

Régionalisation L'expérience de la Catalogne

Emmanuelle Salines

Médecin inspecteur de santé publique,
direction départementale des Affaires
sanitaires et sociales de l'Essonne

Pierre-Henri Bréchat

Médecin inspecteur de santé publique,
Ddass du Doubs, chargé de recherches,
Laboratoire d'analyse des politiques
sociales et sanitaires (LAPSS), ENSP

Françoise Schaezel

Arlette Danzon

Professeurs, département Politiques et
Institutions (Politiss), ENSP

**Après une description
du système de santé
catalan, resitué dans
son contexte national
et historique, cet
article s'attache à en
faire apparaître les
points d'intérêt pour
la régionalisation du
système de santé plus
généralement...**

La régionalisation de la santé est devenue un débat récurrent en France [1, 14, 15]. La région apparaît comme un niveau convenable de déconcentration d'une politique nationale de santé et de l'orientation stratégique des ressources. Il s'agit d'élaborer des politiques régionales en cohérence avec un programme-cadre national et tenant compte des besoins spécifiques de la région [10].

De nombreux pays de l'Union européenne ont déjà réalisé la régionalisation de leur système de santé, dont l'Espagne [20]. Cette dernière a donné la possibilité aux régions d'élaborer leur politique de santé. La Catalogne gère l'un des systèmes considérés comme les moins chers et les plus performants d'Europe [15].

En 1986, la loi générale de santé crée le système de santé national espagnol, formé par les systèmes de santé de chacune des régions autonomes. Cette régionalisation permet à sept « Autonomias » (dont la Catalogne) d'opter pour la gestion de leur système de santé [16, 20]. L'Insalud, organe de gestion du service national, prend en charge les communautés qui n'ont pas encore les pleines compétences en matière de santé [5].

Cette loi impose à chacune des régions autonomes d'organiser son propre système de santé, en leur demandant d'intégrer les grands principes suivants :

- offrir une approche globale de la santé,
- développer les soins de santé primaire, la promotion de la santé et la prévention.

Une nouvelle organisation

Elle est d'essence beveridgienne [18] et repose sur une division du territoire en zones géographiques correspondant à 250 000 habitants. Ces zones sont elles-mêmes divisées en aires basiques de santé. Ce découpage permet à toute personne de bénéficier d'un temps d'accès à un centre de soins primaires inférieur à 30 minutes.

Quatorze ans après le vote de la loi générale de santé, on peut relever quelques caractéristiques d'ensemble :

- ce système couvre 98 % de la population,
- l'offre de soins est essentiellement publique,
- les usagers du service public ne paient qu'une partie du prix des médicaments (40 %), excepté les retraités et les patients atteints de certaines maladies chroniques qui bénéficient de la gratuité,

Contexte de l'étude

Douze médecins inspecteurs de santé publique (MISP) ont réalisé en septembre 2000, au cours d'une étude sur site en Catalogne, une exploration comparée des systèmes de santé français et catalan [12]. Cette étude fait suite à leur formation à l'ENSP pendant laquelle, notamment, ils ont pu s'intéresser à l'approche comparative des systèmes de santé [11, 3].

- le financement du système, historiquement basé sur des cotisations sociales (salariés-employeurs), repose exclusivement sur l'impôt [20] : l'État espagnol (gouvernement fédéral) reverse à chaque région autonome une part de celui-ci (en se basant notamment sur le nombre d'habitants),

- la planification et la régulation du service national de santé, les choix prioritaires en matière de santé publique constituent un domaine de responsabilités partagées entre l'État et les communautés autonomes. Il existe un plan de santé national, des plans de santé régionaux adoptés par les communautés autonomes et un plan établi par l'Insalud, pour les dix communautés qui n'ont pas encore les pleines compétences en matière de santé. Les plans nationaux sont approuvés par le Parlement espagnol. Les plans régionaux sont approuvés par les Parlements régionaux [5].

Le système de santé catalan

Le statut autonome de la Catalogne est édicté en 1979.

En 1981, le gouvernement de Catalogne reçoit les transferts de compétence en matière de santé.

En 1983, création de l'Institut catalan de la santé : ICS (qui à l'heure actuelle compte 33 000 salariés et 68 structures du réseau XHUP [Xarxa hospitalaria d'utilizacio publica] dont 11 hôpitaux, et les centres de santé primaire de 33 directions d'attention primaire [DAP]). À sa création, cette institution était à la fois financeur et gestionnaire d'une grande partie de l'offre de soins catalane (sécurité sociale).

En 1985, création d'un réseau d'hôpitaux d'utilité publique : XHUP. Il regroupe l'ensemble des structures hospitalières, de droit public et privé, autorisées à dispenser des soins aux bénéficiaires de la sécurité sociale, et financées à ce titre par l'ICS. Depuis 1990, le financement est assuré par le Service catalan de la santé. En 1985, également, les principes de la loi générale de santé promouvant les soins de santé primaire trouvent leur application en Catalogne avec la mise en place d'une équipe d'attention primaire dans chaque centre d'attention primaire (CAP) — au moins un CAP dans chaque aire basique de santé (ABS).

En 1990, la loi d'organisation sanitaire de la Catalogne (LOSC), votée par le Parlement régional, poursuit la mise en œuvre de la loi

générale de santé et sépare les fonctions de financeur des fonctions de gestionnaire de l'offre de soins. En effet, cette loi crée, à côté de l'ICS, qui devient l'instance gestionnaire de l'offre de soins, le Service catalan de santé (SCS) chargé du financement et de la planification du système de santé [19].

Parallèlement à ce nouveau modèle persiste encore une offre de soins privée issue de l'ancien système, en particulier dans la ville de Barcelone. Cette offre de soins, beaucoup plus onéreuse, est souvent le fait des générations les plus anciennes de médecins, les plus jeunes étant attirés par les centres de santé. L'adhésion à une mutuelle permet l'accès sans paiement supplémentaire aux structures ayant contracté avec ces mutuelles. Il n'y a alors ni prise en charge financière publique des soins délivrés au patient, ni avance de frais. Il s'agit donc là d'une démarche volontaire d'une partie de la population qui en a les moyens financiers. En Catalogne, cela représente 25 % de l'offre de soins, le plus important pourcentage d'Espagne.

Les éléments du contexte géodémographique

Le tableau 1 fait apparaître des indicateurs de santé comparables pour la France, l'Espagne et la Catalogne. Ces chiffres, bien entendu, ne peuvent être interprétés comme des indicateurs de performance

du système de santé puisque, tant l'espérance de vie que les taux de natalité et de mortalité résultent de déterminants multiples où les facteurs sociaux et économiques jouent une part prépondérante. Mais ils témoignent de populations dont l'état de santé est comparable et dont les besoins de soins sont donc du même ordre.

On est alors frappé de la performance économique du système qui, pour un coût bien moindre qu'en France, propose une densité médicale supérieure.

Organisation de l'administration de la santé de Catalogne

Ce qui fait l'originalité du système de santé catalan est l'existence d'une séparation nette entre le principal pourvoyeur de soins : l'ICS [2] (qui gère les structures appartenant à la sécurité sociale ou au gouvernement de Catalogne et quelques institutions ayant un statut parapublic : hôpitaux et dispensaires gérés par des organisations à but non lucratif), et le SCS qui lui achète les soins. Ce dernier, dans certaines limites, peut imposer des priorités de santé publique (dont la prise en compte est liée à une partie du financement) et opérer un choix entre services équivalents. La relation est contractualisée régulièrement.

Les prestataires sont :

- les structures de soins publiques, directement gérées par l'ICS : les centres

tableau 1

Données comparatives géodémographiques

	France	Espagne	Catalogne
Population (millions)	61,0 ^a	39,3 ^a	6,2 ^b
Superficie (km ²)	551 000 ^a	504 782 ^a	32 000 ^b
Densité de population (habitants au km ²)	106 ^a	78 ^a	191 ^b
Dépense annuelle de santé par habitant en euros	1 982 ^c	762 ^c	
PIB /habitant en dollars (équivalent en euros)	25 000 ^a (28 032)	13 778 ^a (15 831)	17 223
Médecins pour 1 000 habitants	3,0 ‰	4,3 ‰ ^b	4,35 ‰ ^b
Espérance de vie (ans)			
Hommes	74,9	74,4	75,8
Femmes	82,4	81,7 ^b	82,4 ^b
Taux de natalité	12,6 ‰	9,1 ‰ ^b	9,3 ‰ ^b
Taux de mortalité	9,2 ‰	9,1 ‰ ^b	9,0 ‰ ^b

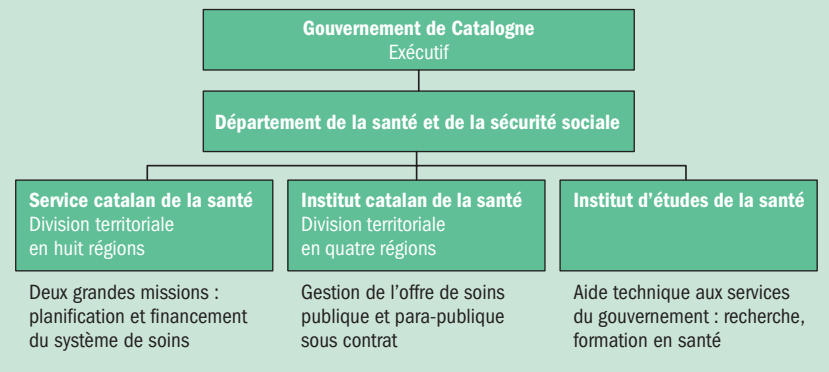
a. Bailly A., Fremont A. *L'Europe et ses États. Une géographie*. Paris : Datar, La Documentation française, 2000.

b. Institut d'Estadística de Catalunya www.idescat.es 1999.

c. [2].

figure 1

Organisation de l'administration de la santé



d'attention primaire, les structures médico-sociales, les hôpitaux, les réseaux de soins dédiés à des prises en charge particulières (soins palliatifs...) ;

- les structures de soins privées traditionnelles : elles dépendent de congrégations religieuses, de mutuelles, d'associations à but non lucratif, de fondations privées qui en assurent la gestion ;

- le Xarxa Hospitalaria d'Utilizacio Publica (XHUP) : il s'agit du réseau des structures publiques ou privées qui constitue l'offre de soins de la Catalogne accessible gratuitement à tout citoyen. C'est le SCS qui organise cette offre de soins en passant des contrats avec les structures privées pour compléter l'offre de soins publique qui serait quantitativement insuffisante.

Les acheteurs sont :

- d'une part les fonds publics : il s'agit de l'enveloppe provenant de l'impôt national et répartie par Madrid entre les régions d'Espagne. Elle peut théoriquement être augmentée d'un impôt régional complémentaire décidé par le Parlement de la Catalogne. Cette possibilité est peu utilisée car assez impopulaire. C'est, en Catalogne, le Service catalan de la santé (SCS) qui finance toutes les structures sanitaires délivrant les soins gratuitement à tous les citoyens. Une évaluation annuelle est réalisée par le SCS portant sur l'atteinte des objectifs du contrat en termes de volume d'activité, de qualité et de coordination des soins et de satisfaction des usagers. Elle conditionne le renouvellement du contrat et peut entraîner des bonifications ou des pénalités en fonction des écarts constatés ;

- d'autre part, les fonds privés : d'origines diverses — mutualiste, confession-

nelle, paiement direct par les patients, etc. — ils financent les structures privées en totalité ou en partie (quand une contractualisation existe avec le SCS).

Les structures de soins en Catalogne

La LOSC a établi en 1990 les principes de soins de santé intégrés : centres de santé primaire qui, dans un même lieu, œuvrent dans le domaine de la prévention, du soin, et prennent en compte également la dimension sociale et de la répartition équitable sur tout le territoire (proximité, accessibilité) des structures de soins.

Le système de santé repose donc sur les centres de santé ou centres d'attention primaire (CAP) à partir desquels le patient est orienté vers des structures plus spécialisées comme les hôpitaux où sont prodigués les soins spécialisés, les structures médico-sociales, psychiatriques ou les réseaux permettant des prises en charge particulières.

Les centres d'attention primaire

Chaque aire basique de santé (ABS) prend en charge 5 000 à 25 000 habitants, exceptionnellement 40 000 habitants pour les grandes villes.

Dans chaque aire, il y a au moins un centre de santé d'attention primaire (CAP). Ces centres fonctionnent 24 heures sur 24 et 365 jours sur 365.

Une équipe de personnels salariés est composée de :

- médecins de famille (1 pour 1 750 à 2 500 habitants de plus de 14 ans). Ce sont des spécialistes en médecine générale. Ils réalisent des consultations sur place et à domicile, ainsi que des actions de prévention plus individuelles que collectives,
- pédiatres (1 pour 1 250 à 1 500 habitants de moins de 14 ans),
- infirmières (1 par médecin),
- dentistes (1 pour 11 000 habitants),
- assistantes sociales (1 pour 25 000 habitants),
- personnel administratif,
- spécialistes médicaux intervenant sous forme de consultations (en fonction des besoins).

Un vétérinaire peut intervenir en partenariat avec les médecins de famille. Les vétérinaires ne dépendent pas de l'aire de santé (ils ne font pas partie de l'équipe des soins primaires), ils appartiennent au réseau de santé publique municipal. Cette prise en compte des problèmes d'hygiène et de risques sanitaires liés aux animaux domestiques est intéressante [12].

Le directeur de cette équipe est toujours un médecin aidé d'une infirmière adjointe. Les médecins, toutes disciplines confon-

figure 2

Financement de l'offre de soins

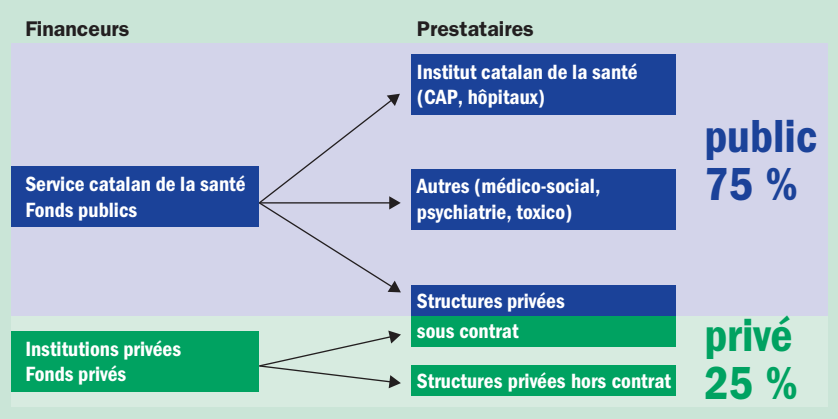
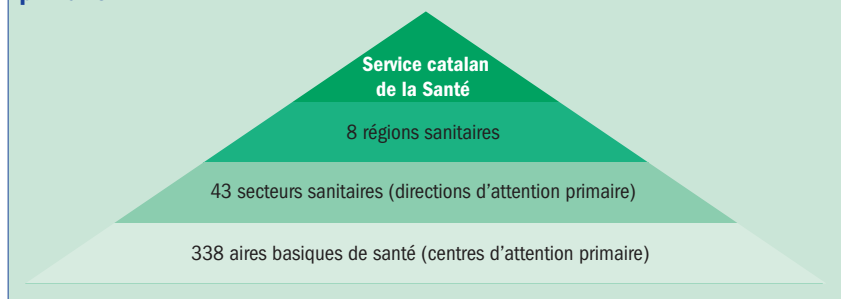


figure 3

Organisation territoriale du système de santé catalan pour les soins de santé primaire



dues, ont sensiblement le même salaire. Cette équipe bénéficie d'une formation continue.

Les urgences de nuit et de week-end sont assurées sur la base du volontariat des médecins. Il s'agit de gardes sur place dans les CAP et d'astreintes. Le médecin peut se déplacer au domicile du patient si besoin.

Certains centres sont fournisseurs de services pour d'autres, notamment en ce qui concerne la radiologie, le laboratoire, les urgences, le suivi des grossesses (gynécologues et sages-femmes ne sont pas gérés par l'aire de santé mais par un organisme qui leur est propre). Certains services sont communs à plusieurs aires de santé, comme la pharmacie ou la psychiatrie.

Les secteurs sanitaires possèdent un hôpital de référence qui intervient en seconde intention à partir du CAP, notamment pour la prise en charge des urgences.

Des enquêtes de satisfaction des usagers (dénommés « clients ») sont organisées régulièrement. Du personnel est dédié spécifiquement à cette mission (unité d'attention au client).

Le secteur médico-social [21, 22]

Il comporte des lits (soins de longue durée, soins palliatifs, convalescence, pour personnes atteintes du sida) et des unités fonctionnelles interdisciplinaires spécialisées (UFISS) dans un domaine particulier : la gérontologie, les soins palliatifs, la démence, ou les insuffisances respiratoires.

Les équipes des programmes de soutien à domicile (Pades) travaillent en appui à ces unités.

Les hôpitaux

Le seul centre hospitalier de référence visité

présentait plusieurs aspects intéressants, pour la plupart liés au caractère récent de l'architecture et de l'immobilier et à une gestion par un organisme privé à but non lucratif. Le regroupement sur un même niveau de tous les lits d'hospitalisation permet des économies d'échelle, une meilleure sécurité et une répartition plus facile des patients et des médecins. Cet hôpital est construit en trois blocs, ce qui optimise la traçabilité, l'efficacité et l'efficacité des soins : le premier bloc regroupe les services de chirurgie, de biologie et de radiologie qui sont organisés autour des urgences ; le deuxième est en prolongement du premier et regroupe les lits d'hospitalisation dont l'appartenance à une discipline est en flux tendus ; le troisième bloc, situé au-dessus du bloc des urgences, concerne les services administratifs. Des espaces sont réservés aux patients, aux familles, aux rencontres familles-patients et médecins-familles. Il est à noter que les rares espaces prévus pour servir de bureaux aux médecins sont vitrés et que

les usagers peuvent à tout moment venir se renseigner.

Depuis 1981, le ministère de la Santé de la Catalogne pilote un programme d'accréditation des hôpitaux [23].

Les orientations de santé publique et les plans de santé

La LOSC de 1990 a affirmé le principe de la participation démocratique des citoyens à la définition de la politique de santé et la maîtrise de son application par sa représentation à tous les niveaux de l'administration de la santé.

Depuis 1993, trois plans triennaux de santé, approuvés par le Parlement, ont été mis en place par le Service catalan de la santé. Leur élaboration repose sur un travail de collaboration entre administration de la santé, professionnels, usagers, élus, représentants syndicaux. Ces plans, qui intègrent les objectifs de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), à savoir « La santé pour tous en l'an 2000 », et qui se sont construits à partir des besoins de la population, sont considérés par les autorités comme l'instrument fondamental de la planification de l'offre de soins. Ils sont évalués tous les ans et une évaluation plus complète va être réalisée à la fin du troisième plan.

Les grandes orientations de ces plans sont [7, 8, 9] :

- l'accent particulier mis sur la prévention, l'information, l'éducation à la santé et la promotion de la santé,
- la surveillance épidémiologique,
- la coordination entre les différents niveaux de soins,
- le développement de l'évaluation,



CAP Florida



CAP Sant Ildefons

- la recherche d'une meilleure satisfaction des usagers basée sur la qualité, l'accessibilité et la sécurité.

Chaque région sanitaire a une certaine latitude pour adapter le plan catalan.

Discussion

Au terme de cette étude sur site, un paradoxe se dégage : nous étions à la recherche d'un système national à travers l'étude d'une région, or il nous apparaît que la Catalogne s'intéresse plus à son propre système de santé qu'à un système de santé régional au sein d'un dispositif national. Cela pose la question des inégalités inter-régionales induites par la régionalisation du système de santé au moment où, en France, il est constaté que, même si notre système de santé est dans l'ensemble performant, il présente des dysfonctionnements, des inégalités de qualité et ne prend pas suffisamment en compte les inégalités sociales et les inégalités inter et intra-régionales [13].

Nous avons donc replacé les éléments recueillis dans une approche pouvant alimenter les diverses questions qui se posent actuellement dans notre pays sur l'évolution du système de santé et notamment de sa régionalisation [15].

Les aspects à valoriser dans la réflexion actuelle

La médecine générale jouit d'une véritable reconnaissance sous forme d'une spécialité dite de médecine de famille, indispensable (pour les nouvelles générations) à l'exercice dans les structures de base, alliant activités de recherche et d'enseignements spécifiques, et animée par un collègue de

médecine générale. Cette spécialité est acquise par 6 années d'études de tronc commun, plus 3 années de spécialisation.

D'emblée la prise en charge apparaît globale :

- Le médecin de famille exerce dans les CAP Il est toujours consulté en première intention, avec un rôle de « gate keeper » contrôlant l'accès au spécialiste.

- La gynécologie et la pédiatrie, ainsi que l'odontologie, bien qu'exercées par des médecins spécialisés sont intégrées dans les CAP et ces spécialistes travaillent en équipe avec les médecins de famille.

- La présence de professionnels paramédicaux permet la réalisation d'une prévention primaire en partenariat avec le médecin de famille. Elle permet également de prolonger les soins si nécessaire.

- La prévention primaire est intégrée dans les missions et les CAP La prévention primaire individuelle est systématiquement réalisée par le binôme infirmière-médecin de famille lors de chaque consultation. Un guide des bonnes pratiques a été réalisé au niveau régional à cette intention [9]. La prévention primaire collective n'est pas systématique.

- La prévention tertiaire est réalisée dans les hôpitaux de référence des secteurs sanitaires au moment des soins de réadaptation.

- Participation de travailleurs sociaux (rappelant les centres locaux de santé communautaires [CLSC] québécois [11]).

- Le dossier du patient est individualisé et de plus en plus souvent informatisé. Il contient l'ensemble des informations utiles, avec une clé d'accès spécifique pour les soignants, garantissant une certaine confidentialité.

- La santé scolaire et la santé au travail sont prises en compte par les équipes des centres d'attention primaire. Il n'existe pas de services spécifiques de médecine scolaire. La médecine du travail relève d'une législation spécifique qui n'a pas été approfondie dans le cadre de ce travail.

- Les professionnels peuvent s'occuper aussi de recherche et de formation. Les résultats de ces recherches peuvent être intégrés directement dans les travaux de planification sanitaire.

L'accessibilité aux soins de base est garantie à l'utilisateur. Il n'y a pas d'avance de frais. Le principe de la gratuité pour tous est réalisé, à l'exception notable de la

pharmacie. La population est couverte dans son ensemble, sans conditions particulières. Il n'y a pas d'inégalité de répartition géographique de l'offre de soins.

Il existe une réelle politique de prise en compte de l'intérêt de l'utilisateur. Il y a une direction spécialisée dans ce domaine au niveau de l'administration du secteur sanitaire. Une évaluation est régulièrement réalisée par enquêtes de la satisfaction des usagers : patients et public extérieur. Il commence à y avoir des enquêtes pour connaître les organisations de soins souhaitées par les usagers. À l'hôpital, il y a de nombreux endroits réservés : notamment des bureaux de conciliation prévus spécialement pour les rencontres médecins-familles.

Les professionnels de santé semblent satisfaits de leur statut. Etant fonctionnaires, ils ne sont pas soumis au système du paiement à l'acte et au lien monétaire avec le patient. Les candidatures de médecins aux postes des CAP, par exemple, dépassent l'offre disponible.

C'est un système qui semble se remettre régulièrement en cause et rester évolutif. Il est peu onéreux et sa planification permet une bonne couverture de la distribution des soins. Les professionnels de santé participent à la planification grâce aux résultats de leurs recherches.

Des aspects intéressants sont notés en ce qui concerne la pharmacie et les médicaments :

- Les pharmaciens exercent dans un centre public mais font partie du secteur privé. Les officines de pharmacie ont un contrat avec le SCS qui finance 60 % du prix des médicaments, les 40 % restants étant à la charge du patient. La rémunération du pharmacien correspond à 14 % du prix payé par le patient.

- Il existe, comme en France, une politique de promotion du médicament générique avec intéressement des pharmaciens par la rémunération, mais plus dynamique.

- Il est aussi prévu une rémunération forfaitaire du pharmacien valorisant son acte d'accompagnement des prises en charge des traitements de substitution, à la Méthadone® par exemple.

Une véritable politique de santé publique est définie au niveau régional, avec des priorités précises, s'imposant à la fois aux structures de base et à l'hospitalisation. Le rôle de Madrid se limite à définir les



CAP Sant Just Desvern

grands axes et à octroyer une enveloppe budgétaire fléchée sur la santé. C'est le Parlement de Catalogne qui détermine les grandes orientations de santé publique de la province : cela apparaît comme un avantage de la régionalisation par la proximité des intérêts de l'usager appuyée sur une légitimité démocratique.

Ainsi les usagers peuvent faire pression pour imposer une priorité dans un domaine précis : programme de vaccination contre la méningite pour les personnes âgées, par exemple.

Quand une politique de santé expérimentale s'avère positive dans une région, le niveau national peut la mettre en œuvre dans les autres régions. Le système de santé espagnol se transforme aussi sous l'impulsion de la périphérie [19].

Le système nous apparaît ainsi avoir une bonne capacité de remise en cause et donc d'évolutivité.

Interrogations et réserves

Malgré l'attention affichée pour l'usager-« client », en particulier à travers les

enquêtes de satisfaction, celui-ci semble supporter les inconvénients habituels d'un système étatisé, qui n'est pas non plus la panacée pour tous les professionnels de soins. En effet :

- L'enveloppe santé est déterminée une fois pour toutes, puis attribuée par le gouvernement fédéral. La Région ne prend pas le risque de lever des impôts supplémentaires pour compléter ses ressources dans ce domaine, mais elle le pourrait. On se situe donc clairement dans une régulation comptable. Le symptôme le plus évident

références

1. Assemblée nationale. Commission des affaires culturelles, familiales et sociales. *Synthèse des travaux et conclusions du groupe de travail sur la régionalisation du système de santé*. Paris : Assemblée nationale, 2000.
2. Beau P. « La Catalogne promeut la santé publique ». *Espace social européen*, 2000 ; 511 : 14-19.
3. Bréchat P.-H., Danzon A., Schaetzel F. *Évaluation de la qualité des soins et accréditation : prise en compte de l'usager au Québec. Les usagers du système de soins*. Rennes : Éditions de l'ENSP, coll. Recherche Santé Sociale, 2000 : 31-36.
4. Contandriopoulos A. P., de Pouvourville G., Poullier J.-P., Contandriopoulos D. *À la recherche d'une troisième voie : les systèmes de santé au XXI^e siècle*. Paris : Ellipses-Édition Marketing SA, coll. Santé publique : États des lieux, enjeux et perspectives, 2000 : 637-667.
5. Duriez M., Lequet-Slama D., Chambaud L. « Y a-t-il convergence dans la détermination des priorités de santé publique en Europe ? ». *Santé publique*, 2000 ; 12 : 485-496.
6. Gallo P., Serra-Prat M., Granados A. « Equity in the delivery of health care: the case of Catalonia ». Communication au congrès de la Société européenne de santé publique : réduire les inégalités de santé en Europe. *Santé publique*, décembre 2000, p. 90.
7. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Addendum to the health plan for Catalonia*. Barcelona : Servei Català de la Salut, 1995.
8. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Health plan for Catalonia mental health*. Barcelona : Servei Català de la Salut, 1995.
9. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *White paper : basis for the integration of prevention into health care practice*. Barcelona : Generalitat de Catalunya Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1995.
10. Lesparre M. *Espagne : Les hôpitaux publics dans le processus de régionalisation du système sanitaire*. Rennes : Éditions ENSP, 1988 : 186 p.
11. Médecins inspecteurs de santé publique stagiaires de la promotion « Jacques Brel », année 1998-1999. *Évaluation de la qualité des soins et accréditation : prise en compte de l'usager au Québec*. Rapport pour l'École nationale de la santé publique 1999 : 123 p.
12. Médecins inspecteurs de santé publique stagiaires de la promotion « Jacques Brel », année 1998-1999. *La Régionalisation du système de santé en Espagne... et en France ? Exploration comparée sur site en Espagne dans la région de la Catalogne*. Rapport pour l'École nationale de la santé publique 2001 : 44 p.
13. Haut Comité de la santé publique. *La Santé en France : rapport général*. Paris : La Documentation française, 1994.
14. Polton D. *Quel système de santé à l'horizon 2020 ? Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires*. Paris : La Documentation française-ministère de l'Emploi et de la Solidarité-Credes-Datar, 2001.
15. Pomey M. P., Poullier J. P. « Régionalisation de la santé : un débat français inévitable ». *Espace social européen*, 1999 ; 459 : 15-19.
16. Pomey M. P., Poullier J. P., Lejeune B. *Des exemples de systèmes de soins étrangers*. Paris : Ellipses-Édition Marketing SA, coll. Santé publique : États des lieux, enjeux et perspectives, 2000 : 539-541.
17. Poullier J. P. *Une leçon de paradoxes : apports et problèmes des comparaisons internationales*. Paris : Ellipses-Édition Marketing SA, coll. Santé publique : États des lieux, enjeux et perspectives, 2000 : 542-552.
18. Poullier J. P. *L'Allemagne*. Paris : Ellipses-Édition Marketing SA, coll. Santé publique : États des lieux, enjeux et perspectives, 2000 : 553-559.
19. Rico A. « Régionalisation et transformation du système de santé espagnol depuis 1975 ». *Politiques et Management public*, 1998/09 ; 16 : 137-157.
20. Delaneau J., Autain F., Descours C., Huriet C. *Le Système de santé espagnol*. Paris : Sénat, Documents du Sénat. Les rapports du Sénat 1999-2000 ; 247 : 38 p.
21. Servei Català de la Salut. *El model d'atenció socio-sanitària a Catalunya*. Barcelona : Servei Català de la Salut Area Sanitària, 1994.
22. Servei Català de la Salut. *Programa marc d'atenció a domicili ATDOM*. Barcelona : Servei Català de la Salut Area Sanitària, 1994.
23. Zürcher K., Pomey M. P. *L'Hospitalisation publique et privée*. Paris : Ellipses-Édition Marketing SA, coll. Santé publique : États des lieux, enjeux et perspectives, 2000 : 412-447.

est l'existence de listes d'attente pour les opérations chirurgicales.

- Si l'usager semble avoir à sa disposition un système de santé globale, accessible et de qualité [15] qui assure la continuité des soins, il peut voir sa marge de manœuvre réduite dans les CAP. Le libre choix du médecin est limité. Cependant, il est possible à l'usager d'en changer. Cette question du choix du médecin semble toutefois moins importante pour les usagers-« clients » que l'accessibilité au système de santé. L'usager catalan subit la contrainte de devoir se rendre au dispensaire de son secteur, mais en revanche le système lui permet de se présenter à moins de guichets (le médecin généraliste, l'infirmière, le pédiatre, le radiologue sont dans le même lieu) que l'usager français. L'accessibilité aux soins en est accrue. La consultation moyenne du médecin de famille est très courte, mais elle est complétée et enrichie par celle de l'infirmière. Cela permet aussi une prévention individuelle systématique qui existe peu en France. Il n'a pas d'accès direct au spécialiste ni à l'hôpital, sauf en cas d'urgence. Dans la majorité des cas, les dépenses pharmaceutiques restent à sa charge (40 %), sauf pour certaines populations comme les personnes âgées par exemple. Le problème de l'accessibilité aux soins pour les personnes qui ne peuvent payer ce tiers payant se pose donc.

- La situation des médecins n'apparaît pas favorable sous tous les aspects. Leur salaire moyen reste modeste (l'équivalent d'environ 15 000 F par mois, plus 1 000 F s'ils participent à des objectifs de santé). Le système étatique est peu stimulant, il y a peu d'incitations positives ou négatives. La démographie médicale galopante les met en position de faiblesse. Nombre d'entre eux sont à l'écart du système d'État et n'ont pas de statut stable : remplacements dans les dispensaires et hôpitaux, médecine privée (pas du tout couverte par des remboursements).

- La prévention dans les structures de base reste préférentiellement individuelle ; les professionnels de soins ne reçoivent pas vraiment de formation dans ce domaine et il n'y pas de temps ni de moyens spécifiques impartis dans les dispensaires, encore moins d'évaluation des actions de prévention.

- Enfin, des secteurs spécifiques paraissent poser problème dans le paysage actuel :

L'organisation des urgences apparaît d'une cohérence et d'une efficacité imparfaites. Il existe un double système de garde le soir et le week-end entre les dispensaires (un de garde par secteur) et les hôpitaux. Il est très peu payé (environ 250 F par nuit) et repose sur le volontariat. L'urgence est le seul mode d'entrée direct et rapide dans l'hôpital, et les services concernés sont dépassés par une inflation régulière des admissions. Des systèmes totalement privés, efficaces mais chers, se développent, notamment pour la clientèle étrangère. Enfin, l'organisation des transports est compliquée par la sous-traitance à des organismes de type Croix-Rouge.

Conclusion

Le système de santé catalan est l'un des systèmes de santé les moins chers et les plus performants d'Europe [2, 15], que ce soit au niveau de la couverture des besoins ou des indicateurs de santé. Il offre une approche intégrée de la santé allant jusqu'aux aspects de prise en charge sociale et de prévention. Il promeut la santé publique [2], mais semble ne pas échapper totalement aux difficultés des systèmes étatisés : accès difficile à certaines prestations spécialisées, lourdeurs administratives et réactivité aux urgences.

La régionalisation offre ici l'avantage de la gestion locale d'une enveloppe globale de soins contrôlée par les élus et l'administration de la région. La région paraît être un bon niveau pour la détermination des priorités de santé, en particulier pour y associer largement les usagers.

Les objectifs d'équité du système de santé catalan semblent globalement atteints [6] et le rôle financier de la puissance publique est ici renforcé en parallèle à une libéralisation de la prestation [17, 19]. Mais les avancées en matière d'accès aux soins et d'équité, soucis permanents en Catalogne, semblent plutôt redevables au système de type « National Health Service » anglais tempéré d'une contractualisation avec l'offre de soins publique et privée avec « achat » de services et mise en concurrence.

Quelques réserves sont à faire toutefois :

- En Catalogne, les personnes à faibles revenus qui ne bénéficient pas de l'exonération du ticket modérateur pour l'achat des médicaments ne peuvent pas toujours financer les 40 % à leur charge et sont

parfois amenées à renoncer à certains traitements.

- Au niveau national, une inégalité apparaît entre les régions d'Espagne. Certaines d'entre elles, plus riches, comme la Catalogne, ont la possibilité de voter un impôt complémentaire régional pour améliorer leur système de santé alors que d'autres régions n'auront pas cette possibilité.

Le système se remet en cause régulièrement et témoigne d'une capacité d'adaptation et d'évolution à laquelle le niveau de déconcentration régional n'est à l'évidence pas étranger.

En tenant compte de ces forces et de ces faiblesses, l'exemple de la Catalogne, entre libéralisme et technocratie, peut servir de base à une réflexion pour l'élaboration d'une régionalisation du système de santé français. ■

Remerciements

En France

Nous remercions les MISP de la promotion « Jacques Brel » 1998/1999 qui ont participé à cette enquête : Catherine Descamps, Dominique Delettre, René Faure, Jean-Pierre Nicolas, Isabelle Nicoulet, Alain Ohayon et Grégory Ruck, et tout particulièrement Didier Mathis.

Nous remercions Jacques Raimondeau, responsable de la filière des MISP à l'ENSP, et Pascal Chevit, directeur de l'ENSP, qui ont soutenu ce travail.

En Espagne

Gloria Pujol (infirmière, adjointe au directeur et responsable des relations publiques, Direcció d'Atenció Primària, Baix de Llobregat Centre à Cornellà, Institut Català de la Salut), Josep Lluís Ibanez (directeur, Direcció d'Atenció Primària, Baix de Llobregat Centre Cornellà, Institut Català de la Salut), David Gervilla Valladolid (responsable du personnel, Direcció d'Atenció Primària, Baix de Llobregat Centre à Cornellà, Institut Català de la Salut), Maria Pilar González Serret (responsable de l'unité d'attention à l'usager, Direcció d'Atenció Primària, Baix de Llobregat Centre à Cornellà, Institut Català de la Salut), Joan Parellada Sabate (cap de Compra de Serveis, L'Hospitalet de Llobregat, Regió sanitària Costa de Ponent, Servei Català de la Salut), Jaume Grau (directeur, Hospital Comarcal de l'Alt Penedès, Vilafranca del Penedès).