

1983–2000, le système hospitalier en réforme

Jean-Pierre Galaire
Consultant
Jean-Pierre Claveranne
Professeur
des universités,
Université Lyon III,
Lass-Graphos CNRS

La décennie 1970 a vu la mise en œuvre des deux lois structurantes de notre système de santé : la loi du 31 décembre 1970, qui a permis la structuration et la modernisation du fonctionnement des hôpitaux, et la loi du 30 juin 1975, qui a organisé le fonctionnement des institutions médico-sociales, qui relèvent dans notre pays principalement de l'initiative privée, notamment à but non lucratif.

Dès la fin des années soixante-dix et le début des années quatre-vingt, sous la pression de l'envolée des dépenses à charge des régimes d'assurance-maladie, du ralentissement de la croissance économique, des mutations de l'industrie et du chômage, il est apparu urgent de remédier aux effets inflationnistes constatés qui ne pouvaient plus être financés par l'assurance-maladie.

Les premiers éléments de la réforme ont porté sur l'hospitalisation :

- 1983 : abandon du financement par prix de journée au profit de la dotation globale de financement dans les hôpitaux publics,
- 1985 : extension aux établissements privés participant à l'extension du service public hospitalier,
- 1991 : loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière,
- 1996 : ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Ces textes ont apporté une réforme en profondeur de l'hospitalisation publique et privée. Toutefois, force était de constater que, dans le même temps, la maîtrise des dépenses de santé n'était pas au rendez-vous et les plans relatifs à la Sécurité sociale se succédaient à un rythme soutenu, courant toujours après l'objectif de maîtrise.

La réponse des pouvoirs publics a été la publication des ordonnances du 24 avril 1996 sur l'organisation de la Sécurité sociale et sur la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

Notre propos n'étant pas de faire un bilan exhaustif de toutes ces réformes, il se limitera donc à en mettre en évidence les aspects les plus déterminants.

La réforme de 1983

Le but de la loi du 31 décembre 1970 avait été de fixer à la fois le cadre organisationnel et le plan de financement qui allait permettre une profonde transformation et la modernisation des hôpitaux publics.

À partir de 1985, tous les hôpitaux publics et privés à but non lucratif participant à l'exécution du service public hospitalier ont vu leurs recettes limitées à la dotation globale de financement, complétée par les produits d'hospitalisation (tickets modérateurs sur actes externes principalement) et produits divers.

Il s'est vite avéré que cette réforme de 1983, qui ne

concernait essentiellement que les modalités de financement du fonctionnement, était insuffisante et inéquitable sur le plan économique dans le sens où, pour les établissements surdotés bénéficiant de rentes de situation héritées du passé ainsi que pour les établissements les plus rétifs, elle n'incitait pas à la maîtrise des dépenses.

La réforme de 1991

Après le constat des défauts et des limites de la réforme de 1983, la loi du 31 juillet 1991 s'articulait autour de cinq axes principaux :

- adapter l'offre de soins aux besoins sanitaires de la population et améliorer la qualité des soins en créant à côté de la carte sanitaire, outil quantitatif d'encadrement du développement de l'offre de soins, un outil qualitatif : le schéma régional d'organisation sanitaire (Sros). L'objectif de ce Sros est de déterminer la répartition géographique des installations et activités de soins régies par la carte sanitaire permettant d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population ;
- accroître l'autonomie des établissements et développer les responsabilités des acteurs du système hospitalier. Pour cela, la loi introduit la dimension de pluriannualité fondée sur l'élaboration de projets médicaux, base d'un projet d'établissement, portant sur une durée maximale de cinq ans et pouvant déboucher sur la signature de contrats pluriannuels d'objectifs conclus sur ces bases entre les établissements, l'assurance-maladie, l'État et le cas échéant les collectivités territoriales ;
- améliorer la concertation et le dialogue au sein des établissements par la mise en œuvre d'instances de concertation tels que les conseils de service et de département. Cette structuration de l'activité médicale a aussi pour ambition de faire participer les responsables médicaux à la gestion des moyens budgétaires de leur structure et à les faire bénéficier, le cas échéant, des résultats de cette gestion ;
- rétablir un plus juste équilibre entre service public et secteur privé lucratif ;
- promouvoir le principe d'une évaluation tous les cinq ans des activités de soins et de leur organisation au sein des établissements. Elle consacre le rôle de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (Andem).

Le bilan de la loi de 1991

Dans les faits, on retiendra de la loi de 1991 les éléments suivants :

- renforcement de la planification sanitaire qui, de quantitative (carte sanitaire), devient aussi qualitative (le Sros),
- structuration des établissements de santé et une réaffirmation de leurs missions,
- volonté de passer d'une programmation budgétaire annuelle à une contractualisation pluriannuelle conforme au Sros,



- développement de la participation des acteurs à la planification sanitaire et à la gestion des établissements,
- définition du principe de l'évaluation des activités de soins et de leur organisation par une agence indépendante,
- affirmation de l'obligation d'information des malades et notamment de la communication de leurs dossiers médicaux,
- volonté d'expérimenter de nouvelles formes de tarification à la pathologie dans le but de rapprocher les financements du secteur public et du privé,
- réforme des établissements concernant principalement le secteur public ou parapublic, prolongeant ainsi les possibilités de divergence des dynamiques de développement entre les deux secteurs.

Elle aura permis la révision de la carte sanitaire et l'élaboration des Sros de première génération. Toutefois, il faut noter qu'elle n'a pas abouti concrètement sur le plan de la contractualisation pluriannuelle, sur le plan de l'évaluation et sur celui de l'harmonisation des modes de financement entre secteur public et privé.

La réforme de 1996

Elle résulte d'un ensemble de trois ordonnances, regroupées dans ce qui fut appelé le plan Juppé, toutes trois datées du 24 avril 1996 :

- ordonnance 96-344 portant mesures relatives à l'organisation de la Sécurité sociale,
- ordonnance 96-345 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins,
- ordonnance 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Cet ensemble de textes forme un tout cohérent qui marque la volonté du législateur d'aborder simultanément les questions de santé publique, de financement de la Sécurité sociale, de répartition des rôles entre le législateur, les services de l'État et l'assurance-maladie, de gestion conventionnelle des relations entre ces acteurs et les professionnels de santé, et d'approche globale de la gestion de l'hospitalisation publique ou privée.

L'ordonnance 96-344 réforme les compositions et modes de formation des conseils d'administration des caisses d'assurance-maladie, leurs relations avec l'État au travers des conventions d'objectifs et de gestion qui leur délèguent la gestion du respect des objectifs de dépenses issus de la loi de financement de la Sécurité sociale votée annuellement par le Parlement.

L'ordonnance 96-345 a pour but principal de définir les modalités conventionnelles entre les professionnels de santé libéraux et l'assurance-maladie. On y trouve aussi deux aspects qui auront des conséquences sur les choix faits en matière d'hospitalisation :

- la création des conférences nationale et régionales de santé, qui doivent se réunir annuellement et proposer les priorités de la politique de santé publique et des orientations pour la prise en charge des soins compte tenu de l'évolution des techniques préventives, diagnostiques et thérapeutiques. Ces propositions sont réu-

nies dans un rapport annuel remis au gouvernement, qui en tiendra compte pour l'élaboration annuelle de la loi de financement de la Sécurité sociale,

- le lancement pour une période de cinq ans, à compter du 24 avril 1996, d'actions expérimentales de coordination des soins à l'intérieur de filières et de réseaux de soins pouvant faire l'objet de nouvelles formes de tarification et de prise en charge des dépenses.

Enfin, on trouve dans cette ordonnance les dispositions rendant obligatoires la présentation et la tenue à jour d'un carnet de santé, ainsi que celles relatives au codage des actes de pathologie et à l'utilisation des cartes à puce (Sésame Vitale, cartes professionnels de santé). Ces dispositions ont été soit sans effet, soit vidées de leur sens, compte tenu d'une part des oppositions des médecins libéraux à leur mise en œuvre, soit du délai mis par les régimes d'assurance-maladie à résoudre les difficultés techniques de mise en œuvre.

L'ordonnance 96-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée apporte des dispositions nouvelles ou complète la loi de juillet 1991 dans les domaines suivants :

- création d'agences régionales d'hospitalisation,
- création de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes),
- contractualisation obligatoire de la gestion des relations avec les établissements de santé,
- évolution des conseils d'administration des établissements de santé,
- évolution des modes de financement des établissements de santé,
- création des nouveaux modes de coopération sanitaire.

Les agences régionales de l'hospitalisation

L'ambition de la création des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) était donc de placer toute l'hospitalisation d'une région sous la compétence d'une seule autorité chargée de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser, de coordonner l'activité des établissements publics ou privés et de déterminer leurs ressources.

Composée à parité de représentants de l'assurance-maladie et de représentants de l'État, la commission exécutive de l'agence prend les décisions dans trois domaines :

- les autorisations d'activité et d'équipement,
- les orientations pour l'allocation des ressources aux établissements après avis du comité régional d'organisation sanitaire et sociale (Cross),
- les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (après avis des caisses).

Le directeur d'agence, nommé par décret en Conseil des ministres, a donc en principe un pouvoir renforcé. Il en est ainsi pour la fixation de la carte sanitaire, le retrait d'autorisation ou la modification de son contenu, les décisions en matière de coopération entre établisse-

ments, et la compétence tarifaire pour les établissements sous dotation globale.

La réalité, après quatre ans de vie de ces agences, est beaucoup plus nuancée, car elle est à la fois dépendante de la personnalité des hommes et de leurs moyens. Le directeur d'agence n'a en fait que peu de moyens propres. Il tire la plupart des moyens qui lui sont nécessaires de la mise à disposition des services départementaux et régionaux compétents en matière sanitaire.

Il s'est très vite avéré que ceux-ci n'étaient pas suffisants pour assurer toutes les missions nouvelles d'instruction des dossiers (renouvellement d'autorisations, contrats d'objectifs et de moyens). Dans les faits, le directeur d'agence doit faire appel à des mises à disposition de moyens provenant de l'assurance-maladie, qu'ils viennent des caisses régionales d'assurance-maladie ou des échelons régionaux ou locaux du service médical de l'assurance-maladie.

Dans la réalité, le directeur d'agence doit négocier les moyens d'assurer ces missions et donc arbitrer entre une culture de santé publique selon laquelle seuls les services de l'État s'estiment légitimes et une culture gestionnaire revendiquée par les services de l'assurance-maladie. De plus, le pouvoir du directeur s'arrête à la fixation des ressources des établissements sous dotation globale.

L'accréditation et l'évaluation des établissements de santé

Avec la création des ARH, l'engagement d'une politique d'accréditation et d'évaluation des établissements de santé est la deuxième innovation majeure de la réforme de 1996. Certes, la loi de 1991 avait déjà introduit le principe de l'évaluation tous les cinq ans des activités de soins et de leur organisation au sein des établissements par l'Andem, mais la focalisation de cette agence, tant sur des problèmes d'actualité que sur la création des références médicales opposables (RMO), ne lui avait pas permis d'engager réellement une dynamique d'évaluation au sein des établissements de santé.

La transformation de l'Andem en Agence nationale pour l'accréditation et l'évaluation en santé (Anaes) marque une forte volonté politique.

La contractualisation de la gestion des établissements

Le contrat d'objectifs et de moyens. La loi de 1991 avait introduit le principe de conclusion de contrats pluriannuels d'objectifs passés entre l'État, l'assurance-maladie et l'établissement, en permettant de gérer des programmes pluriannuels engageant tous les partenaires. Cette disposition n'avait pratiquement pas eu de concrétisation. L'ordonnance 94-346 va au-delà d'une simple faculté laissée à l'initiative des partenaires en rendant obligatoire la conclusion du contrat, le défaut de conclusion d'un contrat permettant au directeur de l'ARH d'imposer à l'établissement sous dotation globale une évolution de ses moyens budgétaires.

La contractualisation interne aux établissements. La loi de 1991 ouvrait déjà la possibilité d'associer les structures médicales (unités fonctionnelles, services, dépar-

tements, etc.) à la gestion de leurs moyens budgétaires et de les faire bénéficier des résultats de cette gestion. L'ordonnance prévoit la création de centres de responsabilité dans les établissements publics de santé dirigés par des responsables désignés par le directeur sur proposition des structures médicales. Elle donne la possibilité au directeur de déléguer des missions de gestion à ces responsables dans le cadre d'un contrat conclu avec eux, fixant leurs obligations, leurs moyens et les modalités de leur intéressement aux résultats, ainsi que les éventuelles sanctions en cas d'inexécution des obligations. Si l'ordonnance précise les possibilités de la contractualisation interne, il ne semble pas qu'elle ait suscité beaucoup de vocations de responsables.

Évolution des modes de financement des établissements de santé

La suppression du prix de journée préfectoral : le financement par prix de journée concernait les établissements privés à but non lucratif, ainsi que les maisons d'enfants à caractère sanitaire et à but non lucratif qui n'avaient pas opté pour la participation à l'exécution du service public hospitalier. Au titre de l'ordonnance, elles ont dû opter soit pour le financement par dotation globale, soit pour le conventionnement.

Depuis 1999, il ne subsiste plus que deux modes de financement :

- **Le financement par dotation globale.** La dotation globale est arrêtée par le directeur de l'ARH sur la base de plusieurs éléments, dont en premier lieu et prioritairement le montant de la dotation régionale mais aussi du Sros et de son annexe opposable, du projet d'établissement, du contrat d'objectifs et de moyens, de l'activité et des coûts de l'établissement appréciés selon les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et de la valeur du point Isa produit, et des indicateurs de suivi et de résultats fixés dans le contrat d'objectifs et de moyens (Com).

Dans la réalité, le caractère limitatif du taux directeur est remplacé par celui de l'enveloppe régionale et par les décisions d'orientation de la campagne budgétaire prises par le directeur de l'ARH après consultation du Cross sur le taux de reconduction des budgets, les masses affectées aux mesures nouvelles et spécifiques et les critères de redéploiement entre établissements sur la base de la valeur du point Isa produit comparée aux valeurs moyennes et médianes de la région.

- **Le financement des établissements privés conventionnés.** L'ordonnance maintient le principe du contrat tripartite national mis en place par la loi de 1991 et conclu pour cinq ans entre les ministres de la Santé et de la Sécurité sociale, les caisses d'assurance-maladie et les organisations représentatives de l'hospitalisation privée à but lucratif ou non.

Ce contrat détermine les obligations réciproques des parties et la classification des prestations tenant compte des traitements par pathologie ou groupes de pathologies. Il fixe les modalités de gestion des montants



régionaux, des frais d'hospitalisation et les sanctions applicables aux établissements en cas de manquement aux stipulations du contrat.

Chaque année, ce contrat est complété par un accord entre les contractants qui fixe la répartition par discipline du montant total annuel arrêté après fixation de l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance-maladie (Ondam), la répartition par région de

ces montants dont le but est de résorber progressivement les inégalités géographiques, et les modalités de détermination et de versement des sommes dues aux établissements privés.

La mise en œuvre de cette réforme a donné lieu à une refonte des grilles de classement des établissements et a été complétée par la signature des contrats d'objectifs et de moyens.

Qu'appelle-t-on système de soins ?

Le système de soins est constitué d'entités compartimentées et souffre d'un manque d'interactions et de cohérence.

Le mot système vient du grec *sunis-tenai* : « placer ensemble, grouper, unir ».

Le mot système est utilisé pour désigner « un ensemble d'éléments, matériels ou non, qui dépendent réciproquement les uns des autres de manière à former un tout organisé »*.

Qu'est-ce qu'un système de soins ?

On s'intéresse alors à un ensemble d'objets ainsi qu'aux conditions de leur constitution et de leur cohésion. La notion de système est indissociable de la notion de finalité en tant que caractéristique intrinsèque de la réalité étudiée. La finalité est l'élément du système qui en crée l'unité.

Les objets qui constituent un système sont des entités actives et mobiles à l'intérieur de milieux eux-mêmes évolutifs. Par conséquent, un système se déplace dans l'espace et dans le temps. Les caractéristiques de structure du système (sa masse, sa force, sa cohésion interne) vont se modifier dans le temps et dans l'espace avec un effet d'hystérésis (il n'y a pas de symétrie dans les événements).

Or, il ne peut y avoir ni « vie » ni « travail » si le système n'est pas approvisionné en énergie et en information au sens général. Cet approvisionnement est un processus liant le système à son environnement. L'environnement d'un système est non stationnaire : quelle que soit l'échelle d'observation, le couple système-environ-

nement pris en considération est toujours susceptible de devenir un système.

La constitution interne d'un système n'est jamais déterminée une fois pour toutes. Le nombre d'éléments, les propriétés, le nombre et les qualités des liaisons entre les éléments se modifient dans le temps.

Le mot soin vient de l'ancien français *soign* : « se soucier de, s'intéresser à ».

À l'époque classique, soin a le sens de « inquiétude, souci », mais désigne aussi l'occupation, la charge qu'a une personne de veiller sur quelque chose. Le mot s'emploie spécialement dans « avoir soin de malades », d'où la définition de soins comme « actes et pratiques par lesquels on conserve ou rétablit la santé »**. Le sens du mot soin aujourd'hui est ambigu. Au niveau individuel, la prise en charge du patient est implicitement décomposée en plusieurs types d'actes : les actes diagnostics, de prescriptions et d'interventions réalisés par le corps médical et le soin proprement dit réalisé par le personnel soignant où l'on distingue le soin direct au patient (le réalisation du soin « sur le patient ») et le soin indirect (l'organisation du soin par la prise de rendez-vous, l'accueil...).

Au niveau global, en revanche, on entend le soin comme l'ensemble de tous les actes réalisés pour prendre en charge une demande liée à une maladie perçue. La distinction est faite dans ce cas entre le système de soins qui prend en charge les maladies entendues comme une altération organique et/ou fonctionnelle considérée dans son évolution et comme une entité définissable, et le système de santé qui vise à maintenir et rétablir la santé de la population entendue aujourd'hui dans un sens beaucoup

plus large que l'état de non-maladie. La santé définie par l'OMS est « un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ».

Le système de santé s'étend alors à toutes les dimensions de la vie sociale, quand le système de soins, lui, fait référence au dispositif mis en place pour la prise en charge de la maladie.

Le système de soins est un ensemble d'éléments organisés, de pratiques coordonnées dans ce but.

Les entités qui constituent ce système sont l'offre de soins, elle-même constituée de la médecine de ville, du médico-social et de l'hospitalisation publique et privée, la demande de soins par les différentes composantes de la population, active ou non active, à bas revenus ou à hauts revenus et le financement des soins qui comprend l'État, les régions, les caisses d'assurance maladie, les mutuelles, les syndicats.

Les interactions entre ces entités sont des flux monétaires, des flux de personnes et des flux d'information.

En quoi le système de soins est-il un système ?

Le développement du système de soins s'est réalisé avec comme priorité d'intégrer les progrès de la médecine et d'obtenir une adéquation entre les dépenses et les ressources du système. Or ces objectifs provoquent parfois des comportements antinomiques avec les finalités du système de soins en tant que sous-système de santé. Les arbitrages réalisés en faveur du développement d'un système essentiellement curatif au détriment du développement de la prévention posent les limites de l'intégration des actions du système de soins pour maintenir et améliorer l'état de santé de la po-

* Lalande A, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, 1902-1923.

** Le Robert, *Dictionnaire historique de la langue française*, sous la direction d'Alain Rey.

L'incitation à la coopération sanitaire

L'ordonnance, si elle n'a pas libéré les établissements publics de santé du poids des élus, veut organiser leur décloisonnement et les inciter à la coopération. Ainsi, ils sont invités à s'engager dans la constitution de réseaux de soins et à constituer des communautés d'établissements pour la mise en commun de moyens et gestion des complémentarités d'activité, la charte cons-

titutive et les moyens devant être agréé par le directeur de l'ARH. Les établissements publics de santé qui n'ont adhéré à aucune communauté au terme des trois ans qui suivent la publication de l'ordonnance sont tenus d'en justifier les raisons dans un rapport au directeur de l'ARH. ■

pulation en termes de maladies. Certains actes médicaux posent aussi le problème de leur pertinence au regard du « conflit » entre la logique médicale de l'acte technique pour maintenir en vie et la logique « santé » du respect des caractéristiques du patient et de sa volonté. La représentation qu'ont les acteurs du système de soins de l'individu en tant que patient (qui subit) est une représentation morcelée selon les disciplines médicales, selon les pathologies et selon la nature « sanitaire » ou « sociale » de la prise en charge avec des « ponts » fragiles entre les divers constituants. Les flux de personnes sont imparfaits dans la mesure où des problèmes d'accessibilité se posent et où le passage d'une entité à l'autre est difficile. Les flux monétaires, eux, répondent à des règles de continuité historique et non à des règles de pertinence et de cohérence globale, les flux d'information sont inexistantes ou erronés tant l'information est reléguée au rang d'outil négligeable pour piloter le système (ceci est encore vrai dans le discours des acteurs malgré les efforts apparents des tutelles).

On voit aujourd'hui un « système de soins » qui n'est pas un système dans la mesure où ses entités se sont constituées indépendamment les unes des autres avec de nombreux cloisonnements : cloisonnement ville-hôpital, cloisonnement public-privé, cloisonnement court, moyen et long séjours. Les entités n'ont d'interactions entre elles que lorsqu'elles y sont contraintes. Nous avons un système qui n'en est pas un, dans la mesure où la communication avec l'environnement et les autres composantes de la santé est quasi inexistante : cloisonnement sanitaire-social, cloisonnement prévention-environnement...

Nous avons un système qui n'en est pas un dans la mesure ou les finalités

locales ne concourent pas aux finalités globales. Les finalités du système de soins ne s'inscrivent pas dans les finalités du système de santé, lorsqu'on voit aujourd'hui comme priorité affichée de rattraper les inégalités de ressources entre régions sans mettre en exergue les inégalités de santé entre régions. Il n'y a pas de véritable décentralisation des objectifs globaux, peut-être par conviction que les acteurs ont une rationalité illimitée et peuvent appréhender toutes les problématiques du système de santé en ayant une représentation des priorités de chaque compartiment de la vie sociale, peut-être par une foi excessive en la capacité des dispositifs de régulation macro-économiques à contraindre les acteurs à agir dans le sens commun. La mise en place d'une régulation par le contrôle des procédures a engendré des biais de comportement des acteurs et leur a donné les marges de manœuvre suffisantes pour satisfaire les intérêts locaux au détriment des intérêts globaux.

Enfin, nous avons un système figé qui n'intègre que très lentement les évolutions de la société, un système lourd qui repose sur des habitudes de pratiques qui se maintiennent et s'entretiennent par la non-révision des systèmes d'éducation et de formation des professionnels, par les bastions érigés de toutes parts pour protéger et pérenniser chaque situation locale, pour renforcer les cloisonnements et délimiter les territoires.

Quelle conception du système de soins ?

Le système de soins ne peut se penser que comme un système avec des frontières mobiles qui se forment et se déforment selon la demande et les possibilités de réponse à cette demande. Un système fonctionnant comme un vaste

réseau dans l'acception la plus optimiste de ce vocable.

Les frontières du système de soins doivent s'estomper pour se fondre dans les autres systèmes du système de santé, pour pouvoir parler véritablement de système de soins de santé. Le financement des soins est à présent soumis à des contraintes de « coût d'opportunité ». Les règles d'un jeu à somme nulle entre les différents compartiments du budget de l'État sont définies et les usagers eux-mêmes réalisent des arbitrages avec les autres facteurs de bien-être.

Le système de soins ne peut plus être pensé comme une entité bornée, mais comme dissous dans les autres systèmes.

La tendance actuelle à dissocier l'acte requérant la technicité du plateau technique de l'hébergement et du nursing traduit cette évolution dans les composantes du système de soins. Or, le développement contraint des réseaux et des structures hybrides d'alternatives à l'hospitalisation commence à se trouver confronté aux difficultés résultant de la compartimentation des entités des systèmes et de leur manque d'interaction et donc de cohérence d'ensemble dès que l'on aborde les problèmes de financement.

Chaque entité du système de santé étant prise séparément, le système de santé est alors une juxtaposition d'entités sans lien entre elles au niveau de l'offre, de la demande et des financements.

Le système de soins prendra tout son sens quand il développera un système de soins hors les murs, un système de soins présent dans chaque composante de la vie sociale, un système de soins continu et omniprésent. Un système dont, telle la sphère de Pascal, « le centre est partout et la circonférence nulle part ». ■