

« L'égalité est une fiction, mais
c'est une fiction féconde, qui a
fait bouger le monde, l'ingrédient
nécessaire du progrès. »
Mona Ozouf.

le fonctionnement d'un système mixte, planifié et libéral.

Les exemples de la prise en charge des malades atteints d'affections chroniques et sévères ou celui des réseaux et parcours en cancérologie, décrits et analysés dans les deuxièmes et troisièmes chroniques, montrent à la fois l'indispensable coopération entre les différents professionnels concernés et les difficultés qu'ils ont à promouvoir et à mettre en place ces coopérations et complémentarités du fait du poids de l'histoire, des pratiques de chacun, des cloisonnements excessifs et des corporatismes. Les compromis et les hésitations des gestionnaires ont finalement abouti à la constitution d'un système de soins globalement apprécié des français mais qui génère des inégalités d'accès aux soins et qui est aujourd'hui considéré comme trop complexe, construit progressivement sous l'influence des professionnels et pour eux.

En saluant les progrès accomplis et les prouesses de l'innovation scientifique et technique au cours des trente dernières années grâce à une protection sociale large et efficace, Philippe Renou nous invite à mesurer les enjeux actuels et futurs de notre système de santé. La quatrième chronique est un plaidoyer vigoureux pour l'innovation accessible à tous et pour la solidarité, un plaidoyer pour le maintien de notre système construit sur la mixité d'exercice de la médecine entre un secteur libéral et un secteur public hospitalier. Pour la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge, cette mixité est essentielle, mais, du fait d'une vision concurrentielle, elle est coûteuse et générative de surcoûts inutiles.

Avec l'énergie qu'on lui connaît et une grande capacité à argumenter ses convictions, Philippe Renou montre qu'au fond notre système est à la croisée des chemins. Comment faire face aux grands enjeux de santé publique actuels et à venir avec une organisation, dont le fonctionnement, les modes de financement et les pratiques ne sont pas adaptés à ces enjeux ? Comment bien prendre en charge les patients atteints de maladie chronique (plus de 20 millions en 2020), comment faire face au vieillissement de la population et ses conséquences, comment prendre en charge la dépendance et surtout comment améliorer l'espérance de vie en bonne santé après 65 ans ?

Toutes ces questions ne pourront se résoudre sans une approche nouvelle associant étroitement les malades, leurs représentants et tous les citoyens à la conception de nouvelles organisations des prises en charge. La cinquième chronique consacrée à la démocratie sanitaire souligne cette ardente obligation, pour reconstruire sur les fondations existantes, un système conçu avec les malades et pour eux.

L'auteur nous dit avec conviction qu'après l'ère des gestionnaires, nous avons aujourd'hui besoin de retrouver des fondateurs capables de défendre des choix politiques forts pour relever deux défis majeurs : le choix du mieux vivre ensemble fondé sur un système de protection sociale solidaire et universel et la refondation du système de santé autour de la coopération entre professionnels et de la complémentarité entre les structures. Cela passe notamment par des arbitrages essentiels sur le financement de la protection sociale et, pour le système de santé, par la rénovation du service public hospitalier, la

promotion des coopérations interprofessionnelles et intersectorielles, par le développement de la prévention et la promotion de l'innovation et du progrès accessible à tous.

Merci à Philippe Renou pour son irrévérence empreinte de sagesse, merci à lui pour sa leçon de vérité.

Édouard Couty,
ancien Directeur des Hôpitaux
Conseiller maître à la Cour des Comptes

Avant-propos

Que les systèmes de santé européens [1] soient d'inspiration bismarckienne [2] ou beveridgienne [3], ils sont, tous, depuis la seconde guerre mondiale, descendants directs d'un compromis entre deux dynamiques, l'une socialiste – solidarité dans la Santé – et l'autre libérale – liberté d'exercice médical.

Avec leur histoire propre, leurs budgets propres et leurs projets sanitaires tant préventifs que curatifs, ces systèmes ont permis l'amélioration considérable des soins et des techniques et leur diffusion aux populations, grâce à ce que l'on appelle encore l'État-providence. Diminution significative de la morbidité et de la mortalité, augmentation de la durée de vie globale et non seulement baisse de la mortalité infantile, ces progrès ont été possibles grâce principalement à la croissance générale de l'économie de marché, mais aussi grâce à une plus grande solidarité devant la Santé, c'est-à-dire les soins de tous en fonction de leurs besoins et non en fonction de leurs seules possibilités financières. Tous les citoyens bien portants cotisent pour les citoyens devenus des patients, riches ou pauvres, jeunes ou vieux,

malades aigus ou chroniques, handicapés ...Avec la crise pétrolière des années 1970 puis la dérégulation planétaire et le néolibéralisme reaganien [4] et *thatcherien* [5], le compromis entre solidarité et liberté est devenu difficile à maintenir.

Les défenseurs d'une dynamique keynésienne [6] ont été considérés comme trop dirigistes et surtout trop tributaires des États « régulateurs ». « L'État n'est plus la solution, il est devenu le problème » a déclaré dans les années 1980 le président des États-Unis d'Amérique. Dans ces conditions, les vieux pays européens, riches de leur expérience social-démocrate en matière de santé, n'ont pas trouvé de meilleure façon d'améliorer les performances en Santé que d'introduire à différents niveaux une concurrence dans le secteur libéral, mais aussi dans les hôpitaux devenus des « hôpitaux-entreprises », sans se demander si c'est bien le meilleur moyen pour continuer à faire baisser morbidité et mortalité dans leurs territoires respectifs.

Parallèlement, une véritable explosion des innovations s'est développée, tant en ce qui concerne les techniques que les moyens de communiquer et les thérapeutiques nouvelles. Cela a fortement contribué à complexifier les procédures de diagnostic et de traitement, nécessitant le financement et le développement de réseaux de soins et de recherche, de plans personnalisés de soins et de suivi à court, moyen et long terme. La question devient alors : faut-il donner la priorité à la coopération ou à la concurrence ? Comment concilier solidarité, égalité (des soins) et liberté ? L'innovation peut-elle être proposée à tous ou seulement à ceux qui peuvent

payer ? Comment réduire les inégalités sociales, financières et/ou territoriales ? Peut-on maintenir les avantages anciens de l'État-providence [7], soudain devenu obsolète, du moins démodé ? La question est capitale, car le monde nous regarde et ce n'est pas la « dynamique Trump » en matière de Santé qui peut servir de modèle pour tous les pays émergents à qui la dérégulation financière et économique a été massivement imposée, du moins, dans les domaines non régaliens (tels la Santé)

Le titre de l'ouvrage mérite une explication. Entre 2011 et 2019, cinq chroniques vont successivement être exposées. Chacune a sa raison d'être historique et a effectivement été écrite à l'occasion d'un événement politique, médical ou sanitaire en France (et en Europe). Le contexte entourant chaque chronique est rapidement évoqué avec la date correspondante. Volontairement, le texte n'a pas été modifié par la suite pour respecter le déroulement des faits historiques. Si les quatre premières chroniques ont été écrites successivement, en 2011, 2015, 2016, 2018, la cinquième et dernière, écrite au printemps 2019, n'était pas prévue. Elle a été ajoutée récemment en raison de l'indisponibilité du professeur Gérard Lévy qui devait traiter dans le même volume de « l'Éthique biomédicale ». Le texte était très avancé, lorsque le professeur Lévy a eu un grave ennui de santé, lui interdisant de terminer sa tâche. L'auteur du présent ouvrage et toute l'équipe de Renaissance des Lumières ont une pensée particulière pour leur très cher ami, décédé le 22 décembre 2019, et lui dédie ce premier volume de l'Atelier « Santé, méde-

cine et solidarité », avec le souci de transmettre son message de rigueur et d'humanité.

Ce premier ouvrage de l'Atelier « Santé, Médecine et Solidarité », de l'Association Renaissance des Lumières s'adresse à tous les citoyens, professionnels ou non, bien portants et futurs patients ! Il sera également accessible sur internet. On souhaite vivement qu'il soit le premier d'une longue liste d'ouvrages sur des thèmes majeurs de Santé. Les éditions du Pont 9 envisagent la parution d'un ou deux livres par an avec un ou deux auteurs pour chaque livre. Ainsi, début 2020, Mr Edouard Couty traitera du Pacte de confiance hospitalier et Mr Hervé Rihal, du handicap. D'autres projets sont en cours de réalisation pour les trois prochaines années : les maladies chroniques ; politique du médicament ; recherche biomédicale. La liste ne demande qu'à s'allonger grâce à la participation des référents dans chaque thème ou plutôt chaque secteur sanitaire d'actualité.

Tous les renseignements complémentaires sont sur le site Association Renaissance des Lumières : www.renaissancedeslumières.fr

Les chiffres en italique [xx] renvoient aux notes en fin de chapitre, alors que les chiffres en romain (xx) renvoient à la bibliographie, en fin d'ouvrage.

Notes

[1] .Tous les pays de L'Europe de L'Ouest ont opté, au lendemain de la seconde guerre mondiale, pour un système solidaire, financé par l'impôt ou les cotisations sociales, en s'inspirant principalement du système allemand, puis britannique.

[2].Otto Von Bismarck, prussien ultra conservateur et nationaliste a repris les propositions des socialistes sur la couverture sociale pour contribuer à souder les régions ou Länder, en vue de l'unification de l'Allemagne.

[3] Lord William Beveridge, en pleine guerre (1941) a suggéré à Winston Churchill d'aider les citoyens britanniques sur le plan sanitaire en levant un impôt visant à faire bénéficier toute la population des mêmes prestations.

[4]Dans les années 1980, la crise pétrolière a considérablement réduit la possibilité de rétributions des États après les « trente glorieuses ». Membre du parti républicain et libéral, Ronald Reagan, en opposition au monde soviétique, a suivi des conseils d'une dérégulation financière censée faciliter la croissance, grâce à un capitalisme débridé.

[5] Margaret Thatcher dans le sillage de Reagan, a contribué à réduire les avantages sociaux et le pouvoir des syndicats ouvriers, dans le Royaume Uni au nom d'une dérégulation théorisée par l'autrichien Von Hayek. Ce dernier a été le premier soutien de la Première ministre britannique.

[6] John Keynes est certainement le plus grand économiste britannique depuis la première guerre mondiale. Dès 1919, il a critiqué les termes du traité de Versailles, considérant excessives les « réparations » imposées à l'Allemagne. Dans son ouvrage intitulé : « Théorie générale de l'emploi, de l'intérêt et de la monnaie », il développe la théorie de la demande visant à augmenter la consommation et réduire le chômage. Il est partisan de l'intervention des pouvoirs publics dans l'économie et a participé à la conférence de Bretton Woods en 1944, avec la création du Fond Monétaire International et la Banque Mondiale.

[7]L'État-providence est le nom donné aux nations de l'Europe de L'Ouest durant les « trente glorieuses ».Avec la création de l'Europe, après la seconde guerre mondiale, la reprise économique aidée par le plan Marshall, a été assurée par les Démocrates Chrétiens et les Sociaux-Démocrates (Konrad Adenauer, Alcide de Gasperi, Georges Bidault, Robert Schuman, Paul Henri Spaak) avec une politique ouverte, libérale, mais aussi, généreuse...

Première chronique, juillet 2011

**Politique de Santé 1945-2011, solidarité
maintenue et gestion étatisée**

Introduction Le contexte

La loi du 24 juillet 2009, dite loi HPST (Hôpitaux, Patients, Santé, Territoire) a servi de prétexte pour relater l'histoire de la Santé depuis 1945, y compris des bouleversements scientifiques. Une nouvelle fois se posait la question d'une santé sociale et libérale. Après la crise des subprimes de 2008, la France pouvait-elle se payer le luxe d'un système solidaire, c'est-à-dire financé par l'impôt et les cotisations sociales ? Le gouvernement Fillon et son ministre de la Santé Roselyne Bachelot ont maintenu les grands engagements pris depuis 1945 et les Ordonnances de 1958. Ils ont validé la tarification à l'activité (T2A) et la gouvernance entrepreneuriale et médicalisée (les pôles). Ils ont transformé les ARH en ARS (Agence Régionale de Santé), renforcé le rôle du Directeur, introduit les Communautés Hospitalières de Territoire (CHT). La planification intéressait autant le secteur privé libéral que le secteur hospitalier public. Les bonnes intentions allaient-elles être maintenues et être efficaces ? L'idée d'une meilleure maîtrise des coûts grâce à la concurrence et la privatisation progressive du secteur public, évoquent cependant une inspiration thatchérienne, peu convaincante.

Politique de santé 1945-2011 : Solidarité maintenue et gestion étatisée, réflexions d'un praticien hospitalier

L'histoire de la politique de santé française depuis 1945 est un élément particulièrement riche de notre histoire sociale. C'est en effet durant les Trente Glorieuses et dans les dernières décennies que s'est construite la démocratie sanitaire, acquis majeur de notre démocratie (1). La société, nos sociétés européennes et le monde évoluent. Des adaptations sont nécessaires pour maintenir les deux bouts de la chaîne : solidarité et liberté. La mondialisation impose de nous adapter, ce qui signifie, pour les tenants d'une pensée libérale, de rester compétitifs dans un monde dérégulé ou plutôt dominé par les impératifs du marché, monstre anonyme mais puissant et juge suprême en matière de redistribution (2). L'histoire de la politique de santé en France est une belle histoire collective. Politiques, syndicats, professionnels et citoyens y ont chacun leur part. C'est une histoire vraie qui doit être racontée avec la rigueur de l'historien. C'est une histoire complexe où les citoyens, les élus, les professionnels ont affaire avec l'État, l'État-providence certes, mais aussi l'État régulateur, administrateur, puis gestionnaire (3). Pour que l'his-

toire soit compréhensible et intéressante, il importe de dégager quelques grands fils conducteurs : cet article étudie successivement la création de la Sécurité sociale et des hôpitaux modernes au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, puis les bouleversements de la médecine au plan scientifique et technique. Il retrace ensuite les prises de positions, actions et oppositions du corps médical avant d'évoquer le temps présent, c'est-à-dire la loi HPST et les perspectives, à *moyen et long terme*, du maintien ou non de la démocratie sanitaire au XXI^e siècle (4).

Création de la sécurité sociale et des hôpitaux modernes (1945-2005)

Il est exact et symboliquement très important de rappeler que la création de la Sécurité sociale (SS) est l'œuvre du gouvernement provisoire de la République française sous la présidence du Général de Gaulle à partir du 25 août 1944, date de la libération de Paris (5). Alexandre Parodi, alors ministre du Travail et des Assurances sociales, demanda à son collègue du Conseil d'État, Pierre Laroque, de mettre sur pied un système de solidarité assurant la prise en charge de tous par tous. Il existait avant-guerre les assurances sociales : la loi du 5 avril 1928 a créé les assurances sociales obligatoires pour les salariés du commerce et de l'industrie dont le salaire est inférieur à un certain plafond. Elle a été ratifiée le 30 avril 1930 (6).

En septembre 1944, Pierre Laroque, directeur général des assurances sociales, avait pour but principal « *d'assurer à la masse des travailleurs, et pour commencer aux salariés, une sécurité véritable du lendemain* » et de donner aux intéressés la responsabilité de la gestion des institutions nouvelles. S'inspirant davan-

tage du système allemand dit bismarckien (système de cotisations salariales à un niveau régional) que du système anglais dit beveridgien (système d'impôts collectés nationalement), Laroque et son nouveau ministre Ambroise Croizat ont tenu compte de la tradition française du syndicalisme et de la mutualité. En mai 1946, une loi votée à l'unanimité étendit le système aux non-salariés, puis en septembre à la vieillesse. Par la suite, particularismes socioprofessionnels (mineurs, cheminots, marins, employés du gaz et de l'électricité) furent également pris en compte. La Mutualité sociale agricole (MSA) a réuni salariés et exploitants. Les solidarités particulières se sont substituées à la solidarité nationale...

Depuis l'ordonnance du 4 octobre 1945, ce sont les caisses de sécurité sociale qui financent désormais les dépenses. La SS assurera la couverture des soins, de la retraite, des congés maladie, du chômage et de la maternité. On doit rappeler ici que le Parlement a voté en 1939 le code de la famille. Les prestations familiales deviennent « universelles » et ne sont plus liées à la seule activité professionnelle. Tous les citoyens, qu'ils travaillent ou non, bénéficient dès lors des allocations gérées par la Caisse d'allocations familiales (CAF).

1941, la grande date fondatrice

Pour les hôpitaux publics, la grande date fondatrice n'est pas 1945 mais 1941, en pleine Occupation. C'est le gouvernement Daladier qui, par le décret-loi du 28 juillet 1939, propose la prise en charge des hôpitaux, jusqu'alors communaux, par les trois acteurs

réunis – l'État, le département, la commune – avec pour mission l'accueil de la population, et pas seulement des indigents. Les hôpitaux de plus de 500 lits auront à leur tête un directeur. Les créations-transformations- suppressions seront désormais gérées par l'État. En raison de la guerre, la loi de 1938 a été reprise sous Vichy – loi du 21 décembre 1941 – avec décret d'application du 17 août 1943. Chaque hôpital est dirigé par un directeur assisté par un conseil d'administration (CA) présidé par le maire. Les médecins, nommés par le préfet, travaillent à temps partiel et bénéficient d'une totale autonomie par rapport à l'administration. Le personnel soignant est principalement constitué par des religieuses, dont le dévouement n'a d'égal que leur faible rémunération ! D'un hôpital communal uniquement réservé aux indigents, globalement en très mauvais état et peu financé est créée – à partir de 1945 et grâce à un financeur puissant, la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) – un hôpital certes autonome, mais où, peu à peu, une triarchie s'implante, à savoir le pouvoir politique (le maire), le pouvoir administratif (le directeur nommé par le ministre), le pouvoir médico-technique (les médecins). Cette triarchie sans lien hiérarchique va peu à peu mettre en place un système hospitalier, système expressément confirmé par l'ordonnance du 13 décembre 1958 qui instaure une coordination par l'État des hôpitaux et cliniques, avec la création d'une Commission nationale de l'équipement hospitalier (CNEH), qui établit un inventaire des équipements sanitaires privés et publics (7).

1945-1970, des événements majeurs sur le plan économique

Mais n'anticipons pas ! De 1945 à 1970, des événements majeurs surviennent sur le plan économique, avec la reconstruction de la France, la communauté du charbon et de l'acier, l'explosion démographique (le fameux « baby-boom »). Dans la rubrique « humanisation » domine la rénovation des hôpitaux, désormais ouverts à tous. Les cliniques privées (3 000 en 1958 dont 1 000 à but non lucratif), à direction familiale, exercent des activités chirurgicales, obstétricales (et aussi psychiatriques et médicales). Très développées, elles bénéficient aussi des progrès médicaux sous l'impulsion des gaullistes, revenus au pouvoir en 1958. Le ministre de la Santé, Bernard Chenot, contribue à ce que la politique de santé ne se détache pas d'une idée de service public.

L'ordonnance du 30 décembre 1958

Surtout, c'est le Pr Robert Debré, père de Michel, Premier ministre, qui crée par l'ordonnance du 30 décembre 1958 les centres hospitaliers et universitaires, c'est-à-dire la médecine hospitalo-universitaire et le temps plein. Des unités INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) sont fréquemment jointes aux centres hospitaliers régionaux et universitaires (CHRU), alors que le décret du 24 février 1984 – donc beaucoup plus tard – créera le statut unique de praticien hospitalier (PH), les universités conservant leur autonomie de gestion. Soins, enseignement, recherche sont les trois missions dévolues aux 29 centres hospitalo-universitaires (CHU)

répartis sur le territoire national. Ce fut une révolution non seulement pour les étudiants et les praticiens, mais aussi pour la population, bénéficiaire des progrès scientifiques dans tous les domaines de la médecine. La plupart des centres hospitaliers régionaux (CHR) sont rénovés ou reconstruits. En outre, la Fédération des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC), créée en 1964, regroupe vingt centres régionaux, établissements privés à but non lucratif et de caractère hospitalo-universitaire. Chaque centre est dirigé par un médecin directeur et le conseil d'administration est présidé par le préfet. Les centres les plus connus sont aussi les plus anciens, l'institut Gustave-Roussy (IGR) et l'institut Pierre-et-Marie-Curie, créés avant la Seconde Guerre mondiale. Le Pr Gustave Roussy, anatomo-pathologiste, eut l'idée d'ouvrir en 1938 à l'hôpital Paul-Brousse un centre dédié au traitement spécifique des malades atteints de cancer.

Loi du 31 décembre 1970 : apparition de la notion de service public hospitalier...

La notion de service public hospitalier apparaît pour la première fois dans la loi hospitalière du 31 décembre 1970 (8). C'est Robert Boulin, alors ministre de la Santé de Jacques Chaban-Delmas, qui propose la rénovation complète des hôpitaux, en pleine croissance économique. Pour la première fois également, la loi du 31 décembre 1970 met en place une planification qui vise à réguler l'offre de soins entre cliniques et hôpitaux, autrement dit à réduire la concurrence au bénéfice de la complémentarité. De plus, les responsables des caisses de sécurité sociale entrent

dans les conseils d'administration, aussi nombreux que les représentants des collectivités locales. L'État développe désormais une économie administrée avec la création des autorisations de fonctionnement pour les gros équipements médicaux. La carte sanitaire se divise en régions sanitaires de 70 000 à 500 000 habitants.

...et du plateau technique

Pour la première fois on parle de plateau technique (J. Charbonneau), implanté dans chaque secteur sanitaire. Afin de mutualiser les moyens, cette même loi propose de réaliser des regroupements inter-hospitaliers, des « syndicats inter- hospitaliers » régionaux entre établissements publics et privés. La notion de service public hospitalier peut être étendue aux cliniques à but non lucratif alors qu'une association, voire une concession de service public, est rendue possible pour les cliniques à but lucratif. Par cette loi du 31 décembre 1970, le législateur cherche à organiser l'offre de soins, par territoire, tout en imposant une certaine planification valable pour les deux secteurs privé et public. Le financement est assuré depuis 1945 par le fameux prix de journée qui tient compte, avant tout, du taux d'occupation des lits. À partir de 1958, l'État instaure un encadrement des prix de journée.

1983 : création de la dotation globale de financement

Mais ce n'est que par la loi du 19 janvier 1983 qu'est instituée la dotation globale de financement.

Elle constitue dans un premier temps un puissant moteur de développement. Il faut également compter à partir de 1982 avec la création du programme de médicalisation du système d'information (PMSI) qui instaure un contrôle administratif de l'activité médicale par l'intermédiaire du département d'information médicale (DIM). On centralise l'information médicale produite par chaque médecin, d'où la possibilité d'un classement et de comparaisons entre médecins, entre services et entre établissements (9). À partir de 1985 (loi du 1er janvier), le gouvernement fixe le taux d'augmentation des dépenses hospitalières, ce qui est mal perçu par le maire et le conseil d'administration de l'hôpital...

Loi du 31 juillet 1991 : naissance du schéma régional d'organisation sanitaire et sociale

La loi du 31 juillet 1991 (loi Évin-Durieux) prolonge et renforce les prérogatives de l'État au niveau régional, avec quelques points forts (10). Si le pouvoir du maire, président du conseil d'administration, est maintenu mais réduit, celui du directeur est renforcé, avec en particulier un pouvoir hiérarchique sur le personnel non médical. En complément de la carte sanitaire issue de la loi du 31 décembre 1970, il est créé un schéma régional d'organisation sanitaire et sociale (SROSS) dirigé par le préfet de région pour la gestion (création, suppression) d'unités et singulièrement de spécialités en court, moyen et long séjour. L'acquisition d'équipements médico-techniques lourds fait également l'objet d'une demande d'autorisation au préfet de région, ce qui aboutit à une concentration préférentielle de ces équipe-

ments dans les établissements publics régionaux, autrement dit les CHU. Le système hospitalier mis en place par la loi de 1970 se voit reconnu et renforcé avec une planification qui intéresse toujours le secteur privé, comme le secteur public. Une Agence nationale d'évaluation médicale (ANDEM) est créée en 1990. La commission médicale d'établissement (CME) se voit confier la mission d'évaluer l'activité des services cliniques. Le gouvernement Rocard crée cette même année 1991 la contribution sociale généralisée (CSG) afin de « compléter » les cotisations sociales, salariales et patronales.

Ordonnance du 24 avril 1996 : mise en place des agences régionales de l'hospitalisation...

L'ordonnance du 24 avril 1996 (11) s'inscrit dans une atmosphère politique et sociale différente. Nous sommes sous le gouvernement Juppé, gaulliste et libéral. La période faste des Trente Glorieuses est terminée depuis le premier choc pétrolier. La croissance est en berne. Le rapport actifs/retraités s'inverse. Le coût de la santé connaît une progression quasiment exponentielle. La création de postes techniques et administratifs dans les hôpitaux augmente. La maîtrise des dépenses de santé devient une ardue obligation et, en prolongement des lois précédentes, la planification sanitaire d'État se renforce. C'est dans ce contexte que sont mises en place les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) avec à leur tête un directeur d'agence régionale (DAR) assisté d'une commission exécutive (« Comex ») où siègent les organismes sociaux et représentants de l'État désignés par les ministres chargés de la Santé

et de la Sécurité sociale (12). Il s'agit là d'une réorganisation de l'administration de l'État à l'échelon régional et départemental, qui coiffe DDASS et DRASS par une ARH dont le directeur dispose des pouvoirs de planification hospitalière et de fixation des budgets hospitaliers. Par ailleurs, c'est à partir de 1996 que le Parlement vote la loi de financement de la Sécurité sociale en établissant l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM). On demande désormais expressément au corps médical de participer à la maîtrise des dépenses de santé. Pour la première fois, des représentants des usagers siègent à la Comex. Quant au maire, son pouvoir continue à régresser avec un nombre réduit de représentants, alors que les conseils généraux, apparus en 1970, sont accompagnés en 1991 de représentants des conseils régionaux, puis en 1996 de représentants d'autres communes que celle siège de l'établissement.

...et obligation de formation permanente et d'accréditation

Si la loi du 31 juillet 1991 avait créé l'ANDEM, la loi du 24 avril 1996 va introduire l'obligation de formation permanente et d'accréditation, avec le remplacement de l'ANDEM par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Le processus d'accréditation consiste à se plier à des protocoles, des normes de fonctionnement, des procédures validées dans le domaine médical. Ce sont les structures, les établissements eux-mêmes qui sont susceptibles d'être accrédités par un jury extérieur, le procédé visant à rapprocher la qualité et l'efficacité médico-économique dans l'optique de l'at-

tribution d'un budget. Les lois de financement de la sécurité sociale, publiées à partir de 1996 chaque année en application du SROS, sont de moins en moins favorables au maintien de petites structures hospitalières. Différents décrets publiés de 1991 à 2000 imposent des normes de fonctionnement strictes pour les maternités (9 mai 1998), les urgences (9 mars 1995), la réanimation...

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et loi du 18 décembre 2003

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et la loi du 18 décembre 2003 renforcent le contrôle de l'État sur le fonctionnement hospitalier avec l'apparition de la tarification à l'activité (T2A), de la nouvelle gouvernance, des pôles et des réseaux de soins. En 2003, les objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) voient le jour avec la mise en place de l'état prévisionnel des dépenses et des recettes (EPDR), permettant de remplacer le financement global par la T2A qui, pour partie, construit le budget des hôpitaux non plus par une enveloppe globale annuelle, mais sur les résultats financiers de l'année précédente. Théoriquement, la T2A se construit sur la tarification des GHS (groupes homogènes de séjours) qui peu à peu seraient les mêmes dans les secteurs privé et public, grâce à une nouvelle nomenclature appelée classification commune des actes médicaux (CCAM).

Il est institué des missions d'intérêt général et une aide à la contractualisation (MIGAC) qui constituent une enveloppe propre, destinée à répondre aux missions d'intérêt général (non réductibles aux

GHS) appelées à remplacer les anciennes missions de service public. La T2A vise à introduire une plus grande médicalisation du financement, une responsabilisation des actes médicaux, une équité entre secteur privé et secteur public, enfin la mise en place d'indicateurs médico-économiques.

Les pôles sont des unités fonctionnelles à l'intérieur des établissements de santé (ETS) qui tendent à développer une certaine autonomie de gestion liée à leur finalité médicale, médico-technique ou même administrative. Si les pouvoirs du directeur sont renforcés, ils sont en partie délégués à chaque chef de pôle, avec l'appoint du comité exécutif de l'établissement (ordonnance du 2 mai 2005). Cela introduit une nouvelle gouvernance avec la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) fixant les dépenses et les recettes du pôle, en cohérence avec la politique de l'établissement fixée par le projet médical et le projet d'établissement. Délégation de gestion, délégation de signature, délégation de compétence sous-tendent le bon fonctionnement du pôle, sans que ces trois délégations aient le même contenu... En tout cas, ce processus vise certes à médicaliser les projets comme il se doit, mais risque de provoquer une balkanisation des établissements en donnant, en outre, aux médecins une responsabilité économique dans la gouvernance (13).

S'agissant des réseaux de soins, l'ordonnance du 24 avril 1996 a déjà instauré des communautés d'établissements de santé et des groupements de coopération sanitaire (GCS) qui sont relancés par l'ordonnance du 2 mai 2005.

La loi du 6 juillet 2004 remplace l'ANAES par la Haute Autorité de santé (HAS) qui accrédite les pratiques professionnelles et certifie les établissements de soins tous les cinq ans. Des manuels de procédures sont publiés pour assurer la qualité des soins. Les usagers, déjà présents dans le conseil d'administration par l'ordonnance du 24 avril 1996, voient leur influence renforcée, la commission de conciliation devenant, dans la loi du 4 mars 2002, la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPEC) (14).

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et la loi du 18 décembre 2003

Elles renforcent le contrôle de l'État sur le fonctionnement hospitalier avec l'apparition de la tarification à l'activité (T2A), de la nouvelle gouvernance, des pôles et des réseaux de soins.

La loi du 4 mars 2002 « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé » dite loi Kouchner

Elle aborde de façon nouvelle la solidarité envers les personnes handicapées, les droits à l'information et le consentement de l'utilisateur, le système de santé et l'assurance des risques de santé. Les droits individuels de la personne sont clairement reconnus et renforcés, en particulier le droit à l'information y compris la consultation du dossier médical. La loi prévoit la possibilité de suspension de peine pour les détenus gravement malades (procès Papon).

Elle rénove le droit à l'indemnisation après des accidents thérapeutiques (15). La représentation des usagers est généralisée au sein des différentes instances que comptent les institutions sanitaires sociales et médico-sociales. Il appartient aux usagers, avec les autres acteurs sanitaires, de contribuer « à développer la prévention, *garantir l'égal accès aux soins... et... d'assurer la meilleure sécurité sanitaire possible.* » La loi assure la reconnaissance officielle des associations d'usagers dans les instances locales régionales nationales. (Conférence nationale de santé, CNS). Le Haut Comité de santé publique devient le Haut Conseil de santé qui définit les priorités pluriannuelles de santé publique. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), qui remplace le Comité français d'éducation pour la santé (CFES), met en place les programmes de prévention avec l'aide de délégués régionaux. L'indemnisation des victimes d'accident médical n'est plus liée à la faute. Une commission régionale de concertation est créée ainsi qu'un Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM). (16)

La Loi du 9 août 2004

Alors que la loi du 7 juillet 1999 a mis en place la couverture maladie universelle (CMU), la loi du 9 août 2004 confirme et officialise les orientations de la loi du 4 mars 2002, définissant la santé publique comme politique d'État, pour prévenir les maladies, surveiller et améliorer la santé de la population, assurer l'éducation sanitaire, réduire les risques sanitaires de l'environnement, améliorer les conditions

de travail, réduire les inégalités, assurer l'accès aux soins et enfin gérer la démographie des professions de santé...

Les grands bouleversements des sciences et techniques médicales

Avant d'évoquer la dernière loi du 25 juillet 2009, dite loi HPST, nous devons faire une place importante à l'histoire de la science médicale au service des malades. Si la solidarité née de la Résistance et du gaulisme a été un point fort de départ, il convient de tenir compte des nouveaux besoins nés du « baby-boom », des retards accumulés entre les deux guerres et aussi d'un besoin de proximité et de qualité. L'État, soutenu par le consensus populaire et la croissance économique, a voulu non seulement inciter les acteurs à mieux soigner, mais aussi à maîtriser les coûts. Cela est passé, comme dans les autres pays européens, par une socialisation de la santé, mais en maintenant un secteur libéral fort. Sans le financement prépondérant par la nouvelle Sécurité sociale, les hôpitaux mais aussi les cliniques privées n'auraient pas pu se moderniser. Les spécialités médicales n'auraient pu s'étendre sur tout le territoire et le revenu des médecins, généralistes ou spécialistes (17), n'aurait pas autant progressé. Évoquons rapidement les progrès de la médecine, avant de considérer le rôle des médecins eux-mêmes. S'il n'est pas question de rappeler l'ensemble des progrès techniques qui ont contribué à la meilleure efficacité des disciplines médicales et chirurgicales, il est utile d'évoquer le foisonnement scientifique qui s'est développé dans les domaines fondamental, clinique, biologique, technique et orga-

nisational, à l'aide de quelques exemples significatifs et sans prétendre à l'exhaustivité (18).

Les domaines fondamental et clinique ont été marqués depuis 1945 par de grands progrès de la connaissance et des avancées spectaculaires (cf. « Quelques exemples de Recherche... » à la fin du présent article).

Dans le domaine biochimique et pharmacologique, l'automatisation des examens de laboratoire en routine ou encore la découverte de nombreuses molécules antibiotiques, anti tumorales permettent l'utilisation courante de poly chimiothérapies efficaces et mieux tolérées. Les dernières décennies voient le développement de la biologie moléculaire au service des patients, de la génétique, des thérapeutiques ciblées (anticorps monoclonaux).

En matière technique, Les Accélérateurs linéaires ont peu à peu pris la place de la bombe au cobalt. Plus récemment, la tomothérapie propose une meilleure balistique pour le traitement des tumeurs cérébrales ou ORL. Le PET- scan, utilisant des isotopes à vie courte et couplé au scanner, permet la découverte de localisations cancéreuses infracliniques. Cette liste pourrait être considérablement enrichie, notamment par les apports majeurs des techniques non invasives (échographies, doppler, scintigraphies), mais aussi par les endoscopies bronchiques et digestives.

Quant aux progrès organisationnels, l'informatique, Internet, les réseaux de communication (internes et externes), ont profondément amélioré le fonctionnement des structures hospitalières.

La recherche clinique (RC) se développe depuis une dizaine d'années, à l'intérieur de groupes

coopératifs nationaux ou internationaux, et pas seulement dans les CHU. Elle contribue fortement à la qualité des soins. Ces exemples montrent à quel point les progrès ont été importants, mais aussi complexes et coûteux, exigeant une adaptation des médecins, infirmières, techniciens et personnels administratifs à ces nouvelles procédures. Le travail pluridisciplinaire d'équipe (initié en cancérologie par les réunions de concertation pluridisciplinaires, RCP) s'est développé, sans oublier le colloque singulier avec le patient et les règles éthiques.

L'État, conscient de son rôle de régulateur et de contrôleur, fait preuve d'une peur excessive en « ficelant » trop le système qui, dans l'esprit de Pierre Laroque, devait être autonome et géré par les bénéficiaires dudit système eux-mêmes.

L'implication des médecins

Le rôle de médecins depuis 1945 a été déterminant, avec une contribution souvent enthousiaste – et parfois réticente – à ce foisonnement scientifique technique et administratif. En 1928, c'est-à-dire avant la Deuxième Guerre mondiale, la loi du 5 avril n'a pas été acceptée par le corps médical, qui craignait et rejetait la perspective du tiers payant. Fondamentalement individualistes et libéraux à cette époque, les médecins n'ont pas voulu la socialisation de la santé, alors même que les hôpitaux communaux ne recevaient que des indigents et qu'après 1945 de nombreuses cliniques privées, généralement d'un volume modeste, semblaient répondre aux besoins (surtout

maternité, chirurgie programmée et psychiatrie de court séjour).

C'est avec les ordonnances de 1958, créant le temps plein médical et les CHU, que les médecins ont réellement compris les enjeux sanitaires mais aussi scientifiques. La triple fonction « soins/enseignement/recherche » a constitué un puissant moteur pour les jeunes médecins mieux formés et attirés par le renouveau des hôpitaux construits ou reconstruits, d'autant qu'un secteur privé a été institué (à l'intérieur des établissements) pour améliorer les salaires des jeunes praticiens professeurs des universités, praticiens hospitaliers.

Parallèlement, le secteur libéral s'est lui aussi développé (spécialistes d'organes) avec maintien du paiement à l'acte et, à partir de 1961, signature par Michel Debré d'une convention entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins libéraux.

Dans les centres hospitaliers généraux, et grâce au renouveau structurel mais aussi à la création du statut unique des praticiens en 1986, le temps plein s'est peu à peu développé avec l'apparition de spécialistes d'organes (cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, endocrinologie...). Certes, la nécessaire entente à l'intérieur et à l'extérieur des établissements de santé entre médecins fut loin d'être parfaite, mais le développement progressif et inéluctable de la planification sanitaire représenta une puissante incitation à la coopération entre professionnels publics, entre professionnels publics et privés mais aussi entre professionnels médicaux et administratifs (19).

Cette fameuse triarchie, politique, administrative et technique (médico-technique) était *a priori* diffi-

cile à coordonner puisque aucun lien hiérarchique n'existait au départ, en 1945, entre ces trois pouvoirs (20). On pouvait même craindre des conflits qui ont été réels, mais rares. Les pouvoirs du directeur, surtout depuis 1991 et 1996, ont été renforcés sans que le médecin, nommé par le ministre, n'ait de compte à rendre au plan médical à quiconque, sinon ses pairs. Cette liberté médicale à l'intérieur du service public hospitalier a certainement constitué une garantie éthique pour le patient. D'un autre côté, par le biais de la CME, il est apparu capital que les équipes médicales acceptent les contraintes du projet d'établissement et ne méconnaissent pas les impératifs financiers.

Revenons un instant sur les lois du 31 juillet 1991 et du 4 mars 2002 dont on a dit qu'elles avaient créé la nouvelle gouvernance et la T2A, et ce, avant d'aborder rapidement les points forts de la loi HPST et de conclure ce demi-siècle de politique de santé. En fait, dans leur esprit, ces lois prolongent les précédentes et cherchent, certes la qualité, mais surtout la maîtrise médicalisée des coûts. Vaste programme qui semble difficile pour cette triarchie où le pouvoir politique du maire devient très réduit, le pouvoir des médecins demeure « autonome » (jusqu'en 2009) et le pouvoir administratif du directeur d'établissement croissant, mais de plus en plus tributaire et dépendant de l'ARH.

C'est dans ce contexte que les pôles ont été mis en place à partir de 2003-2004 et confirmés par l'ordonnance du 2 mai 2005. L'objectif est de responsabiliser financièrement les médecins et de rapprocher le fonctionnement administratif des objectifs

médicaux. Ce faisant, on ne peut que « balkaniser » les différents pôles de l'hôpital (les services et départements ayant perdu leur sens). La direction en partie médicale du pôle suppose une délégation de pouvoir (donc de signature) du directeur général. Ce dilemme, qui a conduit à mettre en place la loi HPST en 2009, montre bien que l'histoire n'est pas terminée. En tout cas, ces lois successives ont fait parler de « *logorrhée législative* » au Conseil d'État... (21).

Loi du 24 juillet 2009 dite loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires »

C'est sur une analyse critique de la loi HPST que nous terminerons notre histoire de la politique de santé depuis 1945. Cette nouvelle et dernière loi a remplacé les ARH par les agences régionales de santé (ARS) (22). En fait, elles ont été suggérées par le Commissariat général au plan, dès 1993. Il s'agit désormais de réunir au niveau régional les politiques de santé dans le domaine médical mais aussi médico-social. Les nouvelles ARS regroupent sept organismes existants : les unions régionales de caisses de l'assurance maladie (URCAM), les missions régionales de santé (MRS), les groupements régionaux de santé publique (GRSP), les directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales (DDASS et DRASS), enfin les caisses régionales de l'Assurance maladie (CRAM). Les ARS réunissent donc les compétences de l'État et de l'Assurance maladie, avec délégations territoriales.

La conférence régionale de santé et de l'autonomie et les conférences de territoires sont amenées à participer à la stratégie de la politique de santé régio-

nale, qu'il s'agisse de soins mais aussi, désormais, de prévention et d'accompagnement médico-social. Les ARH avaient déjà rapproché (Comex) les forces de l'État et de l'Assurance maladie, avec une recombinaison de l'offre hospitalière et une contractualisation avec les établissements de santé. Les ARS reprennent cette mission, mais s'intéressent désormais à l'ensemble du champ de la santé (veille et sécurité sanitaire, prévention, médecine de ville, secteur médico-social). Nous sommes dans une vision totalement transversale de la santé, avec une administration de gestion et pas seulement d'incitation-contrôle. Il faut à tout prix améliorer la maîtrise des dépenses de santé avec une étatisation renforcée (23). Les ARS deviennent « la maison commune » de l'État et de l'Assurance maladie. Chaque département reçoit une délégation territoriale de l'ARS. Le directeur de l'ARS et son équipe mettent en œuvre la stratégie régionale de santé. Le conseil de surveillance présidé par le préfet de région assure le contrôle et l'évaluation de l'ARS (il n'a plus le rôle « exécutif » de la Comex). Il est composé de représentants de l'État, de membres des conseils d'administration des organismes d'Assurance maladie, des représentants des collectivités territoriales, des représentants des patients.

la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie est chargée de formuler des propositions relatives aux besoins de santé et aux façons de l'améliorer, en définissant les priorités (24). Les collectivités territoriales (éducation nationale, direction du travail) sont amenées à collaborer avec la conférence régionale, grâce à des commissions de coordination et surtout à la conférence de santé de territoire. Le

pilotage national des ARS assure le regroupement des stratégies régionales des politiques de santé. Un Conseil national de pilotage, sous la présidence des ministres concernés, valide le contrat d'objectifs et de moyens (COM) signé entre le directeur et le ministre.

La nouvelle gouvernance s'est déjà concrétisée, avec l'entrée en vigueur de la T2A le 1er janvier 2004. La maîtrise « médicalisée » des dépenses hospitalières utilise comme outils la T2A et les pôles, avec un renforcement, non seulement des pouvoirs du directeur de l'ARS, mais aussi du directeur de l'hôpital. Le conseil d'administration de l'hôpital est remplacé par un conseil de surveillance (comme à l'ARS) qui délibère en matière budgétaire *a posteriori*. Le directeur de l'ARS peut d'ailleurs rejeter l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) et en cas de dégradation financière placer l'hôpital sous administration provisoire (et remercier le directeur). Le corps médical antérieurement nommé par le ministre est désormais nommé par le directeur de l'établissement, sur proposition de la Commission médicale d'établissement (CME). La CME assiste le directeur et le conseil de surveillance, sans possibilité de veto. Le directeur « tout-puissant » assisté du directoire et du conseil de surveillance sera en fait contrôlé par l'ARS. Jusqu'ici établissement public administratif, le statut de l'hôpital se rapproche des règles de gestion du secteur public et commercial (même s'il n'est pas [encore] un EPIC). Si l'on aboutit, avec la T2A et les MIG, à une convergence tarifaire entre établissements – publics ou privés –, le poids de certaines missions de service public apparaîtra très lourd et il

deviendra nécessaire de procéder à des choix concernant les soins programmés et « rentables » (en regard de la T2A) (25).

La création des communautés hospitalières de territoire (CHT) est un autre point fort de la loi HPST, qui correspond au désir de concentrer les moyens mais aussi de mutualiser les ressources. Déjà, l'ordonnance du 24 avril 1996 a créé des communautés d'établissements sanitaires (CES) venant après les syndicats inter hospitaliers de la loi du 31 décembre 1970. Le nouveau concept de CHT veut favoriser la complémentarité autour de projets médicaux pertinents, autrement dit le rapprochement entre hôpitaux publics de santé et établissements médico-sociaux (alors que les GCS, groupements de coopération sanitaire, fédèrent des établissements publics et privés) (26). La mise en œuvre d'une stratégie commune, la signature d'une convention constitutive, permettent de fixer les objectifs et les moyens. Si la convention constitutive est approuvée par le directeur de l'ARS, on peut procéder à la fusion des établissements de santé après harmonisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

La T2A, qui favorise l'acte programmé et bien ciblé, risque de désavantager l'hôpital public « empêtré » dans les soins difficiles à codifier, soins de suite, soins prolongés, soins palliatifs, réanimation, psychiatrie... bref, tout ce qui constitue les missions d'intérêt général (MIG).

Quelles perspectives ?

Deux fils conducteurs guident la politique de santé en France depuis 1945 : le financement social de la santé et le maintien d'un libéralisme : liberté des médecins, liberté de prescription, liberté des patients. Alors que d'autres pays d'Europe ont utilisé d'autres procédures bien avant nous, visant au même résultat, nous voici placés, soixante-cinq ans plus tard, devant un choix sociétal : peut-on maintenir la santé de tous payée par tous, avec le même souci d'équité et d'efficacité ? Les plus libéraux des Français ne peuvent pas ne pas reconnaître que l'Assurance maladie a été et demeure un puissant générateur de progrès médical, d'amélioration progressive et équitable de la santé de nos concitoyens. Avec les progrès scientifiques et l'augmentation exponentielle des besoins sanitaires, surtout après le premier choc pétrolier, il est apparu nécessaire de mieux contrôler les dépenses socialisées du système de santé. La mondialisation aidant, avec la dérégulation, le système social paraît un luxe trop coûteux et la solidarité collective se voit peu à peu remplacée par les assurances, mutuelles (financement à l'intérieur d'un groupe qui adhère), puis par l'assurance individuelle, parfaitement efficace, mais aussi parfaitement inégalitaire !

Que voulons-nous ? Maintenir cette solidarité issue de la Résistance ou bien accepter les seules lois du marché, dont on sait qu'il devient plus financier qu'économique et en tout cas non égalitaire ? Les missions d'intérêt général (MIG) ont, au niveau de l'Europe, remplacé les missions de service public. C'est presque pareil nous dit-on, sauf que lesdites

missions deviennent monnayables et « saucissonnables » au gré, non pas des besoins de la population, mais de l'investisseur privé ou semi-privé qui réfléchit en termes de rentabilité financière, et non sociale ou médicale. S'il existe un marché, ça marche, sinon que chacun se débrouille ! Mondialisation, dérégulation, délocalisation, coûts de production excessifs, tout a été dit sur le Nord qui a les médicaments, et le Sud les maladies, alors que dans nos pays dits évolués, les riches sont plus riches et les pauvres plus pauvres. L'État, déjà administrateur, devient trop gestionnaire. Comment concilier liberté, autonomie individuelle et amélioration de l'état sanitaire de tous ? Très franchement, nous venons de démontrer en France, depuis la Seconde Guerre mondiale, qu'il était possible de concilier liberté, solidarité et équité devant la maladie. Avec le vieillissement de la population, les maladies chroniques, le renchérissement des techniques et de la science médicale, sommes-nous au bout de nos possibilités ?

Les différents gouvernements ont tous essayé de maintenir cette fameuse solidarité au risque, cependant, de créer une étatisation inefficace et « monstrueuse ». D'un autre côté, laisser opérer les seules lois du marché et des besoins individuels (de ceux qui peuvent payer), c'est prendre le risque de casser le système qui n'aura plus de « social » que le nom du fait des nombreuses entorses faites au service public et du public (T2A, secteur 2, ticket modérateur, déremboursement des médicaments...). L'État, conscient de son rôle de régulateur et de contrôleur, fait preuve d'une peur excessive en « ficelant » trop le système qui, dans l'esprit de Pierre Laroque, de-

vait être autonome et géré par les bénéficiaires du dit système eux-mêmes . Développer les Agences régionales de santé est un concept excellent, à condition de faire suffisamment confiance aux acteurs de terrain. Les gros CHU regroupent tous les soins et n'ont plus le temps de s'occuper de recherche et d'enseignement. Les missions normalement dévolues au secteur libéral et aux hôpitaux « périphériques » sont concentrées dans des centres trop lointains, encombrés et pas toujours compétents pour le « tout venant ». Les cliniques s'en « sortent » en se concentrant sur des pathologies programmables et rentables, alors que les hôpitaux « généraux » (le sigle désuet n'est plus utilisé) n'ont plus les moyens, donc l'activité suffisante, qui leur permettrait d'obtenir les agréments et l'embauche de jeunes praticiens compétents... Est-ce la bonne solution ? La T2A, qui favorise l'acte programmé et bien ciblé, risque de désavantager l'hôpital public « empêtré » dans les soins difficiles à codifier, soins de suite, soins prolongés, soins palliatifs, réanimation, psychiatrie... bref, tout ce qui constitue les missions d'intérêt général (MIG).

Alors, que faire ? Faire confiance au peuple français en lui demandant démocratiquement, d'une manière ou d'une autre, son avis sur la politique de santé, puis, si le résultat est positif, trouver la solution la plus souple et la plus équitable dans laquelle l'État administre et régule, mais sans étouffer la liberté pour bien soigner, ni les initiatives privées et publiques. Enfin, dernier impératif essentiel, il importe de rappeler que dans le concept d'économie de santé, il y a « économie » et « santé », ce qui veut dire que les évaluations doivent porter en priorité sur la santé, avant l'équilibre financier.

Quelques exemples de recherche fondamentale et clinique 1945-2011

Dans le champ fondamental, les grands progrès de la connaissance

1950 : J. Hamburger réalise à Paris la première dialyse intestinale annonçant les futures hémodialyses.

En 1955 aux USA, C. W Lillehei utilise la 1ère circulation extracorporelle (CEC). La même année, J.P. Merrill réussit la première transplantation rénale entre jumeaux. Pincus découvre la 1ère pilule anti-conceptionnelle.

1953 : J.D. Watson et Crick découvrent la réplication des protéines aux USA et en 1960, en France, Fr. Jacob, J. Monod et A. Lwoff, l'existence et le rôle de l'ARNm (ARN messenger).

1957 : G. Mathé réalise chez des chercheurs yougoslaves irradiés et en aplasie, une greffe de moelle osseuse, utilisée ensuite dans le traitement de certaines hémopathies malignes.

En 1958, J. Dausset à Paris reconnaît le système HLA (human leucocyte antigen) équivalent tissulaire des groupes sanguins et ouvre la porte aux transplantations d'organes.

1970 : En prolongement des travaux de Bloch et Purcell au Royaume-Uni, dès 1946, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) utilise la résonance magnétique des protons de l'eau présente dans les tissus vivants, couplée à la tomographie et au traitement des images par ordinateur. 1960 : R.S. Yalow et S.A. Berson mettent au point la radio-immunologie, permettant le dosage de l'insuline mais aussi le développement de la médecine nucléaire et le dosage en routine de substances à des taux infinitésimaux (nano, pico grammes).

1972 : G.N. Hounsfield au Royaume-Uni met au point une tomographie axiale transverse couplée à un ordi-

nateur, encore appelée tomодensitométrie ou scanner, permettant d'effectuer des coupes transversales fines de l'organisme.

1980-1990 : Maxam et Gilbert puis Sanger réalisent progressivement le séquençage du génome humain, en partie automatiquement.

En 2003, 99% des 20.000 gènes humains sont identifiés, ouvrant la voie à la connaissance des maladies génétiques.

La clinique connaît des progrès spectaculaires

1950 Premiers essais cliniques de la bombe au Cobalt 60.

1952 J. Delay et P. Deniker proposent le phénothiazine dans le traitement des psychoses, inaugurant le développement des neuroleptiques ou anti psychotiques.

1958 Aux États-Unis, C.W. Lillehei pose un stimulateur cardiaque.

1959 R. Turpin J. Lejeune et Marthe Gauthier démontrent que le mongolisme est lié à une trisomie 21.

1967 Ch. Barnard réalise en Afrique du Sud la première greffe cardiaque, grâce aux progrès de l'anesthésie-réanimation et de l'immunologie (contre le rejet).

1970 À l'hôpital Foch de Suresnes, G. Guiot met au point la microchirurgie hypophysaire trans-sphénoïdale.

1980 et au-delà La chirurgie cardiaque et vasculaire se développe avec le traitement des valvulopathies, des cardiopathies congénitales et surtout des insuffisances coronaires. De même, à partir de 1980 vont se développer les traitements des hémopathies, avec le recours en particulier aux autogreffes et aux allogreffes de moelle osseuse.

Le présent article a été publié dans le numéro 541 (juillet-août 2011) de la Revue hospitalière de France, revue de la FHF (www.revue-hospitaliere.fr) ; nous remercions très sincèrement et très vivement Madame Catherine Bonhomme, rédactrice en chef adjointe, d'en avoir autorisé la republication .

Deuxième chronique, mars 2015

**Réflexions sur la prise en charge
pluridisciplinaire des patients suivis
pour affections chroniques et sévères**