

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. ■