six jours en 2001) s'accompagne d'une concentration des équipements hospitaliers. Durant la période 1991-99 les capacités d'hospitalisation de court séjour médecine, chirurgie et obstétrique sont redéployées vers les activités hospitalières de moins de 24 heures et vers les unités hospitalières de soins de longue durée⁷. En psychiatrie la réduction des durées de séjour à l'hôpital est attribuée à la désinstitutionnalisation amorcée après 1960, liée aux neuroleptiques, favorisant la création de nouvelles formes de prises en charge.

L'organisation interne des établissements est modifiée avec : renforcement de la participation des personnels médicaux et non médicaux au sein du conseil d'administration ; organisation médicale en départements médicaux regroupant plusieurs services et au sein de chaque service découpage par unité fonctionnelle en fonction des activités médicales, futurs pôles d'activité (loi du 24 juillet 1997) ; création, à la suite des grèves de 1998, de nouvelles instances de participation - commission des services de soins infirmiers devant mieux assurer la représentation de ces personnels ; conseils de service qui, sous l'autorité du chef de service, réunissent les différentes catégories de personnels pour discuter de son fonctionnement ; parfois transformation du Comité technique paritaire en Comité technique d'établissement entièrement composé des représentants des personnels sous la présidence du directeur chef d'établissement

La coopération inter-hospitalière est relancée avec extension du champ de réalisation des syndicats inter-hospitaliers et constitution de groupes d'intérêt économique (GIE) et d'intérêt public (GIP).

2.1.2 Les schémas d'organisation des soins, outils de la politique hospitalière en région.

Les SROS II, de 2^e génération (1999-2004) ont pour ambition (circulaire du 26 mars 98), de Concentrer sur quelques priorités pour lesquelles l'effort de restructuration se poursuivra pendant plusieurs années. La stratégie explicite est de « miser sur l'autonomie des acteurs de terrain » pour combiner l'expertise médicale et administrative.

La méthode d'élaboration du SROS mise sur la concertation des différents acteurs de santé (professionnels, représentants des établissements de santé, concertation expérimentale usagers de façon expérimentale, conférences de territoire). Les supports gestionnaires étaient un contrat d'objectifs et de moyens signé entre l'hôpital et l'ARH. L'amélioration des systèmes d'information avec le développement de départements d'information médicale (DIM) devait permettre de mesurer l'attractivité des établissements sur son territoire pour fonder les coopérations dans le secteur sur la base de la production réelle des soins curatifs. Les résultats attendus étaient une organisation graduée, des coopérations et fusions entre

⁷ Les institutions médico-sociales issues de la loi de 1975 sur la transformation des hospices en établissement d'hébergement pour adultes handicapés ou pour personnes âgées sont les moteurs de cette restructuration d'une partie de l'offre de soins curatifs.

établissements. Un tronc commun prioritaire se dégageait sur les soins : urgences, périnatalité, cancérologie, pathologies cardio-vasculaires. Quelques variantes régionales ont été proposées.

La notion de « masse critique », a guidé ces SROS selon laquelle la sécurité et la qualité des soins ne peuvent être obtenues que par la réalisation d'un minimum d'actes. Maternités et services de chirurgie en seront les principaux domaines d'application. Des décrets sur les maternités ont été publiés pour donner aux ARH les bases juridiques pour appliquer cette notion⁸. Pour le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), les décrets du 9 octobre 1998 imposant des normes de sécurité et de fonctionnement aux maternités ont été à l'origine d'une « réorganisation majeure ».

Par la suite, diverses activités⁹ ont fait l'objet d'une réglementation. De nombreux établissements publics et privés de petite dimension (moins de deux cents lits et moins de trois cents accouchements pour les maternités) vont être fermés et regroupés sous prétexte d'améliorer la qualité des soins mais en négligeant la proximité des soins. Ces fermetures se sont heurtées à des résistances d'usagers de maternités locales, d'élus ne désirant pas voir fermer leur hôpital.

Les résultats globaux n'ont pas été évidents, le nombre d'établissement changeant peu pendant cette période.

2.1.3 Plan « hôpital 2007 » et réforme de 2003 par ordonnance.

Ce plan de « modernisation » de l'hôpital a été annoncé en conseil des ministres le 20 novembre 2002, à la suite d'un rapport y faisant état d'un profond malaise¹⁰. Son objectif est de parachever les réformes, engagées en 1995-1996, en introduisant plus de liberté et de souplesse dans la planification et la gestion des établissements publics de santé et en favorisant l'introduction d'entreprises privées.

Ce plan se concrétise, en 2003, par une Ordonnance¹¹ qui :

- simplifie le régime des autorisations d'activités de soins en supprimant la carte sanitaire et en renforçant le rôle du schéma d'organisation élaboré par les ARH ;
- vise à relancer la coopération inter-hospitalière ;
- instaure l'ouverture du marché des grands hôpitaux au partenariat public-privé, véritable formule d'affermage des hôpitaux à des constructeurs en contrepartie du paiement d'un loyer mensuel par l'hôpital. Cette privatisation du financement des

⁸ Par exemple un seuil de 1500 accouchements par an (Décrets 98-899 et 98-900 du 9 octobre 1998). Pour les unités n'atteignant pas ce seuil, la présence de médecins spécialistes est assurée par : « un gynécologue-obstétricien, sur place ou en astreinte opérationnelle exclusive, tous les jours de l'année, 24 heures sur 24.

⁹ Obstétrique, urgences, réanimation, insuffisance rénale chronique terminale, anesthésie, soins intensifs, cancérologie, chirurgie cardiaque, neurochirurgie, greffes, traitement des grands brûlés.

¹⁰ Rapport Piquemal, (2002) soulignant la détérioration des conditions de travail face à la transformation des pathologies et des attentes des malades, l'importance des innovations technologiques. *Mission nationale d'évaluation de la mise en place de la R.T.T. dans les établissements de santé*, novembre.

¹¹ Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

hôpitaux apparaît comme un ballon d'oxygène avec, en contrepartie, une hypothèque pour l'avenir de la politique hospitalière de plus en plus favorable aux grandes concentrations. Ce financement à crédit a été la base du plan de rénovation hospitalière.

2.1.4 La nouvelle gouvernance de 2005 par une ordonnance¹² qui :

- rénove l'organisation hospitalière en imposant des pôles d'activités cliniques et médico-techniques.
- instaure une nouvelle tarification à l'activité (T2A), qui privilégie les recettes sur les dépenses, les résultats sur les moyens. Le budget devient l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD). Les missions de service public vont disposer de peu de financement de la Sécurité sociale au travers des missions d'intérêt général (MIGAC) et d'aide à la contractualisation.

La gouvernance est exercée par un conseil exécutif présidé par le directeur de l'établissement, composé à parité des responsables de l'administration désignés par le directeur et des médecins, président de CME, et responsables des pôles. Une véritable cogestion médecin-administration apparaît pour mieux gérer les hôpitaux, dont l'avenir semble problématique face au secteur privé lucratif exploitant au mieux la T2A et pratiquant les dépassements sur les honoraires médicaux. Les établissements privés à but non lucratif sont les grands perdants de cette réforme, qui ne laisse pas beaucoup d'espace vital à ceux qui veulent pratiquer une médecine non mercantile.

Le groupement de coopération sanitaire (GCS) entre établissements de santé devient la référence en matière de recomposition hospitalière, il s'agit de réaliser et/ou gérer en commun des plateaux techniques, de blocs opératoires, un réseau de santé pour améliorer la prise en charge de patients à pathologie chronique. Les établissements, antérieurement financés sous dotation globale, pour les hôpitaux publics ou privés Participant au Service Public Hospitalier, ou dans le cadre de l'OQN pour les établissements privés à but lucratif, seront progressivement financés selon le principe du service médical rendu.

2.2 Les droits des malades : contrepoids du pouvoir médical.

Les droits des malades sont renforcés dans l'ordonnance relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée. La loi du 4 mars 2002¹³ est marquée par une volonté de créer une démocratie sanitaire faisant du malade un acteur du système de soins¹⁴ dans des activités où jusque-là où il était ignoré : la maladie chronique, la fin de vie, l'hospitalisation à domicile. Présentée par le ministre de la santé, cette loi transforme les droits des malades en droits des patients en les engageant à se constituer en associations pour mieux gérer les intérêts des consommateurs de soins. La loi crée un droit à l'indemnisation amiable. Le dédommagement est disjoint de la faute médicale et va éviter que des malades victimes d'accidents médicaux d'infections nosocomiales ou d'incidents iatrogènes attendent plusieurs années d'être indemnisés. L'Office national d'indemnisation des accidents

¹² Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

¹³ Loi n° 2002-202 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé JORF, 4 et 5 mars 2002.

¹⁴ Bataille P. (2009) La décennie des malades ? *Les tribunes de la santé* 4, n°25, p. 63-68.

médicaux est chargé de réguler les procédures. La loi permet aux patients d'accéder librement et sans intermédiaire à leur dossier médical.

2.3 Les soins de ville se réforment.

L'ordonnance n° 96-945 du 24 avril 1996, relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, introduit conjointement aux côtés des filières de soins, « des réseaux de soins expérimentaux permettant la prise en charge globale des patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques. » Mono-pathologique ou se destinant à une population complexe au départ, ils passent spontanément en une dizaine d'années de réseaux de soins à réseaux de santé de proximité. D'initiatives diverses, ils peuvent être lancés par des médecins hospitaliers ou de ville, mais aussi des paramédicaux, pharmaciens d'officine, travailleurs sociaux, associations d'usagers. » La loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a créé un fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) « pour notamment la mise en place et au développement de formes coordonnées de prise en charge et notamment des réseaux de soins liant des professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé. »

La première convention de médecine générale instaurait, en 1997, le dispositif de « médecin référent » reposant sur la signature d'un contrat de suivi médical entre le patient et le médecin généraliste, ce dernier s'engageant alors à tenir un dossier médical, à assurer des actions de prévention et à orienter le patient vers des spécialistes.

La permanence des soins de ville est instituée par un décret du 15/9/2003.

La loi de 2004 portant réforme de l'Assurance maladie¹⁵ introduit le rôle de **médecin traitant**, choisi par l'assuré pour coordonner les soins avec l'instauration du dossier médical personnel et une procédure d'accréditation des médecins. En 2006, la majorité des assurés était entrée dans ce système. Il joue un rôle pivot dans la relation avec les spécialistes, généralement du secteur privé. Leur rattachement à un réseau est fréquent, mais variable selon les régions. Malgré l'adhésion des patients, le manque de clarification des missions effectivement dévolues au médecin et la complexité du dispositif ont limité ses effets restructurant¹⁶. Le dossier médical personnalisé prendra beaucoup de retard.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (Msp) font leur première apparition, en 2007, offrant un modèle plus coopératif dans l'organisation des soins de première ligne en médecine libérale. Les Unions régionales de médecine libérale (Urml) deviennent Unions régionales des professions de santé (Urps).

2.4 Coordination ville hôpital et territorialisation

La loi du 4 mars 2002 définit parmi les objets des réseaux, la coordination, la continuité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Le réseau est par nature pluriprofessionnel. Il réunit les différents acteurs nécessaires à une prise en charge globale du patient. Les

¹⁵ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, JORF n°190 du 17 août 2004.

¹⁶ Bournot M-C., Goupil M-C., Tuffreau F. (2008) Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. DRESS *Etudes et résultats* n° 649 – août.

réseaux peuvent être constitués entre des professionnels de santé libéraux, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales sur un territoire donné. Pour recevoir des financements ils sont soumis à un agrément de l'ARS et de l'URCAM.

En 2004, la création de missions régionales de santé (MRS), regroupant ARH et Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM), marque la volonté de mieux organiser l'offre de soins régionale et d'améliorer la coordination entre le secteur ambulatoire et les établissements hospitaliers

En 2004, à l'issue du SROS II l'État juge le système de soins trop concentré sur le court séjour hospitalier. Il se donne pour ambition de « développer la prise en charge globale de la santé, par des soins préventifs curatifs et palliatifs, en santé physique et mentale articulés ». Les territoires doivent être le pivot de cette politique afin de permettre le maintien ou le développement d'activités en proximité et la mise en place d'une organisation graduée des plateaux techniques.

Une circulaire mise sur l'ancrage territorial de l'activité de soins pour élaborer et mettre en œuvre de manière concertée les schémas¹⁷. L'intention est de construire l'offre de soins curatifs à partir des territoires de santé. La préparation de ces SROS III a abondamment utilisé les méthodes de cartographie. Les méthodes de délimitation d'aires théoriques de recrutement sont à la recherche d'une certaine équité dans l'accès aux soins.

Le SROS III (2006 à 2011) a été développé en même temps que d'autres réformes (tarification à l'activité T2A et recadrage du champ général de la santé publique¹⁸). Il englobe les soins préventifs, curatifs, palliatifs et de proximité, la santé mentale et physique, le travail médicosocial et social. Il est piloté par l'ARH et crée la notion de **territoire de santé** et de **projet médical de territoire** (PMT) à échelle des régions. Le PMT, document d'orientation, non opposable, élaboré par les conférences sanitaires à partir d'un diagnostic partagé, généralement financé par l'administration, avec des groupes de travail professionnels et citoyens porte généralement sur l'évolution de l'offre locale de soins et des besoins. La contractualisation qui devait être élaborée sur cette base ne le fut que très tardivement. L'évaluation montre à nouveau le décalage entre un plan ambitieux et sa mise à exécution sur les territoires. Elle ne sera réalisée que dans la moitié des régions.

La carte sanitaire est remplacée par un exercice subtil de mesure et de contrôle d'objectifs quantifiés formulés en termes d'activité médicale, pour certaines spécialités. L'objectif étant de contrôler leur production de soins.

Pour éviter le foisonnement des programmes de santé publique, des années 90, issus des

¹⁷ Circulaire du 5 mars 2004 sur la révision des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS III)

¹⁸ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, *JORF* n°185 du 11 août 2004 définissant des objectifs de santé prioritaires, déclinant des plans stratégiques pour les cinq ans à venir et modifiant la politique régionale de santé.

régions, le préfet encadre des programmes rendus obligatoires¹⁹ dans toutes les régions, et organise à cet effet les **conférences de territoire**. Elles rassemblent les professionnels hospitaliers, libéraux, du secteur médico-social, des élus des différents niveaux territoriaux et des usagers des établissements. Le projet régional doit préciser les coopérations pour assurer un accès effectif à une palette de services sanitaires et préventifs, coordonnés avec médecins généralistes, hôpitaux locaux, urgences, réseaux, filière gériatrique.

L'évaluation des SROS III a montré un changement important dans la composition des territoires de santé dans 15 régions sur 21²⁰.

Cette période fut aussi marquée par l'exécution de cinq plans nationaux plus ou moins ambitieux. Le plan cancer, le plus achevé, a été doté, dès 2004 d'une enveloppe conséquente en recherche clinique et épidémiologique. Sur la question des soins curatifs, il a produit de nombreuses innovations comme la généralisation des réunions de concertation pluridisciplinaires pour tous les patients, le diagnostic d'annonce ou la mise en place d'un dossier de cancérologie communicant.

Cette période a généré une méthode ambitieuse de conduite de la politique de santé publique. Les établissements et services devaient prendre l'initiative de construire des projets, encadrés et coordonnés par une conférence de territoire, cadrés par des objectifs nationaux de santé et de production de soins, mis en œuvre par des contrats avec l'ARS. Mais, ce dispositif n'a que trop peu fonctionné, en partie à cause de délais trop courts pour construire programmes et contrats, en partie à cause de l'impossibilité de piloter le système par le jeu d'objectifs quantifiés de soins, opposables aux établissements.

Ces différents dispositifs n'ont pas trouvé leur place dans l'organisation du système, mais seront repris et adaptés dans la réforme suivante.

Malgré tout, les restructurations entreprises dans les années 90 commencent à se manifester. Entre 1994 et 2012, les capacités d'hospitalisation en obstétrique comme en chirurgie vont diminuer régulièrement. Les capacités en médecine en revanche sont demeurées stables ou presque (-3 %). Dans le même temps, 30 % des lits de psychiatrie ont fermé. Les capacités en lits de SSR ont crû pour leur part de 7 % d'après le HCAAM. Autrement dit, les restructurations entre services de soins curatifs se font par le développement des soins de suite et de réadaptation et par le développement des activités d'hospitalisation de moins de 24 heures.

2.5 Qualité des soins et accréditation

Graduellement s'est mise en place une politique de développement de la qualité des soins indépendante de l'action du contrôle médical de l'assurance maladie et de la gestion des risques. En 1990, l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale

¹⁹ MCO, urgences, permanence des soins, réanimation, techniques interventionnelles sous imagerie, insuffisance rénale chronique, psychiatre, personnes âgées, enfants et adolescents, cancer, soins palliatifs, patients cérébrolésés.

²⁰ Jourdain A, Michel H., Cotard B., Dumond J-P, Laude L., Routelous C. (2009) *Les SROS de troisième génération : un état des lieux en 2007*. EHSP. Rapport du LAPSS, Ecole des Hautes Etude en Santé Publique pour l'Association des Régions de France, mai.

(ANDEM) s'est vue dotée d'une double mission : établir l'état des connaissances concernant les stratégies diagnostiques et thérapeutiques en médecine et contribuer à l'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital et en médecine libérale. Sa mission principale restant le partage et la diffusion du savoir qu'elle avait acquis elle s'était fixée comme but d'améliorer la qualité des soins en apportant aux professionnels de la santé ainsi qu'aux partenaires institutionnels, un ensemble de méthodes et d'outils fiables pour faciliter l'aide à la décision clinique.

A partir de 1997, l'Agence nationale pour l'accréditation et l'évaluation en santé (ANAES) qui lui fait suite, produit des références médicales opposables, portant sur des actes biologiques, certaines pathologies ou populations spécifiques. Ces références entrent dans le processus de contractualisation entre les établissements et l'ARH. L'ANAES est chargé en outre de l'accréditation des établissements de santé²¹. Elle vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au malade et à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein de l'établissement.

La Haute autorité de santé (HAS), créée en 2004, intègre l'ANAES. Ses missions peuvent être regroupées en deux couples de fonctions principales : évaluation/recommandation et accréditation/certification. Des recommandations de bonnes pratiques sur les soins curatifs sont émises vers les soignants, formulées par des conférences de consensus. La HAS a aussi pour mission d'évaluer l'utilité médicale de l'ensemble des actes, prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie. L'accréditation des médecins vise à améliorer les pratiques professionnelles en se basant sur une démarche de gestion des risques.

3. Les réformes 2009-2019 : territorialisation, globalisation et virage ambulatoire

3.1 La loi hôpital patients santé territoires de 2009²²

La loi a pour objectif de réorganiser et de moderniser l'ensemble du système de santé. Elle comprend quatre titres consacrés respectivement à l'Hôpital, à la répartition des médecins et à l'accès aux soins de ville, aux mesures de santé publique et à la prévention, enfin à la création des Agences régionales de santé (ARS) chargées de coordonner dans un cadre territorial l'ensemble des politiques de santé (hôpital, médecine de ville, santé publique et prévention).

Le titre 1 consacré aux établissements de santé est censé moderniser et rénover leurs missions et leur organisation interne. Le texte renforce le rôle du chef d'établissement et prévoit la création de communautés hospitalières de territoire (CHT) pour permettre la mise en commun des moyens de plusieurs établissements autour d'un centre de référence dans une logique de graduation des soins allant des structures de proximité aux plateaux techniques les plus sophistiqués. Le Sénat a modifié le texte pour donner plus de poids aux médecins dans la gouvernance de l'hôpital : le président de la commission médicale

²¹ Les critères pour cette reconnaissance sont définis à l'échelle européenne dans la série des normes EN 45000.

²² Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF, 22 juillet 2009)

d'établissement (CME), élu par ses pairs, coordonnera la politique médicale avec le directeur et non plus sous son autorité. Les CHT ne pourront être constituées que sur la base du volontariat.

La loi permet la réorganisation du système de soins en mettant en place un **parcours de soins coordonné**. Celui-ci se décline en deux niveaux : les soins de premier recours centrés autour du médecin généraliste qui assure l'orientation du patient et les soins de second recours, dispensés par les médecins spécialistes et les établissements de santé.

Le titre II renforce la coordination des soins entre l'hôpital et la médecine de ville, en invitant à l'exercice regroupé des professionnels. Afin d'éviter le recours systématique aux urgences, la loi prévoit l'organisation d'une permanence des soins ambulatoire (PDSA) assurée par les médecins généralistes de ville, en concertation avec les établissements de santé. La loi prévoit également de renforcer la communication entre la médecine de ville et l'hôpital afin de faciliter le suivi d'hospitalisation et la coordination de la prise en charge, notamment au travers de la télémédecine.

3.2 Le pacte de confiance pour l'hôpital (2012).

Les réformes hospitalières engagées par les ordonnances de 2003 et 2005 changeant la gouvernance et l'organisation du personnel hospitalier ont fait craindre une perte de sens du service public et la remise en cause de la qualité de la prise en charge médicale. En réponse à ces inquiétudes, Marisol Touraine, ministre chargée de la santé, s'est engagée vis-à-vis des professionnels hospitaliers autour du pacte de confiance pour l'hôpital, en septembre 2012.

Trois groupes ont travaillé sur la place du service public hospitalier dans le système de santé, le dialogue social à l'hôpital et les ressources humaines, l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital. A partir de leurs travaux, des propositions seront formulées sur le service public territorial de santé, la représentation des usagers dans les établissements de santé, le fonctionnement des pôles au sein des établissements de santé. Elles s'intégreront dans la Stratégie nationale de santé (SNS) de 2013, ayant entre autres objectifs de réorganiser le système de santé autour du patient et de structurer une médecine de parcours à partir des soins de premier recours.

3.3 Les SROS éléments des Projets régionaux de santé (PRS)

Entre 2011 et 2013, les ARS se consacrent aux PRS. Le schéma régional **d'organisation des soins**, instauré par la loi HPST, comporte deux innovations majeures par rapport au schéma régional d'organisation sanitaire précédent : son intégration au sein du PRS et son extension à l'offre de soins ambulatoire. Pour en marquer la spécificité il est dénommé « SROS-PRS ». Il constitue un outil opérationnel pour la mise en œuvre du plan stratégique régional de santé, document comportant notamment un diagnostic partagé sur l'évaluation des besoins de santé et l'offre de soins et la détermination des orientations et objectifs stratégiques de la région en matière de santé. Le Schéma régional de soins doit donc être élaboré en cohérence voire même dans le cadre d'une approche intégrée avec les deux autres schémas régionaux relatifs à la prévention et à l'organisation médico-sociale.

L'élaboration du volet ambulatoire est un exercice nouveau qui doit se faire en concertation avec les acteurs de terrain et les élus locaux pour définir des priorités après l'élaboration d'un diagnostic partagé. Il recense les médecins libéraux, les médecins en maisons ou centres de santé par zones. Il est recommandé que ce premier exercice cible des priorités d'action sur les zones fragiles en matière d'offre de soins de premier recours, médecins généralistes, infirmiers libéraux et pharmaciens étant des pivots de l'organisation des soins.²³ La mise en œuvre de ce volet implique la déclinaison des priorités en plans d'actions, le cadrage financier dans le cadre de l'ONDAM et le suivi de la mise en œuvre et l'évaluation des actions engagées

Les modalités de consultation, instaurées par la loi HPST, sont élargies du fait de l'inclusion dans le PRS et de la création de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) ce qui lui confère une légitimité politique. Le schéma des soins est suivi par un comité de coordination des politiques composé de l'ARS et des Conseils départementaux afin d'assurer une bonne articulation entre les schémas de soins, de prévention et de soins médicosocial.

Les **projets territoriaux de santé** élaborés en lien avec les conférences de territoire sont un lieu privilégié pour associer les collectivités territoriales à la planification. Dans le meilleur des cas les projets territoriaux aboutissent à un contrat local de santé associant les différents acteurs.

Pendant la durée de ce premier PRS les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSPP), vont se développer, passant de 235 en 2012 à 950 en 2018.

Sur le territoire les communautés hospitalières de territoire facilitent la coopération entre établissements. Au sein de l'hôpital la CME joue un rôle essentiel dans la politique d'amélioration de la qualité des soins et dans l'élaboration et la mise en œuvre de projets relatifs à l'accueil et la prise en charge des usagers, en lien avec la commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge (Crucq).

Le SROS-PRS soulève plusieurs enjeux²⁴

- enjeux organisationnels pour mieux structurer l'offre de soins : alternatives à l'hospitalisation (chirurgie ambulatoire, HAD), articulation entre la ville et les urgences, gradation des soins hospitaliers ;
- enjeux de transversalité en intra-établissement, avec la ville et le médico-social, pour améliorer le parcours de soins sur des thèmes prioritaires : pathologies du vieillissement dont maladie d'Alzheimer, maladies chroniques, accident vasculaire cérébral.

Les ARS déclineront ces parcours par population ou par pathologie. Ils seront souvent construits à partir de l'identification des points de rupture de prise en charge des patients/usagers dans la région.

²³ Les soins de premier recours s'articulent autour de trois grandes fonctions : l'entrée dans le système de soins : diagnostic, orientation, traitement ; le suivi du patient et la coordination de son parcours (y compris dans le secteur médico-social) ; le relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé. Article L. 1411-11 du code de la santé publique.

²⁴ Direction générale de l'offre de soins. Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS. Version 2.1 1^{er} août 2011.

Si ces formes de coordination contribuent à améliorer la situation des personnes en situation chronique, leur lisibilité est très faible pour les usagers²⁵.

3.4 Des PRS à la loi de modernisation de notre système de santé : virage ambulatoire et parcours.

Le virage ambulatoire²⁶ représente le passage d'un système centré sur l'hôpital à un système qui fait des médecins et des équipes de soins de premier recours constituées autour d'eux, à la fois les pivots et les coordinateurs des parcours entre les structures de ville – cabinets libéraux, maisons et centres de santé – et les établissements hospitaliers, médico-sociaux et sociaux. Cette évolution, rendue possible par le progrès technique, permet de répondre à une attente de la population d'être soignée le plus possible à domicile, tout en générant des économies par l'utilisation au plus juste des plateaux techniques hospitaliers et des lits d'aval.

Cela implique des changements au sein des établissements de santé, en transférant en hospitalisation de jour une partie des hospitalisations de courte durée pour lesquelles l'hébergement n'est plus justifié. Le développement de la chirurgie ambulatoire a montré la voie. Cette évolution devra se poursuivre pour certaines activités de médecine ou de psychiatrie. De plus, certaines activités réalisées en hôpital de jour sans nécessité ou réel bénéfice pour les patients peuvent être remplacées par des consultations longues, voire des soins réalisés en ville. Par ailleurs, les durées de séjour en chirurgie pour certaines opérations peuvent être raccourcies, grâce aux procédures de réhabilitation rapide.

Quant aux structures de ville, elles doivent s'organiser pour assurer avec sécurité et qualité la prise en charge de patients qui ne seront plus hospitalisés ou le seront moins longtemps. Cela nécessite une meilleure coopération entre professionnels ainsi que le développement de l'HAD et le recours à des alternatives à l'hospitalisation comme la télémédecine.

Les parcours de soins, de santé, de vie deviennent la référence du système. L'idée est de centrer l'organisation autour du patient. Cette logique de parcours²⁷ structuré autour du triptyque repérage- évaluation- coordination fait l'objet depuis fin 2014 d'une déclinaison (PAERPA) pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Cette notion s'est élargie à l'ensemble des secteurs de la vie (logement, travail, etc..).

Le parcours de soins coordonné vise à une optimisation des relations entre institutions et acteurs de santé. Les maisons de santé se trouvent au cœur de ce dispositif. Avec le PRS l'idée de parcours de vie apparaît dans les programmes régionaux, unifiant les niveaux de prévention primaire et les soins curatifs et de réhabilitation. C'est l'objet de la stratégie nationale de santé qui aboutira à la loi de modernisation du système de santé.

²⁵ Bloch M-A., Hénault L. (2014). La persistance des dysfonctionnements : un essai de diagnostic. In *Coordination et parcours, la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Dunod, Paris p. 79-93.

²⁶ Cour des comptes (2018). Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital. In *Sécurité sociale 2018*. Octobre.

²⁷ Assurance maladie et perte d'autonomie Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées Rapport du 23 juin 2011

La nouvelle réforme prendra en compte à la fois des dispositifs antérieurs (Projet médical de territoire) et des expérimentations en nombre sur différents terrains alimentés par des guides de bonne pratique dont l'HAS est un émetteur. Cinq ans après la loi HPST, certains aménagements étaient nécessaires. Il fallait affirmer la globalité de la politique de santé, au niveau national, mettre la santé dans toutes les politiques par l'étude de leur impact, territorialiser sa mise en œuvre, organiser une mobilisation intersectorielle entre État, assurance maladie au niveau national, collectivités, établissements, professionnels de santé, usagers aux niveaux locaux. »

La stratégie nationale de santé²⁸, quant aux soins curatifs, insistait sur la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé, sur la garantie de la qualité, la sécurité, la continuité des prises en charge à chaque étape du parcours de santé, structurait l'offre en établissements, s'efforçait d'améliorer l'accès aux soins des personnes handicapées et âgées, et la transversalité des parcours en santé mentale, proposait d'améliorer la formation et la qualité de vie des professionnels de santé

3.5 La loi de modernisation de notre système de santé de 2016²⁹

L'énoncé du titre II est « faciliter au quotidien le parcours de santé » avec institution d'un service territorial de santé au public. Il doit faciliter la structuration territoriale des soins primaires dans au moins cinq domaines clefs : les soins de proximité, la permanence des soins, la prévention, la santé mentale et l'accès aux soins des personnes handicapées. Elle entend définir globalement le service public hospitalier et les obligations qui lui sont liées. Elle propose des actions de coopérations entre établissements de santé, établissements médico-sociaux et établissements sociaux ainsi qu'avec les professionnels de santé libéraux. La coopération entre hôpitaux publics est dynamisée par le déploiement de groupements hospitaliers de territoire (GHT) qui permettront aux hôpitaux proches d'élaborer un projet médical commun et de partager des missions ou des fonctions support (achats hospitaliers, système d'information, gestion de l'information médicale, sécurité des soins etc...).

La loi propose crée un exercice en pratique avancée pour les professions paramédicales. Parmi les mesures prises on notera les propositions suivantes, en 2018, moment d'élaborer le projet régional pour les cinq années à venir : proposer un seul schéma pour éviter la pluralité des schémas sans liens qui avait émergés en 2013 ; structurer le lieu géographique de l'application de cette réforme, à savoir les territoires de santé. La construction de diagnostics territoriaux participatifs avait été réalisée dans la période précédents, il s'agissait maintenant de les mettre en œuvre dans des contrats locaux. Les **coordinations territoriales d'appui** devaient apporter un soutien informationnel aux nombreuses formes d'interventions visant à coordonne les soins et constituer une réponse à l'inflation hospitalière française. Le plan personnalisé de santé (PPS) est élaboré par la coordination clinique de proximité (CCP) laquelle est composée d'un médecin traitant, d'un infirmier diplômé d'Etat voire d'un troisième professionnel (pharmacien ou masseur

²⁸ Ministère des Affaires sociales et de la santé (2013). Stratégie nationale de santé feuille de route. 23 septembre.

²⁹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF du 27 janvier 2016.

kinésithérapeute). Ce plan d'action validé par le collège de l'HAS, est déclenché théoriquement dès le repérage de risques de perte d'autonomie et s'il s'avère nécessaire de coordonner différents intervenants autour de la personne âgée. Il détaille les actions sanitaires et sociales à mener.

3.6 Ma santé 2022 et la loi Buzyn

La stratégie « ma santé 2022 » définit cinq axes prioritaires.

- Mettre en place des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), qui regroupent les professionnels d'un même territoire organisés à leur initiative. L'objectif est de couvrir l'ensemble du territoire au 1^{er} juillet 2021.
- Déployer 400 postes de médecins généralistes à exercice partagé entre la ville et l'hôpital dans les territoires prioritaires
- Créer la fonction d'assistant médical afin de libérer du temps médical pour répondre aux problèmes d'accès aux soins en créant la fonction d'assistant médical. L'objectif d'atteindre 4 000 assistants médicaux en activité en 2022.
- Labelliser des hôpitaux de proximité. L'objectif étant d'en avoir 5 à 600 d'ici 2022.
- Réformer les 1^{er} et 2^e cycles des études médicales

Le projet se concrétise par la loi **relative à l'organisation et la transformation du système de santé**³⁰. Afin de pallier au manque de médecins, la loi élargit les missions de l'infirmier et du pharmacien, elle supprime le numerus clausus pour les futurs médecins. Elle promeut les **projets territoriaux de santé** en créant un collectif de soins au service des patients comprenant des équipes de soins spécialisés qui coordonnent leurs activités de soins avec l'ensemble des acteurs d'un territoire dont les équipes de soins primaires et les hôpitaux de proximité. La loi en précise la définition et les missions qui sont d'assurer le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers, en coopération avec les acteurs de la médecine ambulatoire, les établissements et services médico-sociaux et de l'HAD. La loi promeut également le développement des GHT (regroupant établissements publics et privés), du numérique en santé et la télémédecine

4. Que reste-t-il de trente années de réformes ?

Il est frappant de voir que l'on continue de corriger aujourd'hui le cloisonnement des années 90 notamment entre hôpital et soins de ville. Les solutions proposées au cours des différentes réformes furent le recours au territoire comme lieu d'organisation du soin, le dialogue entre les différents acteurs du soin curatif, préventif, médico-social, l'invention de formes de coordination entre les acteurs développées par différentes instances sans communication entre elles³¹.

³⁰ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, JORF n°0172 du 26 juillet 2019.

³¹ PAERPA, méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA développée par la CNSA), Programme d'accompagnement du retour à domicile des patients hospitalisés (PRADO développé par l'AM), service d'accompagnement de l'Assurance Maladie (SOPHIA), plan personnalisé de santé (PPS) et GHT.

Les soins curatifs ont occupé une place importante dans la stratégie de réformes. Les soins hospitaliers se sont restructurés avec un certain succès sur des hospitalisations de moins de 24 heures. Le développement de la chirurgie ambulatoire en fut un des principaux résultats³²avec néanmoins des limites, dues aux contraintes liées à l'organisation traditionnelle de l'hôpital comme la gestion des flux de patients, la coordination des différents temps médicaux et non-médicaux etc. Dans le même temps, les disparités mesurées en termes de lits d'hospitalisation complète se sont fortement réduites : l'écart entre la région la mieux dotée et la région la moins bien dotée, qui était en 1994 de 485 lits pour 100 000 habitants s'élève désormais à 265 (de 561 pour la Haute-Normandie à 826 dans le Limousin).

La gestion des urgences et l'organisation des soins curatifs de premier niveau ont connu moins de succès. Si l'on se place du point de vue des usagers confrontés à un problème de santé courant, la permanence de soins n'est que partielle en ville, les urgences renvoient sur l'hôpital une bonne part des problèmes qu'un système de santé gradué et territorialisé devrait pouvoir traiter.

Le but des dernières réformes est d'organiser dans les territoires de santé l'ensemble des professionnels (avec les CPTS) et des établissements (avec les GHT). C'est l'aboutissement des réformes de la planification réalisées depuis les années 90. Mais les communautés professionnelles ne se sont pas encore organisées et les GHT n'ont pas encore le pouvoir de partager leurs ressources humaines entre les sites pour mieux organiser les soins.

La planification de l'offre de soins reste déséquilibrée entre établissements et soins de ville. Malgré leurs limites, les schémas régionaux dessinent un cadre dans lequel les établissements sont tenus d'inscrire leurs évolutions. Il n'en va pas de même pour l'offre de soins en ville. Un volet ambulatoire n'a été que très tardivement introduit dans le SROS-PRS en 2011, sans aucun caractère opposable. Seul un zonage conditionne l'attribution d'aides financières incitatives, sans véritable lien avec les négociations conventionnelles. Les inégalités territoriales d'accès à l'offre de soins de ville persistent. La médecine générale reste le parent pauvre mal considéré (leur rémunération est inférieure à celle des spécialistes), mal formé (principalement par des spécialistes dans des CHU) à sa pratique future, mal utilisé (on le voit lors de l'épidémie de grippe H1N1), moins investi (du fait de l'absence d'aménagements nécessaires afin que les médecins, notamment les femmes aujourd'hui majoritaires, concilient vie familiale et exercice de la médecine générale).

Avant la pandémie de coronavirus, la réflexion sur les soins curatifs semblait se recentrer sur une liste exhaustive de services de base accessibles dans un système gradué (HCAAM, 2018³³). Une ligne de premier recours est le réseau territorial de proximité comprenant des

³² Cour des comptes (2018). Le virage ambulatoire du système de santé opus cité : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital. In *Sécurité sociale*, chapitre V, octobre. Le nombre de places en chirurgie ambulatoire est passé de 7600, en 2000, à 18 000, en 2016, le nombre de lits passant de 102 000 à 68 000.

³³ Haut comité pour l'avenir de l'assurance maladie (2018) *Contribution à la transformation du système de santé avis et rapport*

soins ambulatoires et des soins avec hospitalisation assurant, entre autres, la mission sociale dévolue à l'hôpital. Ce niveau de proximité organise une intégration transversale non optionnelle. Les établissements et structures de recours et de référence suivent également une logique de gradation variable selon les domaines, en fonction des besoins d'accessibilité et de la fréquence des recours. On distingue ainsi une deuxième ligne réunissant spécialités, équipes et équipements d'un usage courant, et une troisième ligne, plus concentrée, concernant des services très spécialisés, d'un recours moins fréquent, nécessitant des équipements et des compétences rares et des moyens consacrés à la recherche de pointe. Cette relecture du système donnant toute sa place au 1^{er} niveau en se plaçant du point de vue de l'utilisateur paraît aujourd'hui remise en cause.

Conclusion

Ce survol de trente années du système de soins met en évidence des acquis. Spécialisation des professionnels et des institutions ont permis d'améliorer la qualité des soins, mais posés des problèmes de coordination entre acteurs, aboutissant à l'idée récente de l'organiser à partir du parcours de soin.

La gouvernance par « décret » de l'offre de soins a atteint ses limites faute de consensus des syndicats professionnels. Notre système de santé demeure toujours très fortement centré sur l'hôpital.

L'échelon national reste celui du pilotage, mais il tend à se concentrer sur une vision normative instrumentale aux échelons opérationnels. Les objectifs quantifiés ont montré leurs limites.

Le niveau régional déconcentré s'est renforcé mais ses marges de manœuvre restent limitées.

Le territoire est devenu le lieu de construction le plus novateur du système de soins.

Une idée a mûri progressivement au cours de ces trente années, le système de santé doit s'organiser en trois niveaux et faciliter le passage des usagers de l'un à l'autre en harmonisant les conditions pratiques de la prise en charge, en se plaçant du point de vue du malade.

Le regard sur les différents stades parcourus par les usagers indique que les niveaux 2 et 3 se sont sérieusement réorganisés. Le système a été réformé par le haut principalement, permettant aux CHU de consolider leur position centrale mais une partie de leurs services doit continuer d'assurer une fonction sociale d'hôpital général, ce qu'elle fait mal. Les hôpitaux généraux et cliniques se sont réorientés vers des interventions sans hébergement garantissant confort et sécurité des soins pour le patient. L'hospitalisation en médecine n'a suivi ce mouvement que partiellement, laissant aux soins de suite le rôle de service tampon vers le domicile ou les établissements médicosociaux. Les instances de coordination des soins se sont progressivement mises en place, le plus souvent de façon bureaucratique et anarchique dont témoigne leur multiplicité dans le temps et dans l'espace sans mobilisation

des praticiens de terrain et des usagers à l'échelon des territoires. Leur fonctionnement bute encore sur la question du statut des coordonnateurs et le financement.

Un horizon se profile peut-être avec des territoires de santé dans lesquels les conférences de territoires auraient plus qu'un rôle consultatif sur les soins, où l'allocation de ressources se ferait sur une base de capitation avec possibilité de fongibilité des enveloppes de soins curatifs entre l'hôpital et la ville quand le malade passe de l'une à l'autre de ces prises en charge.