

# questions

## d'économie de la santé

analyse

### Repères

En France, le processus de régionalisation de la gestion du système de soins a débuté avec la loi hospitalière de 91 et les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). Il s'est renforcé dans la première moitié des années 90, avec le transfert au niveau régional de l'allocation budgétaire aux hôpitaux, la mise en place des unions régionales de médecins libéraux et, à titre expérimental, des conférences régionales de santé.

Les ordonnances de 1996 ont accéléré la logique régionale avec la création des ARH (agences régionales de l'hospitalisation) unifiant la gestion de l'hospitalisation publique et privée sous une même autorité, des URCAM (unions régionales de caisses d'assurance maladie) qui doivent coordonner l'action des caisses et impulser une politique de gestion du risque régionale.

Le projet de loi relatif à la politique de santé publique ajoute sa pierre à l'édifice en créant deux nouveaux acteurs : le groupement régional de santé publique et la conférence régionale de santé publique.

CENTRE DE RECHERCHE, D'ÉTUDE ET DE DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :

10, rue Vauvenargues 75018 Paris

Téléphone : 01 53 93 43 02/17

Télécopie : 01 53 93 43 50

E-mail : [document@credes.fr](mailto:document@credes.fr)

Web : [www.credes.fr](http://www.credes.fr)

Directrice de la publication :

Dominique Polton

Rédactrice en chef :

Nathalie Meunier

Maquettiste :

Franck-Séverin Clérembault

ISSN : 1283-4769

Diffusion par abonnement : 60 euros par an

Prix du numéro : 6 euros

10 à 15 numéros par an

### Décentralisation des systèmes de santé

#### Quelques réflexions à partir d'expériences étrangères

Dominique Polton

La décentralisation a été – avec la concurrence – une des idées-force qui ont sous-tendu les réformes des systèmes de santé menées dans les années 90. Dans un certain nombre de pays, la tendance est à déléguer la gestion du système, et progressivement son financement, à des collectivités locales. Dans d'autres, il ne s'agit pas de décentralisations politiques au sens strict, mais de délégations de responsabilités à des acteurs locaux – institutions, groupes de professionnels...

Dans tous les cas, ces processus de décentralisation ou délégation sont vus comme des leviers pour améliorer l'efficacité et la réactivité du système, mieux adapter les réponses aux besoins en rapprochant les décisions des populations et favoriser l'implication et la participation citoyennes.

Une revue d'expériences étrangères, illustrant différentes formes de décentralisation du système de santé, est proposée ici. Elle permet de dégager quelques réflexions et interrogations pouvant nourrir la réflexion dans le contexte français : que montrent les évolutions récentes ? Comment se modifient les répartitions de compétences entre les niveaux de gestion du système ? Quel impact en termes d'efficacité et de maîtrise des coûts ? Quel est le prix à payer en termes d'équité ?

#### Quatre formes de décentralisation (typologie de Rondinelli, 1983)

##### La déconcentration

recouvre la notion de transfert de responsabilités à des niveaux territoriaux plus bas au sein des gouvernements centraux et des agences centrales.

##### La délégation

transfère des responsabilités de gestion étendues, dans un domaine et pour des fonctions spécifiques, à des organisations (souvent qualifiées de « para-étatiques ») qui agissent en marge de la structure administrative centrale.

##### La dévolution

consiste à confier des pouvoirs à des gouvernements territoriaux autonomes.

##### La privatisation

est un transfert de responsabilités à des organisations privées, lucratives ou non, à qui sont déléguées certaines fonctions antérieurement assumées par les gouvernements.

Source : Rondinelli D. A., Nellis J. R., Cheema S. (1983), *Decentralization in developing countries : a review of recent experiences*, World Bank Staff working paper, n° 581, World Bank.

La question de la régionalisation du système de santé occupe le débat en France depuis une dizaine d'années, et notamment depuis la réforme de 1996 qui, en créant de nouvelles institutions, a renforcé et consacré une dynamique, esquissée depuis le début des années 90, de délégation de responsabilités à l'échelon régional. Ces débats portent à la fois sur le bilan du processus ainsi engagé, sur l'action des institutions créées récemment (Agences régionales de l'hospitalisation, Unions régionales de caisses d'assurance maladie) et sur les évolutions souhaitables de l'organisation institutionnelle et du partage des responsabilités.

Pour apporter quelques éléments de réflexion au débat, cette note propose de sortir de l'hexagone et d'analyser des expériences de décentralisation dans d'autres pays : non pas pour en tirer des conclusions définitives, et encore moins des schémas directement transposables, mais plutôt pour aider à formuler les questions que pose la décentralisation des systèmes de santé, et y apporter quelques éléments de réponse, même partiels, au vu des situations vécues par nos voisins.

## Contenu de la notion de décentralisation

En droit public, on oppose décentralisation et déconcentration :

- La déconcentration est une délégation de pouvoir de l'administration centrale de l'Etat vers ses services implantés sur le territoire. Le pouvoir central décide toujours pour les affaires locales, mais décide sur place et non plus de la capitale.
- La décentralisation, elle, consiste à confier des compétences, et les moyens financiers, fiscaux et administratifs correspondants, à des collectivités autonomes, dotées comme l'Etat de

la personnalité morale et pourvues de leurs propres organes de décision. L'Etat n'a plus de pouvoir hiérarchique, même s'il garde un pouvoir de tutelle pour contrôler la légalité des actes des collectivités territoriales.

En sciences sociales, la décentralisation a une définition plus large, qui renvoie à l'idée d'un accroissement des responsabilités et de l'autonomie d'acteurs périphériques par rapport au niveau central. Une typologie établie en 1983 par la Banque mondiale et largement référencée ensuite distingue ainsi quatre formes de décentralisation : la déconcentration, la délégation, la dévolution et la privatisation (*cf.* page 1).

Les expériences, vécues en dehors de nos frontières et décrites ci-après, illustrent la diversité des formes de décentralisation.

## Décentralisation des systèmes de santé : des formes variées selon les pays

### Le modèle scandinave : une longue tradition de décentralisation politique à des échelles territoriales fines

Les systèmes de santé scandinaves se réfèrent au modèle du service national de santé (on y retrouve les principes d'universalité et de gratuité des soins, l'offre de soins est quasi exclusivement publique), mais le financement et la gestion du système de santé sont décentralisés au niveau des comtés, collectivités territoriales proches de nos départements en taille de population desservie, voire au niveau des municipalités, comme en Finlande par exemple.

Ainsi, au Danemark, les 14 conseils de comté, élus tous les quatre ans, possèdent et gèrent les hôpitaux et les centres de soins primaires, rémunèrent les professionnels de santé qui sont salariés ou

sous contrat. Le financement est assuré à 87 % par des impôts locaux (impôts sur le revenu essentiellement et plus marginalement impôts fonciers). Les 13 % restants sont couverts par des dotations allouées aux comtés par le gouvernement central.

Les comtés sont donc responsables à la fois du financement et de la gestion des services sanitaires. Ils gèrent également d'autres services publics (enseignement secondaire, routes, environnement), et peuvent d'ailleurs opérer des arbitrages financiers entre ces différents domaines. Mais la santé représente la majeure partie de leur budget (70 %).

Au cours des années 90, des blocs de compétences importants ont été transférés des comtés aux municipalités, concernant les soins de long terme – d'abord pour les personnes âgées, puis ensuite pour les personnes handicapées et les malades mentaux. Il s'agit de responsabilités étendues, couvrant non seulement les services d'aide à domicile mais aussi le financement des institutions pour l'hébergement au long cours, y compris pour les soins de nursing. Comme pour les comtés, les municipalités financent, à travers la fiscalité locale, les services dont elles sont responsables.

Dans ce schéma général d'organisation des responsabilités, le rôle de l'Etat central est donc limité. Il définit les cadres et les grandes orientations. Il dispose aussi de leviers financiers, qui sont définis dans une négociation annuelle entre l'Etat, les comtés et les municipalités. Il s'agit :

- du niveau maximal d'imposition ;
- des critères d'allocation des dotations de l'Etat aux comtés et aux municipalités, qui couvrent une fraction du financement ; une redistribution est en effet opérée en fonction des capacités contributives des régions d'une part, des besoins d'autre part, selon une formule combinant un

certain nombre de critères ;

- des enveloppes fléchées : outre la dotation générale, l'Etat a en effet la possibilité d'allouer des fonds pour des objectifs précis, et ainsi d'influencer les priorités d'action régionales. Par exemple, des enveloppes spécifiques ont été allouées pour la réduction des listes d'attente pour certaines interventions chirurgicales.

Des principes d'organisation et des responsabilités similaires prévalent dans les autres pays scandinaves, avec des variantes. Ainsi la décentralisation est encore plus accentuée en Norvège et surtout en Finlande, où la gestion des services de santé est décentralisée au niveau des 448 municipalités.

### L'Espagne et l'Italie : des expériences de régionalisation récentes

Par rapport aux pays scandinaves, qui ont derrière eux trente ans de recul d'un système complètement décentralisé (à la fois du point de vue de la gestion et du financement) à un niveau de plus en plus local, les processus de décentralisation à l'œuvre en Espagne et en Italie présentent plus de familiarité avec les schémas de fonctionnement évoqués dans le débat français, tant par le niveau territorial concerné – la région – que par le découplage opéré entre gestion régionale et financement national (du moins jusqu'à récemment). Le processus de décentralisation y a été progressif. Dans les deux cas, il a été lancé en parallèle au basculement d'un système d'assurances sociales vers un système national de santé.

#### L'Espagne : la difficile conciliation du financement centralisé et de la gestion décentralisée

L'Espagne est passée, à partir de 1978, d'un système d'assurances sociales assez centralisé dans sa gestion à un système national de santé géré par des communautés autonomes.

Le processus de dévolution a cependant été progressif. De 1981 à 1994, 7 communautés autonomes (les régions) se sont vu confier, l'une après l'autre, la pleine responsabilité de la gestion des services de santé, la première étant la Catalogne. Pour les 10 autres, les services de santé sont restés gérés de manière centralisée par une structure nationale, l'INSALUD, jusqu'en 2002, date à laquelle le processus de dévolution a été étendu. Désormais, les 17 régions espagnoles seront responsables de la gestion des services de santé.

Le système de santé espagnol a donc été marqué, pendant vingt ans, par une situation hybride, mélange de décentralisation et de déconcentration, appelé « fédéralisme asymétrique », qui a rendu la situation complexe et posé des problèmes spécifiques à cette période de transition.

Un autre trait caractéristique de la régionalisation espagnole est que, contrairement à ce qui s'est passé dans les pays scandinaves, la décentralisation de la gestion aux 7 communautés autonomes ne s'est pas accompagnée d'une décentralisation du financement. Jusqu'à 2002, l'essentiel des dépenses publiques de santé a été couvert par des dotations allouées aux régions à partir d'un budget national, progressivement fiscalisé. Les financements additionnels par la fiscalité régionale restaient limités (9 % du total des dépenses à la fin des années 90).

Cette combinaison d'un financement centralisé et d'une délégation de responsabilité pour la gestion du système correspond à des schémas évoqués en France (accroissement des marges de manœuvre régionales dans la gestion du système, avec une implication plus forte des élus, dans le cadre d'enveloppes financières allouées par le niveau national). Il est donc intéressant d'analyser les difficultés rencontrées par le processus

de régionalisation espagnol. Trois éléments peuvent être notés :

- **La difficulté de trouver un consensus sur des règles de péréquation financière** entre les communautés autonomes. Le passage prévu de dotations historiques à des dotations ajustées en fonction des critères de besoins a été repoussé à plusieurs reprises. Il est vrai que les modalités financières du transfert de compétences n'ont pas été définies au départ de manière uniforme, mais ont fait l'objet d'une suite de négociations bilatérales sur les conditions d'entrée dans le processus des 7 communautés autonomes, conditions qui ont été différentes d'une communauté à l'autre. Ce n'est que depuis 1994 qu'une négociation globale a lieu, impliquant l'Etat national et les 7 communautés au sein d'un conseil interterritorial.

- **La coordination entre les régions**, pour garantir un égal accès à des services de même qualité sur l'ensemble du territoire national, et permettre la circulation des patients entre régions, est un autre problème récurrent. De l'avis général, les premiers instruments de cette coordination (planification conjointe par l'Etat et les communautés par exemple) n'ont pas fonctionné. Le débat est encore ouvert, comme en témoigne un projet de réforme débattu au Parlement en 2003, qui propose une définition nationale des services couverts, des niveaux de qualité attendus, des carrières des professionnels, etc.

- **Le découplage entre responsabilité de la gestion du système et responsabilité du financement** a été générateur de conflits entre le centre et les régions qui ont, face à leurs déficits, systématiquement argué qu'elles étaient sous-financées. Il faut noter que les déficits chroniques de

L'INSALUD (partie du système restant gérée de manière centralisée), toujours comblés *a posteriori* par le gouvernement, n'ont guère favorisé la responsabilisation financière des communautés autonomes qui ont obtenu en conséquence les mêmes compensations budgétaires.

Même si les conditions propres à l'expérience espagnole peuvent expliquer une part des difficultés rencontrées, on peut penser que, plus profondément, ce découplage des responsabilités rend les tensions inévitables. Le gouvernement national est en effet seul responsable de l'équilibre des comptes publics, alors que les gouvernements régionaux sont jugés par la population uniquement sur la qualité de fonctionnement des services de santé. La réconciliation de ces deux objectifs ne va évidemment pas de soi, comme le montre l'expérience de tous les pays depuis quelques décennies.

Le fait qu'au-delà des circonstances propres, ce type de partage des responsabilités soit structurellement conflictuel semble confirmé par l'expérience de l'Italie qui, à partir d'un schéma initial similaire à celui de l'Espagne, vient récemment de franchir le pas d'une décentralisation plus radicale.

**L'Italie : du modèle espagnol au fédéralisme fiscal**

Comme l'Espagne, l'Italie a basculé en 1978 d'un système d'assurances sociales à un système national de santé.

Celui-ci a, dans les premiers temps, fait l'objet d'une gestion conjointe par trois niveaux de gouvernement : le niveau national définissait le budget global de la santé et élaborait un plan national ; les élus régionaux (20 régions) avaient en charge la planification et la répartition des budgets entre les unités sanitaires locales (USL) ; les élus locaux géraient ces dernières et avaient donc la responsabilité de la fourniture des services sanitaires.

Les années 80 ont été marquées par d'importants conflits de responsabilités : dotations jugées insuffisantes par les élus régionaux et locaux, changements successifs de critères de répartition des enveloppes entre régions, déficits accumulés. On retrouve un schéma de fonctionnement similaire à celui de l'Espagne, avec les mêmes difficultés liées au partage des pouvoirs. La séparation entre la responsabilité financière centralisée et le pouvoir de dépense régional et local a été analysée comme le principal facteur de dérive des coûts. Ce schéma organisationnel a été réformé à deux reprises dans les années 90.

La réforme de 1992-93 a été placée sous le double signe de la concurrence (référentiel d'action très présent dans les réformes des années 90) et de la régionalisation. Sur le modèle inauguré par le NHS britannique, des logiques de contractualisation et de compétition entre offreurs de soins ont été promues en lieu et place de l'intégration hiérarchique prévalant antérieurement. Dans le même temps, des pouvoirs ont été transférés aux régions du niveau national, mais aussi du niveau local : les élus locaux ont perdu leurs compétences de gestion des unités sanitaires locales au profit des régions, à qui revenait désormais la responsabilité de la délivrance des soins à la population<sup>1</sup>. En corollaire, les régions étaient également investies d'une responsabilité financière, c'est-à-dire qu'elles devaient combler leurs éventuels déficits par des recettes fiscales ou des hausses de tickets modérateurs. Les régions devenaient donc le niveau essentiel de gestion des services sanitaires.

Malgré cette clarification des rôles, des déficits ont continué à s'accumuler d'année en année (14 millions d'euros de déficits cumulés en 98). La responsabilité de ces déficits était rejetée par les régions sur l'Etat, accusé de sous-financer un panier de soins par lui-même défini. Les modalités de répartition des

budgets entre régions ont également fait l'objet de débats récurrents et ont changé de nombreuses fois dans les vingt dernières années<sup>2</sup>.

En 1999, une nouvelle étape de la régionalisation a été franchie avec la mise en place, dans le domaine sanitaire, des principes de « fédéralisme fiscal » décidés en 1997. Cette réforme met fin au principe d'un budget national redistribué entre les régions par le gouvernement central, pour aller vers un transfert de la responsabilité financière aux régions. Elle s'accompagne d'une réforme du mode de financement des dépenses de santé, qui est maintenant assuré par des impôts régionaux (impôts sur la production et, de manière plus mineure, sur les revenus). Néanmoins, les niveaux de richesse et donc les capacités contributives des régions étant très différents, il est prévu d'accompagner la dévolution fiscale par une redistribution substantielle. Un fonds de solidarité a donc été mis en place, auquel les régions riches contribueront et qui viendra abonder les régions dont les recettes fiscales sont insuffisantes.

Une mise en œuvre progressive du processus est programmée. A terme (2014), il est estimé que 7 régions contribueront au fonds de solidarité, tandis que toutes les autres recevront des transferts. Dans les régions les plus pauvres, ces transferts représenteront jusqu'à 40 % du budget de la santé. Ceci aura pour conséquence que ces régions auront moins d'autonomie, car elles seront dépendantes des fonds du niveau national.

<sup>1</sup> A cette occasion, le découpage territorial des USL, antérieurement calqué sur les circonscriptions électorales, a été revu et leur nombre fortement diminué (de 659 avant 1992 à 228 en 1995). Les USL n'ont plus été gérées par des conseils d'administration d'élus locaux, mais par des directeurs nommés par les régions sur des critères managériaux.

<sup>2</sup> Une capitation pondérée en fonction de l'âge, de l'état de santé et du recours aux soins a été introduite en 1997.

Par ailleurs les régions doivent maintenant trouver elles-mêmes les ressources pour financer leurs éventuels déficits ou pour accroître la couverture maladie au-delà des standards nationaux. Les régions pauvres auront à relever les taux d'imposition plus que les régions riches, avec le risque d'une désincitation à l'installation pour les entreprises.

Cette nouvelle étape franchie dans le processus de régionalisation<sup>3</sup> règle donc le conflit inhérent au découplage des responsabilités entre recettes et dépenses, mais elle a pour contrepartie un risque d'inégalité accru entre régions, même si le fonds de péréquation assure à court terme une fonction de redistribution entre régions riches et pauvres.

### D'autres formes de décentralisation

Les expériences scandinaves, espagnole ou italienne qui viennent d'être relatées renvoient toutes à une définition stricte de dévolution de compétences à des élus territoriaux.

D'autres modalités ont été tentées, dans des expériences qui partagent avec les précédentes un objectif commun : faire en sorte que toutes les décisions ne soient pas prises par le niveau national, en donnant des espaces de responsabilités à des acteurs locaux. Quelques exemples :

#### L'Allemagne et le principe d'autogestion entre caisses et médecins

Même si l'Allemagne est un Etat fédéral, la décentralisation à l'œuvre dans le secteur de la santé ne passe pas tant par les pouvoirs des gouvernements des Länder que par un principe de négociation locale entre les acteurs – les associations de caisses d'une part, les associations de médecins d'autre part. Les mécanismes de régulation de la médecine ambulatoire notamment ont été définis dans le cadre de cette autonomie de gestion concertée. Le principe de la négociation collective décentralisée est cependant confronté,

depuis une dizaine d'années, à la fois à une reprise en main étatique du secteur et aux tentatives de mettre en place une régulation plus concurrentielle.

#### Le Royaume-Uni : une décentralisation professionnelle et économique avec les groupes de soins primaires

La philosophie de la réforme Thatcher au début des années 90 était la décentralisation économique : substituer des relations contractuelles, assorties de mécanismes incitatifs, aux relations de contrôle hiérarchique antérieures. Cette décentralisation s'est traduite par une responsabilisation accrue et des marges d'autonomie et de négociation plus grandes des acteurs locaux (autorités sanitaires, généralistes et hôpitaux).

La réforme de 1997, tout en se démarquant de la précédente, consacre le principe d'une autonomie professionnelle et économique conférée à des réseaux de professionnels locaux. Ces « groupes de soins primaires »<sup>4</sup> sont des réseaux qui regroupent les généralistes et les équipes de soins primaires intervenant sur une zone géographique donnée, couvrant en moyenne 150 000 personnes. Un rôle croissant leur a été progressivement donné dans la délivrance des soins à la population, incluant la gestion des ressources financières aussi bien que la gestion de la qualité.

Il s'agit là, on le voit, d'une forme très différente de décentralisation, s'appuyant sur une délégation de gestion à des réseaux de professionnels – le pari étant que cette « gestion par des cliniciens » est la plus apte à faire des choix efficaces et de nature à améliorer la qualité des soins.

#### Le Québec : une formule hybride entre déconcentration et décentralisation

Au Canada, dans les années 90, toutes les provinces sauf une (l'Ontario) ont

mis en place, de manière variable, un processus de régionalisation.

Au Québec, par exemple, ce processus a tenté une voie intermédiaire entre déconcentration et décentralisation, en appuyant l'action des régies régionales sur une légitimité démocratique, avec un système de gouvernance faisant une part importante à une représentation de la population desservie et à la concertation avec toutes les parties prenantes (par des systèmes d'auditions, de consultations publiques...). La période récente marque cependant un repli de cette dynamique de « démocratie sanitaire », qui est un des aspects intéressants de la régionalisation québécoise.

### Quelques réflexions à partir de ces expériences

Des expériences de décentralisation qui viennent d'être rapidement passées en revue, de leur diversité comme de leurs points communs, on peut dégager quelques éléments de réflexion, tant sur le processus de décentralisation lui-même que sur ses résultats.

#### La décentralisation, un processus en mouvement

Un premier constat émerge de l'analyse de tous les pays étudiés : la décentralisation est partout un processus en construction, un chantier permanent.

Bien sûr, un changement fondamental de répartition des pouvoirs, comme celui que viennent de connaître l'Espagne et l'Italie, ne peut s'opérer que progressivement. Mais même dans les pays ayant une longue histoire de décentralisation, comme les pays scandinaves, la répartition des compétences continue à évoluer. Au Danemark et en Suède, la responsa-

<sup>3</sup> qui n'est pas spécifique au secteur de la santé et s'inscrit dans une dynamique globale.

<sup>4</sup> Primary care trusts, PCTs.

bilité des soins de long terme, pour les personnes âgées et handicapées, est ainsi passée des comtés aux municipalités il y a une dizaine d'années. En Suède, c'est 1/5<sup>ème</sup> du budget des comtés qui a été transféré aux municipalités en application de cette réforme. Toujours en Suède, la délégation croissante de responsabilités aux districts par les comtés<sup>5</sup> a été aussi une tendance des années 90, qui est donc globalement marquée, dans les pays scandinaves, par une dynamique de délégation à l'échelon local.

De la même façon, les responsabilités croissantes confiées aux groupes de soins primaires dans le système national britannique renvoient, là aussi, à une dynamique de décentralisation croissante.

Mais l'on assiste aussi à des mouvements inverses.

Ainsi, la réforme italienne de 1992 s'analyse à la fois comme une décentralisation du pouvoir central vers les régions, mais aussi comme une recentralisation au niveau régional de compétences antérieurement dévolues aux élus locaux. En Allemagne, même si le principe de la négociation collective demeure, les décisions fédérales en matière de maîtrise des dépenses ont pris le pas à plusieurs reprises sur l'autonomie de gestion concertée et imposé aux acteurs (caisses et médecins) des dispositifs de contrôle des coûts. Le gouvernement québécois élu en 2003 a remis en cause les régies régionales, considérées comme des échelons bureaucratiques supplémentaires, et propose de les supprimer<sup>6</sup>. La gestion décentralisée par les comtés fait également aujourd'hui débat dans plusieurs pays nordiques (cf. ci-dessous).

### La répartition des pouvoirs n'est jamais simple

Si les processus de centralisation/décentralisation sont sans cesse en cons-

truction, c'est bien que, quel que soit le système, aucun équilibre des pouvoirs n'est exempt de tensions.

Tous les systèmes évoqués ci-dessus en témoignent, à travers de multiples exemples.

Au Danemark, l'Etat central influence les priorités d'action des comtés au travers d'instruments tels que les enveloppes fléchées, destinées à des priorités nationales (réduire certaines listes d'attente) ; le principe de ces enveloppes est contesté par les comtés dont le pouvoir de décision est ainsi réduit. Celui-ci est également mis à mal par les politiques nationales récentes qui favorisent le choix et la circulation des patients sur le territoire ainsi que l'autonomie des hôpitaux. Elles contribuent en effet à relâcher les liens entre le comté et ses citoyens et à affaiblir la planification hospitalière réalisée par les comtés. Plus globalement, la question même de la gestion du système par les comtés est aujourd'hui en débat. Un débat similaire a lieu également en Norvège.

En Espagne, en Italie, les vingt dernières années sont autant d'années de conflit entre le niveau national et les régions - lié notamment à la séparation entre la responsabilité financière, centralisée, et la responsabilité de gestion des élus régionaux.

Au Royaume-Uni, on observe à la fois un mouvement de décentralisation des responsabilités vers les groupes de soins primaires, responsables d'enveloppes financières dont ils assurent la gestion, et en même temps un foisonnement d'instructions nationales encadrant leur action : programmes prioritaires, indicateurs de performance, recommandations du NICE<sup>7</sup> sur la prescription... Il y a ainsi une tension, notée par de nombreux experts du système anglais, entre délégation financière et accentuation des normes nationales.

L'Allemagne fournit un autre exemple de tensions réitérées entre le gouvernement fédéral et les acteurs locaux de la négociation. Dans le domaine du médicament par exemple, il est frappant de constater qu'alternent régulièrement, depuis une dizaine d'années, des modalités centralisées et décentralisées de fixation des enveloppes de dépenses.

### La décentralisation politique sans responsabilisation financière a-t-elle un sens ?

Pour clore ces réflexions sur le partage des pouvoirs, l'expérience de l'Espagne et de l'Italie montre les difficultés d'un schéma *a priori* séduisant pour concilier décentralisation et solidarité, dans lequel :

- la gestion des ressources est décentralisée, pour rapprocher la décision du citoyen et mieux répondre aux besoins locaux,
- tandis que le niveau national centralise les financements et redistribue les budgets en fonction des besoins, afin d'éviter que l'accès aux soins ne soit lié aux capacités contributives de chaque territoire.

<sup>5</sup> Il s'agit là plutôt d'une déconcentration que d'une décentralisation, c'est-à-dire une autonomie de gestion d'échelons locaux dans le cadre de budgets alloués par le comté.

<sup>6</sup> Le processus avait du reste, comme on l'a dit, évolué par rapport à sa forme initiale : la question de la légitimité démocratique de l'action des régies, très présente au démarrage (élections au conseil d'administration, attention portée à la consultation et à la concertation dans les prises de décisions), et qui faisait l'originalité de cette construction institutionnelle par rapport à une simple déconcentration, semble s'être quelque peu atténuée au fil du temps. Notons également que les propositions du gouvernement actuel sont présentées plutôt comme une décentralisation (redonner le pouvoir aux conseils d'administration des établissements) plutôt que comme une recentralisation.

<sup>7</sup> National Institute for Clinical Excellence.

Dans une configuration de décentralisation politique, un tel système a en effet alors toutes les chances de conduire à des déficits, dont les parties – centre et régions – se rejettent réciproquement la responsabilité : le gouvernement central estimant que les régions ne font pas assez d'effort pour maîtriser les dépenses, les régions arguant que les budgets alloués sont insuffisants pour couvrir les besoins. Les expériences de l'Espagne et de l'Italie, dont le processus de régionalisation était construit sur la base de ce découplage des responsabilités, l'illustrent. Vouloir s'appuyer sur la légitimité des élus territoriaux pour piloter le système tout en maintenant une responsabilité de financement centralisée apparaît intrinsèquement problématique.

### Peu d'évaluations sur l'impact de la décentralisation

Peu de travaux scientifiques sont disponibles pour évaluer l'impact de la décentralisation au regard des objectifs d'efficacité, d'équité, de maîtrise des dépenses publiques et de choix démocratiques auxquels sont confrontés tous les systèmes de santé.

La **maîtrise des coûts** semble plus tenir aux caractéristiques organisationnelles d'un système qu'à son degré de décentralisation. Si des pays très contrastés de ce point de vue comme les pays nordiques et le Royaume-Uni ont assez bien réussi à contenir leurs dépenses de santé, c'est qu'ils partagent des traits caractéristiques des systèmes nationaux anciens (encadrement strict des capacités de production, rémunération forfaitaire des professionnels...), qui facilitent un rationnement direct des ressources<sup>8</sup>. La maîtrise des coûts est cependant problématique, on l'a vu, dans certains modèles de décentralisation (dévolution aux élus territoriaux de la gestion sans responsabilité financière effective).

De la même façon, il est très difficile de porter un jugement sur l'**efficacité** des

différents systèmes en rapport avec leur degré de décentralisation. La plupart des systèmes nationaux ont promu des orientations concurrentielles et managériales dans les années 90, qu'ils soient centralisés comme le Royaume-Uni ou décentralisés comme les pays scandinaves ou les pays de l'Europe du Sud. Ces orientations, il faut d'ailleurs le rappeler, ont été le fait de réformes portées par les gouvernements nationaux.

Néanmoins une différence entre les pays centralisés et décentralisés est que dans ces derniers, la mise en œuvre des réformes a été variable sur le territoire. La séparation acheteur – producteur et la promotion de la concurrence entre offreurs de soins ont été beaucoup plus poussées dans le comté de Stockholm, en Catalogne ou dans les régions du Nord que dans le reste de la Suède, de l'Espagne ou de l'Italie. La décentralisation a clairement pour conséquence une certaine hétérogénéité des modèles de régulation mis en œuvre au sein du pays.

Autre question à laquelle il est difficile de répondre : la décentralisation, en rapprochant la décision des citoyens, permet-elle à ceux-ci d'exprimer plus directement leurs préférences, en particulier en termes de disposition à payer pour les services de santé, et plus globalement favorise-t-elle l'**exercice de la démocratie** ? Cette préoccupation peut être en tous cas plus ou moins présente dans la conception d'une gestion décentralisée, comme le montre l'analyse comparative des différentes formes de régionalisation mises en œuvre par les provinces canadiennes.

### Les inégalités sont-elles le prix à payer pour la décentralisation ?

La question de la décentralisation est souvent posée en termes d'arbitrage entre efficacité de gestion d'une part, et accentuation des inégalités d'autre part. L'idée est qu'une meilleure adaptation aux besoins locaux, dont on crédite en

général une gestion décentralisée, se paye nécessairement par des disparités croissantes. Quels éléments de réflexion peuvent apporter, dans ce débat, l'expérience des autres pays ?

**En termes d'équité du financement**<sup>9</sup>, la décentralisation se solde inévitablement par des variations territoriales : ainsi, au Danemark, le taux d'imposition (comté + municipalité) varie de 29 % à 34 %. En Suède, le ticket modérateur pour une consultation médicale peut varier de 11 à 15 € selon les comtés (cependant, le plafond de dépenses au-delà duquel la gratuité est acquise, lui, est fixé par l'Etat et uniforme sur le territoire national, à 100 €). Cette dynamique de divergence entre territoires semble particulièrement rapide dans le cas de l'Italie : en 2002, 6 régions sur 20 ont augmenté la fiscalité locale pour combler leur déficit, et 10 ont introduit des tickets modérateurs sur le médicament<sup>10</sup>.

A l'inverse, la décentralisation met en débat les inégalités territoriales de financement et oblige à des péréquations explicites, avec une discussion sur les critères d'équité. Ce souci de péréquation territoriale existe aussi bien dans le cas de décentralisations politiques (pays scandinaves, Espagne, Italie, même si dans ces deux derniers cas, l'accord sur les critères est difficile) que dans le cas du Royaume-Uni pour l'allocation des budgets aux groupes de soins primaires. Certes, des redistributions sont également opérées de fait dans les systèmes centralisés, mais elles sont plus opaques et sans critères d'équité affichés.

<sup>8</sup> *fût-ce au prix de tensions entre offre et demande, s'exprimant notamment par des listes d'attente devenues un sujet hautement sensible pour les gouvernements.*

<sup>9</sup> *Trois dimensions de l'équité sont en général considérées : l'équité de la contribution financière, l'équité d'accès et/ou de recours aux soins, enfin les inégalités d'état de santé. Seules les deux premières seront évoquées ici.*

<sup>10</sup> *Tickets modérateurs supprimés en 2001 par le gouvernement au niveau national.*

Cependant, même si des péréquations compensent à court terme les inégalités de richesse, on peut s'interroger sur les risques de creusement des inégalités à long terme lorsque le financement est décentralisé. Les projections financières des régions italiennes à l'issue du processus de dévolution fiscale l'illustrent (les régions les plus pauvres étant financées à 40 % par le fonds de péréquation national et pouvant plus difficilement lever des ressources additionnelles). Ces risques sont évidemment d'autant plus lourds que les inégalités de richesse sont plus marquées<sup>11</sup>.

La décentralisation accroît-elle les **inégalités territoriales d'offre et de recours aux soins**? Certaines situations peuvent apparaître paradoxales : au Danemark par exemple, les inégalités de densité de généralistes entre comtés sont très faibles : de 1 507 à 1 610 habitants par généraliste entre comtés extrêmes, soit un écart de 7 %. Rappelons qu'en France, les mêmes densités de généralistes varient de 1 à 1,5 entre régions, et si l'on prend l'échelle géographique du département, plus proche de celle des comtés, l'écart est de 1 à 2,5 !

Une répartition aussi égalitaire dans un pays décentralisé peut *a priori* sembler surprenante : elle résulte du fait que l'installation des généralistes est contrôlée par les comtés et que cette répartition uniforme fait l'objet d'un accord général, au niveau de l'ensemble du pays, entre l'ensemble des comtés et l'organisation professionnelle des généralistes. Ceci montre bien que les politiques de régulation ne se résument pas au simple choix centralisation/décentralisation et que les objectifs et les instruments pour les atteindre font la différence.

On ne retrouve cependant pas cette équité de distribution pour les soins plus spécialisés. D'un comté à l'autre, les consultations de spécialistes varient dans une proportion de 1 à 2,2, les dépenses hospitalières de 1 à 1,6, les délais d'at-

tente pour intervention chirurgicale de 63 à 161 jours. Ces inégalités de distribution affectent également d'autres pays scandinaves : en Finlande par exemple les dépenses par habitant varient de 1 à 2,5 entre municipalités.

Pour importants que soient ces écarts, ils semblent cependant du même ordre de grandeur que ceux que l'on observe en France, lorsque l'on compare des niveaux territoriaux équivalents. Entre nos départements, les dépenses de médecins spécialistes varient de 1 à 2,3, de 1 à 1,8 pour l'ensemble des soins de médecins. Les variations régionales de densité médicale en Italie (1 à 1,6) sont également du même ordre qu'en France (1 à 1,7). Ceci montre que si les pays décentralisés sont inégalitaires dans leur distribution de l'offre, la réciproque n'est pas vraie : une gestion centralisée du système n'empêche pas de fortes inégalités géographiques d'offre, comme le montre l'exemple français.

Mais les inégalités d'accès aux soins ne se résument pas à la seule distribution quantitative de l'offre, et il faudrait analyser de manière plus approfondie des éléments tels que :

- la situation spécifique de certaines populations « fragiles », telles que les personnes handicapées, les personnes âgées à faible revenu (mentionnée par certains analystes dans le cas du Danemark) ;
- les inégalités créées par les différences de tickets modérateurs (exemple cité plus haut du médicament en Italie) ;
- enfin les inégalités d'accès liées à la disponibilité même de certains traitements, lorsque les paniers de soins peuvent être définis régionalement. Ainsi les gouvernements nationaux sont-ils amenés à faire pression sur les gouvernements locaux pour offrir les mêmes services (comme par exemple

le traitement de la sclérose en plaques au Danemark).

### Décentraliser, avec quelle régulation ?

De cette rapide revue d'expériences, quelques réflexions ont été dégagées, souvent en forme de questionnement. Pour conclure, il faut souligner que le déplacement de compétences d'un niveau à un autre ne résout pas miraculeusement, de lui-même, les problèmes complexes que pose la gestion des systèmes de santé. Il laisse entières les questions du type de régulation de l'offre, plus ou moins planifiée ou contractuelle, des modes de rémunération des professionnels et des structures de soins, des instruments de répartition de l'offre, de péréquation financière. De la manière dont est construite la gestion décentralisée, des objectifs qu'elle poursuit (en termes de maîtrise financière, d'efficacité, d'équité, de participation des citoyens...) et des outils qu'elle se donne, dépendent fortement ses résultats.

<sup>11</sup> Les réflexions qui précèdent ne portent, par construction, que sur les inégalités territoriales. Mais l'équité du financement ne s'analyse évidemment pas que sous la dimension géographique : elle est même préférentiellement étudiée sous l'angle des inégalités entre catégories sociales ou tranches de revenu. De ce point de vue, le mode de financement (impôts, cotisations sociales, primes d'assurance, paiements directs des patients) compte plus en termes d'équité que le degré de décentralisation du système.

#### Pour en savoir plus

**Polton D.** (2003, à paraître), *Décentralisation des systèmes de santé - Quelques réflexions à partir d'expériences étrangères*, CREDES.

Les réflexions synthétisées dans ce bulletin sont développées de manière plus détaillée dans la note référencée ci-dessus, qui inclut également des développements sur des cadres théoriques d'analyse de la décentralisation, ainsi que les références bibliographiques utilisées.