

# Benchmark international sur la Gouvernance du système de santé

Nos pistes d'évolution  
basées sur un panel  
de 7 pays de l'OCDE

Janvier 2022

# Sommaire

---

1	Un benchmark afin de questionner l'organisation de notre gouvernance sanitaire	1
2	Notre analyse sur la gouvernance des systèmes de santé étudiés et les enseignements à retenir pour la France	7
1	Une gouvernance du système de santé décentralisée, avec un échelon national garant d'une vision unifiée et d'équité	8
2	Un dispositif local aux responsabilités nombreuses et à géométrie variable	16
3	Améliorer le système de gouvernance de santé en France : quelles leçons pratiques à tirer de ce benchmark et comment avancer ?	21
3	Monographies par pays	25
1	France	26
2	Suède	35
3	Italie	46
4	Espagne	52
5	Angleterre, Royaume-Uni	57
6	Allemagne	63
7	Québec, Canada	72





# Un benchmark afin de questionner l'organisation de notre gouvernance sanitaire



La crise COVID a mis sous tension les systèmes de santé des différents pays, posant la question de la gouvernance sanitaire, de ses forces et de ses limites.

Un système de santé est un ensemble de processus et de structures de pilotage et de gouvernance visant à permettre à chaque citoyen de prévenir ou traiter ses problèmes et ses accidents de santé, et à maintenir, et si possible à améliorer, le niveau moyen de santé de la population dans son ensemble. Les systèmes de santé s'inscrivent dans un environnement complexe et doivent gérer de façon équilibrée les interactions entre des acteurs multiples, dotés chacun d'une légitimité propre (usagers, professionnels, établissements de santé, assurances publiques, assurances privées, administrations).

Améliorer la gouvernance du système de santé consiste à développer et adapter le pilotage et la coordination des acteurs, avec comme finalité d'atteindre les grands objectifs qui lui sont impartis.

L'objet de cette étude est d'évaluer les différentes composantes de la gouvernance du système de santé, de 7 pays de l'OCDE, notamment sur les aspects suivants :

- ▶ La contribution de la **dyarchie entre État et Assurance Maladie** au bon fonctionnement du système, dans son principe comme dans ses modalités pratiques ;

- ▶ La **diversité des structures et des approches entre secteurs** (hôpital, médecine de ville, médico-social) et ses effets sur le fonctionnement du système ;
- ▶ Enfin, l'**articulation entre gouvernance nationale et gouvernance territoriale**.

La gouvernance peut se définir comme la conception, la conduite et l'évaluation de l'action collective à partir d'une position d'autorité. Elle s'appuie sur :

- ▶ **Un système de gestion** : ensemble des règles qui définissent les modalités de distribution du pouvoir et des responsabilités ;
- ▶ **Un système d'information** : ensemble des données et de leur système d'exploitation nécessaires pour que le système soit intelligible et transparent à tout moment pour les professionnels, les gestionnaires, les planificateurs, les patients et la population ;
- ▶ **Un système de financement** : ensemble des incitations véhiculées par les modalités de financement du système, les mécanismes d'allocation des budgets et les dispositifs de paiement des acteurs.

Le « Ségur de la Santé » a donné l'opportunité aux établissements et aux administrations de repenser l'écosystème sanitaire afin de renforcer les structures de soins, tant en capacité qu'en attractivité, et de conforter les professionnels de santé dans leurs métiers.



Des questions sur l'évolution de la gouvernance se posent à tous les échelons du système de santé :

- ▶ **La coordination et l'opérationnalité entre le niveau national** (Ministère de la Santé et les agences nationales) **et le niveau territorial** (ARS, Directions Départementales des ARS et établissements de santé et médico-sociaux) pour accompagner les transformations du système de santé et la mise en œuvre des réformes ;
- ▶ La problématique du **périmètre de la territorialisation**, entre stratégie régionale et opérationnalité territoriale ;
- ▶ Au niveau des établissements de santé, la question de la **gouvernance du système clinique**, où la logique professionnelle est dominante ;
- ▶ Enfin, la problématique des **responsabilités et des modalités du financement**, entre les acteurs de santé et les territoires, aux multiples différences en termes d'accessibilité, afin d'assurer le bon fonctionnement de la prise en charge, de la continuité et de la coordination des soins.

La réflexion sur un « retour à la territorialisation » est aujourd'hui accélérée par les impacts constatés de la pandémie de la COVID-19 au niveau sociétal. La territorialisation impliquerait de positionner l'échelon régional sur des missions stratégiques et de faciliter l'opérationnalité et la coordination des acteurs territoriaux au niveau local. Ce nouveau maillage, qu'il reste à définir, pourrait s'appuyer sur une entité plus locale, au niveau départemental par exemple, tout en conservant également un échelon régional comme garant du principe d'égalité d'accès aux soins.

D'autre part, le renforcement des coopérations et l'utilisation des nouvelles technologies (télémédecine par exemple) pour améliorer la fluidité des parcours patient a considérablement transformé le paysage des acteurs de la santé ces dernières années. Ainsi, de nombreux dispositifs de coopération ont été mis en place, tant sur le plan hospitalier avec l'instauration des GHT en 2016, qu'en ville avec le développement des MSP, des CPTS ou la création des DAC. Chacun de ces regroupements est associé à l'instauration d'un nouveau dispositif de gouvernance des acteurs de santé concernés.



Dans la même période, la fusion des ARS (suite à la fusion des Régions en 2016) a également amené celles-ci à revoir la répartition des compétences régionales. Notons qu'en juillet 2021, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les agences régionales de santé, a dressé un bilan de leur action « en demi-teinte », a interrogé leur « gigantisme géographique » qui les éloigne du terrain en reléguant au second plan l'échelon départemental, et, plus largement, a nourri la réflexion sur un « retour à la territorialisation ».

Enfin, la crise COVID-19 a mis en exergue le besoin de réactivité, de proximité et d'adaptation des stratégies de santé à la diversité des territoires et des situations sanitaires locales. Le « Ségur de la Santé » de juillet 2020 a tracé les premières orientations d'une territorialisation accrue de notre système de santé, qui nécessite d'être poursuivie pour que le législateur intègre les transformations des offreurs de soins.

Ces évolutions de la gouvernance des acteurs de santé interrogent la gouvernance du régulateur, dans sa complexité, sa lisibilité et son juste niveau de décentralisation, dans un contexte d'acteurs

multiples qui participent à la gouvernance et/ou au financement des structures de santé.

C'est pourquoi nous avons entrepris de réaliser ce *benchmark*, qui entend examiner les meilleures pratiques issues du panel de pays étudiés et les tendances qui se dessinent pour l'après-crise de la COVID-19, afin d'étayer des recommandations sur le système français.

## Notre panel d'étude comporte 7 pays choisis pour :

- Leur comparabilité forte avec la France (en termes de problématiques sanitaires)
- La fiabilité et l'accessibilité des données.

Il s'agit de 6 pays européens et du Québec (lui-même dans l'environnement canadien) :

1 France

2 Suède

3 Italie

4 Espagne

5 Angleterre, Royaume-Uni

6 Allemagne

7 Québec, Canada





La méthodologie d'élaboration du benchmark a suivi 3 étapes :

1

**La définition d'aires de recherche à approfondir**, au-delà d'une structuration de nos monographies par échelon géographique :

- ▶ La description du système administratif, dont la complexité peut représenter un frein au fonctionnement de la gouvernance ;
- ▶ L'identification des moyens à disposition des différents échelons de gouvernance (dans la limite des informations disponibles), et donc une évaluation de leur possibilité réelle d'agir ;
- ▶ La proximité du terrain dans le pilotage de directives et plans d'action, potentiel vecteur de pertinence, qualité et rapidité du pilotage ;
- ▶ Les ressources humaines aux commandes des différents échelons de gouvernance : qui sont-ils ? combien sont-ils ? comment sont-ils formés ? et quels impacts les choix RH provoquent-ils sur le système de gouvernance et ses actions ?

2

**Une revue de littérature** : notre équipe a analysé données, articles, et études disponibles sur le sujet. En sont directement issues les monographies synthétiques par pays consultables en partie 3 du document

3

**La synthèse des enseignements du benchmark** à travers des analyses comparatives entre les pays (partie 2)



# Notre analyse sur la gouvernance des systèmes de santé étudiés et les enseignements à retenir pour la France







# 2

# 1

## Une gouvernance du système de santé décentralisée, avec un échelon national garant d'une vision unifiée et d'équité

### L'organisation de l'offre de soins a largement été déléguée aux organes régionaux et locaux

#### Un mouvement général de décentralisation

L'étude a montré un courant de décentralisation dans la gouvernance du système de santé depuis les années 80. Les réformes engagées, amenant les organes régionaux à être dotés de pouvoirs en matière d'organisation de soins, coïncident ainsi fortement dans les dates : en **Espagne** en 1981-1986 (dévolution des compétences), en **Suède** en 1982 (Health and Medical Services Act), en **Italie** en 1992 et 1999 (en lien avec le 2<sup>e</sup> acte de décentralisation générale de 1997), et au **Royaume-Uni** en 1999. L'**Allemagne**, pays fédéral historique, voit également une réforme de grande ampleur en 1996, qui, même si elle ne décentralise pas directement, donne plus d'autonomie aux comités fédéraux (qui cogèrent la santé avec les *länder*) via l'ouverture à la concurrence<sup>1</sup>. Enfin, au **Québec**, le rapport Rochon conduit également au renforcement de la décentralisation en 1991.

Dans une conjoncture d'organisation étatique, la décentralisation consiste en un transfert de compétences d'une entité supérieure (l'état, échelon national) vers une entité inférieure (régions administratives ; *länder* allemands ; autres collectivités territoriales). Le transfert de compétences peut être plus ou moins abouti, ce qui détermine une classification des États. La décentralisation n'est pas à confondre avec la déconcentration, qui consiste en une simple délégation des services administratifs au sein de la même personne juridique, sans nouveau transfert de compétences.

Cette décentralisation de l'armature étatique coïncide dans des mesures différentes avec une délégation de compétences au sein du système de santé. En effet, le degré de décentralisation des systèmes de santé n'est pas toujours celui des « régions administratives » mais parfois celui d'entités spécifiques à la santé opérant sur un bassin de vie proche de celles-ci. La décentralisation du système de santé a pour objectif de recentrer le pilotage et l'organisation du système de santé plus près de l'échelon local et d'adapter les politiques au terrain pour rendre plus pertinente

1. Réforme du système de santé : un « miracle » financier allemand ? | Institut Montaigne.

#### Photographie générale des régions administratives et autorités décentralisées en santé

	Espagne	Italie	Québec	Allemagne	Angleterre	Suède
Régions dites administratives	17 Communautés autonomes	21 régions	Régies	16 <i>länder</i>	9 régions	181 comtés
Autorités en santé disposant de la délégation de compétences par le national	Idem	USL Puis ASL	18 régions socio-sanitaires et les CRSSS puis CISS	<i>Länder</i> et comités fédéraux	7 équipes décentralisées du NHS England	Idem



l'utilisation des fonds alloués. Ces dernières évoluent au fil des années (ce qui fera l'objet d'une analyse plus détaillée ci-après). Le tableau ci-dessous indique le nom de ces entités.

**La France** participe à ce même mouvement avec les premières lois de décentralisation, dites Lois Deferre de 1982-1983, qui transfèrent notamment aux collectivités locales l'aide sociale et la prise en charge des personnes en situation de handicap. La réforme de l'organisation hospitalière intervient plus tard, notamment avec les ordonnances Juppé (1996) qui modifient un pan important du financement social de l'État français, et qui créent au niveau sanitaire les ARH (Agences Régionales de l'Hospitalisation (futurs ARS)) ainsi que les URCAM (Caisses Régionales Assurances Maladies – aujourd'hui fusionnées).

Pour rendre compte des diverses perspectives de décentralisation du système de santé dans un cadre étatique, les monographies de ce *benchmark* sont hiérarchisées selon la forme d'État, des moins décentralisés aux plus décentralisés : États unitaires faiblement ou fortement décentralisés (France ; Suède), États régionaux (Espagne ; Italie ; Angleterre) et États Fédéraux (Allemagne ; Québec comme entité fédérée de l'État fédéral du Canada).

## La décentralisation, un modèle favorable à la contractualisation et à la démocratie sanitaire

Dans les différents pays étudiés, la décentralisation a amené les acteurs à répondre aux objectifs nationaux par la voie de la contractualisation. Cette contractualisation a pu donner naissance à des entités mixtes, lieu de négociation et de rapprochement entre les acteurs. Elle a également promu la démocratie sanitaire, en permettant de développer une approche populationnelle de la santé, c'est-à-dire répondant directement aux besoins de la population couverte.

**La santé décentralisée est donc avant tout un ensemble de nœuds de contractualisation de l'échelon national avec l'entité régionale, et de l'entité régionale avec les acteurs locaux, qu'ils soient opérationnels (fournisseurs de soins), représentants de patients, ou encore administratifs en cogérance (la sécurité sociale) ou en sous-traitance (niveau infra-local).**



Ainsi, les centres intégrés du **Québec** (CISSS), qui organisent et mettent en œuvre la politique en santé dans les 18 régions socio-sanitaires, contractualisent annuellement avec le ministre de la Santé une Entente de Gestion et d'Imputabilité (EGI).

**L'Italie** propose un plan trisannuel aux Autorités Régionales de Santé (ASL) qui votent chacune un plan régional de santé dans un délai maximum de 150 jours après l'adoption du plan national. Le national vérifie la bonne conformité du plan avant son adoption. La conférence nationale des régions permet également, si besoin, d'ajuster / prioriser des thèmes spécifiques entre le national et le régional.

**L'Allemagne** fonctionne sur deux niveaux horizontaux de contractualisation qui sont interdépendants. Les 16 *länder* fixent des orientations en fonction des propositions du Ministère, notamment *via* le Bundesrat (les représentants des *länder* au niveau national), et développent un schéma hospitalier en lien avec une commission de planification (réunissant des fédérations des hôpitaux et des AMO/AMC). En parallèle, le Comité mixte fédéral chapeaute la contractualisation entre les associations de représentants de professionnels de santé, de l'Assurance Maladie et des hôpitaux sur le montant / volume de la couverture santé.

**En Suède**, bien que la décentralisation soit très aboutie, les comtés collaborent toujours activement avec l'État sur l'offre de soins de 3<sup>e</sup> niveau (soins spécialisés) et dans les investissements pour les technologies de pointe en santé.

**La France** participe à ce même mouvement de contractualisation par le biais des Agences Régionales de Santé, à travers la validation de Plans Régionaux de Santé, qui se subdivisent entre le SROS<sup>2</sup> (volet sanitaire) et le SROM (volet médico-social). Ces PRS, d'une durée de 3 à 5 ans (selon la réforme), ont pour objectif d'appliquer régionalement la stratégie nationale de santé. Les objectifs régionaux restent identiques aux nationaux, les différenciations s'opérant sur la population et les fournisseurs de soins.

Le « modèle de démocratie sanitaire » semble se situer **en Suède**, où les entités en charge de l'organisation en santé (les comtés) sont élues en partie directement par leurs concitoyens (assemblée locale élue tous les 4 ans), et où la culture du dialogue est renforcée dans tous les domaines.

**En Allemagne**, l'installation d'une démocratie sanitaire est effective avec la participation d'associations de patients dans les différentes instances, sans pour autant que leurs voix puissent influencer sur les décisions à travers un vote.

**En France**, les PRS sont discutés au sein des CRSA : les Conférences Régionales de Santé et de l'Autonomie. Cet organe, mis en place en 2009 par la loi HSPT, illustre la volonté de développer la démocratie sanitaire à l'échelle du territoire régional en donnant aux acteurs locaux de l'écosystème en santé les moyens de débattre et de rendre des avis publics sur le projet régional et le respect des droits des usagers. Si les débats engagés lors de ces CRSA ne peuvent pas radicalement changer l'orientation des PRS (qui déclinent directement la stratégie nationale de santé), on peut reconnaître aux ARS le mérite d'avoir mis en place une forme de démocratie sanitaire, concept autrefois absent de la gouvernance du système de santé.

## La décentralisation doit être accompagnée d'un réel transfert de budget

La décentralisation a été opérée de manière efficace et concrète dans les différents pays étudiés, notamment du fait d'un transfert d'un budget propre avec une forte autonomie dans la définition et l'allocation des ressources au niveau territorial.

Ainsi, **en Italie**, la réforme de 1999 achève le dispositif de décentralisation aux régions en leur attribuant la fonction législative. Les régions fixent la législation et les financements des autorités régionales de santé, en lien avec les objectifs nationaux. **En Allemagne**, les *länder* disposent de leur propre législation sur les établissements qu'ils détiennent ; chaque *land* précise les modalités d'organisation et de financement des hôpitaux. En outre, la détermination des prestations de soins couvertes par l'Assurance Maladie Publique est réalisée par des sous-comités, qui réunissent au niveau régional les représentants des caisses de l'Assurance Maladie Publique et les associations de fournisseurs de soin. Les associations des caisses régionales de l'assurance maladie publique sont elles-mêmes en première ligne dans la négociation des budgets de chaque hôpital. **En Suède**, les 3/4 des dépenses en santé sont financées par la fiscalité locale et les comtés jouent ainsi un rôle majeur dans l'organisation et le financement du système. **En Espagne**, les communautés autonomes sont largement décisionnaires dans le financement du système de santé, et notamment des hôpitaux. Le financement s'opère au travers d'accords de transferts annuels actés par le comité national de coordination. **En Angleterre**, les Clinical Commissioning Group, au niveau local, reçoivent directement leur budget du NHS England, planifient les services locaux à mettre en place face aux besoins de la population, et doivent contractualiser avec les différents fournisseurs de soins.

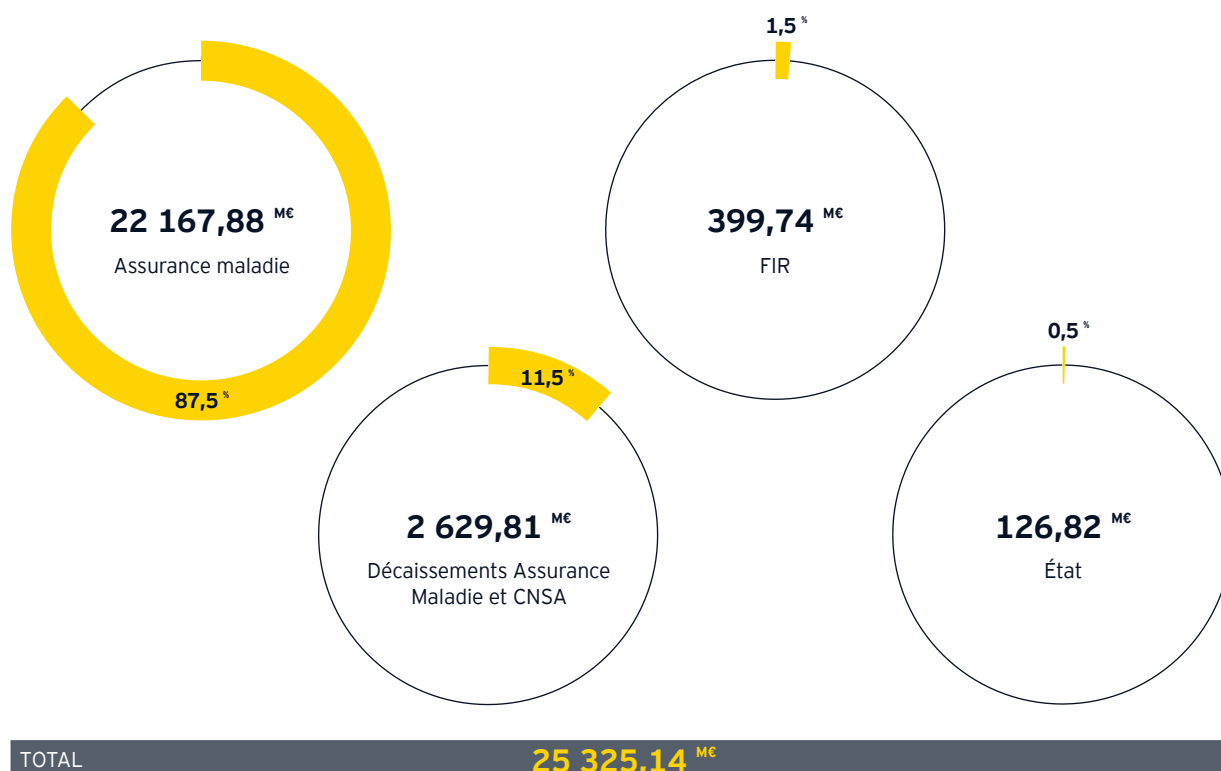
---

2. Schémas d'organisation des soins (SROS) et les schémas régionaux d'organisation médico-Sociale (SROMS).



**En France**, les effets de la décentralisation souhaitée lors de la création des Agences Régionales de Santé (remplaçant les ARH) par la Loi HSPT en 2009, sont aujourd'hui à nuancer. Si on observe le budget d'une ARS, on peut constater que le transfert financier, même s'il a été augmenté, est loin d'avoir atteint le même niveau que dans les autres pays du panel. En effet, le Fonds d'Intervention Régional, censé être l'outil financier de l'ARS (l'ARS dispose de ce fonds sans fléchage précis / dans le cadre de missions très larges allant de la recherche scientifique à l'innovation organisationnelle) ne représente qu'1,5 % des fonds, les autres dépenses provenant de budgets fléchés de l'Assurance Maladie / de l'État.

#### Répartition des budgets et fonds alloués à l'ARS Auvergne Rhône Alpes en 2019<sup>3</sup>



3. [http://www.etatfinancier.ars-centre-val-de-loire.fr/etat\\_fi\\_2019/Etat\\_Financier\\_AUVERGNE-RH%C3%94NE-ALPES.xls](http://www.etatfinancier.ars-centre-val-de-loire.fr/etat_fi_2019/Etat_Financier_AUVERGNE-RH%C3%94NE-ALPES.xls)





## La décentralisation peut toutefois engendrer d'autres inégalités et il faut veiller à la péréquation des ressources entre les régions

Si le modèle décentralisé des pays étudiés semble fonctionner sur un volet organisationnel, il est important de le consolider avec une péréquation des ressources entre les régions / entités responsabilisées. En effet, on constate dans les différents pays, une hausse des inégalités de prise en charge entre des régions bien dotées et d'autres en difficultés dans l'offre de soins.

L'exemple le plus frappant est peut-être celui de **l'Italie** où la régionalisation a accentué le phénomène d'un pays à deux vitesses, entre une Italie du nord bénéficiant de revenus importants et avec une offre de soins exemplaire, et une Italie du sud, « le Mezzo giorno », avec une population aux revenus plus faibles, une espérance de vie moins longue et dont l'offre de soins est de beaucoup moins bonne qualité. En conséquence, un nombre important d'Italiens du sud choisissent de se faire soigner au nord de l'Italie, ce qui, par cercle vicieux, affaiblit encore plus le système de santé en Italie du sud et provoque des files d'attente au nord.

D'autres pays travaillent ainsi à réduire ce risque d'inégalités. **En Suède**, la réduction des inégalités régionales a été placée comme priorité gouvernementale dans les années 2000. Un plan d'action national a été adopté il y a deux décennies pour soumettre les financements des comtés à des orientations définies au niveau national. La Suède a également réorganisé récemment son offre de soins autour de 6 régions de coordination pour faciliter la coopération entre ces territoires sur les soins spécialisés. **L'Espagne** a voté en 2003 une loi de cohésion et de qualité du système national de santé ayant pour objectif d'établir un cadre juridique pour les actions de coordination et de coopération des Administrations de Santé Publique afin de garantir l'équité, la qualité et la collaboration active vis-à-vis de la réduction des inégalités en matière de santé et la péréquation des ressources entre les régions/entités responsabilisées.

## Toutefois les exécutifs nationaux gardent une place essentielle dans l'orientation stratégique et l'organisation du système

### Le contexte de réduction des dépenses publiques a freiné ce mouvement de décentralisation avec une tendance à la re-concentration et la rationalisation

Si la décentralisation a donné une forte autonomie aux autorités régionales et/ou locales, le contexte de réduction générale des dépenses publiques (orthodoxie budgétaire) a donné lieu dans les différents pays étudiés à une re-concentration des entités de pilotage. L'objectif poursuivi est double :

1. Rationaliser les structures de pilotage en coordonnant mieux les différentes entités sur un volet horizontal (sur le volet régional – local) réduction des administrations.
2. Rendre plus efficiente l'offre de soins grâce à un pilotage renforcé entre le national et le local regroupement au sein de macrostructures.

Un exemple illustratif à ce sujet est le **Québec** et sa profonde réforme de 2015. Les agences de la santé et des services sociaux ont ainsi été abolies en avril 2015 par la « Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux

notamment par l'abolition des agences régionales (LMRSSS) ». Cette loi remplace ces agences régionales par la création d'un seul établissement régional issu de la fusion des anciennes agences de santé et des services sociaux ainsi que de l'ensemble des établissements publics de la région, sauf pour la région de Montréal (avec superposition d'établissements suprarégionaux et d'établissements régionaux). Avec cette réforme, on passe ainsi de 18 agences et 182 établissements publics de santé dans la province à un total intégré d'environ 24 mégastructures régionales qui portent le nom de « Centres Intégrés ». Au niveau vertical, les anciennes responsabilités des agences locales ont été partagées entre le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les Centres intégrés de santé et de services sociaux / et universitaires (CISSS). Au niveau horizontal, sur le plan régional et local, les Centres intégrés organisent la prise en charge à travers des réseaux territoriaux et locaux de services. A ce titre, le CISS apparaît comme une mégastructure médico-administrative, réunissant autant la gouvernance, la stratégie et le pilotage que l'application et la mise en œuvre opérationnelle des offreurs de soins qui le composent. Chaque CISS a un territoire populationnel et d'action très différent.



**En Suède**, la taille des comtés est très discutée. Considérée par certains comme une échelle trop petite pour gérer les établissements hospitaliers, elle peut paraître à d'autres trop grande pour diriger des services de soins primaires. La création des 6 régions de coordination de soins a déjà entraîné le regroupement de près d'un million de personnes pour chacune d'elle. A cela s'ajoutent des expérimentations pour repenser l'échelle de gestion du système de soin de certains territoires, telles que<sup>4</sup> :

- ▶ La création d'une nouvelle entité géographique, un comté régional élargi qui associe différentes aires métropolitaines du sud du pays (Göteborg et Skaene) dans un objectif de gestion plus efficace des hôpitaux ;
- ▶ Une recentralisation partielle au niveau des comtés, à travers laquelle le conseil de comté et plusieurs communes (de la région de Vasterbotten) ont confié la gestion de tous les services sanitaires et sociaux, y compris le secteur hospitalier, à une agence dotée d'un directeur. Le comté et les communes sont représentés au conseil d'administration de cette agence.

**En Italie**, on pourra également noter la réduction des ASL comme la conséquence d'objectifs de réduction de la dépense publique et d'amélioration de l'efficacité au niveau du territoire. On passe ainsi de 659 ASL en 1992 à 101 en 2019. Certaines régions ont aussi unifié les responsabilités de certains services comme les Urgences au niveau d'une « super ASL »<sup>5</sup>.

**En Allemagne**, le pouvoir des *länder* tend à se renforcer contrairement à celui des instances décisionnaires non étatiques. Ainsi, ils sont désormais associés aux procédures d'autorisation des médecins, et peuvent définir des zones en milieu rural où l'installation de médecins est libre, cela allant à l'encontre des compétences habituelles des comités régionaux représentant les médecins et les Caisses d'Assurance Maladie.

**La France** a initié un mouvement de re-concentration avec sa réforme nationale des régions (Loi NOTRe du 7 août 2015) en réduisant le nombre d'ARS (ordonnance du 10 décembre 2015). Deux Agences ont été recréées ensuite (Mayotte et Réunion).

## La crise COVID a contribué à un recentrage du système sur l'expertise nationale

Cette logique de re-concentration auprès d'autorités en santé moins nombreuses et aux responsabilités plus larges, a par ailleurs été confirmée par le recours accru à l'expertise au niveau national, phénomène largement provoqué par la crise de la COVID. Ceci pourrait conforter l'idée qu'après une forte décentralisation, la délégation de compétences en santé aurait tendance à être stoppée voire à s'inverser dans les pays

---

4. Adsp n°46, rubrique internationale, « Suède, un système géré librement par les comtés », mars 2004.

5. Les systèmes de santé du sud de l'Europe : des réformes axées sur la décentralisation (insee.fr).





étudiés. Ainsi, **en Suède**, les choix dans la détermination des politiques de santé sont de plus en plus appuyés par des experts. Une commission ad-hoc indépendante a même été mise en place pour accompagner l'élaboration des documents stratégiques nationaux. **Au Québec**, le conseil d'administration des nouveaux CISSS donne une part importante à 9 experts dits « indépendants » mais nommés par le Ministre.

Lors de la crise de la COVID-19, plutôt que de faire appel à l'expertise au niveau local dans le cadre de la « démocratie sanitaire », les gouvernements en place ont davantage écouté la voix d'experts nationaux n'ayant pas d'emprise sur un territoire donné et souvent directement repris la main sur la gestion de l'épidémie, avec un retour au premier plan d'un Premier Ministre ou du Ministre de la Santé national.

**En Suède**, ce recours à l'expertise nationale a ainsi été mis en lumière lors de la pandémie à travers le poids important donné à l'Agence de Santé Publique Suédoise qui regroupe des épidémiologistes. En outre,

les systèmes fortement régionalisés de **l'Italie** et de **l'Espagne** ont dû laisser place à une reprise en main par le national, notamment pour gérer les achats de produits de première nécessité (les masques, les vaccins) ou pour appliquer des mesures drastiques comme le confinement national. En Italie, un commissaire extraordinaire en charge du coronavirus a été nommé, aux dépens d'une organisation à l'origine totalement déléguée aux régions.

En outre, si en Suède ou en Allemagne les Agences font office d'acteurs uniques dans leur domaine, en France, les Agences ont une compétence souvent partagée avec des sous-directions de Ministères. Ce partage des compétences gagnerait à être clarifié, en édifiant notamment des frontières entre les échelons nationaux et régionaux.



# 2

## Un dispositif local aux responsabilités nombreuses et à géométrie variable

### Le niveau local plus que le niveau régional pour organiser la prise en charge

#### Des entités locales qui organisent directement la prise en charge

Une différence majeure constatée dans l'analyse de notre panel de pays par rapport à la France est la responsabilisation des acteurs locaux, de proximité, pour organiser l'offre de soins sur le territoire.

**En Italie**, les Agences Locales de Santé (ASL) sont à un niveau situé en dessous de la région qui les pilote. Elles fournissent directement des services de santé publique et les soins aussi bien primaires et secondaires que tertiaires (soit couvrant l'ensemble de l'échelle de soins). Elles peuvent directement gérer des hôpitaux, être associées à la gestion d'hôpitaux publics, ou encore prendre le statut d'« Acheteur de services » à travers la délégation à des entités privées spécialisées. Les ASL opèrent en lien avec des départements de la prévention qui sont les unités « opérationnelles » des ASL sur le volet prévention et qui contribuent à la coordination des soins. Les ASL nomment les médecins généralistes en droit d'exercer sur le territoire. Elles sont indépendantes des municipalités (réforme de 1992)<sup>6</sup>.

**En Allemagne**, les communes et les arrondissements disposent d'importantes compétences en matière de gestion de la santé (prévention, surveillance épidémiologique, santé scolaire, hygiène publique). En effet, les *länder* ont transféré à de nombreuses collectivités locales la conduite de cette politique. Ainsi près de 400 communes (sur 11 000) vont gérer les « Agences Locales de Santé Publique ». Les communes détiennent également des hôpitaux de proximité. Le poids des élus locaux permet de maintenir une présence importante de ces établissements. Cette gestion de proximité se

confirme en termes budgétaires, le budget de chaque établissement étant négocié (et non alloué) avec les caisses d'Assurance Maladie locales. En cas de dépassement de l'enveloppe, seul l'hôpital concerné est affecté et non un ensemble d'établissements.

**En Suède**, comme déjà évoqué, les comtés ont de réelles compétences. Le territoire d'action d'un comté est l'équivalent du département en France. Cette mainmise régional / local dans la gestion du système de santé donne un poids très important aux employés de ces entités dans les négociations autour de l'emploi. L'Association des pouvoirs Locaux et des Régions (SALAR), qui représente la plus importante organisation d'employeurs suédoise, est composée pour d'1/3 d'employés relevant du secteur de la santé. Par ailleurs, les communes sont responsables de tout un pan de l'organisation de la gestion de la santé, et notamment, des soins psychiatriques de longue durée et des SSR à la sortie des urgences et hospitalisations.



6. Les systèmes de santé du sud de l'Europe : des réformes axées sur la décentralisation (insee.fr).

**En Angleterre**, l'organisation des soins est réalisée à l'échelle locale par des groupes de professionnels de santé, les Clinical Commissioning Groups (CCGs). Ces derniers, en majorité composés de médecins généralistes ou General Practitioners (GPs), sont en charge d'organiser l'offre de soins sur leur territoire (soins de santé, services de santé mentale, services d'urgences, services hospitaliers privés, soins ambulatoires de proximité, soins de maternité).

**En France**, les ARS sont seules responsables dans la régulation de l'offre de soins. Les autorités locales, comme les conseils généraux et départementaux ou les maires, occupent une place dite « résiduelle » comme le définit le Sénat en 2011 dans son rapport sur la place des collectivités dans le système de santé. Elles sont néanmoins présentes au sein de différentes commissions de l'ARS, du conseil de surveillance dans les conférences de territoire (où sont discutées les politiques de santé au niveau des territoires) ou encore à la CRSA.

Le mouvement semble cependant être engagé en France avec la création des Projets territoriaux de Santé (PTS), les Communauté Professionnelle de Territoire de Santé (CPTS) ou encore la seconde réforme des hôpitaux de proximité.



Enfin, les collectivités jouent un rôle en partenariat avec l'Etat et les différentes Agences sur des approches transverses touchant indirectement à la santé : l'environnement (gestion de l'air) ; l'hygiène (assainissement) ; l'éducation (nutrition), etc. Ce panorama démontre l'implication historique des acteurs locaux sur les sujets de santé publique. Cependant, les ARS s'intéressent de plus en plus à ces sujets (environnement, nutrition, etc.) ce qui complexifie la répartition des rôles entre acteurs locaux et ARS.

### **L'épidémie a également démontré le rôle important joué par l'organisation territoriale de proximité, à contresens par rapport à la tendance actuelle de la remise en question dans certains pays du niveau local pour gérer les services liés à la santé**

Les entités locales ont démontré toute leur ingéniosité dans la gestion de la crise COVID, en organisant de leur propre chef des solutions ad-hoc de protection de la population et de préparation à la vaccination.

**En Allemagne**, les Agences Locales de Santé ont hérité des pouvoirs étendus des *länder* et ont ainsi joué un rôle majeur dans la gestion de la pandémie. Elles ont notamment assuré le recensement et la déclaration des cas de COVID-19, suivi les chaînes de contamination, les mesures de quarantaine et l'organisation des dépistages ainsi que l'application opérationnelle des recommandations sanitaires de l'Institut Robert Koch.

La forte mobilisation des entités locales a démontré toute leur importance mais a également mis en évidence un manque de personnel et un sous-financement pour 2/3 d'entre elles qui ont dû faire appel à des étudiants en médecine volontaires.

Dans les autres pays, notamment en **Italie**, **Espagne** et **Québec**, les difficultés des gouvernements nationaux à coordonner et déployer des réponses unifiées dans les régions ont montré qu'une approche locale aurait



pu parfois être plus efficace, tant les réponses du national ont tardé à être mise en œuvre sur le terrain. En « nationalisant les réponses à la crise », par exemple pour la gestion de l'approvisionnement ou pour l'adoption des mesures d'urgence, les autorités politiques nationales ont mis en exergue le manque de corrélation qui peut exister entre des solutions politiques globales et les besoins sanitaires du terrain. Bien souvent les hôpitaux ont dû opérer par eux-mêmes des transferts de patients, ou de lits entre les services, pour pallier le manque de ressources.

**En France**, on a pu observer une forte mobilisation des communes dans la gestion de la crise et notamment dans l'approvisionnement des ressources (exemple : distribution gratuite de masques aux habitants de la commune), ou encore dans l'organisation de la vaccination (Barnum installés en ville, en lien avec les CPAM). On pourra également mentionner le réel succès de la vaccination en France, piloté par le niveau national.



## L'existence de multiples entités et niveaux de responsabilité oblige à une gestion plus cadrée et opérationnelle

### Le profil des managers de santé influe sur l'opérationnalité de la gouvernance

**Au Québec**, les directeurs de CISSS proviennent d'horizons divers, la seule exigence étant l'expérience. Une école de la Haute Administration existe (l'ENAP) mais celle-ci n'est pas obligatoire pour accéder à de tels postes (nomination par le gouvernement sur recommandation du 1<sup>er</sup> ministre). Ce qui ressort également de l'analyse du Québec est le titre symbolique de PDG, Président Directeur Général, donné au responsable des établissements, ce qui dénote une forte connotation managériale. Le PDG (ainsi que ses 2 adjoints) est nommé par le Ministre sur recommandation du conseil d'administration. En Allemagne, les métiers de direction à l'hôpital public ne sont pas non plus réservés à un statut de fonctionnaire spécifique. Mais les directeurs, dits

« managers hospitaliers » doivent justifier a minima d'un niveau master. En 2015, 85 % des directeurs administratifs étaient diplômés en économie et gestion. En **Italie**, une expérience préalable en gestion hospitalière d'au minimum 5 ans est exigée. Les nouveaux directeurs bénéficient d'une formation d'adaptation à l'emploi dans les 6 mois suivant la prise de poste. En **Espagne**, la direction des hôpitaux est directement dévolue aux médecins même si des conseils d'administration incluant des professionnels administratifs existent.

**En France**, les directeurs des Agences Régionales de Santé sont nommés par le gouvernement. Nous avons pu établir qu'environ 56 % de ces derniers étaient issus des grandes écoles de la haute fonction publique (ENA, EHESP, ESHEP). 33 % sont des médecins. La formation de Directeur d'hôpital public, quant à elle, est confiée à l'EHESP.

Au niveau national, comme nous l'avons déjà évoqué plus haut, la **Suède** a souhaité donner des responsabilités à des experts, en diminuant la charge de l'administratif et le poids du Ministère. Les agences exercent leurs missions de manière autonome (sans doublons directs avec les sous-directions du ministère de la santé). En **Allemagne**, les *länder* qui disposent de compétences très étendues en santé, n'ont pas pour autant mis en place de ministère spécifique en santé. Certains ont associé la santé au Ministère du travail et des Affaires Sociales (Bade Wurtemberg), d'autres à un ministère large, des affaires sociales, de la santé et de la protection des consommateurs.

## L'intégration du médico-social offre une vision plus large des services rendus sur le territoire

Une vision élargie de la santé, réunissant le sanitaire, le médico-social et le social, pourrait contribuer à rendre plus efficace l'administration du système de santé si l'on se base sur l'exemple du système **québécois**. En effet, le Québec est un modèle abouti d'intégration des différents services au sein d'une même gouvernance. Les centres intégrés ont aussi dans leur portefeuille de missions l'ensemble des actions tournant autour de la prise en charge du handicap et des personnes en situation de détresse sociale (type toxicomanie). Les réseaux de services territoriaux et locaux qui composent les CISSS et CIUSS ont dans leur portefeuille d'établissements, aussi bien des hôpitaux que des centres pour personnes âgées (les CHSLD) ou les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ). Les CSCL, centres locaux de services communautaires, regroupent en leur sein une offre de première ligne aussi bien dans les services de santé que dans les services sociaux courants. Par ailleurs, les établissements ou centres intégrés doivent également proposer des services d'adaptation ou de réadaptation « en intégration sociale ». Enfin, un office des personnes en situation de handicap figure dans les agences conseillant directement le ministre, ce qui est unique par rapport aux autres pays étudiés.

Cette organisation intégrée est unique en son genre. Dans les autres pays étudiés, les autorités régionales ont pleine compétence sur le volet sanitaire alors que le volet médico-social / social reste pris en charge partiellement ou totalement par les autorités locales. Par exemple, **en Suède**, les communes s'occupent du financement des soins non médicaux et des logements des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

**En France**, la relation entre le secteur médico-social et l'Etat est tout à fait particulière. Domaine longtemps réservé à la sphère associative, elle semble faire aujourd'hui l'objet d'un recentrage institutionnel avec l'objectif de financements plus harmonisés (travaux d'harmonisation entre les MDPH, expérimentation des MDA, clarification des tâches entre les acteurs régionaux/locaux) et mieux fléchés / sanctuarisés (avec la création de la 5<sup>e</sup> branche de la Sécurité Sociale pour le financement de la dépendance).

## Une ouverture au secteur privé

On observe une tendance à l'ouverture au secteur privé dans les différents pays étudiés, qui peut prendre la forme d'une privatisation ou d'une délégation de service public des administrations de santé et de l'offre de soin, afin d'améliorer le fonctionnement des services administratifs et opérationnels. Cela est d'autant plus marqué dans les pays qui ont décentralisé fortement leur système de gouvernance et où les régions ont donc une forte autonomie dans la gestion ou délégation de leurs missions.



Ainsi, **en Italie**, la réforme donnant naissance aux Autorités Régionales de Santé a également mis en place un système de concurrence dit « régulé »<sup>7</sup>. Les ASL, en tant qu'entités administratives, sont dotées d'une plus forte autonomie de fonctionnement et appliquent des règles comptables similaires à des entreprises privées. Elles peuvent déléguer et ne rester qu'acheteurs de services, les hôpitaux pouvant se transformer en « entreprise hospitalière », tirant leur financement de contrats avec les ASL et bénéficiant ainsi d'une vraie autonomie dans l'organisation de leurs soins. Cette liberté donnée aux régions dans l'organisation des soins a accentué la forte hétérogénéité entre celles-ci. **En Allemagne**, la responsabilisation des *länder* a également donné lieu à un recours inégal aux fournisseurs de soins privés. La Sarre a conservé une offre de soins hospitalière totalement publique tandis que d'autres régions ont fait un large appel au privé. Une étude

de 2012 montrait ainsi que la part du lucratif dans le secteur avait doublé. Entre 1991 et 2019, le nombre d'hôpitaux privés a augmenté de 90 % tandis que le nombre d'hôpitaux publics diminuait de 43 %<sup>8</sup>. Aujourd'hui, les établissements lucratifs représentent 20 % de l'offre (33 % en France), les établissements non lucratifs 30 % (22 % en France). **En Suède**, on observe le même mouvement de délégation / contractualisation pour les soins primaires. Ainsi les comtés ont confié la responsabilité de certains centres de soins à des entreprises privées. Là encore, cet appel au privé reste inégal, la privatisation étant en moyenne de 20 % mais pouvant aller jusqu'à 50 % dans le comté de la capitale.

Ces différentes privatisations sont toutefois toujours opérées dans une logique de contractualisation avec les autorités publiques tutélaires, et la qualité des soins y est attestée.

7. Le système de santé italien : évolution de la répartition des compétences et du mode de financement | Cairn.info.

8. Le secteur privé dans un système de santé public : l'exemple allemand (iedm.org).





## 3

## Améliorer le système de gouvernance de santé en France : quelles leçons pratiques à tirer de ce *benchmark* et comment avancer ?

### Quelles conclusions pratiques tirer du *benchmark* de 7 pays de l'OCDE pour éclairer et orienter les choix français ?

Résumons les points clefs du *benchmark* :

1. Les systèmes de santé des différents pays du panel étudiés ont tous pris le virage de la décentralisation. Le pilotage et l'organisation du système de santé ont été décentralisés à l'échelon régional ou local pour adapter les politiques au terrain et rendre plus pertinente l'utilisation des fonds alloués. Les exécutifs nationaux gardent une place essentielle dans l'orientation stratégique et l'organisation du système ;
2. Le maillage des entités décentralisées varie d'un pays à l'autre. Il correspond en général aux découpages politiques, administratifs, culturels historiques des pays (mais pas toujours). Pour organiser l'offre de soins sur le territoire, on privilégie toujours la responsabilisation des acteurs locaux, de proximité ;
3. Le champ d'action des entités décentralisées varie également d'un pays à l'autre : d'un rôle strictement sanitaire à une vision élargie de la santé, réunissant le sanitaire, le médico-social et le social ;
4. La cohérence nationale est assurée par un système de contractualisation entre les différents échelons (national, régional, local) ;
5. La culture de la responsabilisation et de la contractualisation a aussi favorisé l'ouverture au secteur privé ;
6. Pour être effective, la décentralisation doit être accompagnée d'un réel transfert de moyens financiers de façon à donner une forte autonomie dans la définition et l'allocation des ressources au niveau territorial ;
7. L'opérationnalité de la gouvernance décentralisée repose sur la disponibilité ou la formation de managers capables de piloter les entités régionales ou locales avec l'autonomie, la rigueur, l'esprit d'entreprise requis tout en restant dans le cadre contractuel défini ;
8. La décentralisation peut aussi engendrer ou accentuer des inégalités entre régions ;



9. On assiste actuellement à un retour partiel du balancier dans certains pays, dans un souci d'économies budgétaires, de meilleure utilisation de ressources rares ou de coordination transversale pour renforcer l'équité dans l'accès aux soins ;
10. La crise COVID a contribué à un recentrage du système sur une expertise au niveau national ;
11. Mais elle a également démontré le rôle important joué par l'organisation territoriale de proximité dans la mise en œuvre des actions opérationnelles.

Il ne nous appartient pas de faire, à ce stade, des recommandations aux pouvoirs publics sur les conclusions à tirer et les décisions à prendre en matière d'organisation et de gouvernance du système de santé.

Toutefois, dans un souci méthodologique, il nous semble que le sujet doit être traité à plusieurs horizons :

- ▶ Les choix structurels à moyen-long-terme : veut-on aller vers un système de santé effectivement décentralisé sur le plan opérationnel ? Si oui, se posent plusieurs questions lourdes :
  - Quelles responsabilités faut-il effectivement déléguer et quelles sont les responsabilités régaliennes à maintenir, voire à renforcer au niveau national ?
  - Quelle maille : les mailles administratives actuelles (département, Région) sont-elles de bons niveaux d'intégration ? Le rapport récent de la commission des affaires sociales sur le financement des ARS interroge sur le gigantisme géographique des ARS qui les éloigne du terrain en reléguant au second plan l'échelon départemental. Le sujet du maillage futur d'une gouvernance plus décentralisée apparaît ainsi comme étant à aborder en priorité car préalable à tout déploiement opérationnel.

- Quel champ : sanitaire ou sanitaire/médico-social/social ?
- Quels moyens financiers devront être transférés à ces structures ?
- Une fois la cible définie, comment déployer : département ou région pilote, activité pilote au niveau national ?
- Est-on prêts à ce changement important de modèle ? Culturellement ? Disponibilité de managers ? etc.
- Si non comment s'y préparer ?

Les enseignements de ce benchmark, les bonnes pratiques observées comme les obstacles à éviter, devraient contribuer à élargir l'horizon de cette réflexion, et à relativiser et objectiver les passions qu'elle peut susciter.



► **Les actions du type « No Regret Move » :**

Accélérer toutes les initiatives déjà engagées qui préparent le terrain sans forcément impliquer le « big bang » : découplage à tous les niveaux, parcours de soins coordonnés, santé numérique, structures locales intégrées, etc.

- **Impliquer les acteurs :** pour accélérer les initiatives du type « No Regret Move » et engager un changement culturel en profondeur permettant l'appropriation par les personnels des changements à venir (sans caricaturer, éviter le raccourci « mettre plus de milliards sans rien changer sinon aux marges »), les associer au travers d'une enquête à grande échelle qui pourrait permettre de mettre en exergue des points de difficultés, et de trouver

des axes d'améliorations porteurs de bénéfices collectifs. Celle-ci aurait pour objectif de recenser les principales problématiques rencontrées par les différents acteurs, pour ensuite agréger ces apprentissages dans une démarche globale de réponse commune et adaptée.

Quels que soient les choix structurants faits, il sera indispensable d'embarquer les personnels et de les rendre acteurs et contributeurs des changements. Ce type d'enquête aurait le mérite d'y contribuer en saisissant l'opportunité de l'après COVID et de la mise en œuvre des mesures du « Ségur de la Santé ».





# Monographies par pays





# 1

## France

### Chiffres clés

67,3<sup>M</sup>

Population totale  
(2020 - OECD)

47 523<sup>\$</sup>

Revenu national brut par  
habitant (2020 - OECD)

H : 79,2  
F : 82,3

Espérance de vie à la  
naissance h/f (2020 - OECD)

3,8/1000

Quotient de mortalité  
infanto-juvénile (pour 1000)  
(2019 - OECD)

H : 94  
F : 48<sup>1</sup>

Quotient de mortalité  
15-60 ans h/f (pour 1000)

5 274 \$<sup>2</sup>

Dépenses totales consacrées  
à la santé par habitant

12,4 %

Dépenses totales  
consacrées à la santé en %  
du PIB (2020 - OECD)

34 %

Personnel autres que médical  
ou paramédical dans l'emploi  
hospitalier\* (2018)

Source : Site mondial de l'Organisation Mondiale de la Santé, OMS | Pays (who.int)

\*Source : OCDE health Statistics 2020, Hospital employment, OECD Statistics

1. WHO - <https://www.who.int/countries/fra/fr/>

2. OECD - Health at a Glance 2020 report

Le système de santé français est un système centralisé. La responsabilité de la régulation du système de santé se partage entre l'État (parlement, ministère), l'assurance maladie et, dans une moindre mesure, les collectivités locales (régions, départements, etc.).

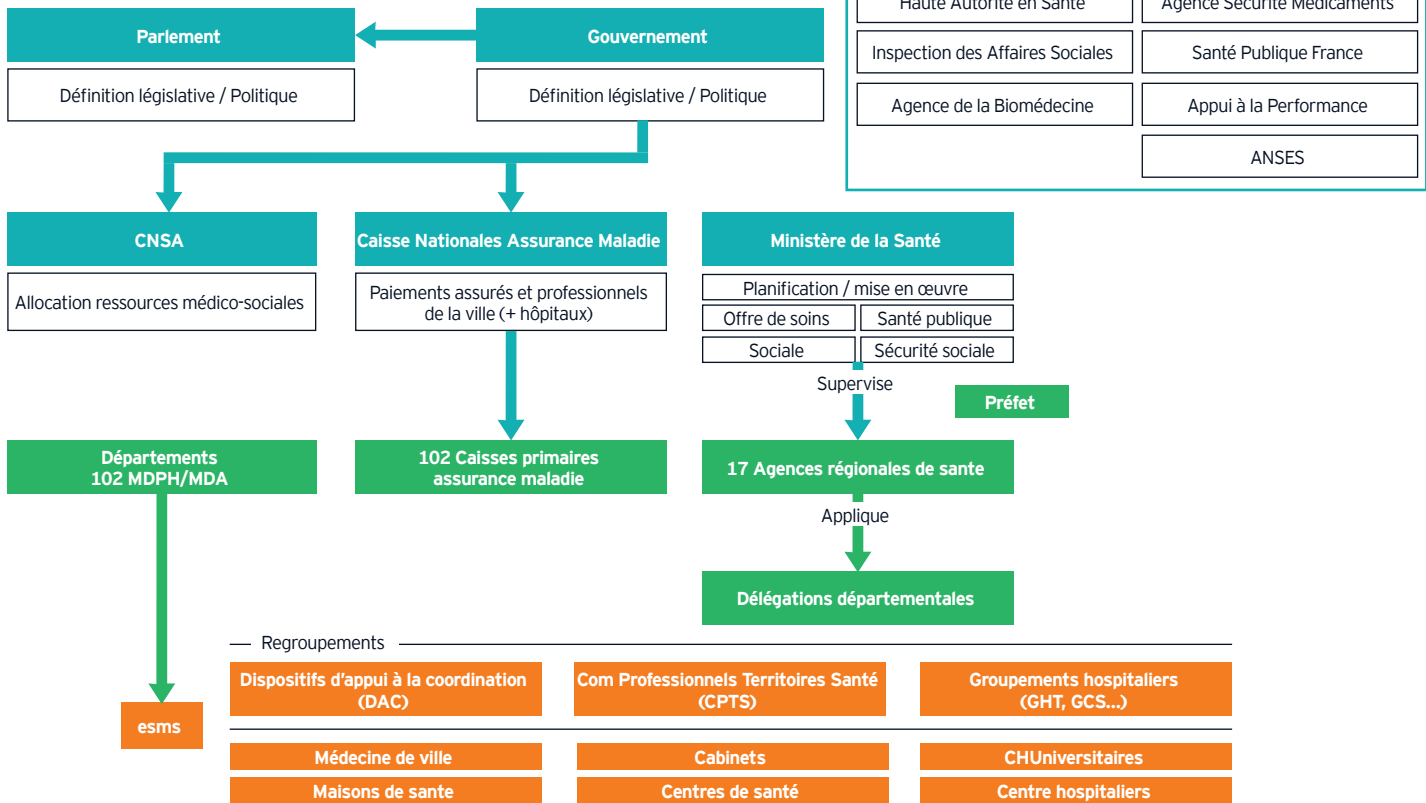
Les dépenses de santé en France représentent un peu plus de 11 % du PIB, et devraient s'élever jusqu'à 13 % du PIB en 2030. A ce titre, la France est un des pays qui consacrent le plus de dépenses de santé pour sa population dans l'OCDE.





### Organisation du système de santé en France

■ Niveau national ■ Niveau local



## L'échelon de gouvernance nationale

---

L'Etat français est en charge de l'organisation et du financement de l'offre de soins sur le territoire. Il est garant de, et œuvre pour, l'intérêt général de la population, ainsi que la protection de sa santé, et la cohérence globale des interventions des acteurs de santé. Il s'appuie sur :

### Instances décisionnaires du niveau national

#### Le Parlement

Chaque année depuis 1996 (plan Juppé), le Parlement vote la loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), qui définit les objectifs de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) au niveau national. C'est au regard de ce budget et des lignes directrices de la stratégie que le Ministère élabore ses politiques. Il est en constante augmentation.

#### Le Ministère des Solidarités et de la Santé

Il décline la feuille de route globale politique en y apposant des critères de mise en œuvre (objectifs, moyens, gestion, etc.). Il est l'interlocuteur majeur au niveau national dans la définition et mise en place des politiques de santé. Il exerce en collaboration étroite avec l'Assurance Maladie sur le volet dépenses et prise en charge des soins. Les missions du Ministère se déclinent traditionnellement en quatre directions :

- ▶ **Direction Générale de la Santé (DGS)** : en charge de la définition des politiques de santé ;
- ▶ **Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)** : en charge de l'organisation et du financement de l'offre de soins sur le territoire ainsi que de la formation des professionnels de santé ;
- ▶ **Direction de la Sécurité Sociale (DGSS)** : en charge de la régulation financière notamment sur le volet prise en charge et remboursement des assurés (médicaments) ;
- ▶ **Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS)** : en charge de la planification et bonne application des politiques sur le volet médico-social ;

#### La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM)

Etablissement public national à caractère administratif, la CNAM agit sous la double tutelle du Ministère des Solidarités et de la Santé et du Ministère de l'Économie et des Finances, avec 2 500 salariés officiant en son sein. « Tête de réseau » opérationnelle du régime d'assurance maladie obligatoire en France, son rôle est d'impulser la stratégie de l'Assurance Maladie au niveau national, puis de coordonner et d'appuyer les organismes locaux qui composent son réseau (les CPAM). Ses trois missions pivots sont la prévention, la tarification et l'indemnisation. Ses responsabilités ont été étendues en 2004, avec pour priorité la gestion des risques. Ses actions sont ainsi très larges, incluant la garantie de la qualité, l'égalité et accès aux droits et aux soins, la promotion de la coordination des acteurs, la prévention, et la régulation du système (rémunération des professionnels, prix des médicaments, bon usage des soins). Elle pilote également de nombreux projets de transformation du système de santé (prévention, parcours de soins, déploiement d'outils numériques à destination des professionnels de santé et des patients, etc.).

#### Agences nationales

Pour garantir la qualité des actions, le Ministère est soutenu par les agences sanitaires, telles que Santé Publique France ou encore l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). Il existe de nombreuses agences nationales : le rapport parlementaire d'Yves Bur en recense 18, alors que, sur son site, le ministère de la santé n'en compte que 10, laissant planer le flou sur la définition et le rôle d'une agence (<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/agences-et-operateurs/>). Parmi elles par exemple (et succinctement) :

- ▶ L'Agence Santé Publique France a un rôle dans la surveillance des maladies, et toutes les maladies à déclaration obligatoire doivent être déclarées à la fois à cet institut et aux ARS ;



- ▶ Les effets indésirables des médicaments ou des dispositifs médicaux doivent être déclarés à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) ;
- ▶ La Haute Autorité de Santé (HAS) est considérée comme un partenaire indépendant du Ministère ;
- ▶ La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) qui répartit les crédits de l'assurance maladie destinés au financement des établissements et services médico-sociaux

La multiplicité de ces Agences brouille parfois la communication du national, avec un enchevêtrement des missions entre les Agences dédiées et des sous directions du Ministère et notamment la Direction Générale de la Santé.

### Caisses de la Sécurité Sociale

Elles gèrent et redistribuent le budget issu des cotisations sociales et impôts, dans un but de couverture des risques suivants de : Maladie / maternité / invalidité / décès, Accidents du travail, Maladies professionnelles, Famille, Vieillesse. Parmi elles se trouvent les : CAF, CPAM, CARSAT, CNRACL, CNAVPL, CFE, MSA, URSSAF, CNAV.

### La formation du personnel administratif

Il n'existe pas de formation obligatoire dédiée pour exercer dans l'administration en santé en France.

Toutefois, au-delà de l'Ecole Nationale de l'Administration (ENA) dont certains élèves se spécialisent ensuite sur le secteur de la santé, deux écoles préfigurent pour les postes de cadres et directions au sein des administrations et agences nationales, ainsi qu'au sein de la Sécurité sociale :

- ▶ **L'EHESS /EHESP** : écoles des sciences sociales et l'école santé publique, délivrent des diplômes dans la gestion le management ou la recherche en santé ;
- ▶ **L'EN3S** : école administrative de la Sécurité Sociale, délivre un statut spécifique « Sécurité Sociale » différent du statut de fonctionnaire, hérité des conventions collectives d'après-guerre lors de la création de l'Assurance Maladie.



## L'échelon de gouvernance régionale

**Les Agences Régionales de Santé (ARS)** sont chargées des activités de santé publique, ainsi que de l'organisation et de la bonne mise en œuvre des services de soins. Ces agences, au nombre de 26 sur le territoire puis de 18 suite à la réforme des régions, sont des établissements publics, autonomes moralement et financièrement, et placés sous la tutelle et le contrôle du Ministère des Solidarités et de la santé.

Si les textes décrivent une autonomie de ces ARS, 10 ans après leur création, il est de plus en plus établi que les ARS sont **une déconcentration régionale** et non un objet pur de décentralisation. Les ARS ont pour vocation de mettre en œuvre la politique nationale de santé en région, et de l'adapter au mieux aux besoins de la population.

**La planification des activités de santé publique** est inscrite dans un Projet Régional de Santé (le PRS) d'une durée de 5 ans, qui décline la Stratégie Nationale de Santé. Il définit les objectifs d'amélioration de la santé des populations sur un territoire donné. Il est le cadre d'action qui doit guider l'ensemble des opérateurs et acteurs de santé

dans leurs activités<sup>9</sup>. Il est composé du SROS et du SROM, l'un consacré à la définition de la politique sanitaire et l'autre au volet médico-social. Les grandes actions menées par ces Agences Régionales de Santé concernent :

- ▶ La prévention et la promotion de la santé ;
- ▶ Le pilotage au niveau régional de la politique de santé publique ;
- ▶ La veille et la sécurité sanitaire ;
- ▶ L'organisation de l'offre de soins (ambulatoire et hospitalière) ;
- ▶ L'organisation de la prise en charge médico-sociale (en lien avec le département).

Ces interventions impliquent, dans certains cas, une étroite collaboration avec le Préfet.

### Le budget

Les ARS bénéficient pour leur budget de :

- ▶ Une subvention de l'État ;
- ▶ Des contributions des régimes d'Assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), pour les actions concernant les établissements et les services médico-sociaux ;
- ▶ Le fonds d'intervention régional (FIR) qui finance des actions et des expérimentations décidées par les ARS en faveur de : la performance des soins, la qualité des soins, la coordination des soins, la permanence des soins, la prévention de la santé, la promotion de la santé, la sécurité sanitaire<sup>10</sup> (représente près de 3,3 Mds en 2016)<sup>11</sup>.

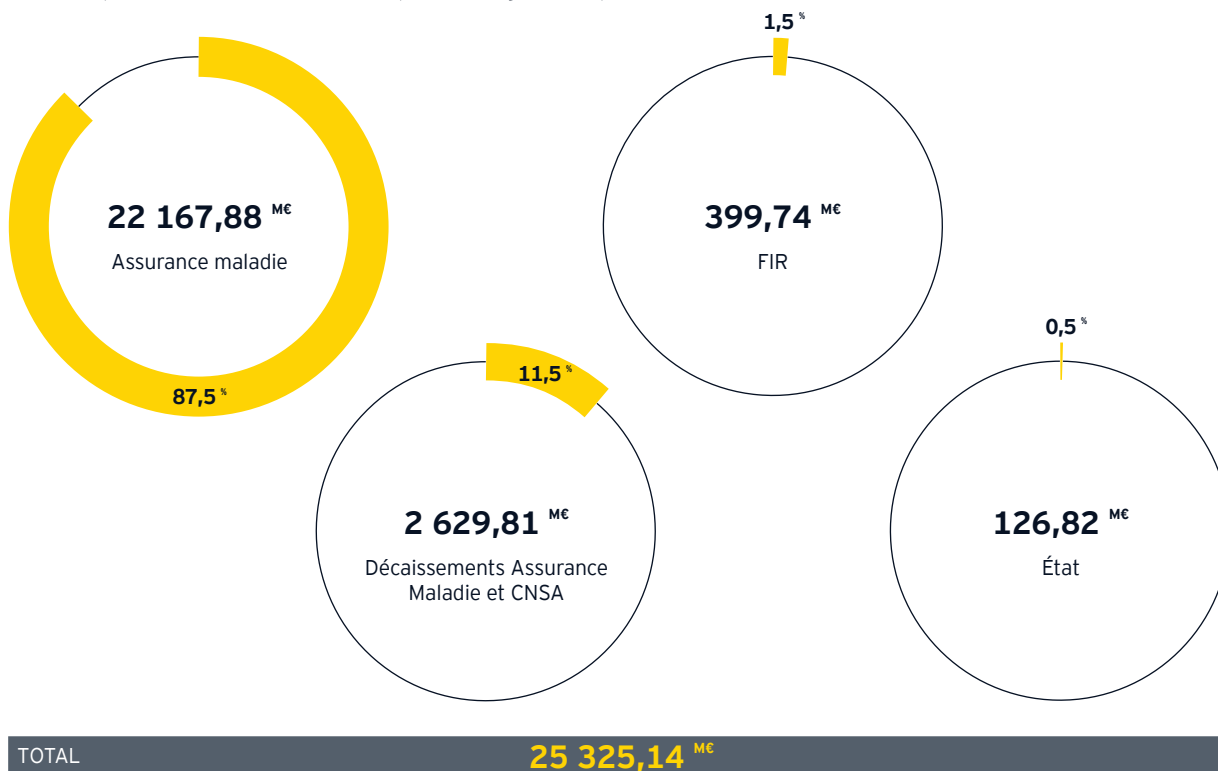


9. Qu'est-ce que le Projet de Santé (PRS) ? | Agence régionale de santé La Réunion (sante.fr).

10. Les dépenses de santé en région (sante.fr).

11. 2018-018r\_tome\_i.pdf (igas.gouv.fr).

Afin d'illustrer la répartition des budgets, nous avons pris l'exemple de l'état financier 2019 de l'ARS Auvergne Rhône Alpes<sup>12</sup> et en avons déduit des pourcentages de répartition :



12. [http://www.etatfinancier.ars-centre-val-de-loire.fr/etat\\_fi\\_2019/Etat\\_Financier\\_AUVERGNE-RH%C3%94NE-ALPES.xls](http://www.etatfinancier.ars-centre-val-de-loire.fr/etat_fi_2019/Etat_Financier_AUVERGNE-RH%C3%94NE-ALPES.xls).

La crise COVID, ainsi que différents rapports, ont pointé le manque de budgets dédiés aux ARS. Le tableau ci-dessus montre en effet que le FIR ne représente que 1,5 % du budget d'une ARS alors que celui-ci est le budget pour lequel l'ARS a la plus grande autonomie et flexibilité d'allocation des fonds.

## Le profil des directeurs d'ARS et leurs équipes

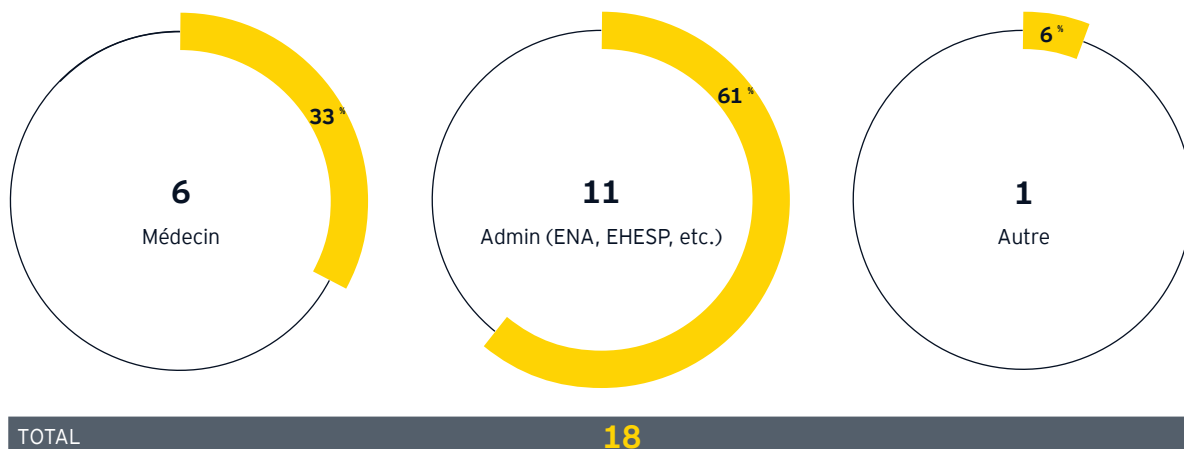
Nommé en Conseil des ministres et par décret, le directeur général est responsable de la définition de la stratégie régionale de santé et de sa mise en œuvre. Il est épaulé par une équipe de direction. Le conseil de surveillance quant à lui est présidé par le préfet de région, et implique différents acteurs, tels que des représentants de l'Etat ou de l'Assurance Maladie. Il est en charge d'approuver le budget et le compte financier. Il doit également émettre un avis sur le contenu du plan stratégique régional, ainsi que sur les objectifs.

En 2010, lors des premières nominations de directeurs d'ARS, on pouvait alors constater que les profils retenus étaient assez diversifiés<sup>13</sup>. En effet, 50 % des nommés avaient exercé au sein de l'Etat, dont 19 % en préfecture (préfets et sous-préfets), 19 % en administration centrale, ou dans un corps d'inspection, 15 % en Ddass ou Drass, et 23 % avaient exercé dans un organisme de sécurité sociale. 15 % étaient des candidats d'ouverture, issus du secteur privé. Seul 8 % des nommés étaient médecins.

Aujourd'hui, nous avons pu établir la formation des 18 (avec Mayotte) DG d'ARS. Celle-ci nous donne une composition intéressante, avec certes une prime aux Directeurs provenant de l'Administration mais avec près d'1/3 également ayant une formation médicale.

13. <https://www.mypharma-editions.com/agences-regionales-de-sante-la-liste-des-26-directeurs-des-ars-revelee>.

### Statut des directeurs ARS



## L'échelon de gouvernance locale

### Le prolongement des ARS sur un cadre départemental, les Délégations Territoriales

Les ARS sont représentées dans chaque département par une Délégation Départementale qui décline localement la stratégie régionale de santé régionale. Il s'agit le plus souvent de services administratifs. Elles assurent une mission de proximité et représentent localement les Directeurs généraux en étant les interlocuteurs privilégiés des élus, des préfets et des services de l'État, ainsi que des professionnels de santé dans leur territoire. Elles constituent l'interface entre le niveau régional et les acteurs de proximité ; et accompagnent ainsi les acteurs locaux dans la mise en œuvre de leurs projets, pour en garantir le succès. Ainsi, ces délégations adaptent et mettent en œuvre au ces directives au niveau départemental, leurs actions s'opérant dans le prolongement de celles des ARS. Ces délégations territoriales sont localisées dans les chefs-lieux de chaque département, et sont chacune dirigées par un membre du comité de direction de l'Agence Régionale de Santé dont elles dépendent.

### Les Conseils Départementaux (CD), un rôle historique dans le médico-social

Le département a historiquement en charge l'organisation et la prise en charge des personnes dépendantes (Personnes Agées et Personnes en situation de Handicap) depuis les grandes lois de la Décentralisation. Attention, dans un partage de compétences, les ARS financent également le médico-social en finançant notamment la prise en charge dans les établissements médico-sociaux.

Les départements ont dépensé en 2018 :

- ▶ 7,6 milliards pour l'aide sociale aux personnes âgées ;
- ▶ 8,4 milliards pour l'aide sociale aux personnes en situation de handicap<sup>14</sup>.

**Services des CD, les MDPH (Maisons Départementales des Personnes Handicapées) : évaluent les besoins des personnes et allouent en fonction des fonds dédiés (Prestation de Compensation du Handicap)**

14. Quel est le rôle du département en matière d'action sociale ?  
Vie publique.fr (vie-publique.fr).



## Les fournisseurs de soins

es établissements de santé couvrent des champs d'intervention différents : hospitalier ou médico-social. Il existe plusieurs catégories d'établissement : ils peuvent être publics (45 %), privés d'intérêt collectif conventionnés (22 %) et privés à but lucratif (33 %)<sup>15</sup>.

Les établissements sanitaires délivrent des soins généraux (médecine, chirurgie, obstétrique) et/ou plus spécialisés (psychiatrie et santé mentale) en assurant les urgences, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades. Et les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) délivrent un accompagnement médico-social.

### La logique de regroupements afin d'inciter à la coordination des soins et accompagnements

Afin d'inciter à la coordination des soins, leur rationalisation dans un contexte de désertification médicale et de réduction des dépenses publiques, de nombreux regroupements ont été organisés, le principal « regroupement » législatif étant le **groupement hospitalier de territoires (GHT)**. Il en existe 135 actuellement.

Les GHT sont un dispositif conventionnel, obligatoire depuis juillet 2016, entre établissements publics de santé d'un même territoire, par lequel ils s'engagent à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, formalisée dans un projet médical partagé. Le principe est d'inciter les établissements de santé à mutualiser leurs équipes médicales et à répartir les activités de façon à ce que chaque structure trouve son positionnement dans la région. Les GHT organisent la complémentarité des établissements de santé, en prenant en compte la spécificité de chacun dans la construction de l'offre de soins. Ils permettent de mieux organiser les prises en charge, territoire par territoire, et de présenter un projet médical répondant aux besoins de la population.

Attention le GHT ne dispose pas d'une personnalité morale, ce qui est pointé comme une faiblesse à plus ou moins moyen terme. Toutefois, un des établissements dit « établissement support » porte l'ensemble des fonctions support mutualisées (SI, équipes médicales mobiles etc.)

Par ailleurs, la stratégie Ma Santé 2022 incite également à des regroupements des professionnels de ville, au sein de **CPTS : Communautés Professionnelles de Territoires de Santé**. L'objectif est d'avoir 1 000 CPTS à horizon 2022.

Ces CPTS ont la particularité de donner aux professionnels de ville l'initiative de sa création, elles peuvent intégrer des établissements de santé, et ont pour mission d'assurer une réelle coordination et permanence des soins sur un bassin de vie délimité. Les CPTS peuvent également porter des projets d'innovation, que ce soit dans la rémunération de leurs professionnels ou dans la prise en charge. La création des CPTS est encouragée/soutenue par les ordres des médecins et les associations. Elles peuvent disposer d'une enveloppe budgétaire pluriannuelle, délivrée par l'Assurance Maladie.

On pourrait également citer les **DAC, Dispositifs d'Appui à la Coordination**, qui aident les professionnels de santé à mieux orienter le patient dans son parcours de santé. Les DAC regroupent l'ensemble des structures de coordination précédemment développés (par exemple, les Plateformes territoriales d'appui).

### Financement de l'hôpital public

Les hôpitaux publics sont en grande majorité (80%) financés par l'Assurance Maladie via un mixte de dotations globales (budget versé en N-1) et de la tarification à l'activité (selon des Groupes Homogènes de Séjours – GHS) en rapport avec des Groupements Homogènes de Malades (GHM). Ils bénéficient également de financements spécifiques selon leurs activités (les MIGAC, MERRI), ayant vocation à financer des missions de recherche ou des missions de prévention/veille sanitaire.

15. Synthèse des chiffres clés, DGOS 2018, dgos\_cc\_2018\_02\_16\_a\_web\_pages\_hd.pdf (solidarites-sante.gouv.fr).



## Personnel hospitalier

Sur une population active de 28,6 millions de personnes en France, 1,24 million de salariés (4,3 %) tiennent un emploi hospitalier quels que soient le type d'établissement de santé, son statut et ses missions.

**Selon l'OCDE, le Personnel autres que médical ou paramédical dans l'emploi hospitalier, représente 34 % en 2018 en France. Le rapport de R.Holcman indique par ailleurs qu'en 2015<sup>16</sup> :**

- **Au sein du personnel soignant, le personnel non médical est très majoritaire à un peu plus de 60 % ;**
- Le personnel médical représente presque 9 % du total général dans l'ensemble des hôpitaux et presque 10 % dans les hôpitaux publics.

Les cadres supérieurs sont formés en majorité à l'école spécialisée sur la Haute fonction Publique en Santé (EHESP).

---

16. Holcman, Robert. « Les composantes du personnel hospitalier », Management hospitalier. Manuel de gouvernance et de droit hospitalier, sous la direction de Holcman Robert. Dunod, 2015, pp. 639-680.

## Chiffres clés

10,4<sup>M</sup>Population totale  
(2020 - OECD)56 854<sup>\$</sup>Revenu national brut  
par habitant (2020 - OECD)H : 80,7  
F : 84,2Espérance de vie  
à la naissance h/f  
(2020 - OECD)

2,1/1000

Quotient de mortalité  
infanto-juvénile (pour 1000)  
(2019 - OECD)H : 64  
F : 40Quotient de mortalité  
15-60 ans h/f (pour 1000)5 754<sup>\$</sup>Dépenses totales  
consacrées à la santé par  
habitant (2020 - OECD)11,3<sup>%</sup>Dépenses totales  
consacrées à la santé en %  
du PIB (2020 - OECD)

N/A

Personnel autres que  
médical ou paramédical  
dans l'emploi hospitalier\*

Source : Site mondial de l'Organisation Mondiale de la Santé, OMS | Pays (who.int)

\*Source : OCDE health Statistics 2020, Hospital employment, OECD Statistics

La Suède s'est engagée dans un mouvement de décentralisation dans les années 80. Le pays est ainsi passé en trente ans d'un système de santé historiquement très centralisé et étatique à l'un des modèles les plus décentralisés de l'OCDE<sup>49</sup> (politiquement et financièrement) :

- ▶ Avec pour avantages, l'accroissement de l'autonomie et la responsabilisation des autorités locales dans la maîtrise des dépenses de santé (absence de déficit de la sécurité sociale en

Suède)<sup>50</sup> ; et l'adaptation des réponses aux besoins, en rapprochant les décisions des populations et en permettant une plus grande marge de manœuvre et d'expérimentation dans les territoires ;

- ▶ Et limite, d'entraîner des trajectoires locales différenciées et donc des inégalités entre territoires. Le rôle de l'État apparaît donc central pour assurer l'équité des ressources mais aussi des règles communes de fonctionnement du système de santé.

49. Institut Montaigne, « Réforme du système de santé suédois : le "modèle de Stockholm" doit-il être envié? », février 2017, lien : <https://www.institutmontaigne.org/blog/2017/02/14/R%C3%A9forme-du-syst%C3%A8me-de-sant%C3%A9-su%C3%A9dois-%3A-le-mod%C3%A8le-de-Stockholm-doit-il-%C3%Aatre-envi%C3%A9>.

50. Les Echos, « La décentralisation du système de santé, une mécanique de précision », 2010, lien : <https://www.lesechos.fr/2010/07/la-decentralisation-du-systeme-de-sante-une-mecanique-de-precision-1086956>.



Le système de santé s'organise autour de trois niveaux de gouvernance, l'État (échelon central) et deux niveaux de collectivités territoriales, non subordonnés, disposant de compétences différenciées :

- ▶ **21 comtés** : leurs conseils sont chargés d'administrer une population qui varie entre 130 000 et 1,8 million de personnes (soit l'équivalent des départements français en population desservie)<sup>51</sup>. Cet échelon territorial

apparaît à certains experts de trop petite taille pour la gestion des hôpitaux ou de trop grande taille pour la gestion des services de santé primaires. Face à cet enjeu, des comtés ont notamment été regroupés au sein de grandes régions de coordination de soins ;

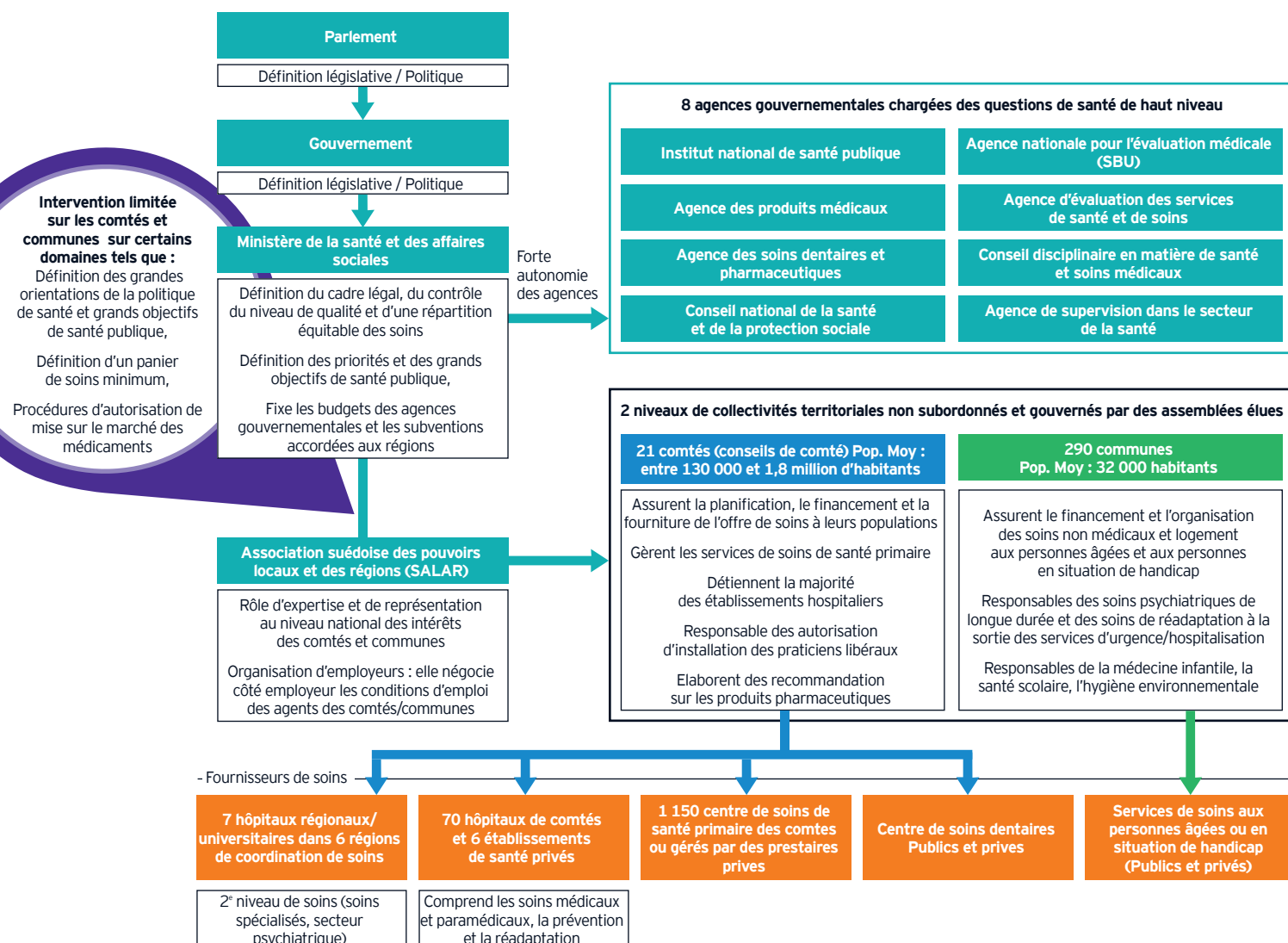
- ▶ Au niveau local, 290 communes chargées d'administrer une population en moyenne de 32 000 personnes<sup>52</sup>.

51. Adsp n°46, rubrique internationale, « Suède, un système géré librement par les comtés », mars 2004.

52. Sénat, Rapport d'étape sur la réorganisation territoriale, juillet 2021, lien : <https://www.senat.fr/rap/r08-264-1/r08-264-13.html>.

### Organisation du système de santé en Suède

■ Niveau national ■ Niveau régional ■ Niveau local



## L'échelon de gouvernance nationale

Au niveau central, le secteur de la santé relève du Ministère de la santé et des affaires sociales soutenu dans ce domaine par huit agences gouvernementales.

Instances décisionnaires du niveau national :

- Le Parlement ;
- **Le Ministère de la santé et des affaires sociales** : il est chargé de la définition du cadre légal, du contrôle du niveau de qualité et d'une répartition équitable des soins ainsi que la définition des priorités et des grands objectifs de santé publique - ensuite appliquées assez librement et à leur rythme par les différentes régions et territoires. Il distribue les ressources, contrôle la mise en œuvre et négocie avec les autorités régionales et locales (comtés et communes) sur les questions relatives aux prestations de soins de santé<sup>53</sup> (définition du panier de soin minimum), l'organisation et la fourniture des soins relevant très largement des collectivités territoriales.

Les ministères suédois quel que soit le domaine sont de taille réduite, notamment en comparaison aux ministères français. En effet, l'essentiel des activités opérationnelles est assuré par **environ 25 000 agents**<sup>54</sup>.

**8 agences gouvernementales, disposant d'un fort degré d'autonomie et responsables de questions de santé de haut niveau** : chaque agence intervient dans un champ de compétences qui lui appartient mais elles travaillent toutes en coordination, avec le Conseil national de la santé et de la protection sociale

(Socialstyrelsen) jouant le rôle de pivot central<sup>55</sup> :

1. **Le Conseil national de la santé et de la protection sociale (Socialstyrelsen)** : dispose d'un large panel d'activités dans les domaines des services de santé, de la prévention des maladies transmissibles et de l'épidémiologie, de la santé environnementale et des services sociaux. Il délivre les autorisations d'exercice aux professionnels de santé. Il diffuse des informations, élabore des normes et des règles en matière de soins médicaux et, par le biais de la collecte et de l'analyse de données, s'assure que ces normes et ces règles sont respectées. Il tient également des registres de données sur la santé et des statistiques officielles.
2. **L'Agence de supervision dans le secteur de la santé (Health Social Care Inspectorate)** : créée en juin 2013, cette agence a repris l'activité de contrôle/supervision des fournisseurs de soins et services sociaux, qui relevait auparavant du Conseil national de la santé et de la protection sociale, afin de séparer la fonction normative et la fonction de contrôle. Elle a ainsi pour rôle de s'assurer que la population reçoive des prestations de santé de bonne qualité et dans le respect de la réglementation.
3. **Le Conseil disciplinaire en matière de santé et soins médicaux (HSAN)** : décide des mesures disciplinaires à l'encontre des professionnels de santé en cas de plaintes ou d'éventuelles fautes professionnelles.

53. Progress Consulting, « La gestion des systèmes de santé dans les États membres de l'UE - Le rôle des collectivités locales et régionales », 2012, lien : <https://cor.europa.eu/en/engage/studies/Documents/health-systems/health-systems-fr.pdf>.

54. Etude CNFPT, « Les fonctions publiques locales en Europe - Suède », lien : <https://www.europaong.org/wp-content/uploads/2013/06/Suede.pdf>.

55. CLEISS, « Le système de santé suédois », lien : <https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/suede.html> et Observatoire européen des systèmes et politiques de santé, Suède, lien : <https://www.hspm.org/countries/sweden25022013/livinghit.aspx?Section=2.1%20Overview%20of%20the%20health%20system&Type=Section> et IRES, « Une gestion singulière de la crise sanitaire, un système de santé décentralisé sous forte tension », 2020, lien : <https://www.cairn.info/revue-chronique-internationale-de-l-ires-2020-3-page-188.htm>.

4. **L'Institut national de santé publique (Folkhälsomyndigheten)** : rôle de promouvoir la santé et prévenir les maladies en fournissant au gouvernement, agences gouvernementales et collectivités locales des connaissances fondées sur des preuves scientifiques. Cet institut relève à la fois du Ministère de la santé et des affaires sociales et d'un conseil d'administration indépendant.
5. **L'Agence des produits médicaux** : responsable de la réglementation et de la surveillance du développement, de la fabrication et de la vente des médicaments et autres produits médicaux. Elle délivre les autorisations pour les produits médicaux et les autorisations d'exercice pour les activités de pharmacie.
6. **L'Agence des soins dentaires et pharmaceutiques** : chargée de l'évaluation des produits pharmaceutiques et de leur inscription dans la liste des prestations remboursables. Elle fixe également les soins dentaires qui seront remboursés. Enfin, elle est responsable du contrôle des activités de pharmacie.
7. **L'Agence nationale pour l'évaluation médicale (SBU)** : a pour objectif la promotion d'une utilisation efficace des technologies dans le domaine de la santé. Pour ce faire, elle évalue les nouvelles technologies de santé sur le plan à la fois médical, économique, éthique et social. Elle diffuse ses recommandations auprès des autorités nationales et territoriales ainsi que des professionnels de santé.
8. **L'Agence d'évaluation des services de santé et de soins** : analyse et évalue les services de soins médicaux et dentaires ainsi que certains services sociaux du point de vue des droits des patients et des citoyens.

Par ailleurs, l'**Agence d'assurance sociale** est l'institution responsable en Suède de l'ensemble des prestations de la protection sociale (dont l'assurance maladie). Elle dispose d'une antenne régionale au sein de chaque conseil de comté. Il existe également 250 bureaux locaux de cette agence<sup>56</sup>.

**Autre instance centrale** : l'Association suédoise des pouvoirs locaux et des régions (SALAR) représente au niveau national les intérêts des collectivités territoriales (comtés, communes). C'est une organisation d'employeurs créée en 2007 avec la fusion de la fédération des conseils de comté et de l'association des autorités locales. Elle intervient dans les négociations avec le Ministère de la santé et des affaires sociales pour représenter les intérêts des collectivités territoriales. Elle a également un rôle d'expertise auprès des collectivités territoriales. Enfin, elle intervient en tant qu'organisation d'employeurs dans les négociations sur les conditions d'emploi côté employeur des agents des collectivités locales. Elle représente d'ailleurs la plus importante organisation d'employeurs suédoise, avec près d'1 millions d'employés en 2009 (dont près d'un tiers relevant du secteur de la santé)<sup>56</sup>.



56. Observatoire européen des systèmes et politiques de santé, Suède, lien : <https://www.hspm.org/countries/sweden25022013/livinghit.aspx?Section=2.1%20Overview%20of%20the%20health%20system&Type=Section>.



## ZOOM UNE PRISE DE DÉCISION QUI REPOSE FORTEMENT SUR UN APPUI AUX EXPERTS

La Suède fonctionne, au niveau central, selon un système d'administration duale. Comme mentionné supra, les ministères suédois sont de taille réduite (contrairement aux ministères français), soit environ 25 000 agents responsables de la mise en œuvre opérationnelle des objectifs qui leur sont fixés. **Les agences gouvernementales suédoises disposent quant à elles d'une grande autonomie en termes de prise de décisions, d'actions et de gestion des ressources humaines et budgétaires**<sup>1</sup>. Elles sont indépendantes du gouvernement. Ce principe d'indépendance est considéré comme une garantie d'efficacité, leurs décisions n'intégrant pas de considérations politiques<sup>2</sup>.

La gestion de la pandémie de COVID-19 en Suède a mis en exergue le rôle primordial de ces agences gouvernementales et tout particulièrement celui de l'Institut national de santé publique (« Folkhälsomyndigheten »). En effet, la gestion de la crise sanitaire a reposé en grande partie, et plus largement que dans les autres pays, sur des recommandations formulées par les experts de l'Agence de santé publique qui ont été assez largement suivies<sup>2</sup>. Ces agences peuvent également prendre elles-mêmes certaines décisions pour la lutte contre les maladies infectieuses<sup>3</sup>. Pour rappel également, l'Institut relève à la fois du Ministère de la santé et des affaires sociales et d'un conseil d'administration indépendant.

**Les choix dans la détermination des politiques de santé en Suède sont, et de plus en plus, appuyés par des experts.** En effet, si les grandes lignes de la politique de santé sont arrêtées par le Ministère, une commission d'expertise ad hoc est mise en place pour appuyer l'élaboration des documents stratégiques. Ces commissions comprennent des membres du Parlement et d'autres organisations concernées, mais aussi des experts du monde scientifique ou administratif. Elles disposent d'une grande autonomie et ont une grande influence, y compris à l'échelle locale<sup>3</sup>.

La pandémie de COVID-19 a également mis en lumière le poids important des experts en épidémiologie (notamment par rapport aux responsables politiques) dans la prise de décision et la communication auprès de la population :

« La Suède est l'exemple le plus frappant : ici, ce sont les agences publiques – dont on estime qu'elles ont l'expertise – qui font les recommandations. Les politiques suivent. Cela peut être surprenant, surtout d'un point de vue extérieur, puisqu'on a l'impression que, depuis le début de la pandémie, c'est Anders Tegnell, l'épidémiologiste en chef – de l'Agence de santé publique suédoise – qui est aux manettes, et non le premier ministre »<sup>4</sup>.

1. Etude CNFPT, « Les fonctions publiques locales en Europe - Suède », 2013, lien : <https://www.europaong.org/wp-content/uploads/2013/06/Suede.pdf>.

2. Chroniques internationales de l'IRES, Annie Jolivet, « Une gestion singulière de la crise sanitaire, un système de santé décentralisé sous forte tension », 2020, lien : <https://www.cairn.info/revue-chronique-internationale-de-l-ires-2020-3-page-188.htm>.

3. Site de l'Ambassade de Suède en France, lien : <https://www.swedenabroad.se/fr/ambassade/france-paris/actualit%C3%A9s-%C3%A9v%C3%A9nements2/actualit%C3%A9s/covid-19-la-su%C3%A8de-face-au-coronavirus/>.

4. Le Monde, « COVID-19 : « En Suède, ce sont les agences publiques de santé qui font les recommandations, et les politiques suivent », novembre 2020, lien : [https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/11/09/covid-19-en-suede-ce-sont-les-agences-publiques-qui-font-les-recommandations-et-les-politiques-suivent\\_6059112\\_3244.html](https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/11/09/covid-19-en-suede-ce-sont-les-agences-publiques-qui-font-les-recommandations-et-les-politiques-suivent_6059112_3244.html).



## Financement des dépenses de santé

Les trois quarts des dépenses de santé sont financés par les impôts locaux<sup>57</sup>. Ce financement est complété par des dotations de l'État, qui réalise par ce biais une redistribution entre les comtés ayant des niveaux de richesse et des besoins différents. Il alloue également des subventions fléchées pour financement des programmes prioritaires de santé.

## Transfer de compétences vers les collectivités locales

Le Health and Medical Services Act de 1982 transfère la grande majorité des compétences du secteur de la santé de l'État vers les collectivités territoriales : les Comtés d'une part, et les communes d'autre part. **Ces autorités locales (les comtés principalement) jouent un rôle majeur dans l'organisation, le pilotage et le financement du système de santé**<sup>58</sup>. Ainsi, chaque autorité régionale et locale est responsable de la gestion et de la priorisation de ses propres ressources pour la fourniture des soins de santé et services sociaux. Par conséquent, les prestations de santé et leur disponibilité peuvent varier d'un territoire à l'autre.

Par ailleurs, les deux niveaux de collectivités territoriales ne sont pas subordonnés et disposent de compétences différentes (certaines obligatoires, d'autres facultatives)<sup>59</sup>.

---

57. Le système de santé suédois relève du modèle "béveridgien" : il est essentiellement financé par l'impôt (comme pour le Royaume-Uni).

58. Adsp, « Suède, un système géré librement par les comtés », 2004.

59. Sénat, Rapport d'étape sur la réorganisation territoriale, juillet 2021, lien : <https://www.senat.fr/rap/r08-264-1/r08-264-13.html>.

## L'échelon de gouvernance régionale

Au niveau régional, **21 comtés et leur conseil**, échelon essentiel de gouvernance du système de santé, sont responsables de l'organisation, du financement et de la prestation des services de soins de leurs populations (soins primaires et spécialisés). Ils doivent donc fournir l'ensemble des soins à une population qui varie de 130 000 à 1,8 million de personnes. Les comtés prennent la plupart des décisions concernant l'allocation de ressources aux services de santé de leur territoire. Cependant, ils ont toujours collaboré largement avec l'Etat pour les décisions concernant l'offre de soins régionale de 3<sup>e</sup> niveau (soins aigus très spécialisés) et pour les investissements dans la technologie de pointe de santé<sup>60</sup>. Les **comtés sont regroupés en 6 régions de coordination de soins<sup>61</sup> afin de faciliter la coopération en matière de soins de 3<sup>e</sup> niveau (soins aigus très spécialisés) entre ces territoires**. Chaque région dessert une population de plus d'un million de personnes en moyenne<sup>60</sup>.

Les comtés détiennent et assurent la gestion de la plupart des centres de soins de santé primaire. Ils sont également responsables de l'autorisation d'installation des praticiens privés. Outre cette gestion, les conseils des comtés détiennent la plupart des établissements hospitaliers. Certains établissements de santé peuvent également être gérés par des entreprises privées auxquelles le comté a transféré tout ou une partie des responsabilités opérationnelles<sup>62</sup>.

Quant à l'activité de pharmacie, il existe au niveau des comtés, des comités chargés de l'élaboration de recommandations concernant l'utilisation des produits pharmaceutiques<sup>63</sup>.

Enfin, si les communes sont responsables de la fourniture de soins de longue durée, la responsabilité des soins médicaux incombe aux comtés.

Comme mentionné supra, l'État a une intervention limitée sur les collectivités territoriales. Les 21 conseils de comtés sont, d'une part gérée par une préfecture<sup>64</sup>, d'autre part, gouvernés par une assemblée locale élue tous les 4 ans. Les comtés disposent, comme les communes, du droit de lever des impôts pour couvrir les dépenses de santé. **Ainsi, les dépenses de santé et soins médicaux (y compris les soins dentaires) représentent 89 % des budgets des conseils de comté<sup>62</sup>**.

63. CLEISS, « Le système de santé suédois », lien : <https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/suede.html>.

64. La préfecture est responsable de la réalisation dans le comté des objectifs nationaux établis par le gouvernement. Elle est dirigée par un préfet représentant de l'Etat et nommé par le gouvernement.

60. Observatoire européen des systèmes et politiques de santé, Suède, lien : <https://www.hspm.org/countries/sweden25022013/livinghit.aspx?Section=2.1%20Overview%20of%20the%20health%20system&Type=Section>.

61. La région de Stockholm, les régions du sud-est, du sud, de l'ouest et du Nord de la Suède, ainsi que la région d'Uppsala-Örebro.

62. Progress Consulting, « La gestion des systèmes de santé dans les États membres de l'UE - Le rôle des collectivités locales et régionales », lien : <https://cor.europa.eu/en/engage/studies/Documents/health-systems/health-systems-fr.pdf>.





### **Une organisation décentralisée de la santé vers les comtés très aboutie mais qui peut aussi être génératrice d'inégalités de traitement entre ces territoires**

La décentralisation est le pendant des réformes menées en Suède au début des années 1980 le plus abouti. L'organisation décentralisée (à la fois politique et financière) de la santé a été utilisée dans ce pays pour mieux maîtriser les dépenses de santé en accroissant l'autonomie et la responsabilisation des autorités locales dans ce domaine<sup>1</sup>.

Cependant ce modèle a aussi entraîné des inégalités de traitement entre territoires. En effet, les comtés étant chargés de l'organisation, du financement et de fourniture des soins de leurs populations (soins primaires et spécialisés), les systèmes peuvent varier d'un comté à l'autre, au détriment de certaines collectivités moins bien pourvues<sup>2</sup>.

La réduction des inégalités régionales, a été placée comme priorité gouvernementale dans les années 2000 mais demeure encore inachevée<sup>2</sup>.

Ainsi, le gouvernement national tout comme l'association des pouvoirs locaux et des régions (SALAR) cherchent à donner au système de santé suédois des règles communes de fonctionnement, afin d'harmoniser les politiques menées et d'éviter de trop grandes disparités entre les territoires. A titre d'exemple, un plan d'action national a été adopté au début des années 2000 dans l'objectif de soumettre les financements nationaux des comtés à des orientations définies au niveau national en matière de prévention et d'accès aux soins primaires<sup>3</sup>.

En conclusion, si la décentralisation du pilotage et du financement du système de santé et la responsabilisation des acteurs locaux constituent des enseignements clés du modèle suédois, il convient de rappeler le rôle central de l'Etat pour assurer l'équité des ressources et pour la définition de règles communes de fonctionnement sur l'ensemble du territoire.

### **Le comté : échelon territoriale de gestion du système de santé optimal ?**

La taille des comtés comme échelon territorial de gestion du système de santé fait l'objet de débat en Suède. Il est considéré par certains experts comme un échelon de trop petite taille pour gérer les établissements hospitaliers et comme une entité trop grande pour diriger et coordonner les services de soins de santé primaire<sup>4</sup>.

Des expérimentations ont été menées pour repenser l'échelle de gestion du système de soin de certains territoires, telles que<sup>4</sup> :

- ▶ La création d'une nouvelle entité géographique, un comté régional élargi qui associe différentes aires métropolitaines du sud du pays (Göteborg et Skaene) dans un objectif de gestion plus efficace des hôpitaux
- ▶ Une recentralisation partielle au niveau des comtés par laquelle le conseil de comté et plusieurs communes (de la région de Vasterbotten) ont confié la gestion de tous les services sanitaires et sociaux, y compris le secteur hospitalier, à une agence dotée d'un directeur. Le comté et les communes font partis du conseil d'administration de cette agence.

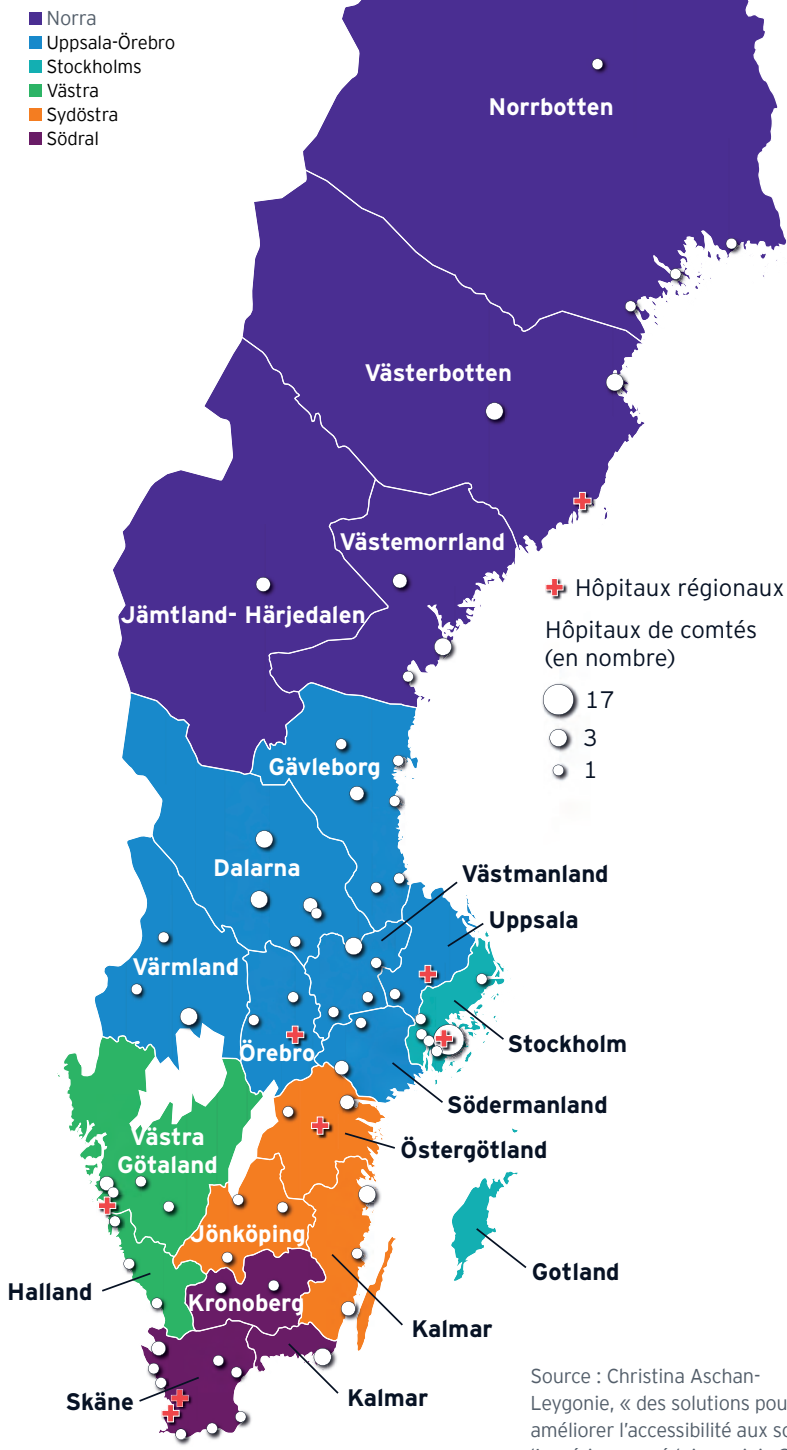
1. Sénat, « la promotion de la bonne gouvernance : l'exemple du système de soins », lien : <https://www.senat.fr/rap/r06-377/r06-3777.html>.

2. Institut Montaigne, « Réforme du système de santé suédois : le "modèle de Stockholm" doit-il être envié? », 2017, lien : <https://www.institutmontaigne.org/blog/2017/02/14/R%C3%A9forme-du-syst%C3%A8me-de-sant%C3%A9-su%C3%A9dois-%3A-le-mod%C3%A8le-de-Stockholm-doit-il-%C3%Aatre-envi%C3%A9>.

3. Bruno Palier, « Un système régionalisé en constante évolution : le cas suédois », 2006, lien : <https://www.cairn.info/journal-les-tribunes-de-la-sante1-2006-3-page-29.htm>.

4. Adsp n°46, rubrique internationale, « Suède, un système géré librement par les comtés », mars 2004.

**Territoires du système de soin en Suède en 2016 : les grandes régions de soins de santé, les conseils de comté et les hôpitaux**



Source : Christina Aschan-Leygonie, « des solutions pour améliorer l'accès aux soins : l'expérience suédoise », juin 2017



## L'échelon de gouvernance locale

---

Au niveau local, les 290 communes ont pour principale responsabilité la prise en charge sanitaire des personnes âgées et des personnes en situation de handicap :

- ▶ Depuis la réforme Ädel de 1992, responsable de l'organisation et du financement des soins non médicaux et des logements des personnes âgées et des personnes en situation de handicap<sup>65</sup> ;
- ▶ En 1995, les soins psychiatriques de longue durée ont également été confiés aux communes. Les soins de réadaptation à la sortie des services d'urgence / hospitalisation relèvent également de

leur compétence<sup>66</sup>, ainsi que des services de santé publique, de la médecine infantile, de la santé scolaire et de l'hygiène environnementale.

Les 290 communes sont gouvernées par des assemblées élues tous les 4 ans et disposent du droit de lever des impôts pour couvrir les dépenses de santé. **Ainsi, les dépenses de soins non médicaux pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap représentent environ un tiers des dépenses totales des communes<sup>67</sup>.**

---

65. Institut Montaigne, « Réforme du système de santé suédois : le "modèle de Stockholm" doit-il être envié? », février 2017.

---

66. CLEISS, « Le système de santé suédois », lien : <https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/suede.html>.

67. Progress Consulting, « La gestion des systèmes de santé dans les États membres de l'UE - Le rôle des collectivités locales et régionales », 2012.

## Fournisseurs de soins : une offre de soins en grande majorité publique

---

**Les centres de soins de santé primaire** : l'offre de soin de santé primaire constitue une part importante du système de santé suédois, avec environ **1 150 centres de soin** en 2015. Ces centres de soin sont placés sous l'autorité des comtés et certains d'entre eux sont gérés par des entreprises privées dont la responsabilité opérationnelle a été transféré par le comté concerné. La plupart des centres de soins de santé primaire sont publics. Cependant 20 % à 25 % sont détenus par des entreprises privées, ou 50 % dans le comté de Stockholm, mais la quasi-totalité de ces centres sont gérés sous contrat avec les comtés<sup>68</sup>.

Les établissements hospitaliers :

- ▶ le deuxième niveau de soins est composé d'environ **70 hôpitaux de comtés** offrant des soins dans diverses spécialités. Ils sont également responsables des secteurs psychiatriques ;

- ▶ le troisième niveau de soins est composé **7 hôpitaux régionaux / universitaires répartis** dans 6 régions de coordination de soins. Ils sont responsables des soins aigus et très spécialisés, des soins intensifs et sont également impliqués dans la recherche.

### Statut et répartition des professionnels de santé

Le système de santé suédois se caractérise par **une répartition des médecins (comme des autres professionnels de santé) relevant en très grande majorité du secteur public<sup>68</sup>**. En effet, 90 % des médecins sont salariés des comtés ou sous contrat (et non des professionnels libéraux). Les salaires et les conditions d'emploi sont donc négociés, du côté des employeurs, par les fédérations de collectivités locales et, du côté des professionnels de santé, par les associations qui les représentent.

---

68. Sénat, « Réformer la protection sociale : les leçons du modèle suédois », lien : <https://www.senat.fr/rap/r06-377/r06-3777.html>.



En outre, le système suédois se caractérise par **une répartition des médecins essentiellement sur les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> niveau de soins**<sup>68</sup>. En effet, 80 % d'entre eux travaillent dans le secteur hospitalier et sont des spécialistes (contre 55 % en France). La majorité des soins de santé primaire sont assurés par des professionnels paramédicaux et les médecins interviennent pour les cas graves.

## Gestion et financement des hôpitaux

Les comtés sont libres du choix du mode de relation qu'ils souhaitent mettre en place pour la gestion et le financement des établissements hospitaliers placés sous leur tutelle.

La plupart des comtés ont choisi le principe de séparation entre l'acheteur du service (c'est-à-dire le comté) et le fournisseur (hôpitaux et professionnels de santé). Selon ce système, les relations entre les parties (comté / établissement) sont définies par

une convention fixant les objectifs à atteindre et les moyens financiers accordés et incluant les sanctions éventuelles en cas de non-respect des clauses contractuelles. Ce système se caractérise par une grande liberté de gestion pour les hôpitaux.

Concernant le financement de l'hôpital en Suède, le système de dotation globale, qui était le plus communément utilisé dans les années 1980, a progressivement laissé place à des mécanismes de paiement à la pathologie avec le système DRG<sup>69</sup> (diagnosis related group), système s'appliquant notamment dans le comté Stockholm. Ce système s'apparente à la tarification à l'activité (T2A) en France.

69. Selon ce système, chaque groupe homogène de malades se voit attribuer un nombre prédéfini de points et le budget versé par le comté à l'hôpital est alors fonction du nombre d'actes pratiqués dans chaque groupe de soins et de la valeur du point.

## Synthèse du système de santé suédois

L'étude du système de santé suédois offre de nombreuses perspectives de changement pour la France. En premier lieu parce que, comme la France, la Suède est un pays unitaire, dont le système de santé était fortement centralisé avant les réformes des années 80. A ce titre, il est intéressant de se pencher sur l'armature décentralisée du système de santé, en soulignant l'autonomie effective des échelons par l'autonomie financière, mais en analysant aussi comment cette décentralisation s'est établie dans le cadre d'un pays qui laisse une place importante à la consultation et continue d'adapter son système, faisant écho à la pratique de no regret move évoquée plus haut.

La décentralisation suédoise du système de santé est remarquable du fait de deux aspects : le lien entre autonomie financière et autonomie de gouvernance de toutes les échelles ; et la volonté de définir clairement les champs de compétences des échelons. On souligne en effet combien en Suède la capacité des collectivités territoriales de lever des impôts

afin de financer essentiellement le système de santé confère une réelle autonomie et approche efficiente de la gestion budgétaire. Cette efficacité est renforcée par la définition claire et simple de la répartition des compétences entre les deux collectivités territoriales : les comtés et les communes, les communes ayant le monopole des compétences dans le domaine du médico-social.

Dans le processus de décentralisation du système de santé suédois, deux points sont à souligner. La politique d'ajustement de la taille des comtés avec les expérimentations ayant pour but de calibrer la taille optimale d'un comté, et l'étendue effective de l'autonomie afin d'éviter les inégalités entre les comtés. Cette politique d'ajustement de la construction décentralisée fait écho au recours fréquent des échelons au concours des autres échelons, dans une dynamique de coordination, mais aussi au concours de la population et des personnels soignants dans le cadre d'une véritable « démocratie sanitaire ».

# 3 Italie

## Chiffres clés

59,4<sup>M</sup>

Population totale  
(2020 - OCDE)

42 502<sup>\$</sup>

Revenu national brut par  
habitant (2020 - OECD)

H : 81,1  
F : 85,7

Espérance de vie à la  
naissance h/f (2020 - OCDE)

2,4/1000

Quotient de mortalité  
infanto-juvénile (pour  
1000) (2019 - OCDE)

H : 68  
F : 39<sup>1</sup>

Quotient de mortalité  
15-60 ans h/f (pour 1000)

3 819<sup>\$</sup>

Dépenses totales  
consacrées à la santé par  
habitant (2020 - OCDE)

9,7%

Dépenses totales  
consacrées à la santé en %  
du PIB (2020 - OCDE)

25%

Personnel autres que médical  
ou paramédical dans l'emploi  
hospitalier\* (2018)

Source : Site mondial de l'Organisation Mondiale de la Santé, OMS | Pays (who.int)

\*Source : OCDE health Statistics 2020, Hospital employment, OECD Statistics

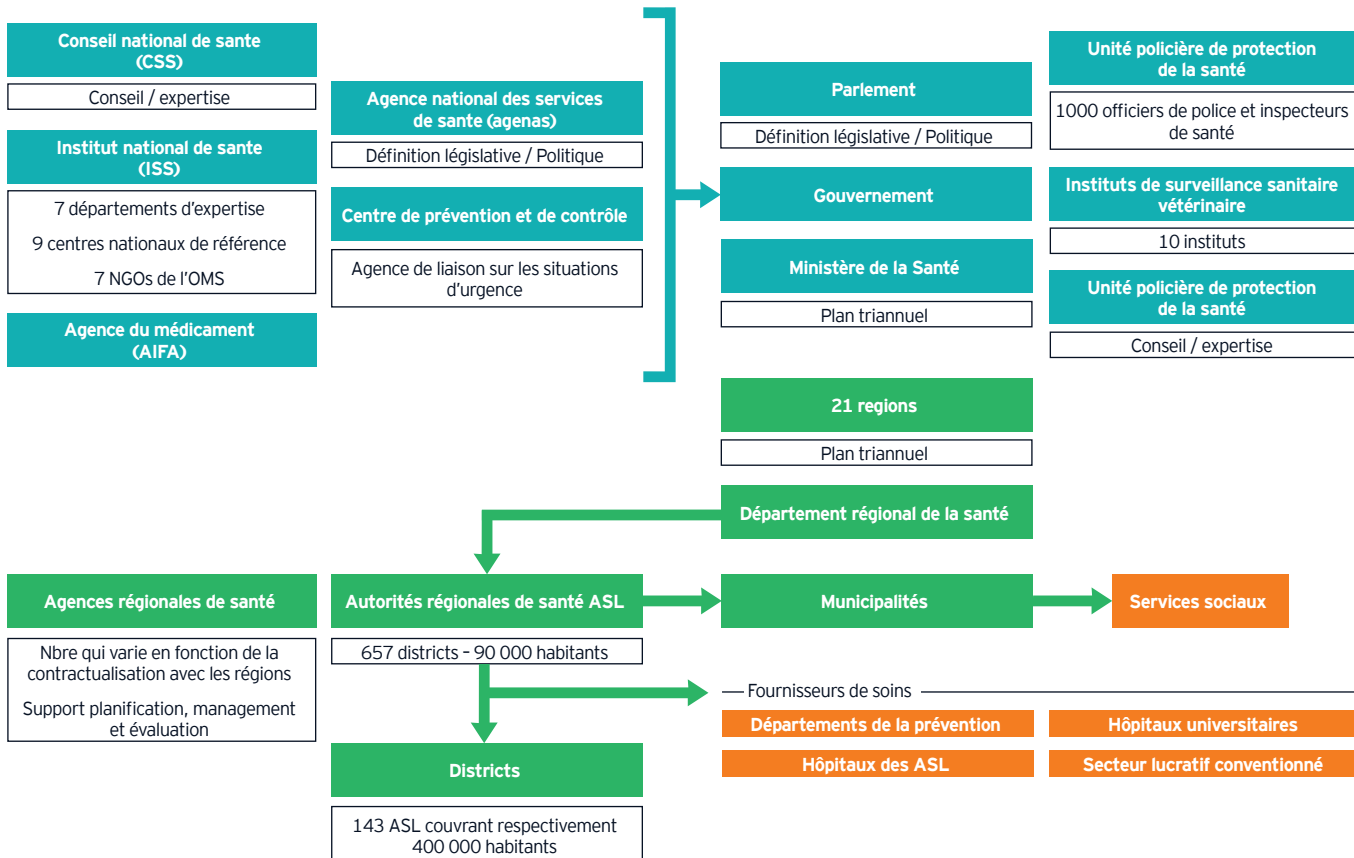
1. WHO - <https://www.who.int/countries/fra/fr/>.

En Italie, le système de santé et les fonctions de décisions en termes de politique de santé sont très décentralisées, et ce depuis des réformes initiées dès 1990. Il s'agit d'un service national de santé (Servizio Sanitario Nazionale, SSN), organisé principalement au niveau régional, qui offre une couverture universelle. Le pays se compose de 19 régions et 2 provinces autonomes, aux caractéristiques très hétéroclites (taille, population, niveau de développement économique).



### Organisation du système de santé en Italie

■ Niveau national ■ Niveau local



## L'échelon de gouvernance nationale

---

Le système de santé italien est composé de nombreuses organisations nationales en charge de légiférer, contrôler et développer l'offre de santé en Angleterre.

3 instances décisionnaires au niveau national :

### Le Parlement

Ses 2 chambres (chambre des députés et Sénat) ont des pouvoirs identiques. Il contribue à proposer et voter les lois, les pouvoirs et de manière traditionnelle opère des contrôles (informations, questions et interpellations au gouvernement, accorde la confiance ou destitution du gouvernement), et dans ce cadre intervient sur les questions de santé.

### Le Gouvernement

Le gouvernement central fournit le cadre législatif des soins de santé et définit les principes et objectifs du système de santé. Il définit, par l'intermédiaire du ministère, le panier de prestations de base et la norme des services de santé fournis par les régions.

### Le Ministère de la Santé

Composé de trois départements majeurs comprenant chacun ses directions :

- ▶ La direction de santé publique et innovation : prévention, recherche, relations institutionnelles ;
- ▶ La direction de l'organisation et de la planification des soins : planification des soins de santé, système d'information et statistiques en matière de santé, professionnels de santé et ressources humaines, dispositifs médicaux, services pharmaceutiques et sécurité des soins ;
- ▶ La direction des soins vétérinaires, de la sécurité alimentaire et organismes pour la protection de la santé : soins vétérinaire, nutrition, protection.

2 agences nationales en appui au Ministère (rôle d'expertise) :

- ▶ **Conseil National de Santé (Consiglio Superiore di Sanità, CSS)** : Le plus important comité technique consultatif pour le Ministère de la Santé

qui rassemble des représentants des agences gouvernementales nationales, des scientifiques, des médecins et d'autres experts reconnus nommés par le Ministère de la Santé ;

- ▶ **Institut National de Santé (Istituto Superiore di Sanità, ISS)** : Ce conseil effectue et diffuse la recherche scientifique, de surveillance et promotion de la santé. Elle a un rôle de conseiller pour le Ministère de la Santé, tout en ayant une forte autonomie notamment dans la conduite de ses recherches.

2 agences nationales affectées au pilotage du système de santé :

- ▶ **Centre National de Prévention et de Contrôle des Maladies (CCM)** : créé en 2004, il assure la liaison entre le Ministère de la Santé et les gouvernements régionaux pour mener des activités de surveillance, de prévention et de réponse aux urgences sanitaires. Son rôle s'est élargi pour inclure également l'élaboration de stratégies nationales autour de la prévention, la promotion de la santé et l'équité dans l'accès aux soins ;
- ▶ **Agence nationale des services de Santé régionaux (AGENAS)** : à l'interface entre le Ministère de la Santé et les autorités régionales. Elle aide à la planification sanitaire nationale et régionale, permet d'identifier les coûts et l'efficacité des services de santé, et de détecter les problèmes de gestion des ressources de santé (ressources humaines, matériel et fourniture). En ce sens elle apporte son expertise pour la mise en œuvre des réformes organisationnelles.

Des instances de réglementation et de sécurité :

- ▶ L'Agence Italienne du Médicament (EFA) ;
- ▶ L'unité policière de la protection de la santé (NAS) ;
- ▶ Instituts de Surveillance Sanitaire Vétérinaire (IZS) ;
- ▶ Institut National d'Assurance contre les Accidents du travail (INAIL).



## L'échelon de gouvernance régionale

Les gouvernements régionaux, à travers leurs **départements régionaux de la santé**, sont responsables :

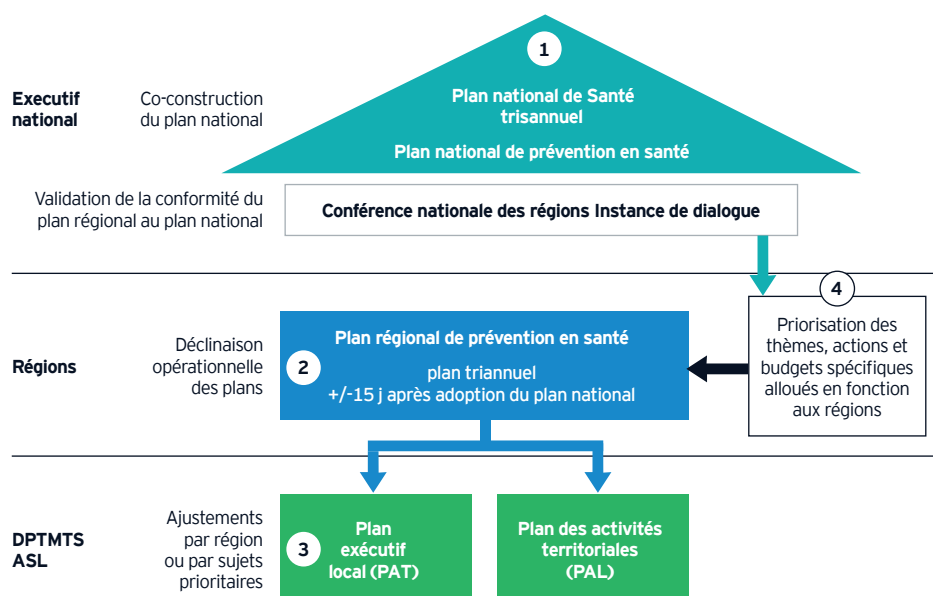
- De la planification locale (selon les objectifs de santé spécifiés au niveau national) ;
- De l'organisation et de la gestion des services de santé ;
- De la prestation des services à travers les réseaux d'autorités sanitaires locales basées régionalement (Aziende Sanitarie Locali, ASL).

Chaque région, par l'intermédiaire de son Conseil régional élu, exerce des fonctions législatives (activité élargie par la réforme du SSN de 1999). Les régions disposant ainsi d'une certaine autonomie, sont en capacité de réformer leurs systèmes de santé tant au niveau organisationnel que financier, pour répondre à leurs besoins contextuels, politiques, économiques et culturels.

### La définition de la politique de santé en Italie

Si la politique nationale tente de se décliner verticalement dans les différents échelons de l'organisation territoriale, les régions conservent une forte autonomie en la matière. On peut identifier 4 leviers de définition de la stratégie en santé :

1. Au niveau national, un plan triannuel est voté, après concertation avec les régions, qui donne lieu au plan national de prévention en santé.
2. Ce plan doit ensuite être décliné au niveau de chaque région, dans les 150 jours suivant l'adoption. Le national vérifie la bonne conformité du plan régional avant adoption.
3. Enfin au niveau territorial et de leurs ASL, sont construits des Plans d'exécution (PAT) et d'action (PAL).
4. Afin d'apporter une certaine flexibilité au dispositif législatif global, la conférence nationale des régions permet également de prioriser des axes de prises en charge, en fonction du contexte, en émettant notamment des enveloppes complémentaires budgétaires spécifiques.



### Quelle différence avec la France ?

D'apparence, le système italien ressemble au système français avec une même déclinaison des plans stratégiques du national au local. Toutefois, si en France, les PRS, les CLS et autres contrats de mise en œuvre de la stratégie nationale correspondent à une application directe (sous forme d'autorités déconcentrées), en Italie, la mise en œuvre de ces politiques nationales revient à des autorités qui disposent d'une très forte autonomie, et qui peuvent donc adapter la politique locale de santé au contexte de la région.

## Une hétérogénéité des soins installée entre régions

Ce choix de gouvernance est à l'origine d'une hétérogénéité inter-régionale inévitable : les régions du nord, plus riches, sont dotées d'un meilleur système de soins et voient donc affluer de nombreux patients venant des régions du sud, plus pauvres – cela créant de nombreuses files d'attente.



## L'échelon de gouvernance locale

---

Au niveau local, les autorités de santé sont les Aziende Sanitarie Locali (ASL). Les premières ASL ont vu le jour en 1993, et sont un vrai exemple de décentralisation de la santé publique.

Il s'agit d'entités publiques et autonomes qui fournissent des services de santé publique, de santé communautaire et des soins primaires/secondaires et spécialisés :

- ▶ Directement ;
- ▶ *Via* les hôpitaux publics ;
- ▶ *Via* des prestataires privés agréés : dans ce dernier cas, les ASL fonctionnent comme « acheteurs de services » et nous parlerons d'« AOs ».

Ces ASL sont définies géographiquement et démographiquement, et dépendent directement du gouvernement de leur région, qui les finance selon des schémas de financement variables d'une région à l'autre. En 2012, on comptait 143 ASL dans le SSN. Aujourd'hui on en compte 101<sup>46</sup>. Le volet social est en revanche géré par les municipalités.

### La structure interne et le personnel des ASL

A la tête de ces agences, on retrouve des cadres, nommés par le conseiller régional de la santé, sur la base d'un classement au mérite. L'ASL fonctionne et est gérée comme une entreprise autonome. Pour son bon fonctionnement, elle réunit du personnel d'organisation, du personnel de gestion, des techniciens spécialisés, ainsi que des comptables.

Bien que chaque ASL œuvre pour répondre aux problématiques spécifiques rencontrées localement, elles sont toutes constituées en suivant la même structure. On trouve un directeur général, un directeur médical, un conseil de santé, ainsi que le collège des commissaires aux comptes et le Conseil d'administration. Le directeur général est nommé par la région et peut-être licencié à tout moment. Le directeur général nomme le directeur médical.

---

46. Quante ASL in Italia | News | Pke Group.

## Les fournisseurs de soins

### Les fournisseurs publics et privés

Le système de santé privé est fortement développé en Italie, pour compenser les faiblesses du système de santé public. En outre, l'organisation des soins diffère sensiblement entre les régions du fait de leur forte autonomie. Ainsi une région comme la Toscane souhaitera conserver un système centralisé, avec des hôpitaux restant sous le giron des Autorités Sanitaires Locales. D'autres régions, comme la Lombardie, vont privatiser de manière accrue le système, en faisant appel à des « AOs » (des « hôpitaux entreprises »).

### La gradation des soins hospitaliers

Les hôpitaux sont classés en fonction de leur niveau de spécialisation et de leur capacité à traiter des urgences. Nous avons des hôpitaux de base, de niveau 1 et 2. Plus le niveau est élevé, plus la permanence est importante et le niveau de spécialité élargi. Les hôpitaux de niveau 3 correspondent aux hôpitaux avec des soins hautement spécialisés, comprenant les hôpitaux universitaires et des instituts de recherche scientifique.

### Combien et qui sont leurs administrateurs ?

En 2014, le système de santé Italien se composait de :

- 50 % de professionnels de santé, formés par l'université publique ;
- 18 % de de non-professionnels de santé ;
- 14 % de médecins internes ;
- 12 % en recherche et universitaires.

Il n'existe pas de système éducatif/universitaire propre au management hospitalier (propre au système de santé français). Les directeurs d'hôpitaux n'ont pas un statut spécifique ou réglementé (cela est une spécificité française). Toutefois, « une expérience préalable en gestion hospitalière est exigée, de minimum 5 ans, par ailleurs le nouveau directeur bénéficie d'une formation d'adaptation à l'emploi dans les 6 mois suivant la prise de poste »<sup>47</sup>. **On observe une tendance au recrutement de profils managériaux plutôt que des nominations politiques à la tête des établissements de santé italiens.**

47. La formation des directeurs d'hôpital public, une singularité française (theconversation.com).

## Synthèse du système de santé Italien

Le système de santé italien est remarquable du fait de la coopération entre l'échelon régional et national dès la définition du cadre légal qu'est le plan national trisannuel, qui est ensuite décliné par les régions pour s'adapter davantage au terrain. Cette déclinaison fait s'objet d'un accord national. Une dynamique de coopération se met ainsi en place, assurant en principe une cohérence nationale tout en conservant la marge de manœuvre régionale, sans applicabilité directe du plan. On souligne par ailleurs la compétence clé des ASL, qui, financées par les régions, articulent l'équilibre des fournisseurs de service entre prestataires publics ou privés, ce qui peut engendrer

des inégalités. Le système de décentralisation de santé italien permet-il présente ainsi une bonne coopération des échelons.

Il est aussi intéressant d'étudier le système de santé italien à la lumière de la concentration territoriale des établissements de santé : l'Italie a fait le choix de conserver une déconcentration importante des systèmes de santé, donnant lieu à une bonne couverture du territoire en matière de santé et faisant en partie barrière au risque de désert médical. Ce choix diffère de la stratégie de pays dont l'organisation de la prise en charge repose sur le transport des patients vers des centres de santé concentrés.

# 4 Espagne

## Chiffres clés

47,4<sup>M</sup>

Population totale  
(2020 - OECDE)

38 063<sup>\$</sup>

Revenu national brut par  
habitant (2020 - OECDE)

H : 79,7  
F : 85,1

Espérance de vie  
à la naissance h/f  
(2019 - OECDE)

2,6/1000

Quotient de mortalité  
infanto-juvénile (pour 1000)  
(2019 - OECDE)

H : 74  
F : 38

Quotient de mortalité  
15-60 ans h/f (pour 1000)

3 600<sup>\$</sup>

Dépenses totales  
consacrées à la santé par  
habitant (2019 - OECDE)

9,1%

Dépenses totales  
consacrées à la santé en %  
du PIB (2019 - OECDE)

24%

Personnel autres que  
médical ou paramédical  
dans l'emploi hospitalier\*

Source : Site mondial de l'Organisation Mondiale de la Santé, OMS | Pays (who.int)

\*Source : OCDE health Statistics 2020, Hospital employment, OECD Statistics

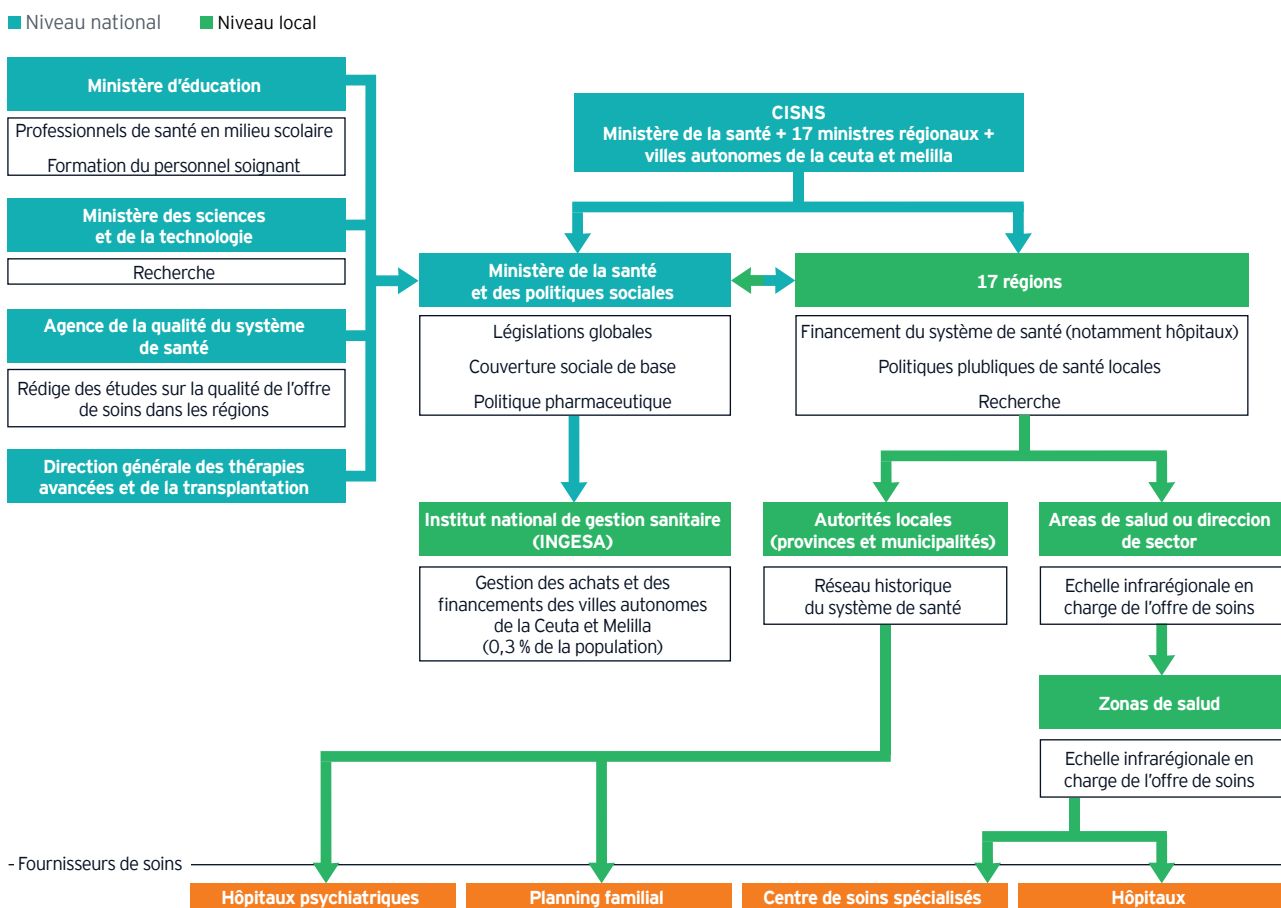
L'Espagne dispose d'un système de santé fortement décentralisé au sein duquel les régions financent et organisent l'offre de soin. Ce système est issu de la loi organique de 1986.

Un inconvénient significatif est apparu depuis 1986 autour des inégalités de santé entre les territoires et la difficulté de coordination entre les territoires, les régions et l'État central. En 2003, une loi visant à renforcer la coopération et la péréquation budgétaire a été promulguée pour pallier certains de ces dysfonctionnements. Cependant, le système décentralisé espagnol permet de renforcer la démocratie en santé et d'apporter des réponses plus adaptées aux problématiques locales.





### Organisation du système de santé en Espagne



## L'échelon de gouvernance nationale

---

En 1986 la Loi de Santé Générale définit l'organisation du système de santé national espagnol.

Cette organisation repose sur plusieurs principes :

- ▶ L'universalité de l'accès aux soins. Les usagers ont un droit égal d'accéder aux soins, quelle que soit leur affiliation à la sécurité sociale ou leur capacité économique ;
- ▶ La décentralisation. Le système se structure sur un schéma régional ou les gouvernements des Autonomias sont globalement décisionnaires sous le contrôle de l'État ;
- ▶ La participation de la communauté. Les citoyens ont le droit de participer aux orientations et au contrôle du système de santé espagnol ;
- ▶ La base des soins est constituée par les soins primaires.

En 2003, une loi de cohésion et de qualité du système national de santé a été promulguée. Cette loi a pour objectif officiel d'établir le cadre juridique des actions de coordination et de coopération des Administrations de Santé Publique dans l'exercice de leurs compétences respectives, de manière à garantir l'équité, la qualité et la participation citoyenne au Système National de Santé, ainsi que la collaboration active à la réduction des inégalités en matière de santé.

Dans les faits il semble que cette loi cherche à pallier la déstructuration et les inégalités de santé qui ont émergé depuis la loi de 1986 entre les différentes régions qui avaient chacune installé un système de santé local, créant de fortes disparités d'organisation et de qualité.

### Instances décisionnaires du niveau national

#### Le ministère de la santé

En charge d'émettre des propositions de lignes directrices et de soutenir financièrement les systèmes de santé régionaux en fonction de données socio-démographiques. Les compétences exclusives de l'État dans le domaine de la santé sont les suivantes : santé étrangère ; bases et coordination générale de la santé et de la législation sur les produits pharmaceutiques.

#### Le Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS)

Organe de coordination. Le « gouvernement de la santé » existant sous la forme du CISNS regroupe l'État central représenté par le ministre de la santé et les gouvernements régionaux représentés chacun par un ministre de la santé régional. Cet organe sert de coordination au système de santé espagnol, néanmoins les régions demeurent décisionnaires et les décisions du CISNS se font traditionnellement au consensus. Le ministère joue un rôle d'encadrement dans l'application des décisions du CISNS.

### 2 agences dépendant du ministère

- ▶ **Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud** (Agence de qualité du système national de santé) a notamment pour but d'élaborer des études et de compiler des informations sur le système de santé espagnol dans les différentes régions du pays. Elle a aussi à sa charge l'élaboration d'un Institut d'information sanitaire à l'échelle nationale ;
- ▶ **Dirección General de Terapias Avanzadas y Trasplantes** (Direction générale des thérapies avancées et de la transplantation) ;
- ▶ Ces 2 agences ont été créées par la loi de 2003 de cohésion et de qualité du système national de santé.

## L'échelon de gouvernance régionale

**Les 17 régions (Autonomías)** espagnoles sont responsables de l'offre de soin sur leurs territoires et de son financement. Elles possèdent chacune un système de santé indépendant reposant sur une administration des centres de santé, hôpitaux, et toute autre structure de soin. Elles organisent aussi le découpage infrarégional qui diffère selon les régions.

Les régions sont décisionnaires dans le cadre de programmes de coordination nationaux sous l'égide du Consejo Interterritorial del Servicio Nacional de Salud de España (CISNS). Chaque année, après délibération, le CISNS établit une liste minimale des services de santé à pourvoir sur le territoire espagnol. Par la suite, les régions établissent librement leurs propres portfolios de services de santé.

### Mode de financement du système de santé espagnol<sup>48</sup>

Le financement du système de santé espagnol incombe aux communautés autonomes (Autonomías), modulo les accords de transferts annuels actés par le CISNS entre le ministère et les régions. Le financement des services de santé est donc déterminé par les ressources des régions conformément à ce qui a été établi dans les lois de financement annuelles de chacune d'entre elles. Le système fiscal espagnol est lui-même fortement décentralisé. L'actuel régime financier régional a été adopté en juillet 2009 par le Consejo de política fiscal et économique (Consejo de Política Fiscal y Financiera), un organisme public composé de représentants du gouvernement central et des gouvernements régionaux qui est responsable de la coordination fiscale et financière entre les régions et le gouvernement central.

L'inclusion d'un nouveau service dans le catalogue des services du système national de santé par le CISNS est accompagnée d'un mémo économique qui contient l'impact financier positif ou négatif qu'il

devrait impliquer. Ce mémo est présenté au Conseil de la politique fiscale et des finances pour analyse et approbation de la décision.

### Rapports avec l'échelon national

La répartition des attributions entre les Autonomías et le ministère n'est pas très claire.

Les deux échelons régional et national participent au financement du système de santé, le ministère palliant les carences budgétaires occasionnels des régions. Il semble que ce partage des financements puisse créer un rapport de force entre les régions et l'État, les régions les plus riches telles la Catalogne réclamant plus d'indépendance lorsque les régions les plus pauvres perdent en autonomie face au ministère et aux agences de l'État. La région de Catalogne dispose légalement de plus d'autonomie, de même que les deux villes de Ceuta et Melilla situées au nord du Maroc.

De manière générale, la décentralisation du système de santé n'étant pas accompagnée d'une réelle péréquation budgétaire entre les régions, des inégalités sont générées.

*In fine*, le système de santé espagnol semble peu fluide en raison des poids importants du ministère de la santé et des régions qui doivent en permanence se coordonner et céder ou non du terrain en fonction de leur situation budgétaire. Par ailleurs, la multiplicité des acteurs infrarégionaux implique des efforts constants de coordination.



48. Spain Health system review, Enrique Bernal-Delgado Sandra García-Armesto Juan Oliva Fernando Ignacio Sánchez Martínez José Ramón Repullo Luz María Peña-Longobardo Manuel Rídao-López Cristina Hernández-Quevedo.

## L'échelon de gouvernance locale

---

Il existe en Espagne plusieurs échelles infrarégionales :

► **Areas de Salud** (aires de santé) : les aires de santé sont des administrations locales qui regroupent des centres de santé et les professionnels du soin primaire. Les soins primaires comprennent les soins généralistes, la promotion de la santé, l'éducation à la santé, la prévention des maladies, les soins de suite et réadaptation, ainsi que le travail social. Dans certaines régions, les spécialistes sont aussi inclus. Par ailleurs certaines régions appellent ces administrations **Dirección de sector** au lieu de Area de Salud ;

► **Zonas de Salud** (zones de santé) : cette seconde échelle infrarégionale, plus fine que la première, est censée accroître l'efficacité de l'offre de soins mais peut donner l'apparence d'un « mille-feuille » administratif. Une Zona de salud comprend généralement entre 5 000 et 20 000 habitants. Chacune englobe un hôpital et un centre de soins spécialisés.

Ce niveau infrarégional apparaît trop peu coordonné, harmonisé avec les zones homologues, ce qui accroît les inégalités de santé en Espagne.

## Les fournisseurs de soins

---

Il y a en tout 782 hôpitaux en Espagne, soit 0,17 pour 1 000 habitants. L'Espagne se classe loin derrière la France en termes de lits par habitant, avec 3 lits pour 1 000 habitants contre 5,8 en France.

La direction des hôpitaux est dévolue à des médecins, même si des conseils d'administrations incluant des professionnels administratifs existent.

En revanche, il n'existe pas d'école de directeur d'hôpital comparable à l'EHESP et les élus ne sont pas inclus dans la direction des établissements.

Les paiements à l'acte « *out of pocket* » jouent un rôle important en Espagne. Ils représentaient 23,9 % des dépenses totales de santé en 2015 avec une tendance à la hausse depuis 2008.

## Synthèse du système de santé espagnol

---

L'étude du système de santé espagnol permet d'analyser les **dynamiques de déséquilibre** engendrées par la décentralisation et comment l'échelon nationale, peut, à l'image de l'Espagne depuis la loi de 2003, apporter les réponses nécessaires pour rééquilibrer.

La décentralisation du système nationale de santé espagnole repose en particulier sur la **large autonomie financière** des communautés autonomes, en lien avec la décentralisation du système fiscal

autonome. Cette autonomie financière, si elle s'impose comme une condition nécessaire à une autonomie effective, est cause d'inégalités à l'échelle nationale. Les régions dynamiques telles que la Catalogne jouissent d'une plus large autonomie par rapport à l'échelle nationale en ce qu'elles n'ont pas besoin de recourir aux fonds pour pallier les carences budgétaires. La création des deux agences dépendant du ministère à la suite de la loi de 2003 a pour but d'assurer une meilleure cohésion et coordination de la qualité des soins entre les régions.



## Chiffres clés

67,1<sup>M</sup>Population totale  
(2020 - OCDE)

46 050 \$

Revenu national brut  
par habitant (2020 - OCDE)H : 79,6  
F : 83,3Espérance de vie à la  
naissance h/f (2019 - OCDE)

3,7/1000

Quotient de mortalité  
infanto-juvénile (pour 1000)  
(2019 - OCDE)H : 81  
F : 52Quotient de mortalité  
15-60 ans h/f (pour 1000)  
(2016)

5 268 \$

Dépenses totales  
consacrées à la santé par  
habitant (2020 - OCDE)

12,8 %

Dépenses totales  
consacrées à la santé en %  
du PIB (2020 - OCDE)

18 %

Personnel autres que médical  
ou paramédical dans l'emploi  
hospitalier\* (2019)

Source : Site mondial de l'Organisation Mondiale de la Santé, OMS | Pays (who.int)

\*Source : OCDE health Statistics 2020, Hospital employment, OECD Statistics

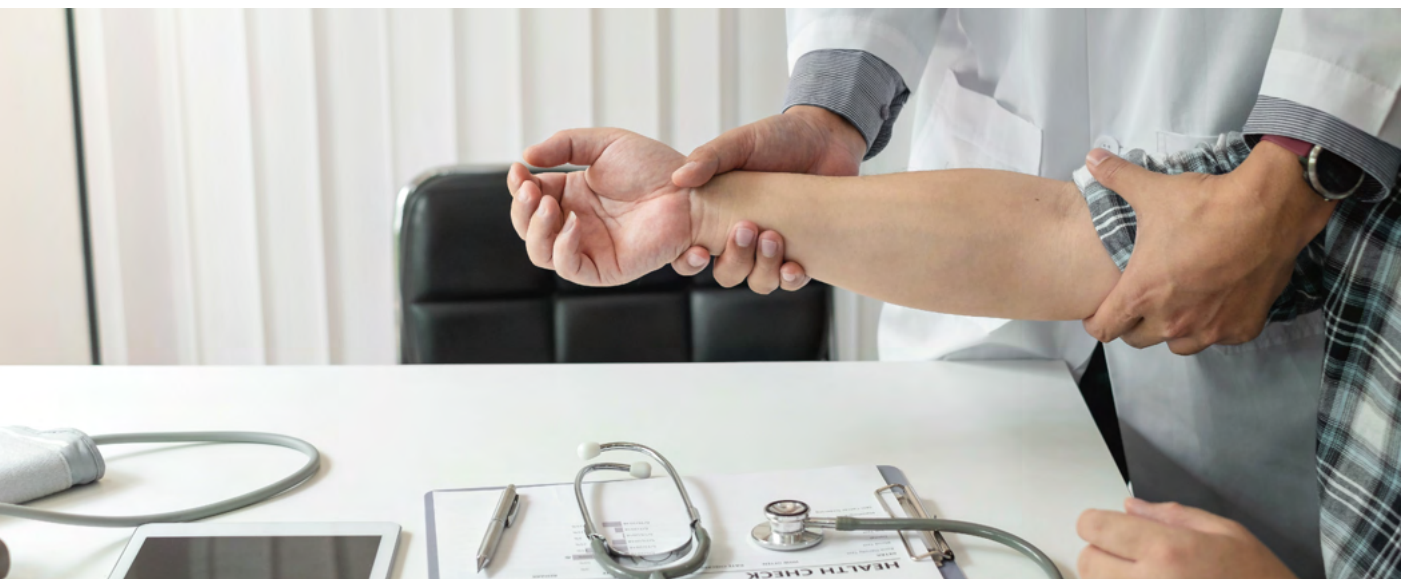
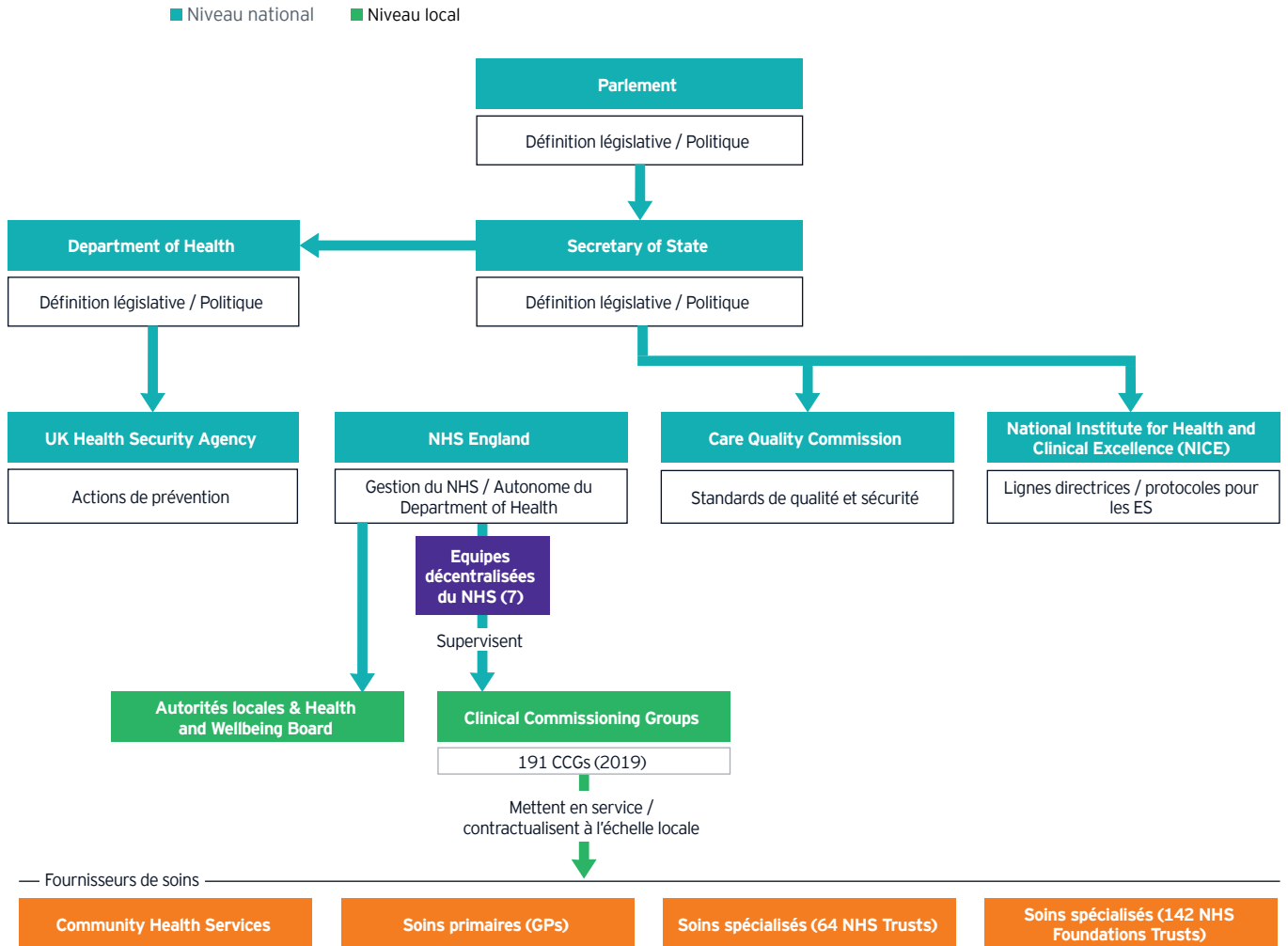
Le National Health Service est le système de santé publique au Royaume-Uni. Depuis 1999 et la décentralisation progressive du pouvoir, chaque nation du Royaume Uni est autonome sur l'organisation des soins. Le NHS est donc composé de quatre organismes autonomes :

- ▶ NHS England pour l'Angleterre ;
- ▶ NHS Scotland pour l'Ecosse ;
- ▶ NHS Wales pour le Pays-de-Galles ;
- ▶ Health & Social Care Board of Northern Ireland pour l'Irlande du Nord.

La présente monographie se concentre plus particulièrement sur l'organisation du système de santé en Angleterre.



## Organisation du système de santé en Angleterre



## L'échelon de gouvernance nationale

Le système de santé britannique est composé de nombreuses organisations nationales en charge de légiférer, contrôler et développer l'offre de santé en Angleterre<sup>17</sup> :

### 3 instances décisionnaires au niveau national

Ces dernières sont en charge de légiférer et de définir la politique de santé du pays. Il s'agit du Parlement, du Secretary of State et du Ministère de la Santé (Department of Health).

### 5 entités nationales d'organisation et de contrôle des soins<sup>18</sup>

#### NHS England

Cet organisme, bras armé financé par le gouvernement est autonome du Department of Health et est en charge d'organiser et de mettre en service les soins. Ses principales responsabilités sont les suivantes :

- ▶ **Gérer le budget** du NHS pour l'Angleterre ;
- ▶ **Superviser les 191 Clinical Commissioning Groups (CCGs)** qui sont des regroupements de médecins généralistes locaux qui planifient, commandent et financent la plupart des soins de service ;
- ▶ **Mettre en service de manière directe certains types de soins** : soins primaires, dentaires, traitements pour maladies rares, vaccinations etc.

#### Care Quality Commission

En charge de protéger l'intérêt des patients, développe des standards de sécurité et de qualité. Elle remplit ce rôle en effectuant des contrôles au cours de la procédure d'enregistrement que tous les nouveaux services de soins doivent remplir, ainsi qu'en procédant à des inspections et à un suivi d'une série de sources de données qui peuvent indiquer des problèmes au niveau des services.

17. 9421-2900878-TSO-NHS\_Guide\_to\_Healthcare\_WEB.PDF (publishing.service.gov.uk).

18. England | Commonwealth Fund.

#### UK Health Security Agency

Agence récemment créée en avril 2021. Précédemment Public Health England, sa mission est d'améliorer la santé publique par des actions de prévention ainsi que de planifier la réponse aux menaces sanitaires externes telles que les pandémies.

#### Health Education England

Cette agence a pour mission de définir la stratégie et de coordonner l'éducation et la formation des professionnels de santé du NHS. Ses principales missions sont :

- ▶ assurer la direction du nouveau système d'éducation et de formation ;
- ▶ veiller à ce que le personnel possède les compétences, les comportements et la formation adéquats, et qu'il soit disponible en nombre suffisant ;
- ▶ veiller à ce les compétences du personnel de santé et de santé publique évoluent en fonction des changements démographiques et technologiques.

#### National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

En charge de soutenir le système de soins, élabore des lignes directrices pour des traitements et protocoles cliniques dans quatre domaines : utilisation des technologies de la santé au sein du NHS ; pratique clinique ; conseils des acteurs du secteur public travaillant sur la promotion de la santé ; conseils aux services sociaux et à leur public.

### Des instances de réglementation et de sécurité<sup>18</sup>

- ▶ Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency ;
- ▶ Human Tissue Authority ;
- ▶ Human Fertilisation and Embryology Authority ;
- ▶ Health Research Authority ;
- ▶ Professional regulators.

## L'échelon de gouvernance régionale

---

Le système de santé est décliné au niveau local à l'échelle des bassins de population. Les systèmes de santé locaux sont soutenus par **des équipes décentralisées du NHS England, soit 7 équipes régionales intégrées**. Elles prennent des décisions sur la meilleure façon de soutenir et d'assurer la performance du système de santé dans leur région<sup>19</sup>.

---

19. NHS England » What do we do?.

## L'échelon de gouvernance locale

---

L'échelon local est composé des entités suivantes :

### Les autorités locales

En charge d'organiser et de mettre en service les soins, d'améliorer la santé publique et de renforcer l'autonomie des personnes et des communautés. Ces autorités présentent une grande variété de responsabilités sur la santé des populations. Elles possèdent toutes un Health and Wellbeing Board qui est constitué des directeurs des autorités locales (santé publique, services sociaux, protection de l'enfance, etc.) ainsi que de membres des Clinical Commissioning Groups (CCGs)<sup>20</sup>.

### Clinical Commissioning Groups<sup>21</sup>

La planification et l'achat des services du NHS sont pris en charge par des organisations et/ou individus connus sous le nom de **commissioners**. Ces derniers sont responsables d'évaluer les besoins de la population, et utiliser leur pouvoir d'achat en tant qu'acheteurs pour obtenir des services abordables et de qualité<sup>20</sup>.

Depuis 2013, cette organisation des soins est réalisée à l'échelle locale par des groupes de professionnels de santé, les Clinical Commissioning Groups (CCGs). Ces derniers, en majorité composés de médecins généralistes ou General Practitioners (GPs) sont en charge d'organiser l'offre de soins sur leur territoire (soins de santé, services de santé mentale, services d'urgences, services hospitaliers privés, les soins ambulatoires de proximité, soins de maternité). Tous les GPs du NHS doivent être membre d'un CCG. Leur comité de direction est composé de GPs et d'autres professionnels de santé (infirmiers, représentants de patients, directeurs de santé etc.) ainsi que d'un consultant en soins spécialisés et de membres non-professionnels (bénévoles)<sup>22</sup>. **La responsabilité de planifier les services locaux est donnée aux professionnels de santé**, à même de mieux connaître les besoins de leurs patients.

---

20. 9421-2900878-TSO-NHS\_Guide\_to\_Healthcare\_WEB.PDF (publishing.service.gov.uk).

21. What is commissioning and how is it changing? | The King's Fund (kingsfund.org.uk).

---

22. Le système de santé britannique (cleiss.fr).



La grande majorité du **budget** de NHS England est délivré directement aux CCGs qui doivent contractualiser avec les différents fournisseurs de soins afin de développer une offre de soins adaptée aux besoins de la population. Lorsque la décision est prise d'acheter un service d'un fournisseur de soins :

- ▶ Un contrat est réalisé avec le fournisseur de soin ;
- ▶ Les *commissioners* doivent revoir la performance des fournisseurs de soins et surveiller les résultats obtenus par ce service.

D'autres organisations à l'échelle locale existent :

- ▶ Local Healthwatch : mission de renforcer l'autonomie des personnes et des communautés ;
- ▶ NIHR Clinical Research Networks : mission de soutenir le système de santé et de soins ;
- ▶ Local Education and Training Boards : mission d'éducation et de formation.



## Les fournisseurs de soins

Le gouvernement possède les hôpitaux et les fournisseurs de soins NHS tels que les services d'ambulance, de santé mentale, d'infirmiers, et autres services communautaires (Centres de santé, Dentistes, Opticiens, Aide à la personne, Services sociaux (Community Groups)). Ces fournisseurs s'appellent des **NHS trusts**<sup>23</sup>.

Les hôpitaux publics sont organisés en tant que NHS trusts (au nombre de 64) qui doivent rendre des comptes au Department of Health. Il existe également 142 Foundation trusts qui sont dirigés par le NHS Improvement. Tous les hôpitaux publics doivent contractualiser avec leurs CCGs locaux. Governance in the UK Health System – HealthManagement.org.

Il existe également environ 515 hôpitaux privés en Angleterre qui produisent des soins non-proposés par le NHS.

### La gouvernance hospitalière

La gouvernance des hôpitaux anglais se décompose en deux volets :

- ▶ Une gouvernance clinique : responsable de la qualité des soins délivrés ;
- ▶ Une gouvernance dite « *corporate* » : responsable des procédures et de l'application des législations.

### Un conseil d'administration unique (Board of Directors) dirige les hôpitaux britanniques

Son rôle est de<sup>24</sup> :

- ▶ Définir l'orientation stratégique globale du Trust ;
- ▶ Surveiller régulièrement les performances par rapport aux objectifs définis ;

23. England | Commonwealth Fund.

24. Item-16.1-Care-Trust-Governance-Guide-paper.pdf (bdct.nhs.uk).

- Assurer une gestion financière efficace par l'optimisation des ressources, le contrôle financier et la planification financière ;
- S'assurer de la qualité des services rendus ;
- Promouvoir une bonne communication avec les patients et la population du territoire.

Ce conseil d'administration est composé des membres suivants :

- Chair of Trust : détient un rôle non-exécutif et s'assure de l'application de la stratégie définie par le conseil d'administration ;
- wCEO : en tant qu'*accounting officer* est responsable du management au quotidien ;
- Directeurs exécutifs ;
- Directeurs non-exécutifs : membres indépendants à temps partiel recrutés au sein de la communauté<sup>25</sup>.

---

25. Governance in the UK Health System - HealthManagement.org.

## En appui au conseil d'administration, chaque Trust détient un Council of Governors

Dont les principaux rôles sont de :

- Représenter auprès du Trust les intérêts des membres, du personnel, des organisations partenaires au sein de l'économie de santé locale et de la communauté plus large desservie par le Trust ;
- Demander aux administrateurs non exécutifs de rendre compte de la performance du conseil d'administration ;
- S'assurer que le Trust agit conformément aux termes de sa licence d'exploitation.

## Synthèse du système de santé britannique

---

L'étude du système de santé britannique révèle qu'il est possible de **faire reposer une décentralisation nationale sur une échelle locale, plutôt que sur l'échelle régionale.**

Les Clinical Commissioning Groups s'imposent comme les réelles antennes de la décentralisation britannique à l'échelle locale. Cette échelle ainsi que la composition reposant sur des médecins généralistes permettent une évaluation au plus proche du terrain des besoins des populations. Les fonds fournis

directement par le NHS England pour contractualiser avec les différents fournisseurs de soin en sont d'autant mieux utilisés. L'échelle locale joue par cette contractualisation un **rôle pivot entre les hôpitaux publics locaux et l'échelle nationale.** L'échelle régionale, représentée par les 7 antennes du NHS, joue un rôle de **soutien structurel** dans le cadre de ce dialogue, et de coordination des activités au sein des régions pour palier à des déséquilibres.

## Chiffres clés

83,2<sup>M</sup>Population totale  
(2020 - OCDE)

56 484

Revenu national brut  
par habitant (2020 - OCDE)H : 79  
F : 83,7Espérance de vie à la  
naissance h/f (2019 - OCDE)

3,2/1000

Quotient de mortalité  
infanto-juvénile (pour 1000)  
(2019 - OCDE)

N/A

Quotient de mortalité  
15-60 ans h/f (pour 1000)6 731<sup>§</sup>Dépenses totales  
consacrées à la santé par  
habitant (2020 - OCDE)

12,5%

Dépenses totales  
consacrées à la santé en %  
du PIB (2020 - OCDE)

24,3%

Personnel autres que  
médical ou paramédical  
dans l'emploi hospitalier\*

Source : Site mondial de l'Organisation Mondiale de la Santé, OMS | Pays (who.int)

\*Source : OCDE health Statistics 2020, Hospital employment, OECD Statistics

L'Allemagne est un État fédéral. Les 16 *länder* (géographiquement comparables aux grandes « régions » en France) sont les États fédérés qui forment la République fédérale d'Allemagne.

Le système de santé allemand est décentralisé, avec plusieurs compétences déléguées au niveau des *länder* et un rôle important joué par les organisations non étatiques représentant les « payeurs » (c'est-à-dire les caisses d'assurance maladie) et les fournisseurs de soins (hôpitaux et professionnels de santé). Ces organisations déterminent les prestations de soin couvertes par l'assurance maladie publique.

Les responsabilités en matière de programmation, de financement et de fourniture des soins sont partagées entre 3 niveaux<sup>26</sup> :

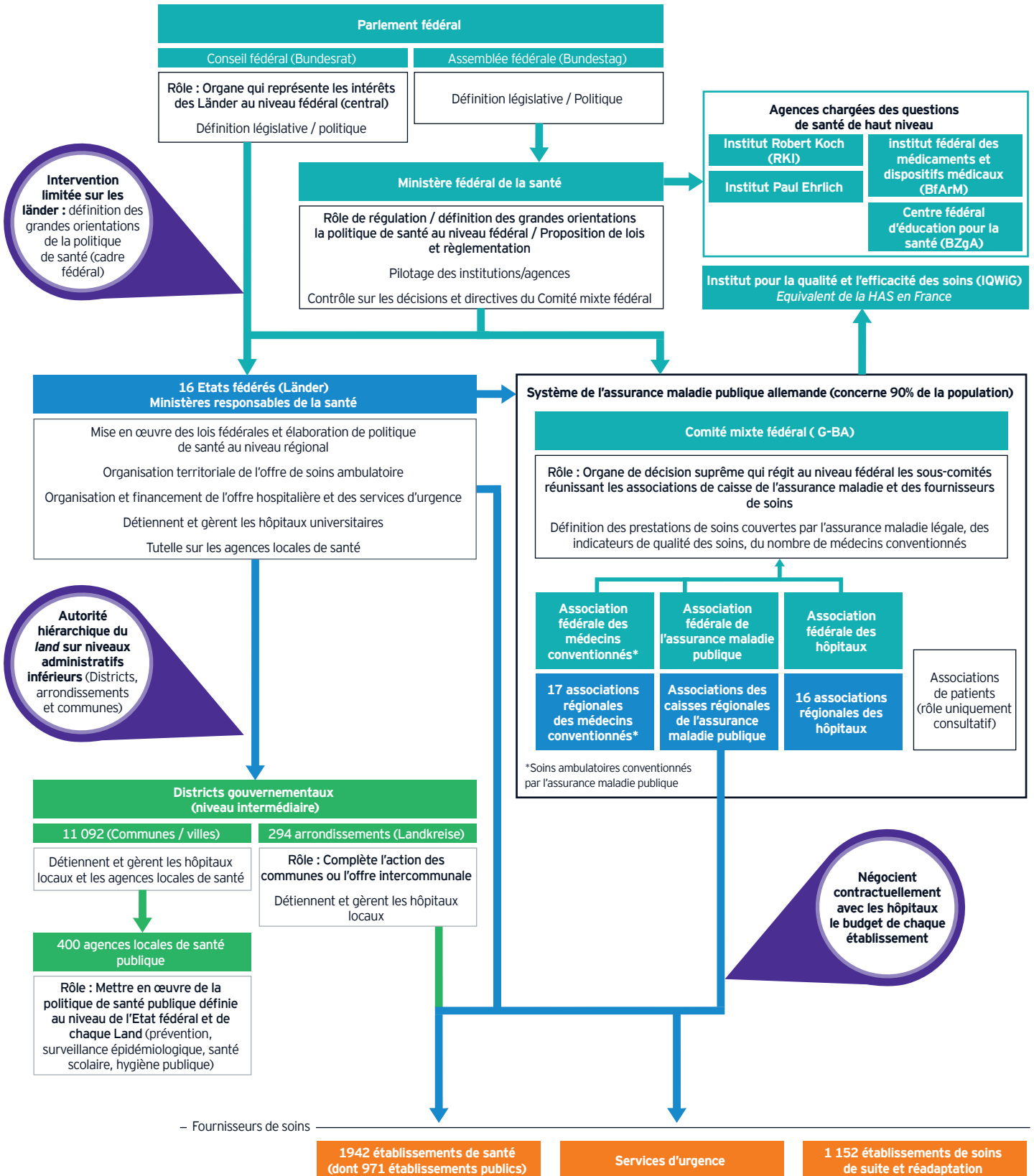
- L'État fédéral (niveau fédéral) ;
- Les *länder* (niveau régional) ;
- Les organisations non étatiques représentantes des caisses d'assurance maladie et des fournisseurs de soins (niveau fédéral et régional).

Au niveau local, les communes et arrondissements gèrent les nombreux hôpitaux locaux et, près de 400 communes, gèrent une agence locale de santé publique. Ces agences sont chargées de mettre en œuvre la politique de santé publique telle que définie au niveau fédéral et au niveau de chaque *land*.

26. Cleiss, « Le système de santé allemand », Lien : <https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/allemande.html>.

## Organisation du système de soins en Allemagne

■ Niveau national ■ Niveau régional ■ Niveau local





## L'échelon de gouvernance nationale

Au niveau fédéral, l'Assemblée fédérale (Bundestag), le Conseil fédéral (Bundesrat) et le gouvernement fédéral (Ministère fédéral de la Santé) sont les acteurs clés du système de santé.

### Instances décisionnaires au niveau fédéral

Le Parlement fédéral est composé de l'Assemblée fédérale (le « **Bundestag** ») et du Conseil fédéral (le « **Bundesrat** »). Le Bundesrat est l'organe fédératif qui représente les *länder* et leur permet de se réunir pour exprimer leurs positions notamment sur les questions de politique de santé de haut niveau.

Le **Ministère fédéral de la Santé** est responsable de l'élaboration des politiques de santé au niveau fédéral : élaborations des lois, textes administratifs (cadre fédéral) ; supervision des agences et institutions chargées des questions de santé de haut niveau. Le rôle du Ministère fédéral de la santé se limite donc à un rôle de régulation et de définition des grandes orientations de la politique de santé au niveau fédéral. La prise de décisions est déléguée aux *länder* et à des acteurs institutionnels non étatiques (associations des caisses d'assurances maladie et des fournisseurs de soins). Le Ministère est organisé en six départements qui gèrent les domaines suivants<sup>27</sup> :

1. La politique européenne et internationale de la santé ;
2. Les produits pharmaceutiques, les dispositifs médicaux et la biotechnologie ;
3. Les soins de santé ;
4. La santé publique (protection de la santé, contrôle des maladies, biomédecine) ;
5. L'assurance maladie ;
6. L'assurance dépendance et la prévention.

Ces institutions possèdent donc des fonctions législatives et de contrôle. Elles déterminent le cadre juridique fédéral qui règlemente la gouvernance, les services devant être fournis et les mécanismes de financement du système de santé<sup>28</sup>. Les grandes orientations de la politique de santé, en particulier économiques, sont du ressort du gouvernement fédéral, qui doit néanmoins tenir compte de l'avis des *länder* pour les mettre en œuvre<sup>29</sup>.

### 4 instituts placés sous l'autorité du Ministère fédéral de la Santé

Leurs missions portent sur des questions de politique de santé de haut niveau (recherche, conseil scientifique, délivrance d'autorisation, information de la population et de la communauté scientifique, etc.) :

- ▶ **L'Institut Robert Koch (RKI)** : cet Institut fédéral de recherche est chargé de la surveillance, la détection, la prévention et le contrôle des maladies infectieuses et immunitaires,
- ▶ **L'institut Paul Ehrlich (PEI)** : L'institut est responsable de l'autorisation et la surveillance des vaccins ainsi que de missions de recherche microbiologique,
- ▶ **L'institut fédéral des médicaments et dispositifs médicaux (BfArM)** : L'institut autorise et contrôle la mise sur le marché des médicaments et des dispositifs médicaux,
- ▶ **Le Centre fédéral d'éducation pour la santé (BZgA)** : Ce centre est chargé des campagnes de prévention et du suivi des données de santé publique.

28. Progress Consulting, « La gestion des systèmes de santé dans les États membres de l'UE - Le rôle des collectivités locales et régionales », lien : <https://cor.europa.eu/en/engage/studies/Documents/health-systems/health-systems-fr.pdf>.

29. Le quotidien du médecin, « Allemagne : un ministère de la Santé dans chaque Land », 2002, lien : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/archives/allemaigne-un-ministere-de-la-sante-dans-chaque-land>.

27. Cleiss, « Le système de santé allemand », Lien : <https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/allemaigne.html>.

## Instance décisionnaire non étatique au niveau fédéral

**Le Comité mixte fédéral** (« Gemeinsamer Bundesausschuss » ou G-BA) régit les sous-comités qui réunissent eux, au niveau fédéral et régional, les représentants des caisses de l'assurance maladie publique<sup>30</sup> et les associations de fournisseurs de soins (médecins dentistes, psychothérapeutes conventionnés avec l'assurance maladie publique et les hôpitaux)<sup>31</sup>. Ces sous-comités se réunissent pour déterminer les prestations de soins couvertes par l'assurance maladie publique. Ces comités associent également les représentants de patients qui ont toutefois un rôle uniquement consultatif et ne

disposent pas du droit de vote. Ainsi, le Comité mixte fédéral est l'organe de décision de plus haut niveau qui détermine<sup>32</sup> :

- ▶ Les prestations de soins ambulatoires et hospitaliers qui seront couvertes par l'assurance maladie publique ;
- ▶ Les mesures pour garantir la qualité des soins ;
- ▶ Le barème des tarifs des soins ambulatoires remboursés par l'assurance maladie publique ;
- ▶ Le catalogue des « Diagnosis related groups » (DRG) pour les soins hospitaliers<sup>33</sup> ;
- ▶ Pour la ville, le nombre de médecins conventionnés dans le cadre de l'assurance maladie publique.

30. L'assurance maladie publique concerne 90% de la population allemande. Tous les salariés avec un revenu annuel brut de moins de 59.400 € (2018) en dépendent automatiquement. Les Allemands ayant un salaire supérieur à ce seuil ont le choix entre l'assurance publique selon certains critères ou une assurance privée. Enfin les travailleurs indépendants sont obligés de souscrire à une assurance privée.

31. Progress Consulting, « La gestion des systèmes de santé dans les États membres de l'UE - Le rôle des collectivités locales et régionales », lien : <https://cor.europa.eu/en/engage/studies/Documents/health-systems/health-systems-fr.pdf>.

32. Progress Consulting, « La gestion des systèmes de santé dans les États membres de l'UE - Le rôle des collectivités locales et régionales » et le site du Commonwealth Fund, lien : <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/germany>.

33. Le DRG est le système d'analyse des coûts et des pratiques hospitalières qui est appliqué dans plusieurs établissements de santé en Allemagne comme « système de tarification ». Il repose sur une classification des patients en différents groupes de cas appelés DRG. La différenciation entre les groupes s'opère en fonction des coûts de traitement observés.



## L'échelon de gouvernance régionale

### Instances décisionnaires au niveau régional

Les 16 *länder* disposent de compétences très étendues en matière de santé. Ils participent à la législation en matière de santé notamment par l'intermédiaire du Bundesrat. Ils disposent également de leurs propres pouvoirs législatifs et sont responsables de la mise en œuvre des lois fédérales.

### Les compétences les plus importantes des *länder* concernent le secteur hospitalier

En effet, ils financent et détiennent les hôpitaux publics les plus importants : les hôpitaux universitaires<sup>34</sup>. Ils sont chargés de l'organisation et du financement de l'offre hospitalière, dans le cadre fixé par la loi fédérale. Chaque *land* dispose également de sa propre législation sur les hôpitaux (*Landeskrankenhausgesetz*), qui précise les modalités d'organisation et de financement des hôpitaux. Chaque *land* arrête un schéma hospitalier, participe au financement des investissements réalisés par les établissements relevant du schéma et soutiennent ces établissements par des subventions annuelles. Le schéma hospitalier est établi par le Ministère chargé de la santé du *land*, en étroite collaboration avec une « commission de planification ». La composition de cette commission peut varier d'un *land* à l'autre. Par exemple, pour le *land* de Bade-Wurtemberg, cette commission regroupe :

- ▶ La Fédération des hôpitaux du *land* ;
- ▶ Les fédérations des caisses régionales de l'assurance maladie publique et la fédération des caisses d'assurance maladie privées ;
- ▶ L'Ordre des médecins et psychothérapeutes et l'association des médecins de ville conventionnés du *land* ;

- ▶ ·Les autorités locales (arrondissements, communes)
- ▶ ·Ainsi que des patients et des syndicats.

Les *länder* sont également responsables de l'organisation et du financement des services d'urgences<sup>35</sup>, et chargés de l'organisation territoriale de l'offre de soins ambulatoire. Leur rôle dans ce dernier domaine s'est accru depuis les années 2010, avec la mise en place de plusieurs réformes pour lutter contre les déserts médicaux. Par exemple, les *länder* sont désormais associés à la procédure d'autorisation d'installation des médecins. Ils peuvent également définir des zones en milieu rural dans lesquelles l'installation des médecins est libre, sans tenir compte des restrictions prises par les comités régionaux rassemblant représentants des médecins et Caisses d'assurance maladie (**cf. instances non étatiques décisionnaires au niveau régional**). Les *länder* sont également responsables de l'enseignement médical, dentaire et pharmaceutique de premier cycle. Ils ont par ailleurs des compétences étendues en matière de santé publique, même si ces missions ont pour la plupart été déléguées au niveau local. Leur intervention dans ce champ a d'ailleurs pu être observée au cours de la pandémie de COVID-19 avec d'importantes mesures prises en matière de vaccination et de protection de la population par les autorités régionales.

### Organisation administrative et lien avec les autres niveaux

Habituellement, la structure administrative d'un *land* est organisée en trois niveaux :

- A. Le Ministère du *land* chargé de la santé, dirigé par un ministre nommé par le président du gouvernement du *land* (qui est lui-même élu par la population) - **instance supérieure** ;

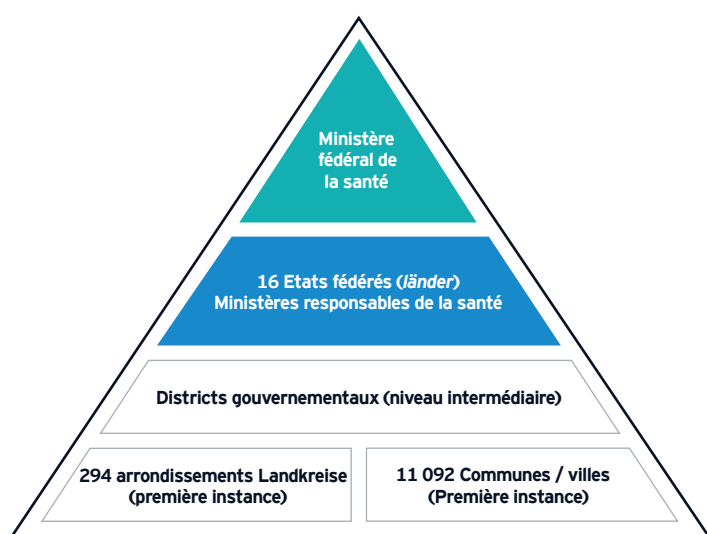
34. A noter qu'il n'existe pas d'hôpitaux fédéraux et que les Länder gèrent l'enseignement supérieur.

35. Euro Institut « Le système de santé en France et en Allemagne », 2007, lien : [https://www.trisan.org/fileadmin/PDFs\\_Dokumente/2007-09-Le-systeme-de-sante-en-France-et-en-Allemagne\\_FR.pdf](https://www.trisan.org/fileadmin/PDFs_Dokumente/2007-09-Le-systeme-de-sante-en-France-et-en-Allemagne_FR.pdf).

- B. Les districts gouvernementaux, équivalent aux préfetures - **niveau d'administration intermédiaire** ;
- C. Environ 300 arrondissements et 11 000 communes – **niveaux d'administration inférieurs**.

Le Ministère du *land* chargé de la santé a donc une autorité hiérarchique sur les niveaux administratifs inférieurs (cf. figure ci-dessous).

### Organisation administrative en Allemagne



Les *länder* exercent ainsi une tutelle (c'est-à-dire une autorité technique et hiérarchique) sur les fournisseurs de soins gérés par les autorités locales (services locaux de santé publique et hôpitaux communaux). Ils sont également chargés de superviser de nombreuses organisations régionales qui jouent un rôle clé dans la régulation du système d'assurance maladie (les caisses régionales d'assurance maladie, les associations régionales de médecins et de professions de santé) et les ordres représentatifs des différentes professions de santé (ordres des médecins, dentistes, pharmaciens et psychothérapeutes de chaque *land*).

### Composition et coordination inter-länder

Selon l'organisation des *länder*, la responsabilité politique de la santé peut être rattachée à d'autres compétences : par exemple au Ministère du travail et des affaires sociales (ex : Bade-Wurtemberg) ou au Ministère pour les affaires sociales, la santé et la protection des consommateurs (ex : la Sarre).

Afin de coordonner les administrations chargées de la santé dans des différents *länder*, les ministres de chaque *land* se réunissent régulièrement au sein de la « **Conférence des ministres de la santé** ». Ils adoptent des résolutions à caractère non obligatoire.

Organisations non étatiques décisionnaires au niveau régional :

- Les associations des caisses régionales de l'assurance maladie publique ;
- **Les associations régionales des fournisseurs de soins** (soit 16 associations régionales des hôpitaux et 17 associations régionales des médecins conventionnés)<sup>36</sup>.

Ces organisations se réunissent au sein de sous-comités au niveau régional pour déterminer les prestations couvertes par l'assurance maladie publique. Les associations des caisses régionales de l'assurance maladie publique sont par ailleurs chargées de la négociation du budget des hôpitaux avec chaque établissement.



36. Progress Consulting, « La gestion des systèmes de santé dans les États membres de l'UE - Le rôle des collectivités locales et régionales », lien : <https://cor.europa.eu/en/engage/studies/Documents/health-systems/health-systems-fr.pdf>.



## L'échelon de gouvernance locale

**Instances décisionnaires au niveau local** : les **communes** et **arrondissements** (*Landkreise*). L'Allemagne compte au niveau local 11 092 communes et 294 arrondissements qui représentent les échelons inférieurs administratifs subordonnés aux *länder*. Les arrondissements ont pour rôle principal de compléter l'action des communes ou l'offre intercommunale. Ces autorités locales détiennent et gèrent de nombreux hôpitaux communaux. Elles disposent également de compétences importantes en matière de santé publique. Comme mentionné *supra*, la plupart des *länder* ont transféré la responsabilité de ce domaine aux collectivités locales. Ainsi, **près de 400 communes, les plus importantes, gèrent une « agence locale de santé publique » aux attributions de santé publique étendues** (prévention, surveillance épidémiologique, santé scolaire, hygiène publique)<sup>37</sup>.

**Organisme public au niveau local** : les agences locales de santé publique « Gesundheitsämter ». Les agences locales de santé sont peu connues, même si elles existent dans chaque ville moyenne et chaque commune. On compte actuellement **375 agences pour un effectif d'environ 17 000 agents**<sup>38</sup>. Ces structures sont placées sous l'autorité des *länder* ou des communes et mettent en œuvre la politique de santé publique telle qu'elle est définie au niveau fédéral et de chaque *land*. Elles ont ainsi développé un large panel de missions de santé publique. Elles dispensent notamment une assistance aux personnes atteintes du VIH, organisent le service de santé scolaire, mènent des enquêtes de santé publique et surveillent les conditions d'hygiène dans les institutions publiques.

37. La Gazette Santé Social, "Allemagne : compétences étendues des autorités régionales et locales », 2021, Lien : <https://www.gazette-sante-social.fr/63931/allemande%E2%80%85-competes-etendues-des-autorites-regionales-et-locales>.

38. IRES, « Allemagne .Une réponse coordonnée du système de santé sous l'impulsion de l'État fédéral », décembre 2020, lien : <http://www.ires.fr/index.php/publications/chronique-internationale-de-l-ires/item/6264-allemande-une-reponse-coordonnee-du-systeme-de-sante-sous-l-impulsion-de-l-etat-federal#ftn1>.

Les agences locales de santé publique ont joué un rôle déterminant dans la gestion de la crise de la COVID-19.

Ces organismes publics ont eu un rôle majeur dans la gestion de la pandémie en assurant les missions suivantes :

- ▶ Déclaration des cas de COVID-19 et remontée d'information ;
- ▶ Suivi des chaînes de contamination et des mesures de quarantaine et organisation des dépistages ;
- ▶ Application opérationnelle des recommandations sanitaires de l'institut Robert Koch.

Toutefois, cette situation inédite a mis en exergue le manque de personnel et le sous-financement de ces structures pour les 2/3 d'entre elles<sup>1</sup>. En effet, ces structures ont rencontré des difficultés de fonctionnement face à l'ampleur de la crise : des étudiants de médecine volontaires ont par conséquent été mobilisés en renfort pour remplir les missions de suivi des chaînes de contamination<sup>2</sup>.

1. RES, « Allemagne .Une réponse coordonnée du système de santé sous l'impulsion de l'État fédéral », décembre 2020, lien : <http://www.ires.fr/index.php/publications/chronique-internationale-de-l-ires/item/6264-allemande-une-reponse-coordonnee-du-systeme-de-sante-sous-l-impulsion-de-l-etat-federal#ftn1>.
2. Sénat, « Santé publique : pour un nouveau départ - Leçons de l'épidémie de COVID-19 - Rapport », lien : <http://www.senat.fr/rap/r20-199-1/r20-199-124.html>.

## Fournisseurs de soins : focus sur les établissements de santé

L'Allemagne compte au total 1 942 établissements de santé, dont la moitié sont des établissements publics. Ces établissements publics sont détenus par les autorités locales ou régionales (communes, *länder*). L'offre hospitalière est constituée d'un réseau très dense de petits hôpitaux, principalement en raison du poids important des élus locaux qui militent pour le maintien de ces établissements<sup>39</sup>.

À côté des établissements publics de santé, les établissements privés confessionnels (non lucratif) représentent 30 % et les établissements privés lucratifs représentent 20 %<sup>40</sup>. De fortes disparités existent entre Länder dans cette répartition : par exemple, la Sarre a fait le choix d'une offre hospitalière exclusivement publique, contrairement à d'autres régions.

39. « Allemagne : compétences étendues des autorités régionales et locales », lien : <https://www.gazette-sante-social.fr/63931/alle-magne%E2%80%85-compete-nces-etendues-des-autorites-regionales-et-locales>.

40. IFRAP, « santé, les 5 atouts (à copier) du système allemand », lien : <https://www.ifrap.org/emploi-et-politiques-sociales/sante-les-5-atouts-copier-du-systeme-allemand>.

### Gouvernance interne des hôpitaux et composition des équipes de direction et du personnel

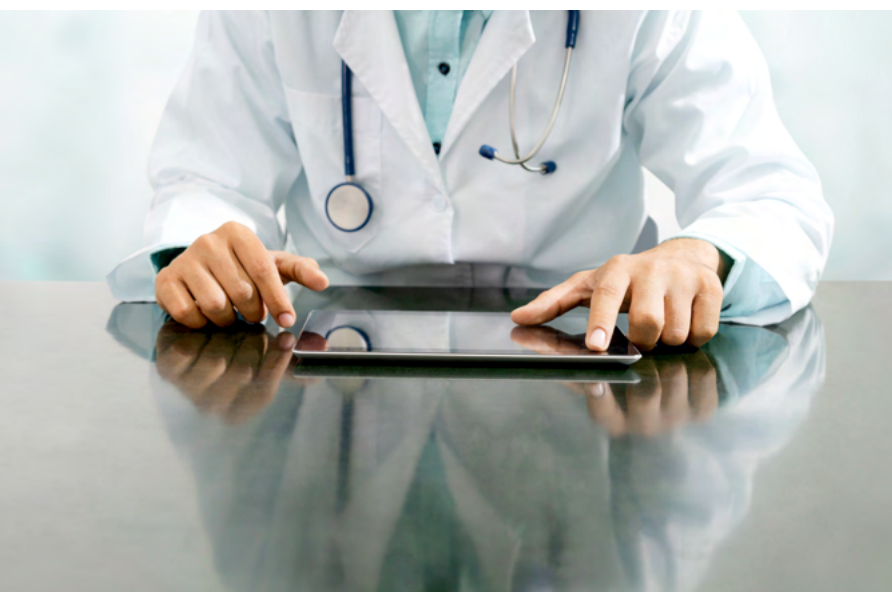
La gouvernance des hôpitaux en Allemagne varie selon les établissements. L'équipe de direction est en principe composée d'un directeur administratif, d'un directeur médical et d'un directeur des soins.

En Allemagne, contrairement à la France, les métiers de direction de l'hôpital public ne sont pas réservés à un corps professionnel statutaire. **Les managers hospitaliers doivent toutefois justifier a minima d'un niveau master**<sup>41</sup>. Dans tous les établissements (publics comme privés), le directeur administratif est recruté directement par la structure qui détient l'hôpital. Selon le baromètre 2015 de la Fédération allemande des hôpitaux, **la grande majorité des directeurs administratifs (soit 85 %) sont diplômés en économie / gestion**<sup>42</sup>. Le baromètre révèle aussi qu'un tiers d'entre eux ont un contrat à durée déterminée (durée d'environ 5 ans) : en particulier pour les directions des hôpitaux les plus importants.

En ce qui concerne le directeur médical, dans les hôpitaux de petite et moyenne taille, la fonction est souvent exercée de manière bénévole par un médecin-chef de l'hôpital, en parallèle de son activité médicale, et il est élu pour une période déterminée par le collège des médecins-chefs. En revanche, dans les grands hôpitaux, il s'agit le plus souvent d'un poste à temps plein faisant l'objet d'un recrutement propre.

41. « La formation des directeurs d'hôpital public, une singularité française », lien : <https://hal.ehesp.fr/hal-02509641/document>.

42. Trisan, « Le secteur hospitalier en France, en Allemagne et en Suisse », mai 2019, lien : [https://www.trisan.org/fileadmin/PDFs\\_Dokumente/2019-05\\_Cahier-thematique\\_secteur-hospitalier\\_FR.pdf](https://www.trisan.org/fileadmin/PDFs_Dokumente/2019-05_Cahier-thematique_secteur-hospitalier_FR.pdf).



En Allemagne par ailleurs, 24 % des emplois hospitaliers ne sont ni médicaux, ni paramédicaux (contre 35 % pour la France)<sup>43</sup>. L'Allemagne se distingue également de la France avec **des postes de direction qui s'apparentent plus à un rôle de « chef d'entreprise » et moins axé sur la dimension administrative**. Le système de contractualisation les oblige à négocier le budget de l'établissement<sup>40</sup>.

## Financement des hôpitaux

En Allemagne, le financement des hôpitaux est divisé entre<sup>44</sup> :

- Les dépenses d'investissement financées par les *länder* ;
- Les coûts de fonctionnement financés par les caisses de l'assurance maladie publique.

43. « Fact check : Y-a-t-il trop de postes administratifs dans les hôpitaux ? », Lien : <https://theconversation.com/fact-check-y-a-t-il-trop-de-postes-administratifs-dans-les-hopitaux-137615>.

44. iFRAP, « santé, les 5 atouts (à copier) du système allemand », lien : <https://www.ifrap.org/emploi-et-politiques-sociales/sante-les-5-atouts-copier-du-systeme-allemand>.

Le financement de l'hôpital suit le même principe qu'en France : la tarification à l'activité (DRG en Allemagne, soit l'équivalent de la T2A en France). Toutefois, **en Allemagne, le budget des hôpitaux est négocié<sup>44</sup>. La régulation se fait au niveau de chaque établissement via la contractualisation avec les caisses d'assurance maladie locales** :

- En cas de dépassement, ce n'est pas l'ensemble des établissements qui fait l'objet d'une baisse des tarifs mais l'établissement qui a sur-consommé : en effet, l'établissement concerné peut avoir à financer 65 % du coût des actes qui se trouvent au-dessus du seuil négocié ;
- En cas d'économies enregistrées, l'établissement peut recevoir des excédents, par un reversement des économies réalisées (40 %).

Par ailleurs, les *länder* ont la charge exclusive des investissements des hôpitaux publics. Soumis à des restrictions budgétaires, ils ont réduit leurs investissements de manière continue sur les 20 dernières années<sup>45</sup>.

45. [https://www.trisan.org/fileadmin/PDFs\\_Dokumente/2019-05\\_Cahier-thematique\\_secteur-hospitalier\\_FR.pdf](https://www.trisan.org/fileadmin/PDFs_Dokumente/2019-05_Cahier-thematique_secteur-hospitalier_FR.pdf).

## Synthèse du système de santé Allemand

L'étude du système de santé allemand est à mettre en lien avec la structure fédérale allemande et ses dynamiques de coopération inter et intra échelon de gouvernance.

La large autonomie des Länder dans le cadre du fédéralisme allemand explique les différences à échelle régionale. La loi fédérale sert de cadre conférant aux Länder d'importantes marges de manœuvre en terme législatif, de définition de l'offre hospitalière selon les besoins, et de définition de l'organisation et du financement des hôpitaux. Les Länder financent de manière autonome leur système de santé, finissant d'assurer cette large autonomie. Le budget négocié par les caisses d'allocation locales et les hôpitaux permet l'utilisation efficace de ces financements. Le système de santé allemand peut ainsi lutter contre les

déserts médicaux, le manque d'investissement dans le secteur de santé en s'adaptant à la réalité du terrain.

L'étude souligne l'efficacité du dialogue entre les diverses échelles du fédéralisme allemand, à travers les institutions de consultation et décisionnaires. Les Länder participent à la définition du cadre légal fédéral par le biais du Bundesrat. Les autorités locales jouent un rôle décisionnaire au sein de la « commission de planification » où sont également présents des patients et des syndicats dans le cadre d'une « démocratie sanitaire ».

La dynamique de dialogue s'établit aussi au sein même des échelons de gouvernance. Ainsi, la « conférence des ministres de la santé » permet une coordination des échelons régionaux, afin de palier au risque d'inégalités entre les régions.

# 7

## Québec, Canada

### Chiffres clés

38<sup>M</sup>

Population totale  
(2020 - OECD)

45 537<sup>\$</sup>

Revenu national brut par  
habitant (2020 - OECD)

H : 80  
F : 84,2

Espérance de vie  
à la naissance h/f  
(2019 - OECD)

4,4/1000

Quotient de mortalité  
infanto-juvénile (pour 1000)  
(2019 - OECD)

H : 76  
F : 49

Quotient de mortalité  
15-60 ans h/f  
(pour 1000) (2016)

5 370<sup>\$</sup>

Dépenses totales consacrées  
à la santé par habitant  
(2019 - OECD)

10,8%

Dépenses totales consacrées  
à la santé en % du PIB  
(2019 - OECD)

N/A

Personnel autres que  
médical ou paramédical  
dans l'emploi hospitalier\*

Source : Site mondial de l'Organisation Mondiale de la Santé, OMS | Pays (who.int)

\*Source : OCDE health Statistics 2020, Hospital employment, OECD Statistics



Au Canada, la santé publique est une responsabilité partagée entre les 3 ordres de gouvernement<sup>70</sup> :

- Fédéral ;
- Provincial ou territorial ;
- Local ou municipal.

70. Le système des soins de santé du Canada - Canada.ca.



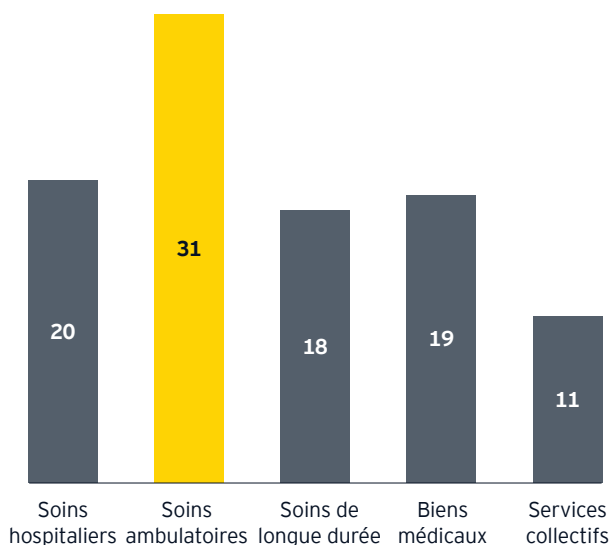
## L'échelon de gouvernance nationale

Le gouvernement fédéral canadien détient les prérogatives suivantes :

- ▶ Etablir et appliquer les principes nationaux pour le système de santé en vertu de la loi canadienne sur la santé (1984) : cinq principes clefs du système de santé canadien, transférabilité, accessibilité, universalité, intégralité, gestion publique ;
- ▶ Fournir un appui financier aux provinces et territoires.

La part de la santé dans le budget total canadien s'assimile aux autres pays de l'OCDE (environ 10 %) ainsi que la répartition public/privé (environ 70 % / 30 %).

### Total des dépenses de santé, part de catégories de dépenses de santé choisies, Canada, 1975 à 2019



60 % de la dépense totale concerne :

- ▶ Les hôpitaux (26,6 %) ;
- ▶ Les médicaments (15,3 %) ;
- ▶ Les médecins (15,1 %) devraient continuer de représenter la part la plus importante des dépenses de santé, avec une hausse marquée / constante des rémunérations.

### Augmentation du budget pour la prise en charge à domicile et la santé mentale

Dans le budget fédéral de 2017, le gouvernement a alloué aux provinces et territoires 11 milliards de dollars sur 10 ans afin d'améliorer les services à domicile, les soins communautaires et les services en santé mentale et en toxicomanie. Le budget prévoyait aussi 544 millions sur 5 ans pour les organismes de santé fédéraux et pancanadiens de façon à soutenir les initiatives pharmaceutiques et l'innovation dans le système de santé.

Attention : les services à domicile et les soins communautaires ne sont pas assurés en vertu de la Loi canadienne sur la santé. Ainsi, chaque autorité compétente (gouvernement fédéral, provinces et territoires) a mis en place son propre système. Aujourd'hui ces dépenses financées par les provinces et territoires liées aux services à domicile sont estimées à 9,2 milliards de dollars en 2017-2018.

## L'échelon de gouvernance provinciale : l'exemple du Québec

---

Les provinces et territoires sont ainsi en charge de décliner l'offre de santé sur leur territoire suite à l'octroi de fonds par le gouvernement fédéral. Ils doivent également s'assurer que les régimes d'assurance maladie respectent les principes de la loi canadienne sur la santé. Les dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux ont représenté environ 65,1 % du total des dépenses de santé en 2019. Une autre tranche de 5,3 % est financée par d'autres parties du secteur public : le gouvernement fédéral, les municipalités et les caisses de sécurité sociale.

Il existe au total 10 régimes provinciaux et trois régimes territoriaux qui déclinent les soins suivants :

- Services de soins primaires ;
- Services secondaires ;
- Services supplémentaires.

Le système de santé et de services sociaux québécois est né en 1971, suite à la Loi sur les services de santé et les services sociaux par l'Assemblée nationale du Québec<sup>71</sup>. Ce système est public, l'Etat en étant le principal assureur et administrateur.

La « Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (LMRSSS) » d'avril 2015 a réformé considérablement le système de santé québécois en intégrant fortement les services verticalement et horizontalement. Le système de santé et de services sociaux du Québec ne repose plus que sur 2 strates de gouvernance et sur un modèle d'organisation favorisant **des services de santé et des services sociaux intégrés**. En effet, les services délivrés par les Centres Intégrés comprennent autant la prise en charge sanitaire, que celle des personnes en situation de détresse sociale (toxicomanie...) ou en situation de handicap (avec notamment un dispositif remarquable pour les personnes souffrant d'autisme).

Le Ministère québécois de la santé et des services sociaux détient les responsabilités suivantes<sup>72</sup> :

- Réguler et coordonner l'ensemble du système de santé et de services sociaux ;
- Déterminer les orientations en matière de santé ainsi qu'à la gestion des ressources humaines, matérielles et financières du réseau ;
- Exercer les fonctions nationales de santé publique ;
- Répartir les ressources financières, humaines et matérielles.

Le ministre a des prérogatives importantes qui ont notamment été renforcées avec la réforme de 2015.

---

72. Principaux rôles et responsabilités - Système de santé et de services sociaux en bref - Santé et Services sociaux (gouv. qc.ca).

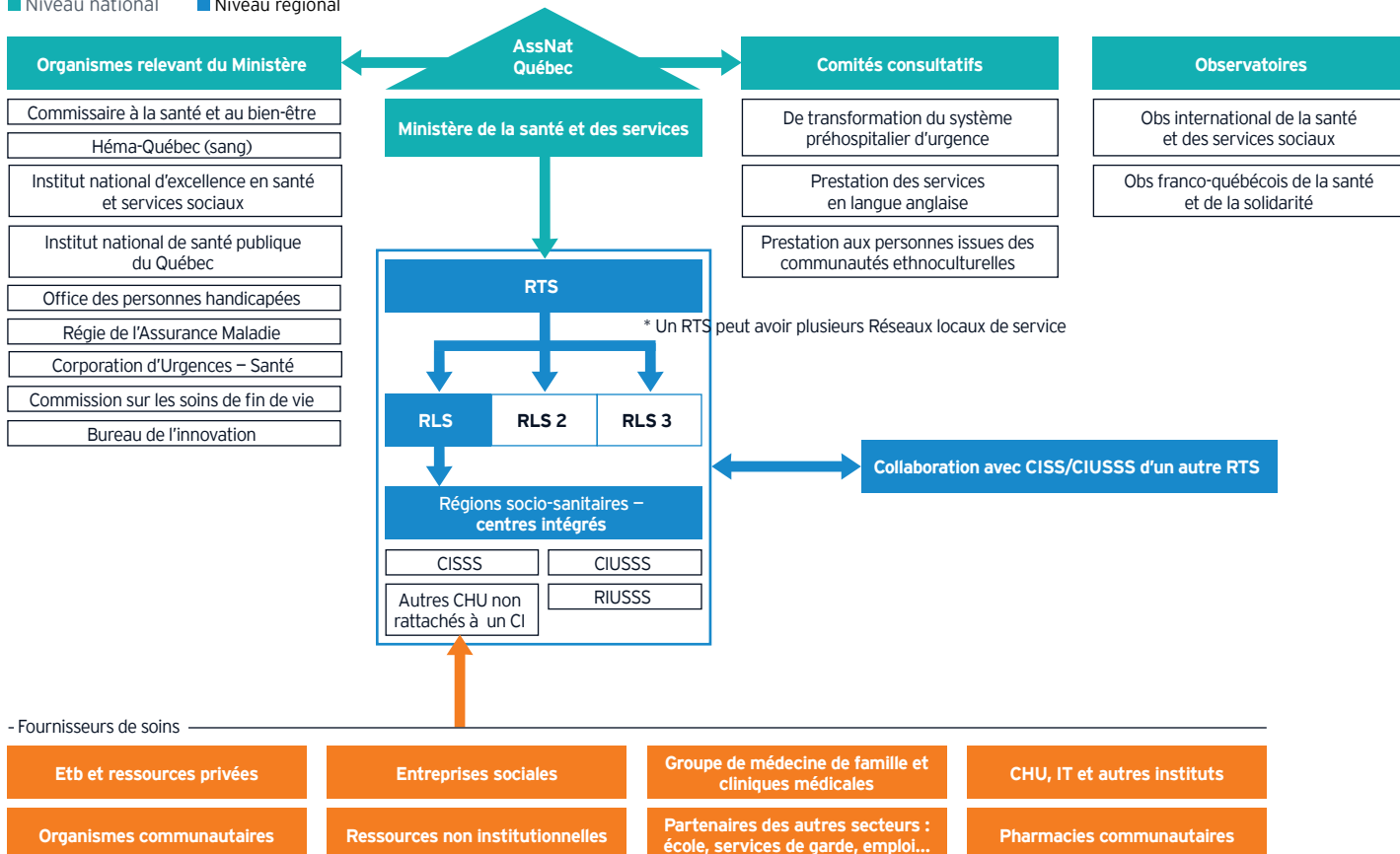


---

71. Gouvernance et organisation des services - Système de santé et de services sociaux en bref - Santé et Services sociaux.

### Organisation du système de santé au Québec

■ Niveau national ■ Niveau régional



## L'échelon de gouvernance locale : les Centres Intégrés québécois

---

Les agences régionales de la santé et des services sociaux ont été abolies par la loi de 2015. Cette loi prévoit la création d'un seul établissement régional, issu de la fusion des anciennes agences régionales, et de l'ensemble des établissements publics de la région – sauf pour la région de Montréal (avec superposition d'établissements suprarégionaux et établissements locaux). Les anciennes responsabilités des agences régionales ont ainsi été redistribuées entre :

- ▶ Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS), avec un renforcement des pouvoirs du ministre ;
- ▶ Les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) / les Centres intégrés universitaires de la santé et des services sociaux (CIUSSS) – nouveaux établissements issus de la fusion des établissements publics d'une région et de l'agence de cette région.

Avec cette réforme, on passe ainsi de 18 agences et de 182 établissements publics de santé, composés autrefois de :

- ▶ 94 centres de santé et de services sociaux ;
- ▶ 68 centres hospitaliers et centres d'hébergement et 4 établissements situés dans les régions nordiques, assumant toutes les missions<sup>73</sup>.

**...à un total intégré d'environ 24 mégastructures régionales qui portent le nom de « Centre Intégré ».**

En ce sens, le Ministre de la Santé du Québec renforce ses fonctions et il n'y a pas de décentralisation accrue mais plutôt une intégration **déconcentrée**. Ces mégastructures sont réparties dans **18 régions sociosanitaires**.

### Accueil de la loi de 2015

Cette réforme permettait selon le gouvernement de réaliser des économies de 220 millions de dollars. Elle souhaitait apporter une réelle fluidité dans les processus et limiter le volet bureaucratique. On passe par ailleurs d'un financement de mission à du financement de « programme-service » plus large, donnant une meilleure visibilité à l'organisation et la stratégie de soins.

La loi a été accueillie très froidement à l'époque par les syndicats. La réforme, révolutionnant les organisations, était notamment accusée de vouloir uniquement faire de la « compression budgétaire » tout en rendant flou le partage des responsabilités entre le Ministère et les nouvelles structures régionales.

Par ailleurs, le terme « Etablissement » devient dans le cadre de cette réforme un mot « commun » désignant tout autant les centres intégrés que les établissements de santé publics ou privés conventionnés.

Enfin, la concentration était dénoncée comme une perte de proximité pour les populations, rendant notamment l'approche de service populationnelle plus complexe, et renforçant la logique « hospitalocentrée » en regroupant différents hôpitaux au sein d'un même centre.

On compte :

- ▶ 22 centres intégrés de santé et de services sociaux (dont 9 CIUSSS) ;
- ▶ 7 établissements non-fusionnés à un centre intégré (4 CHU, 2 instituts universitaires, 1 institut) ;
- ▶ 5 établissements desservant une population nordique et autochtone.

---

73. 113m\_centrale\_des\_syndicats\_du\_québec.pdf.





Les centres intégrés et les établissements de santé qui n'ont pas été fusionnés en vertu de la loi de 2015 interviennent au sein de réseaux de santé :

- ▶ 22 réseaux territoriaux de services (RTS) ;
- ▶ 93 réseaux locaux de services (RLS) ;
- ▶ **4 réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS)** favorisent la coordination et des missions spécifiques de soins, d'enseignement et de recherche pour les établissements et universitaires auxquelles ils appartiennent.

Les centres intégrés disposent des responsabilités suivantes :

- ▶ Intégrer la population aux réseaux de soins ;
- ▶ Planifier et coordonner l'offre de soins proposée à la population du territoire selon les orientations ministérielles ;
- ▶ Mettre en œuvre les mesures liées à la santé publique et à la prévention en santé de la population ;
- ▶ Elaborer un réseau territorial de services (RTS) et des partenariats avec les établissements et professionnels du territoire.

## Gouvernance et management des Centres intégrés

Chaque Centre Intégré dispose d'un conseil d'Administration mixte et composé de professionnels de santé représentant leur profession respective (médecin de famille, médecin spécialiste, pharmacien, etc.), ainsi qu'un représentant du comité des usagers ou encore une personne représentative de l'enseignement nommée par le ministre, 9 personnes indépendantes nommées par le ministre (en fonction de profils d'expertise / compétence).

Son Président Directeur Général est nommé par le gouvernement sur recommandation du 1er ministre à partir d'une liste de noms fournie par les membres du conseil d'administration. Il peut être assisté d'un ou de deux directeurs adjoints nommés de la même manière que pour le PDG.

Les établissements et les CISS développent un plan d'action qui doit respecter les orientations stratégiques nationales. A ce titre, le plan d'organisation doit être transmis et validé par le ministre. Le ministre

québécois a de vrais pouvoirs dans l'organisation et gestion des nouvelles administrations avec un pouvoir fort de nomination et la validation systématique des plans des établissements. Avec la création de ces nouvelles mégastructures médico-administratives, le ministre apparaît comme un vrai « préfet » de santé sur sa région.

## Formation et recrutement des gestionnaires

Il n'y a pas de « corps » particulier pour exercer dans ce système de santé. Pour autant, l'ENAP, Ecole nationale d'administration publique, a un domaine d'études spécifiquement consacré à la formation de la gestion du réseau de santé et des services sociaux au Québec. Toutefois il ne semble pas obligatoire d'étudier dans cette école pour accéder à des hautes fonctions dans la santé au Québec.

Une association, le collège canadien des leaders en santé (CCLS), propose différentes formations autour du leadership et du management dans le secteur de la santé. Il propose ainsi le titre de Certified Health Executive ou de fellow. Au niveau national, elle est reconnue comme une norme de professionnalisme.

L'effet direct de la réforme de 2015 est la réduction drastique des Directeurs Généraux, dont la tâche s'est complexifiée mais dont la rémunération a été augmentée : passage de 700 à 180 DG. Les postes de DG sont difficiles à pourvoir avec de nombreuses vacances.



## Financement des programmes de santé

La réforme de 2015 a donné lieu à une réorganisation de l'offre de soins et de ses financements. On passe ainsi à un financement de mission à un financement de « programmes-services » au Québec. Ces programmes se déclinent de la manière suivante, selon le ministère de la santé québécoise :

- ▶ 2 programmes-services pour les besoins touchant l'ensemble de la population :
  - **Santé publique**, qui permet d'assurer la promotion, la prévention, la protection de la santé et du bien-être ainsi que la surveillance de l'état de santé de la population ;
  - **Services généraux – activités cliniques et d'aide**, qui couvre les services de première ligne en matière de santé ou de problèmes sociaux ponctuels.
- ▶ 7 programmes-services consacrés à des problématiques particulières :
  - Soutien à l'autonomie des personnes âgées ;
  - Déficience physique, pour les incapacités liées à l'audition, à la vision, au langage et à la parole ou aux activités motrices ;
  - Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme ;
  - Jeunes en difficulté ;
  - Dépendances, telles que l'alcoolisme, la toxicomanie et le jeu pathologique ;
  - Santé mentale ;
  - Santé physique, qui couvre les services d'urgence, les services spécialisés et surspécialisés, les services en continu exigeant un suivi systématique (exemples : maladies chroniques, cancer) ainsi que les soins palliatifs.
- ▶ 3 programmes-soutiens regroupent les activités de nature administrative et technique appuyant les programmes-services. Ce sont :
  - L'administration ;
  - Le soutien aux services ;
  - La gestion des bâtiments et des équipements<sup>74</sup>.

74. Programmes-services et programmes-soutien - Système de santé et de services sociaux en bref - Santé et Services sociaux (gouv.qc.ca).

## Les fournisseurs de soins

Il s'agit là encore des CISS / CIUSSS (qui ont intégré agences régionales et fournisseurs de soin ; ou bien il peut s'agir des établissements qui n'ont pas été fusionnés à un Centre Intégré. Le nombre d'établissements est variable d'un CISS à un autre.

Les différentes responsabilités dévolues aux établissements de santé et aux services sociaux du Québec sont les suivantes :

- ▶ Offrir des services de soins accessibles ;
- ▶ Piloter la gestion des ressources octroyées en fonction des particularités de la population ;
- ▶ Assurer des activités d'enseignement et de recherche lorsque ces établissements ont une vocation universitaire ;
- ▶ Réaliser le suivi et la gestion des comptes auprès du MSSS.

Les établissements de santé proposent 5 missions définies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux<sup>75</sup> :

- ▶ **Centre local de services communautaires (CLSC)** : offre de première ligne des services de santé et des services sociaux courants ;
- ▶ **Centre hospitalier (CH)** : soins généraux et spécialisés et/ou de soins psychiatriques ;
- ▶ **Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)** : offre de services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ;
- ▶ **Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ)** : offre de services de nature psychosociale et d'urgences sociale aux jeunes ;
- ▶ **Centre de réadaptation (CR)** : offre de services d'adaptation ou de réadaptation et intégration sociale.

Un établissement a la possibilité d'assurer plus d'une mission, comme les CISS / CIUSSS qui exploitent parfois les 5 types d'établissements. Ces regroupements de missions ont pour vocation d'assurer une meilleure intégration des services. **Un établissement public doit conclure avec le ministre une « entente de gestion et d'imputabilité » (EGI).** L'entente de gestion et d'imputabilité contient une définition de la mission de l'établissement, les objectifs visés pour la durée de l'entente et les principaux indicateurs qui permettront de rendre compte des résultats atteints. L'EGI est un contrat à renouveler chaque année.



75. Établissements de santé et de services sociaux - Santé et Services sociaux (gouv.qc.ca).



## ZOOM LE CIUSS DE L'ESTRIE

Au préalable, le CIUSSS de l'Estrie rassemblait :

- 1 agence de santé et des services sociaux ;
- 1 CH ;
- 2 centres de réadaptation ;
- 8 centres de santé et de services sociaux ;
- 1 centre Jeunesse.

Aujourd'hui Le CIUSS de l'Estrie est le plus complet au Québec. Il couvre 13 000 km<sup>2</sup> pour une couverture de près de 500 000 personnes. Le personnel est composé de :

- Plus de 18 000 employés ;
- Plus de 1000 médecins ;
- Près de 5000 étudiants ;
- Plus de 800 résidents en médecins ;
- Plus de 300 professeurs-chercheurs.

L'offre de soins est de :

- 101 installations ;
- 3 200 lits (2100 en CHSLD et 1100 en centre hospitalier et centre de réadaptation) ;
- 101 points de services répartis entre :
  - Centres hospitaliers (CH et CHU), CLSC et CHSLD ;
  - Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) ;
  - Centres de réadaptation (CR) : déficience physique, déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme, dépendances, jeunes et mères en difficulté d'adaptation.

Il est en partenariat avec l'Université de Sherbrooke.

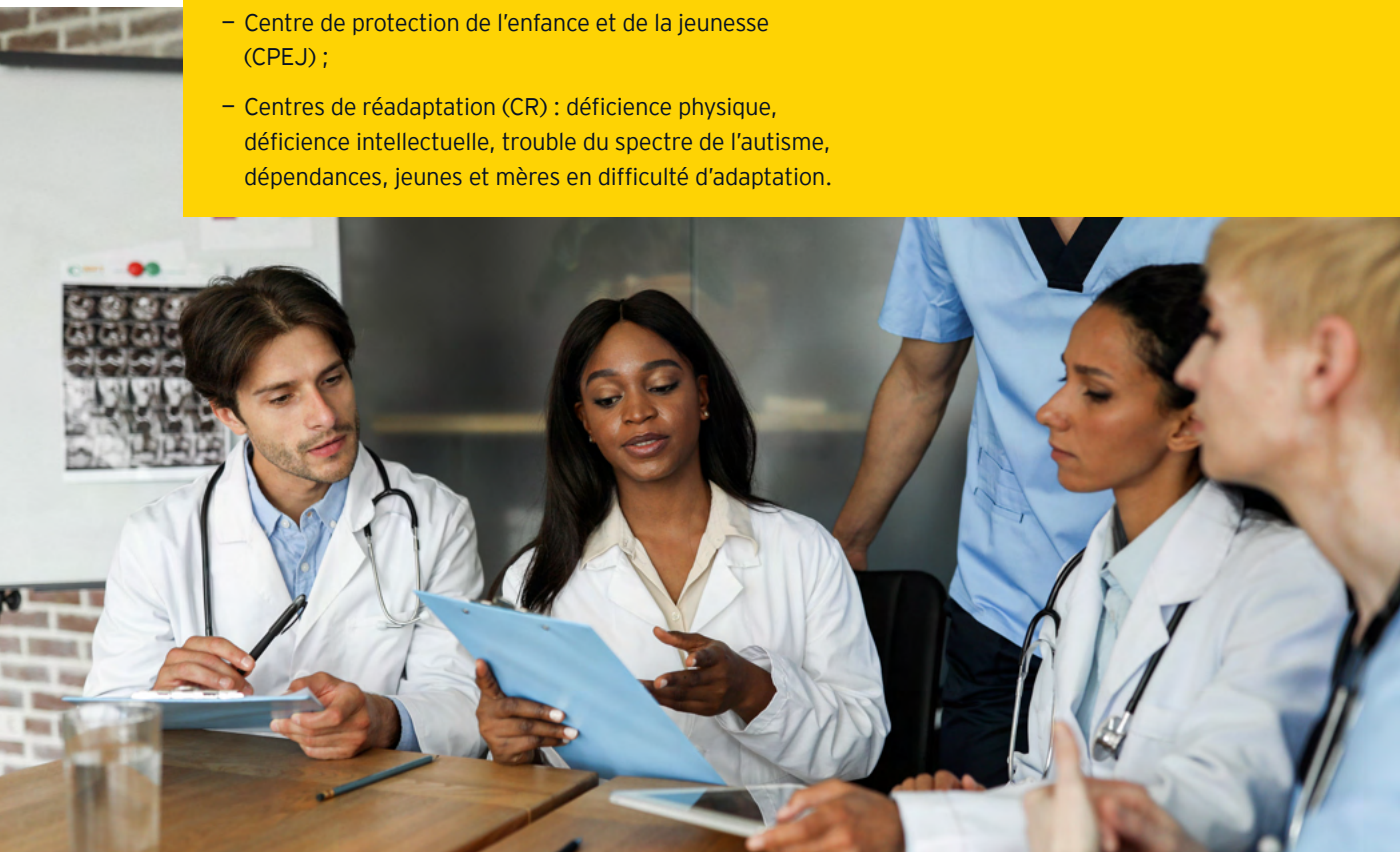
Il se décompose en 9 réseaux locaux de services qui proposent chacun des programmes de santé adaptés au territoire.

Le RSL de Memphrémagog propose ainsi une plaquette expliquant les différents services proposés, allant de la périnatalité à la prise en charge du handicap.

Concernant le programme de soins dans le CIUSSS, l'EGI observé montre clairement que l'orientation est directement donnée par le ministre. Le document se décompose ainsi d'un rappel des priorités identifiées par le Ministre dans les différents domaines. Puis sont déclinées les « attentes signifiées au PDG » pour l'année (une feuille de route avec objectifs) de manière institutionnelle puis de manière très concrète avec des formats de restitution et des échéances précises.

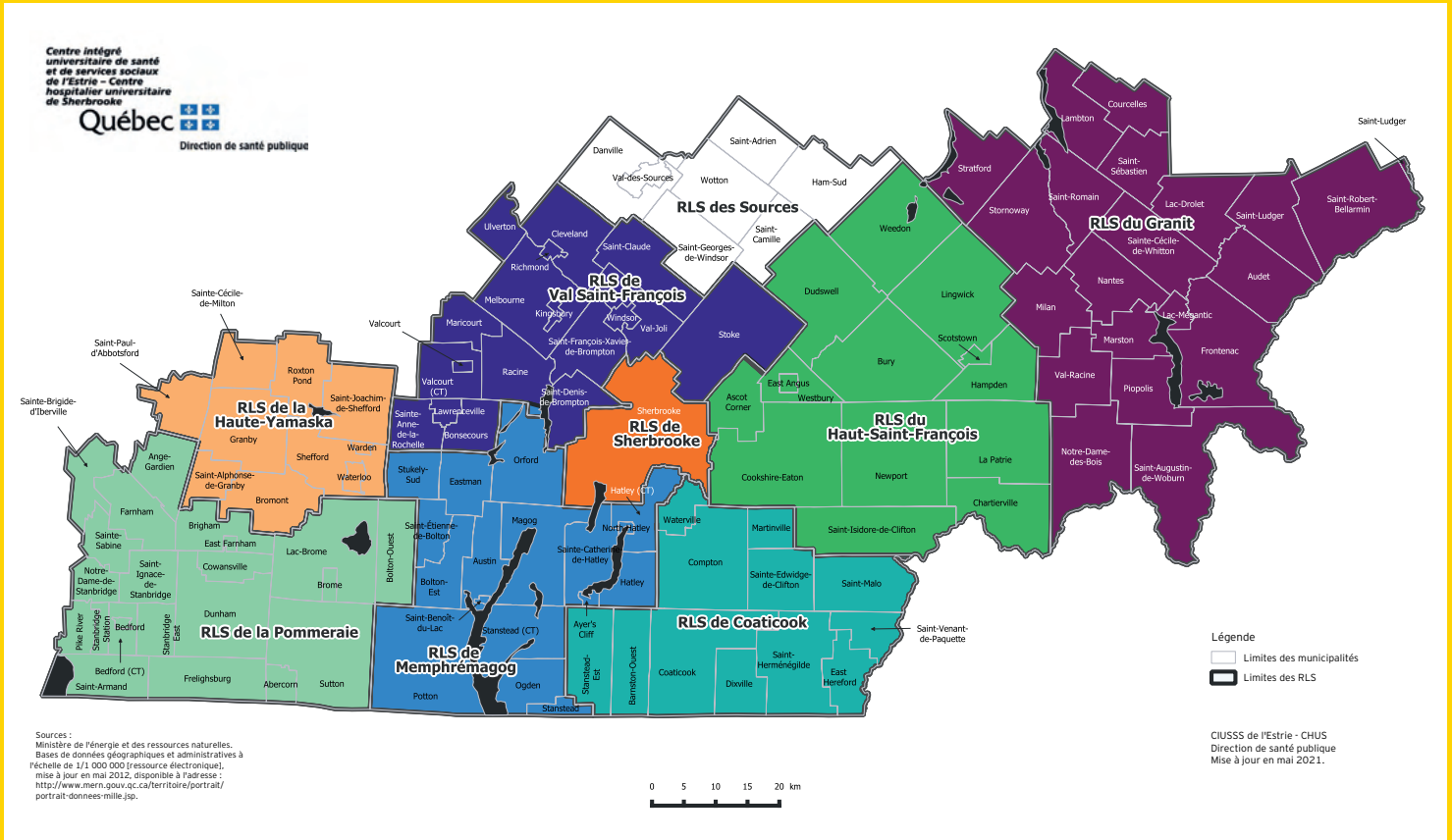
Au niveau financier : des règles budgétaires pour l'exercice financier annuel sont clairement énoncées. Tout transfert ou ajustement doit être au préalable approuvé par le Ministre.

Budget - Rapport financier Annuel de l'Estrie : [1104-5150\\_AS-471\\_2020-2021\\_V1\\_0.pdf](#) (santeestrie.qc.ca)





## Municipalités et territoires des réseaux locaux de services (RLS) du CLUSSS de l'Estrie - CHUS



## Synthèse du système de santé québécois

L'étude du système de santé québécois permet d'analyser comment une structure décentralisée de gouvernance ressemblant à un « millefeuille administratif », dans lequel le partage de compétence est flou, et la gouvernance de ce fait inefficace peut être réformée afin de s'adapter aux réalités de terrain sans sacrifier l'efficacité nécessaire à une bonne prise en charge. La rationalisation du système de santé

québécois résultant de la Loi 2015 illustre en effet la difficulté de trouver un équilibre entre ces deux nécessités. Elle donne cependant des pistes d'échelle de déconcentration pour une gouvernance locale décloisonnée, avec de larges champs d'actions et une certaine marge de manœuvre d'autonomie pour servir ces objectifs, à travers l'exemple des 24 centres intégrés québécois.

## EY | Building a better working world

La raison d'être d'EY est de participer à la construction d'un monde plus équilibré, en créant de la valeur sur le long terme pour nos clients, nos collaborateurs et pour la société, et en renforçant la confiance dans les marchés financiers.

Expertes dans le traitement des données et des nouvelles technologies, les équipes EY, présentes dans plus de 150 pays, contribuent à créer les conditions de la confiance dans l'économie et répondent aux enjeux de croissance, de transformation et de gestion des activités de nos clients.

Fortes de compétences en audit, consulting, droit, stratégie, fiscalité et transactions, les équipes EY sont en mesure de décrypter les complexités du monde d'aujourd'hui, de poser les bonnes questions et d'y apporter des réponses pertinentes.

EY désigne l'organisation mondiale et peut faire référence à l'un ou plusieurs des membres d'Ernst & Young Global Limited, dont chacun représente une entité juridique distincte. Ernst & Young Global Limited, société britannique à responsabilité limitée par garantie, ne fournit pas de prestations aux clients. Les informations sur la manière dont EY collecte et utilise les données personnelles, ainsi que sur les droits des personnes concernées au titre de la législation en matière de protection des données sont disponibles sur [ey.com/privacy](https://ey.com/privacy). Les cabinets membres d'EY ne pratiquent pas d'activité juridique lorsque les lois locales l'interdisent. Pour plus d'informations sur notre organisation, veuillez vous rendre sur notre site [ey.com](https://ey.com).

© 2022 Ernst & Young Advisory.

Tous droits réservés.

Studio BMC France - 2112BMC288.

SCORE N° 2022-006.

Photos : Shutterstock

ED None.

Cette publication a valeur d'information générale et ne saurait se substituer à un conseil professionnel en matière comptable, fiscale, juridique ou autre. Pour toute question spécifique, veuillez vous adresser à vos conseillers.

[ey.com/fr](https://ey.com/fr)