



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.**

**L**e 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 ». ■