

## Régionalisation et systèmes de santé en Europe

**Marc Duriez**

Chargé de mission,  
HCSP

**Diane Lequet-Slama**

Chargée des dossiers  
internationaux, Drees

Alors que la France n'intègre que depuis peu l'échelon régional dans la gestion du système de santé, de façon très partielle et sans référence à une réelle politique régionale, la plupart des gouvernements européens ont procédé, depuis une vingtaine d'années, à un réexamen de leur niveau de décision des systèmes de santé dominés pour la plupart d'entre eux par l'État. La décentralisation est devenue dans de nombreux pays un élément fondamental des réformes.

Plusieurs raisons militent en faveur de cette orientation. Les inconvénients des systèmes centralisés sont bien connus : efficacité médiocre, lenteur aux changements et à l'innovation, réponse mal adaptée aux besoins. En sens contraire, la plupart des experts se plaisent à souligner que le mouvement de transfert de compétences du niveau national à la région, « au terrain », favorise la prise en compte des réalités locales et une meilleure adaptation de l'offre de soins aux besoins. En outre, dans certains modèles, les niveaux régional et local sont considérés plus aptes à intégrer des mécanismes de marché entre prestataires de services et financeurs. Enfin, le glissement du pouvoir décisionnel faciliterait les partenariats avec la population et les associations locales et donnerait ainsi un caractère plus démocratique à l'élaboration des politiques de santé.

Ce mouvement général de décentralisation a aussi ses effets négatifs. Les nombreuses expériences menées en Europe le montrent : fragmentation des services, risque de manipulation politique en faveur d'intérêts particuliers, affaiblissement de la position du secteur public, forts risques d'inégalités entre entités géographiques.

La région est un concept qui varie d'un pays à l'autre. Si en France les régions sont des relais de l'organisation centrale, elles sont en Allemagne des instances d'une organisation fédérale, et en Belgique l'expression de communautés linguistiques. Les fondements historiques, culturels, institutionnels se révèlent déterminants tout autant que l'évolution économique et sociale.

Le rôle moteur joué par les régions ou autres collectivités territoriales dans les nouvelles réformes s'est imposé d'autant plus que les niveaux décentralisés ou déconcentrés avaient déjà, dans les schémas de répartition des ressources, des compétences stratégiques : la région en Italie, les communautés autonomes en Espagne, les districts en Grande-Bretagne...

La notion même de régionalisation recouvre, en Europe, plusieurs approches, de la décentralisation à la délégation de compétences en passant par la déconcentration et la dévolution de responsabilités.

### Les pays scandinaves, un exemple de décentralisation

En Suède et au Danemark, les comtés jouissent d'une

très large autonomie dans l'organisation et dans la gestion du système de santé. Ils sont responsables de la fourniture des soins à la population. Le rôle du gouvernement central réside dans la définition des priorités qui sont ensuite appliquées assez librement et à leur rythme par les différentes régions. Au niveau national est également dévolu le pouvoir de contrôle et de sanction en cas de défaillance des régions.

La dernière réforme du service national de santé suédois (réforme Ädel de 1993) va plus loin dans la déconcentration puisqu'elle donne aux municipalités la responsabilité de certains soins considérés comme sociaux : soins aux personnes âgées, aux personnes handicapées et depuis 1995, soins de longue durée aux malades mentaux. Les municipalités ont même été rendues responsables financièrement des hospitalisations des personnes âgées lorsque leur état de santé ne nécessite pas de soins aigus.

Au Danemark, un projet de réforme, actuellement à l'étude, envisage également un accroissement sensible des pouvoirs décisionnels des municipalités en matière de soins afin de remédier aux difficultés que connaissent les comtés dans leurs missions sanitaires (accroissement des listes d'attente, diminution de la prise en charge).

Tant au Danemark qu'en Suède, les comtés sont gouvernés par des conseils élus, ce qui leur donne une légitimité aux yeux des usagers. En Suède, ils lèvent directement les impôts affectés à la santé, le gouvernement central versant simplement des subventions. Les comtés sont responsables de la fourniture des soins primaires et secondaires pour la population qu'ils couvrent (de 0,25 à 1,7 millions de personnes), de la politique de santé publique et de la prévention. Ils dirigent les structures hospitalières et autorisent l'installation de praticiens privés.

Les comtés danois, dont la population peut varier de 46 000 à 600 000 personnes, consacrent près de 70 % de leur budget à la gestion des services de santé.

En Finlande, la région n'a que peu de pouvoir en matière de santé. Les responsabilités sont totalement décentralisées au niveau des municipalités. Ces dernières, gouvernées par des conseils élus, sont libres d'organiser le système de santé local et de le gérer à leur guise. Leur seule obligation est d'offrir un certain niveau de soins, déterminé au niveau national. Les municipalités peuvent lever des impôts et des taxes pour couvrir leurs obligations en matière sanitaire. Les soins hospitaliers échappent en partie à leur autorité dans la mesure où les hôpitaux sont gérés par les districts hospitaliers dont les municipalités sont tout de même membres de droit.

Un des problèmes majeurs soulevé par une aussi forte délocalisation des compétences réside dans la taille des municipalités qui sont souvent de très petites unités (certaines municipalités couvrent une population de 1 000 à 10 000 habitants seulement). Les municipalités ont donc été contraintes de se regrouper en

## Définitions

### Décentralisation

Transfert total ou partiel d'autorité entre niveau central et régions ou autres entités territoriales

### Déconcentration

Résulte d'une mission accordée par le pouvoir central à des instances, qu'elles soient régionales, locales ou autres. Ces dernières ont le devoir de rendre compte de leur gestion à l'autorité centrale. Le processus décisionnel demeure intégré.

### Dévolution

Permet de renforcer des collectivités territoriales en leur attribuant la possibilité de lever des impôts et en leur donnant une large autonomie face au pouvoir central.



## Santé publique et aménagement du territoire

associations intercommunales pour la fourniture de certaines prestations. Par ailleurs, elles sont fédérées au sein de l'Association finlandaise des autorités locales qui joue auprès d'elles le rôle d'expert, de conseil juridique et de communication.

L'examen du cas finlandais montre bien l'avantage d'une telle politique, à savoir la grande proximité entre les décideurs et les usagers. Il en montre aussi les limites : manque de coordination entre municipalités, incohérences et trop grande fragmentation dans l'offre de soins.

Dans les années récentes, la Suède et la Finlande se sont sensiblement inspirés de la réforme anglaise et ont donné aux comtés et municipalités la possibilité de faire jouer la concurrence entre hôpitaux par des procédures qui s'apparentent à l'appel d'offre. Ces réformes ont permis aux autorités régionales et locales de se distancier un peu plus par rapport à la tutelle centrale.

### L'Allemagne, un partage de compétences entre Länder et fédération

Le fédéralisme allemand opère une distinction de compétence entre le gouvernement fédéral et les Länder en matière de prise en charge des programmes de santé publique. Chaque Land possède un gouvernement et un ministre de la santé. Ceci induit une marge d'autonomie en matière de politique économique susceptible de générer de forts antagonismes avec les instances fédérales. Ainsi, les Länder ont encore, malgré les réformes récentes, tout pouvoir en matière d'investissements hospitaliers et tiennent jalousement à leurs prérogatives.

Les politiques développées en ce domaine se sont très souvent heurtées aux directives fédérales, exprimées dans le cadre de l'action concertée de la santé — instance uniquement fédérale — et transmises aux caisses d'assurance maladie, gestionnaires des comptes sociaux.

## Qualité et proximité des soins

**L**a qualité des soins peut se décomposer en trois niveaux : la qualité des diagnostics, la qualité des thérapeutiques et la qualité du suivi. Dans ces trois dimensions, nous adopterons comme définition de la qualité celle définie par Maxwell : efficacité pragmatique, efficience, justesse pour le patient, acceptabilité pour le patient et la société, accès aux soins et équité.

Au niveau d'une unité de prise en charge thérapeutique, ces dimensions permettent de préciser ce qui doit être fait dans la structure, (équipe, équipements, coûts, écart à l'état de l'art...) pour les procédures et pour la mesure des résultats afin d'atteindre ou sinon de se donner les moyens d'évaluer les résultats que l'on est en droit d'attendre pour le patient en tenant compte de la notion de proximité. On pourrait résumer la qualité des soins comme étant la prise en charge médico-économico-géographique optimale d'un patient aussi bien de son point de vue que de celui de la société (lesquels peuvent être parfois non concordants).

### La proximité géographique peut-elle influencer la qualité des prises en charge ?

Ainsi que nous venons de le décrire, la qualité dépend des hommes, des équipements et des liens qu'il y a entre eux.

La qualité du diagnostic, du traitement

et de la prise en charge suppose donc l'accessibilité à des équipes et à des structures ou plateaux techniques ne faisant perdre aucune chance au patient quelle que soit sa zone géographique d'habitation.

On doit donc gérer l'adéquation entre les moyens en hommes et en matériel, et leur proximité géographique (ou temporelle) avec le patient ou plutôt le patient supposé être porteur d'une pathologie. Répondre à cette question est le but de la planification.

Si l'on admet que le seul objectif de la prise en charge d'un patient est qu'il soit soigné avec la meilleure qualité possible (au sens défini précédemment) la logique voudrait que par bassin de population on détermine, grâce à l'épidémiologie, les besoins attendus décrits par exemple par pathologie ou par type de prise en charge.

La description de ces besoins permet de définir les nécessités de rapidité de prise en charge et le niveau des médecins ainsi que des plateaux techniques. Donc la proximité des soins est directement liée au niveau de soins attendus.

Les pathologies d'incidence et de prévalence élevées doivent pouvoir être prises en charge dans des temps correspondants aux règles de l'art. Ces temps concernent plus les pathologies ayant un caractère d'urgence que cel-

les n'en ayant pas. Pour celles n'en ayant pas les compétences humaines et plateaux techniques adéquats doivent être présents en fonction des volumes attendus et des temps d'accès. On peut alors utiliser le maillage de structures tel qu'il est présent actuellement dans nos régions administratives. Cependant, il pose le problème de la constitution des plateaux techniques en rapport avec le type de structure : publique, participant au service public hospitalier, privé. La qualité étant aussi l'acceptabilité pour les patients et la société, on peut penser que les plateaux techniques devraient être définis quels que soient leurs lieux d'implantation et que pour que l'ensemble des personnels compétents puissent prendre en charge leur propres patients, (après avoir eu un agrément) les médecins puissent accéder à ces plateaux quels que soient leurs lieux et leur mode d'exercice. Ceci suppose une réflexion sur la rémunération des cliniques, des médecins et du personnel soignant, cependant elle nous paraît nécessaire car son absence engendre divers dysfonctionnements qui nuisent à la qualité.

Ces dysfonctionnements principaux sont soit la multiplication de plateaux techniques de manière disproportionnée avec les besoins, soit des recrutements de personnels non justifiés et/ou les recrutements parfois de qualité

**Jean-Pierre Daurès**  
Professeur de santé publique,  
Université de Montpellier

### Le Royaume-Uni, d'une bureaucratie centralisée à une excessive déconcentration

Au Royaume-Uni, la forte bureaucratie engendrée par le service national de santé (National Health System, NHS), la difficulté d'instaurer une planification cohérente et le développement de dysfonctionnements dont la principale illustration est l'allongement des listes d'attente ont conduit, dès 1974, à répartir le budget annuel de santé voté par le Parlement aux régions sanitaires (Regional Health Authorities). Ces dernières se chargeaient de les répartir aux districts. Mais c'est la réforme de 1989, dite réforme Thatcher, qui va le plus loin dans la déconcentration des pouvoirs. En même temps qu'elle transforme les hôpitaux en fondations autonomes obligées de rechercher leurs budgets en passant des contrats, dans un contexte de forte concurrence interne, la réforme délègue les régions d'une partie de leurs pouvoirs au profit des districts et des médecins de premier recours. Des

médecins généralistes volontaires se sont vus octroyer des enveloppes budgétaires pour financer les soins de spécialistes et les soins hospitaliers de leurs patients.

La dernière réforme qui a commencé à s'appliquer en mai 1999, en même temps qu'elle opère un nouveau tournant, confie et unifie l'achat de soins à une nouvelle structure, les Primary Care Groups (PCG) qui associent des généralistes, des infirmières, des représentants des services sociaux, de l'administration sanitaire et des patients. Les responsabilités et les budgets en matière sanitaire sont ainsi éclatés entre 481 PCG qui couvrent en moyenne chacun 100 000 personnes. Toutefois, malgré la création de ces « agences locales sanitaires », les districts et les régions conservent un certain nombre de tâches essentielles : évaluation des besoins en santé de la population locale avec l'aide des « primary care groups », définition d'une stratégie pour y répondre, définition de la carte

insuffisante. De plus, la qualité peut être pénalisée par le volume d'activité qui sur des plateaux multiples peut être insuffisant ou sur des plateaux techniques trop rares peut être excessif.

Pour la haute technicité, il faut trouver un équilibre entre les volumes, les équipes et les lieux. Pour les prises en charge non urgentes en fonction des volumes, la notion de distance n'a plus grand sens. Pour les prises en charge urgentes, on peut admettre la présence de plateaux techniques adaptés dans des centres dont l'accès sera réalisé par les moyens rapides, soit directement, soit après passage par des centres beaucoup plus proches qui ont les ressources nécessaires pour préparer les patients afin que le transfert se fasse dans les meilleures conditions.

La conservation de la qualité des soins acceptable, juste pour le patient, et qui respecte l'équité suppose que l'on mette en place ou que l'on renforce la notion de prise en charge « en réseau » aussi bien au niveau des professionnels que des structures.

Ce mode de fonctionnement suppose la connaissance par tous de ses propres limites, repose essentiellement sur la confiance entre professionnels et sur un mode de gestion des structures innovantes. En effet, il est nécessaire d'avoir « qui il faut et ce qu'il faut où il faut et quand il faut » et qu'à partir

d'un épicycle, on définisse pour des zones concentriques le type d'équipes et de plateaux techniques dont le besoin est justifié. Cette distribution des soins suppose, ce qui est essentiel en termes d'aménagement du territoire, que chaque structure puisse réorienter les patients ne relevant pas de leur niveau de compétence (aussi bien en plus qu'en moins) vers des prises en charge adéquates, ceci afin de conserver la qualité et l'activité de chacun. Une structure ayant des praticiens de haute technicité n'atteindra pas l'efficacité que l'on attend d'elle si la majorité des cas qu'elle reçoit ne relève pas de cette haute technicité ; on aboutira ainsi à une perte de qualité.

Il faut donc que les planificateurs partent des besoins et réorganisent les soins à partir des ressources en place en ayant comme seul objectif la qualité des soins avec toutes les composantes citées. Mais il faut aussi que les patients acceptent que leur liberté de choix des équipes et structures s'exerce en fonction des pathologies limitées géographiquement (la limite pouvant être très large selon les cas) et structurellement, pourvu qu'ils aient le choix entre des équipes ou personnes et des structures ayant un agrément reconnu et défini selon des critères précis et transparents pour tous. Cette contrainte est en réalité mineure si l'or-

ganisation des soins permet d'avoir un choix étendu.

Les critères d'agrément d'équipes ou d'hommes doivent être définis en fonction d'indicateurs liés à leur formation, à leurs résultats en termes de prise en charge et à l'évaluation de leurs pratiques. Ce dernier point suppose la mise en place d'un système d'information permettant ces évaluations en continu. Pour les structures, outre les normes étatiques dont la justification en termes de coût-efficacité pourrait parfois être discutée, il en est de même en précisant quels indicateurs il est nécessaire et suffisant de suivre.

### Territoire et qualité sont liés

En conclusion, le concept d'aménagement du territoire et celui de qualité des soins sont intimement liés et toute décision en termes de soins doit être évaluée prospectivement en tenant compte de toutes les composantes de qualité avant et après l'éventuelle application de la décision.

Cette évaluation doit tenir compte de la notion d'aménagement du territoire, ce qui peut induire, pour conserver la qualité, des surcoûts. Ces derniers devraient clairement être financés par des budgets spécifiques puisque ce choix est du ressort de la société qui doit en accepter les conséquences, le bénéfice pouvant être globalement positif. ■

sanitaire mais aussi d'objectifs et critères de références locales en fonction des priorités et des normes arrêtées au niveau national pour les districts ; les autorités régionales conservent quant à elles la coordination de certains soins très spécialisés comme les transplantations, les soins psychiatriques...

### Espagne : un exemple de dévolution des pouvoirs

L'autonomie régionale, revendication politique reprise très fortement à partir de 1976, constitue un concept clé de l'administration espagnole. Au sein du service national de santé, le processus de décentralisation n'est pas encore achevé à ce jour. Actuellement, sept communautés autonomes sur dix-sept ont bénéficié d'un transfert complet des compétences sanitaires, les autres restant gérées par l'Institut national de santé. Les communautés autonomes ont leurs parlements et leurs conseils sanitaires. Le Conseil interterritorial du système de santé est l'organe de coordination entre les deux niveaux, central et régional. Il est composé des conseillers santé de chaque communauté autonome et d'un nombre égal de membres de l'administration étatique. Il est présidé par le ministre de la santé.

Au plan national de santé, approuvé par le Parlement espagnol, se superposent des plans régionaux approuvés par les Parlements de chaque communauté autonome.

Le principe de dévolution incite les communautés autonomes à promouvoir des expérimentations fondées sur l'indépendance des structures sanitaires dans la gestion. En Catalogne, la gestion de certains hôpitaux publics a été confiée à des consortiums semi-publics et même tout récemment à des entreprises privées. La même expérience a été tentée en Lombardie, en Italie. Il est frappant de constater à quel point l'évolution des systèmes de santé de chacune des communautés à pleine compétence sanitaire a été différente.

### Le service de santé italien, un modèle à lui tout seul

Comme l'indiquaient Marie-Pascale Pomey et Jean-Pierre Poullier à l'occasion d'un colloque récent, c'est l'Italie qui « offre aujourd'hui la panoplie de modes d'intervention publique en santé la plus variée de l'Union européenne » avec, selon les auteurs, « des gains d'efficacité surprenants »<sup>1</sup>.

Lors de la mise en place du service national de santé, en 1979, tous les budgets étaient récoltés au niveau d'un organisme central qui les redistribuait aux régions en tenant compte généralement de facteurs démographiques simples. Les régions étaient ensuite chargées de financer les unités sanitaires locales (USL) de leur zone de compétence, l'USL étant l'échelon de base de l'organisation administrative du système de santé. Très vite, la déclinaison régionale s'est heurtée à une politisation excessive tant des instances régionales que des unités sanitaires locales. Les gouvernements régionaux se caractérisaient par une grande faiblesse et

1. Colloque organisé à Paris en mai 1999 par Espace social Européen et La Lettre des décideurs hospitaliers

souvent une forte instabilité. La faible hiérarchie verticale en matière de contrôle entre le pouvoir central et les régions accentuait les difficultés de fonctionnement du service national de santé. Régions et État ont pendant des années exprimé publiquement et assez vivement leurs désaccords en matière de niveaux alloués à la santé. Les déficits très importants des budgets régionaux en matière de santé finissaient toujours par être comblés par le gouvernement.

La réforme de 1992, qui n'a commencé à s'appliquer qu'à partir de 1996, a renforcé très fortement l'indépendance des régions en matière de système de santé. Le principe d'autonomie des ressources en a été la pièce maîtresse. Associant à l'affectation des ressources nationales une fiscalité propre, les régions ont été incitées à développer leurs propres stratégies d'organisation de l'offre de soins. La réforme leur a donné la possibilité d'opter pour un des trois modèles proposés pour remplir leurs obligations en matière sanitaire. Le contrat ponctuel permet aux patients de s'adresser à n'importe quel prestataire de soins, public ou privé conventionné. Dans le système des prestataires préférentiels, l'usager ne peut s'adresser qu'aux structures sanitaires et aux professionnels choisis par la région. Mais les régions peuvent aussi opter pour un plan d'activité annuel, les USL et les hôpitaux indépendants s'engageant à fournir un certain quota d'activité.

Les unités sanitaires locales de santé ont été assimilées pour une partie de leurs fonctions à des entreprises publiques autonomes. Elles sont dirigées par des directeurs choisis par la région en fonction de critères professionnels et non plus (en principe) politiques. De même, les grands établissements hospitaliers sont devenus autonomes et comptables de leur gestion.

Ces nouvelles dispositions incitent les régions mais également les USL à se positionner dans une recherche d'efficacité des services. En revanche, un problème important se pose : dans quelle mesure peut-on éviter que ne se creusent un peu plus les inégalités entre régions riches et régions pauvres ?

### La nécessité d'une restructuration

La problématique du processus d'autonomie ressort de l'opposition entre impératifs macro-économiques exprimés au niveau central et objectifs d'efficacité recherchés par les gestionnaires régionaux. Le mouvement de régionalisation peut conduire *in fine* à une certaine privatisation du système de santé. En réalité, si cela a été rarement le cas en Europe, il a toutefois incité les responsables au niveau de l'entité territoriale à associer, de plus en plus, le secteur privé et ses modes de gestion au secteur public.

Enfin, il est clair que les nouveaux modes de régulation développés ces dernières années par la grande majorité des pays européens (introduction de mécanismes concurrentiels, contrats entre prestataires de soins et financeurs ...) conduisent à un changement institutionnel profond et à une déconcentration des pouvoirs. ■