

INNOVATION ET POLITIQUES D'APPRENTISSAGE DANS LE SECTEUR SANITAIRE: LA CATALOGNE ET LE ROYAUME-UNI EN EUROPE

Londres. 17 - 18 mars 2010

Julian Le Grand a analysé les réformes impulsées dans les dernières années au sein du système sanitaire britannique pour atteindre certains objectifs en termes d'efficacité et de flexibilité, les difficultés qui ont surgi et les leçons retenues. Il a illustré son intervention par des exemples pratiques rattachés à son expérience pendant l'étape de conseiller politique de l'ancien premier ministre britannique, Tony Blair. L'intervenant a insisté sur deux des éléments les plus importants du système sanitaire anglais avant la réforme : les longues listes d'attente et la faible capacité de l'État pour imposer certains niveaux de qualité sanitaire. Le Grand a expliqué qu'il existe actuellement quatre types de relations avec les institutions sanitaires : *trust*, où il est supposé que tout le monde respecte ses responsabilités et la confiance est l'élément principal entre l'État et les institutions sanitaires ; *mistrust*, où l'on part du principe contraire du modèle précédent et on considère que sans objectifs clairement établis par l'État, les institutions sanitaires demeureront sans efficacité ; *voice*, où l'on considère que la mission de l'État est de se limiter à répondre aux demandes de ces institutions et, finalement, *choice*, où l'on privilégie un système de compétition entre les institutions sanitaires. En ce sens, l'intervenant a rappelé comment en Grande-Bretagne, les modèles *mistrust* et *choice* ont été ceux qui ont impulsé la réforme laboriste à partir de 2000. Un des éléments que Le Grand a cité dans le modèle de *mistrust* est la pression sociale, avec une politique de signaler et de critiquer publiquement les hôpitaux qui n'atteignent pas les objectifs établis.

L'intervention réalisée par Guillem López Casasnovas a analysé les principales caractéristiques du système sanitaire catalan avec une radiographie des niveaux de décentralisation et de la relation entre la dépense publique et la privée. En ce sens, López Casasnovas a montré comment il existe une certaine relation entre le degré de décentralisation dans le cadre sanitaire et la valorisation du service qu'en font les utilisateurs.

De même, il a souligné l'existence d'un certain équilibre budgétaire dans le secteur sanitaire en Catalogne grâce, principalement, à une politique de financement mixte

1

entre le capital privé et le public dont l'origine pourrait être le fait que la société civile, en partie, a remplacé l'État pendant la période constitutive du secteur sanitaire catalan.

En ce qui concerne également cette comparaison, la Catalogne est la seconde communauté autonome quant aux assurances privées sanitaires (10% de plus que la moyenne espagnole, de 14%), ainsi que la seconde communauté quant à la dépense moyenne par tête concernant la souscription d'assurances sanitaires privées (chaque catalan dépense, en moyenne, 110 euros alors que dans le reste de l'État la dépense est de 59,11 euros).

Le professeur Casasnovas a rappelé les différentes particularités de la décentralisation du système sanitaire espagnol. Dans ce contexte, il a cité quelques-unes des compétences du Gouvernement central, comme l'établissement de la législation de base et la coordination générale, une partie du financement, la politique pharmaceutique (jusqu'à l'ordonnance), la formation et la politique internationale en cette matière. Casasnovas a également énuméré quelques-unes des compétences des gouvernements autonomes comme la contribution aux finances de l'État central, la définition de la structure organisationnelle et la planification, l'accréditation, et la prestation des services.

Pour Casasnovas, la décentralisation du système sanitaire espagnol (avec dix-sept communautés autonomes, dont cinq de moins de deux millions d'habitants) présente quelques bénéfices, mais également des désavantages. La partie négative est que toutes les communautés autonomes essaient de se comporter de manière autosuffisante et, en même temps, d'avoir une influence politique dans le système sanitaire étatique. En outre, et comme point positif, la décentralisation ouvre de nombreuses possibilités en innovant et en brisant le monopole du pouvoir dans ce secteur.

Les questions du public ont généré un débat sur l'importance des différences culturelles au moment de réussir à mettre en œuvre des réformes institutionnelles dans le secteur sanitaire. Ainsi, une tradition moins interventionniste dans ce secteur peut entraver les réformes dont l'objectif est de déployer ou de consolider le modèle européen d'État Providence.

Monsieur Josep Manuel Barberà, directeur du Patronat Catalunya Món, et Monsieur Joan i Costa Font, directeur de l'Observatori Catalunya Món, ont présenté les tables rondes de la seconde session. Par la suite, Alistair McGuire, directeur de Health Economics du Département de Politiques Sociales de la LSE a modéré les trois interventions de la première table ronde *Gestion des systèmes décentralisés sanitaires*, qui a abordé l'administration et la décentralisation dans les systèmes sanitaires du Royaume-Uni, des USA et de Catalogne. Lors de la première intervention *La gestion des systèmes décentralisés sanitaires en Catalogne et Angleterre*, le Dr Scott Greer, de l'Université de Michigan, a fait une réflexion sur les éléments qui permettent la réforme d'un système sanitaire déterminé : le financement, l'asymétrie entre le centre et la périphérie et le niveau de décentralisation d'un pays déterminé, et la législation en vigueur.

Le Dr Greer a exposé quelques-unes des spécificités des systèmes sanitaires décentralisés, comme le degré d'autonomie dans l'organisation des services sanitaires et dans la détermination de certaines politiques de santé publique (par exemple, fumer dans les espaces publics), une indépendance importante, bien que limitée, au moment de déterminer les priorités de la dépense dans les politiques sociales, le manque d'outils pour redistribuer ou avoir une influence sur les inégalités sociales (normalement, cette compétence revient au pouvoir central), et, finalement, le manque de capacité pour exercer une pression politique conjointe. En tenant compte de ces particularités, le Dr Greer a suggéré, pour conclure, que dans un système sanitaire décentralisé, les décisions sont prises sur la base de deux axes. Le premier axe correspond à l'équilibre entre les solutions (le type de décisions devant être prises pour améliorer un système sanitaire déterminé) face à l'importance de prendre ces solutions en respectant le principe de décentralisation (que le Dr Greer a défini comme la voix d'une région déterminée). Le second axe se centre sur l'équilibre entre la notion de système sanitaire (concept qui fait référence aux services offerts par un système sanitaire déterminé et leur efficacité) face à la notion de santé publique (notion qui fait référence aux systèmes centrés sur la garantie du principe d'égalité).

La seconde intervention *Objectifs et systèmes sanitaires au Royaume-Uni* a été réalisée par Gwyn Bevan, qui a analysé les différents problèmes que le Gouvernement britannique a dû surmonter pour réformer le système sanitaire, quels ont été les outils priorités et quelles sont les leçons pour la Catalogne et son modèle d'administration. En ce sens, il a démontré comment l'établissement d'objectifs très définis accompagnés d'une politique consistant à signaler et critiquer publiquement a

été relativement efficace pour augmenter l'efficacité et les standards du système britannique.

Finalement, le professeur Joan Costa i Font a analysé dans l'intervention *Transfert de compétences et fonctionnement du système sanitaire : la Catalogne dans l'Espagne décentralisée*, différents arguments théoriques et des exemples pratiques qui structurent la relation entre la décentralisation et l'efficacité dans l'administration sanitaire. Costa i Font a fait une réflexion sur l'autosatisfaction du patient ou l'égalité sanitaire pour défendre que plus la décentralisation est forte, plus grande est la capacité d'adapter les besoins et d'innovation. Il a également posé des questions comme dans quelle mesure la décentralisation augmente les inégalités entre les territoires ou jusqu'à quel point la décentralisation comporte une augmentation de l'autosatisfaction en tant qu'utilisateur d'un système sanitaire déterminé. L'intervenant défend le transfert des compétences afin d'augmenter la connaissance locale, de permettre la flexibilité au moment d'adapter les politiques aux besoins et aux demandes locales et satisfaire les aspirations d'autonomie politique. Cependant, il a également montré comment les évidences sur les effets dans la satisfaction liée à la décentralisation sont encore limitées. Dans la même ligne que le Dr Greer, le Dr. Costa i Font a mis l'accent sur le besoin de ne pas oublier la formule d'égalité face à l'efficacité, et qu'il faut considérer la décentralisation comme une stratégie politique et de gestion afin d'impulser les deux principes.

La seconde table ronde *Incentives dans les dons et les transplantations* s'est centrée sur un thème essentiel en Catalogne, vu qu'elle est à la première place de la classification mondiale de transplantation d'organes et l'une des régions européennes dont le nombre de dons de sang est plus élevé. Le Dr Rosa Deulofeu, directrice de l'Organisation Catalane de Transplantations (OCATT), a rappelé, lors de l'intervention Le modèle catalan de transplantations et dons d'organes, les stratégies utilisées en Catalogne et les raisons du succès catalan. En ce sens, l'intervenant a défendu que le taux élevé de dons et de transplantations a des explications qui vont au-delà du principe juridique du consentement présumé en vigueur en Catalogne (l'élément légal qui différencie le système catalan du britannique). Le Dr Rosa Deulofeu a présenté un résumé historique qui a permis d'analyser l'influence du système de transplantations catalan par rapport à l'espagnol ou l'europpéen.

Finalement, lors de la seconde et dernière intervention, *Incentives dans les dons de sang dans l'Union Européenne*, le professeur Mireia Jofre Bonet a utilisé les résultats de l'un de ses projets les plus récents pour établir une relation entre le fait de donner

du sang et le type de motivation/incentive qui peut se cacher derrière (rémunération/non-rémunération, rémunération de type économique/d'un autre type, etc.). Ses conclusions indiquent que la plupart des donneurs considèrent qu'il est nécessaire d'incentiver la pratique du don, sans qu'elle soit nécessairement récompensée par une rémunération économique.