

***MAITRISE DE L'INFORMATION, AMELIORATION DES SYSTEMES DE SANTE ET  
AMENAGEMENT DU TERRITOIRE. L'EXEMPLE DE LA CATALOGNE (ESPAGNE) ET  
DE LA REGION MIDI-PYRENEES (FRANCE)***

---

**Christian BOURRET,**

Université de Marne-la-Vallée, 77454 Marne-la-Vallée cedex 2, France  
[bouret@univ-mlv.fr](mailto:bouret@univ-mlv.fr)

**Jaume TORT i BARDOLET,**

Generalitat de Catalunya, Servei Català de la Salut (CatSalut), Barcelone, Espagne  
[jtort@catsalut.net](mailto:jtort@catsalut.net)

**Résumé** : Voisines et frontalières de part et d'autre des Pyrénées, la Catalogne espagnole et la région Midi-Pyrénées ont des systèmes de santé différents. Depuis 1978, la Catalogne a affirmé son autonomie au sein de l'Espagne, notamment dans le domaine de la santé. Avec les « comarques », elle a défini ses structures territoriales de base. Plus récemment, la France a commencé à explorer la voie des « pays ».

Le système de santé catalan est basé sur les centres d'attention primaire. La France expérimente la voie des réseaux de santé. Le plan de développement stratégique du Service public Catalan de la Santé (*CatSalut*) mise beaucoup sur la création d'un système d'information performant pour améliorer son efficacité et les services à ses usagers dans une perspective d'aménagement du territoire. Sans compétence institutionnelle en santé, la région Midi-Pyrénées a néanmoins favorisé le développement de la télémédecine.

Dans le cadre de l'affirmation de la société de l'information et du savoir, un nouvel État national est en train de se dessiner, en particulier en Espagne. Son rôle et les nouvelles répartitions des compétences avec les collectivités territoriales et avec le secteur privé reposent largement sur l'utilisation des technologies de l'information dans une perspective d'aménagement du territoire et d'amélioration des services à des citoyens, devenus des « clients » à fidéliser.

**Abstract** : Neighbour and located on both sides of the Pyrenees Mountains, Spanish Catalonia and French Midi-Pyrénées "région" have different health systems. Since 1978, Catalonia has asserted its self government within Spain, particularly in the health field. With the "comarques", Catalonia has defined its basic structures of territoriality. More recently, France has begun to experiment the way of "pays" (countries). The Catalan health system is based on primary care centers. France is experimenting healthcare networks. The strategic development plan of the Catalan health public service (*CatSalut*) bets much on creating a high performance information system to improve efficiency in services towards users in a territory development perspective. Without

institutional competence in the field of health, Midi-Pyrénées "région" has nevertheless favoured the development of telemedicine.

Within the context of information and knowledge society development, a new national State is emerging, particularly in Spain. Its functions and new competences shared with local communities and with the private sector largely lay on the use of information technologies aiming at territory development and services improvement towards citizens. These citizens are becoming "customers" whose loyalty must be strengthened.

**Mots clés** : systèmes d'information, management des systèmes de santé, aménagement du territoire, réseaux, nouvelles technologies.

**Key words** : information systems, health care management, territory development, networks, new technologies.

# **Maîtrise de l'information, amélioration des systèmes de santé et aménagement du territoire. L'exemple de la Catalogne (Espagne) et de la région Midi-Pyrénées (France)**

## **INTRODUCTION**

Régions voisines, frontalières dans la zone des Pyrénées, la Catalogne espagnole (1) et la région Midi-Pyrénées relèvent de deux États nationaux différents : l'Espagne et la France. Les affinités et les relations ont été très importantes entre les deux régions qui, aux XII<sup>e</sup>-XIII<sup>e</sup> siècles, ont failli constituer un royaume « transpyrénéen » unique avec pour capitale Barcelone (2). Les deux régions ont eu ensuite des destins différents. L'évolution récente : création des Communautés Autonomes en Espagne à partir de 1978, régionalisation beaucoup plus lente en France, affirmation progressive de l'Union européenne, les rapproche à nouveau plus fortement. Dans cet article, nous examinons tout d'abord les grandes lignes et les spécificités des deux systèmes de santé dont relèvent ces régions. Nous analysons ensuite les évolutions récentes et les choix stratégiques du système de santé catalan, à la fois en termes de systèmes d'information et d'aménagement du territoire, puis les évolutions du système de santé français et les particularités de la région Midi-Pyrénées. Nous étudions enfin comment, dans le cadre d'une Europe des régions, ces deux systèmes peuvent converger en s'appuyant sur les nouvelles technologies de l'information et de la communication pour favoriser une politique de santé de proximité, élément majeur d'aménagement du territoire et de citoyenneté.

## **1 - FRANCE ET CATALOGNE : DEUX SYSTEMES DE SANTÉ DIFFÉRENTS**

Le système de santé français dont relève la région Midi-Pyrénées et le système de santé catalan ont deux histoires très spécifiques. Ils relèvent de deux choix politiques différents. Le système français, mis en place à partir de 1945 dans le cadre de l'affirmation de l'État providence (la Sécurité Sociale), est un système dit bismarckien (du nom du chancelier allemand du troisième quart du XIX<sup>e</sup> siècle : Bismarck). Il est basé sur le paritarisme (cogestion par les organisations patronales et les syndicats) et est financé par des cotisations sociales. Il est donc basé sur le travail. Le système catalan, beaucoup plus récent, relève d'un autre modèle : celui d'un système national de santé, à l'image de celui mis en place à partir des recommandations de lord Beveridge en Grande-Bretagne (*National Health Service*). Il est financé par l'impôt et son critère d'affiliation est la résidence. Les coûts des deux systèmes de santé sont différents : environ 8000 FF (1200 euros) par an pour un Catalan en 1998 contre environ 12 000 FF (1800 euros) pour un Français. Mais, en raison du vieillissement de la population et des besoins d'investissement (nouvelles structures, notamment hôpitaux, et équipements) ceux de la Catalogne vont augmenter très vite alors que ceux de la France ne sont pas maîtrisés.

Le système français comporte deux volets très différents et qui, trop souvent, s'opposent : la médecine de ville et l'hôpital. Y coexistent un secteur public majoritaire et un secteur privé (cliniques mais aussi service privé au sein de l'hôpital public). Pour la médecine de ville, le système est dit « libéral ». Le patient a le libre choix de son médecin qui peut s'installer sur tout le territoire. Le patient peut accéder directement (sans l'intermédiaire d'un médecin généraliste) à la fois aux médecins spécialistes et à l'hôpital, notamment par les urgences. Plus de 80 % des Français sont affiliés à des caisses complémentaires (mutuelles et compagnies d'assurances) qui remboursent les prestations au-delà du tarif de la Sécurité Sociale mais n'assurent pas de prestations médicales supplémentaires.

Bismarckien à l'origine et basé sur le travail, c'est-à-dire avec l'idée d'assurer des revenus de remplacement en cas de maladie et non de gérer la santé, le système français a évolué. Avec la mise en place d'un financement également par l'impôt (CSG : Contribution Sociale Généralisée), de la LFSS (Loi de Financement de la Sécurité Sociale), de la CMU (Couverture Maladie Universelle) et le départ du MEDEF (Mouvement des Entreprises de France) des organismes de gestion paritaire de l'Assurance Maladie, il est devenu un système quasi national. Par ailleurs, le système français est fragmenté en de très nombreux organismes et régimes différents : Mutualité Sociale Agricole, CANAM (caisse des professions indépendantes), Mines, SNCF ... Le principal régime, qualifié assez abusivement de « général », relève de la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) et de ses différentes structures locales, en premier lieu les CPAM (Caisses Primaires d'Assurance Maladie). La CNAMTS n'a qu'un rôle de remboursement (à la fois des médecins et des usagers) et très peu de gestion. C'est l'État (ministère de la Santé) qui gère directement l'hôpital qui représente 46 % des dépenses de santé.

Les ordonnances d'avril 1996 ont voulu faire évoluer le système français vers la régionalisation : affirmation du rôle des URML (Unions Régionales des Médecins Libéraux) et, surtout, création des URCAM (Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie), qui ont un rôle de coordination des différents régimes mais pas de gestion directe, et des ARH (Agences Régionales de l'Hospitalisation), ayant en charge la supervision à la fois des secteurs public (hôpitaux) et privé (cliniques).

Ces ordonnances ont également voulu faciliter l'expérimentation des réseaux de santé. Très fortement individualistes, les médecins français sont en Europe les moins intégrés dans des structures de groupe. Les réseaux de santé, d'origines très diverses, ont été consacrés par la loi du 4 mars 2002 sur les *Droits des malades et la qualité du système de santé*. Ils constituent une voie privilégiée pour décloisonner le système de santé (généralistes, spécialistes, hôpitaux publics de statuts et de tailles très différents, cliniques ...), assurer la continuité des soins et essayer de mettre (enfin !) le système de santé au service des patients et non des organisations et des professions. Mais il y a d'autres voies possibles. On parle aussi de « maisons médicales » notamment pour régler le problème des services des urgences dans les hôpitaux et cliniques ou de cabinets de groupes pluriprofessionnels sur le modèle des structures de proximité relevant des *Primary Care Trusts* du *N.H.S.* britannique ou des Centres d'Attention Primaire catalans, sur lesquels nous reviendrons. La réduction du temps de travail a accentué les tensions dans les hôpitaux et rend particulièrement urgente la recherche de solutions opérationnelles principalement basées sur le « virage ambulatoire » : transfert de certaines activités de l'hôpital vers la médecine de ville. Par ailleurs, l'extension de la régionalisation et en particulier la création d'ARS (Agences Régionales de Santé) est évoquée.

Le système catalan est beaucoup plus récent. Il est aussi très différent. La nouvelle constitution espagnole de 1978 (le général Franco étant mort en 1975) ou statut des autonomies a comme axe majeur la coopération de l'État national (Madrid) et de 17 Communautés Autonomes. La Généralité de Catalogne avait été rétablie en 1977 (3). Un système national de santé financé par l'impôt fut mis en place sur le modèle du *NHS* britannique, un système privé continuant à subsister. Un *Instituto Nacional de la Salud (Insalud)* fut créé pour essayer de faire converger systèmes publics et privés et assurer les relations avec les différentes Communautés Autonomes. D'autres entités continuèrent à exister, comme par exemple la *Muface* (Mutuelle de Fonctionnaires de l'Administration de l'État) ou, pour l'Armée et la Marine.

La constitution de 1978 précisait que la législation de base de la sécurité sociale relevait de l'État national mais que l'exécution des services pourrait être transférée aux Communautés Autonomes. En fait, il allait s'agir d'un véritable transfert de compétences. Ce transfert de compétences fut effectif pour la Catalogne dès 1981, pour l'Andalousie en 1984, le Pays Basque et Valence en 1988, la Galice et la Navarre en 1994, les Iles Canaries en 1994.

Première Communauté Autonome espagnole à avoir obtenu le transfert de la gestion de la santé publique, la Catalogne définit sa carte sanitaire en 1983 et créa en 1985 la *Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP)* ou réseau d'hospitalisation publique, avec des structures principalement héritées d'*Insalud*. Le système national de santé catalan fut créé en 1986. Il présente deux caractéristiques principales : séparation stricte du financement et des fournisseurs de soins, diversité et mixité des structures (système public, système privé sans profit (4), système privé à vocation de profit). Pour planifier, financer et évaluer les services de santé du secteur public fut créé en 1990 le *Servei Català de la Salut*, devenu depuis *CatSalut*. Système national public et organismes privés coexistent donc en Catalogne comme dans toute l'Espagne. On peut parler de système mixte diversifié. Mais la séparation public / privé, tant au niveau du financement que des coopérations, est beaucoup plus tranchée qu'en France. A l'exception des fonctionnaires (*Muface*) qui peuvent choisir, les Espagnols financent les systèmes de santé publics des Communautés Autonomes en tant que contribuables et paient une seconde fois s'ils souhaitent bénéficier de prestations privées. A ce jour, le réseau de santé public catalan propre à la Généralité assure 84 % des soins primaires, 30 % de l'hospitalisation et 5 % des centres de santé mentale.

Pour le reste, *CatSalut* passe contrat avec des organisations privées, le plus souvent du secteur « privé sans profit ». Les contrats avec le secteur « privé à profit » sont beaucoup plus limités : au transport (ambulances), aux soins à domicile, à la dialyse, à l'imagerie médicale ... et aux petites équipes d'assistance primaire autogérées (EBA).

*CatSalut*, qui a vocation à coordonner tout le secteur d'utilisation publique en Catalogne a créé des consortiums pour favoriser la rénovation des anciens hôpitaux municipaux : Vilafranca del Penedès, Igualada, Vic, Blanes-Calella, Sabadell ... Barcelone constitue un cas particulier. La municipalité y possède deux hôpitaux et quelques centres d'attention primaire qui sont gérés par des organismes municipaux : IMAS ou PAMEM (5) avec la participation financière de la Généralité.

La Catalogne a défini son premier Plan de Santé triennal (*Plan de Salud de Catalunya*) en 1993. Le 3<sup>e</sup> plan a couvert la période 1999-2001, le 4<sup>e</sup> couvre la période 2002-2004. Le principal défi est de répondre au vieillissement de la population. Le système de santé public est articulé autour des 360 Centres d'Attention Primaire (CAP) appelés *ambulatorios* dans le reste de l'Espagne. Ils regroupent des médecins généralistes (une spécialité en Espagne), des pédiatres et des infirmières, dont le rôle est beaucoup plus valorisé qu'en France. Sur des critères de résidence, tous les Catalans sont affiliés à un CAP. Pour le moment, ils ne peuvent pas en changer. Les médecins généralistes qui sont fonctionnaires (dans la partie réseau public de soins primaires relevant de la Généralité) doivent exercer 6 heures par jour dans le service public. Leur rémunération étant relativement modeste, ils peuvent ensuite exercer en privé. Dentistes et pharmaciens relèvent uniquement du secteur privé. Les CAP gèrent l'accès aux spécialistes et à l'hôpital. Les files d'attente pour certaines opérations à l'hôpital constituent un point particulièrement sensible qui peut faire basculer un pourcentage non négligeable de la population vers un secteur privé déjà largement majoritaire dans le domaine des soins secondaires (hôpitaux privés et cliniques).

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2002, l'intégralité de la gestion des services de santé est déléguée aux 17 Communautés Autonomes. Le rôle des Communautés Autonomes dans le domaine de la santé et dans son articulation avec l'aménagement du territoire ne peut que s'accroître.

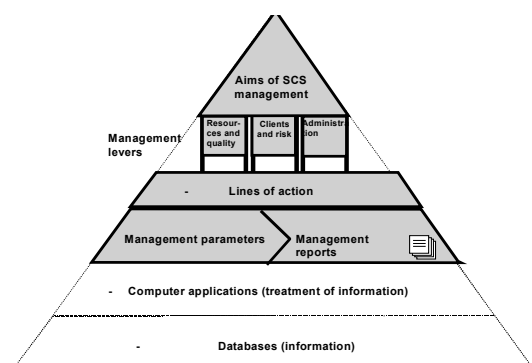
## 2 - ÉVOLUTIONS RÉCENTES ET CHOIX STRATÉGIQUES EN TERMES DE SYSTÈMES D'INFORMATION ET D'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE

Le système de santé public catalan comprend près de 360 centres d'attention primaire, 66 hôpitaux (XHUP), 83 centres sociaux et 19 hôpitaux psychiatriques répartis en 8 régions sanitaires différentes : Lleida, Girona, Centre, Barcelonès Nord i Maresme, Barcelona Ciutat, Costa de Ponent, Tarragona, Tortosa. Les CAP constituent à la fois la structure de proximité et la base du système. Depuis 1987, la Catalogne a pu se doter (mais sans supprimer les 4 provinces imposées par Madrid en 1833) de son organisation territoriale de base particulière : les 41 « comarques ». Administrées par un président et un conseil comarcal élus, elles ont certaines attributions spécifiques, notamment pour la gestion du patrimoine et du tourisme, mais n'ont à ce jour aucune compétence en santé.

Le système de santé public dispose de deux instruments majeurs de pilotage : au niveau global, les différents plans de santé et, à un niveau plus opérationnel, le plan stratégique de *CatSalut*. Les journées de travail d'avril 2002 consacrées à la définition des lignes stratégiques de *CatSalut* (6) ont été axées sur la recherche du meilleur modèle de gestion pour la santé, avec deux pistes privilégiées. La première est le recours aux méthodes de gestion des entreprises privées (« reengineering » et gestion par processus, management par la qualité, gestion par projet, gestion des savoirs et des compétences ... ) mais dans un but d'efficacité (efficacité au meilleur coût) dans le sens de l'intérêt général des usagers du système de santé et non de profit. La seconde est l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication. L'ensemble se place dans une perspective d'aménagement du territoire : équité en termes de qualité et d'accès aux soins pour les différentes régions sanitaires et « comarques » (objectif : pas de Catalan à plus de 30 minutes d'un hôpital) et implication plus forte des usagers notamment dans les structures de proximité. En fait, *CatSalut* se positionne comme une *Health Maintenance Organization* (H.M.O.) américaine en appliquant les méthodes de *Managed Care* mais sans objectif de profit.

L'outil majeur de cette politique est la mise en place du système d'information de *CatSalut*. Au début, *CatSalut* a utilisé les systèmes d'information des fournisseurs de soins. Il a décidé de créer le sien propre et d'en faire un outil stratégique de planification, de coordination et d'évaluation du système de santé catalan. Commencé il y a deux ans et basé prioritairement sur les technologies internet, il devrait être opérationnel en 2003.

Le système peut être schématisé par une pyramide à trois niveaux. Le premier étage (la base du système) est celui des bases de données (supports d'information). Le niveau du milieu est celui du traitement de l'information. Le niveau supérieur est celui du management du système d'information.



Main elements of the SCS management and information

Le projet se décompose en deux phases distinctes. Une première étape vise à articuler étroitement le nouveau système d'information avec ceux des fournisseurs de soins. La seconde étape est beaucoup plus ambitieuse : elle doit assurer le lien direct entre les citoyens catalans et les fournisseurs de soins. Le projet entre dans le cadre plus vaste de la création d'une véritable *Administració Oberta de Catalunya* basée sur l'utilisation des technologies internet avec une seule carte d'entrée pour toutes les prestations de tous les services de la Généralité de Catalogne.

Un des éléments importants du projet est le centre d'appels *Sanitat Respon*. Conçu sur le modèle du *NHS Direct* britannique, il a commencé à fonctionner pour la ville de Barcelone en octobre 2001. L'objectif est d'en faire un véritable centre d'orientation 24 heures sur 24 : un centre de contact permanent en santé pour l'ensemble de la population catalane. En s'inspirant encore des réalisations du *NHS*, les NTIC vont également constituer un outil majeur pour l'amélioration du traitement des urgences dans les hôpitaux.

En comparaison, les réalisations de la région Midi-Pyrénées sont plus modestes. Entre les deux régions, les degrés d'autonomie, comme les moyens financiers, sont très différents. Consacrées comme collectivités territoriales par les lois de décentralisation de 1982 (avec les départements et les communes), les régions ont des compétences limitées à la formation professionnelle, au développement économique, aux transports, à la culture, à l'aménagement du territoire et à l'entretien des bâtiments (lycées). Elle n'ont pas de compétences en santé. La politique de régionalisation en santé a été jusqu'à présent menée dans un cadre de déconcentration de services de l'État, notamment avec la création des ARH (Agences Régionales de l'Hospitalisation) et non d'autonomie régionale (décentralisation).

Il convient néanmoins de signaler le développement de la télémédecine par la région Midi-Pyrénées. Le principe de la télémédecine est de ne plus faire déplacer le patient mais circuler l'information. Elle repose sur la transmission de données, notamment multimédia (imagerie médicale) pour l'aide au diagnostic, à la prescription, l'obtention d'un second avis médical, et la télésurveillance des malades à domicile. « La télémédecine favorise un accès égal aux soins et un droit de tout citoyen à la santé en tout point du territoire. Il en résulte que la santé doit être à la fois une politique sociale, une politique territoriale et l'expression d'une citoyenneté en acte » (7). En septembre 1998 a été créé le GCS RTR (Groupement de Coopération Sanitaire Réseau Télémédecine Régional) réunissant 52 établissements publics et privés de la région Midi-Pyrénées : CHU de Toulouse, Centre Régional de lutte contre le cancer, centres hospitaliers de Rodez, Cahors, Lourdes, Luchon, centre hospitalier intercommunal de Val d'Ariège ... ensuite Auch, Saint-Gaudens, Figeac, Albi, Lannemezan, Castres ... puis, à terme, tous les établissements publics et privés de Midi-Pyrénées.

Des politiques de proximité dans le domaine de la santé ont été mises en place grâce à des initiatives locales, en particulier réseaux de santé, émanant à la fois de médecins ou d'organismes de protection sociale comme des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM), par exemple le réseau de soins palliatifs des Hautes-Pyrénées. Une Coordination Régionale de Réseaux de Santé concernant des réseaux moins institutionnels (souvent précarité ou toxicomanie) a vu le jour. Un Comité Régional des Réseaux Midi-Pyrénées regroupant des représentants des organismes de protection sociale (URCAM, CPAM, MSA) et des services déconcentrés de l'État (ARH ou DDASS) s'affirme à la fois comme structure de coordination de l'attribution des financements publics aux différents réseaux de santé de Midi-Pyrénées et comme structure de réflexion et d'incitation de convergence des expériences vers des organisations plus généralistes. La réalisation du réseau régional Diamip (diabète en Midi-Pyrénées) est soutenue conjointement par l'ARH et l'URCAM, préfigurant peut-être les futures ARS.

Au niveau local, les lois de 1995 et de 1999 ont favorisé la renaissance des « pays », en les liant à l'intercommunalité. Les « pays » avaient été balayés par la grande tourmente égalitariste de la Révolution française qui avait assimilé les particularismes locaux (structures d'autonomies, dialectes ...) à l'Ancien Régime (8). En février 2001, la Conférence Régionale d'Aménagement et de Développement du Territoire (CRADT) de Midi-Pyrénées a reconnu comme espace de projet le périmètre de « pays Couserans », celui de « Foix-Haute Ariège » et celui de « Pays d'Olmes-Mirepoix ». A terme, le département de l'Ariège devrait compter quatre « pays ». En Haute-Garonne, la même CRADT a défini le périmètre d'un « pays Comminges ».

La renaissance des nouveaux « pays » risque de bouleverser l'ensemble des limites de juridiction des structures nées de la Révolution française (cantons, arrondissements et départements). Par exemple, le périmètre du « pays Couserans » ne correspond pas aux limites de l'arrondissement de Saint-Girons. Il regroupe 7 cantons : les 6 de l'arrondissement de Saint-Girons et celui de La-Bastide-de-Sérou (Séronnais), relevant de l'arrondissement de Foix.

Mais quel est l'avenir de ces « pays » ? Doivent-ils simplement constituer un cadre de référence pour les projets des services déconcentrés de l'État ? Ou, tout au contraire, doivent-ils constituer de nouvelles collectivités territoriales aux compétences à définir ? Avec alors le risque, typiquement français, de créer une nouvelle entité territoriale, sans en supprimer d'anciennes alors que la France compte déjà trop d'entités territoriales.

En France, dans le cadre de ce que l'on a appelé dans les années 1980-1990 au Canada le « virage ambulatoire » informatisé, le « pays » peut constituer le lieu privilégié du mariage des NTIC et de la santé. Le « virage ambulatoire » se propose d'essayer de maîtriser le dérapage des dépenses de santé et notamment de l'hôpital en recourant aux NTIC pour lutter contre les cloisonnements et les dysfonctionnements du système de santé en privilégiant la médecine de ville et en mettant en réseaux techniques les établissements entre eux, mais aussi la médecine de ville et les hôpitaux ou les cliniques (réseaux de santé) et en développant la télémédecine.

Les inégalités d'accès au système de santé se sont accentuées, non seulement en termes de revenus, mais aussi en termes géographiques et d'accès à l'information. Le rapport sur le *Paysage sanitaire français à l'horizon 2020* (9) parle de la nécessité d'une politique active pour faire évoluer le système vers le fonctionnement en réseau. En particulier dans les zones rurales, il appelle au « développement d'un fonctionnement en réseau, notamment des généralistes, prenant appui, lorsqu'il existe, sur un hôpital local renforcé ».

La santé est devenue un enjeu de l'aménagement du territoire mais aussi de l'emploi. Dans beaucoup de petites villes, l'hôpital est désormais le principal (et souvent le dernier !) employeur. C'est notamment le cas à Saint-Girons, à Saint-Gaudens, à Lannemezan, à Lavaur, à Auch, à Cahors ou à Rodez. Mais c'est aussi le cas pour beaucoup de grandes villes : dans 14 régions sur 22, l'hôpital est le premier employeur (10). A Toulouse, il emploie plus de personnes que l'industrie aéronautique.

Dans le cadre des nouveaux « pays », en s'affirmant comme un pôle de compétences (cœur d'un réseau de santé ou de toute autre structure de coopération forte ville-hôpital) et en liaison notamment avec le développement des soins à domicile face au vieillissement des populations (accentué par le retour de beaucoup à l'âge de la retraite) et au développement de pathologies liées au vieillissement, l'hôpital peut devenir en termes de service public un pôle majeur de la politique d'aménagement du territoire et de l'identité des « pays ». Un réseau de santé ville-hôpital Comminges fonctionne et un autre réseau est envisagé à partir de l'hôpital de Saint-Girons.

### **3 - VERS UNE CONVERGENCE DES POLITIQUES DE PROXIMITÉ EN SANTÉ GRÂCE AUX NOUVELLES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION ?**

L'État-nation, tel qu'il s'est imposé au XIX<sup>e</sup> siècle et a étendu son emprise dans la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle, avec notamment le modèle français d'un État-providence dirigiste, est doublement remis en cause. Il est tout d'abord fortement concurrencé par la « mondialisation » et l'affirmation d'aires supranationales : dans le cas de la France et de l'Espagne, l'Union européenne. L'État-nation qui, au XIII<sup>e</sup> siècle, avait commencé à s'affirmer dans le domaine monétaire en supplantant les monnaies féodales, vient de perdre cette prérogative essentielle : l'euro a remplacé le franc et la peseta au 1<sup>er</sup> janvier 2002.

L'État national est à la fois trop grand pour répondre aux problèmes quotidiens des citoyens et trop limité à l'échelle de la mondialisation. Concurrencé par l'Union européenne et par les multinationales de la communication, l'État-nation est également fortement ébranlé par la réémergence du local. C'est tout particulièrement vrai en Espagne où les Communautés Autonomes (notamment en Catalogne et au Pays Basque) ont affirmé leur importance et leurs spécificités. Cela commence à être aussi vrai en France avec les risques de cloisonnements que cela comporte.

En Grande-Bretagne également, l'Écosse a obtenu la reconnaissance de sa spécificité dans le domaine de la santé. Il existe désormais un *NHS Scotland*. Il a établi une stratégie particulière, fortement basée sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication, qui s'est traduite par de remarquables réalisations : réseau d'information (*SHOW : Scottish Health On the Web*), d'éducation et de prévention (*HEBS : Health Education Board for Scotland*).

Une nouvelle répartition des pouvoirs au niveau local et des compétences de l'État et des collectivités territoriales a eu lieu en Espagne. En France, elle commence à peine dans le cadre d'une Union européenne qui sera largement une Europe des régions. L'État national a fait la France, cela n'a pas été le cas en Espagne où les identités régionales (qui s'affirment comme « nationales ») ont toujours été très fortes, notamment dans ses régions périphériques. Son poids devrait demeurer plus fort en France.

C'est en fait tout un nouveau maillage territorial qui commence à se dessiner. Dans le domaine de la santé, en s'appuyant sur les réseaux et la télémédecine, la DATAR parle de « polycentrisme maillé » et réfléchit à une organisation idéale qui irait du niveau régional (et même interrégional européen) jusqu'au niveau de proximité des pays, centrés sur les hôpitaux locaux (10).

Se pose la question de la meilleure structure d'« intermédiation » et de services de santé de proximité pour des usagers devenus des partenaires, voire à terme des cogestionnaires du système de santé : centres d'attention primaire, réseaux de santé ou cabinets de groupe pluriprofessionnels. Dans le cadre des « comarques » ou des « pays », ces nouvelles structures de santé de proximité peuvent constituer le bon niveau d'implication des citoyens (« démocratie sanitaire »), voire de concurrence régulée. Le nouveau système d'information de *CatSalut* devrait à terme permettre aux Catalans de choisir leur CAP d'affectation et d'en changer s'ils n'en sont pas satisfaits. La Catalogne favorise aussi l'émergence de consortiums (organismes privés à but non lucratif) gérés par les médecins eux-mêmes et propose de les conventionner avec les CAP.

La Généralité de Catalogne a fait de gros efforts d'investissement pour marier santé et aménagement du territoire en termes de « pays », par exemple en construisant l'Espitau du Vall d'Aran (Vielha) et l'Hospital Comarcal del Pallars (Tremp). Jusqu'à la création de l'hôpital de Vielha, des Aranais, notamment en hiver, étaient transportés à l'hôpital de Saint-Gaudens. Désormais, ce seront peut-être des Commingeois de Fos ou Saint-Béat qui iront à Vielha.

La Cerdagne, divisée en deux depuis 1659 et si spécifique, constitue un cas particulièrement intéressant des relations entre le domaine de la santé et la politique de « pays ». Pourquoi des habitants de Cerdagne française (Font-Romeu, Saillagouse ...) ne se feraient-ils pas soigner à Puigcerdà, dont l'hôpital a été considérablement amélioré par la Généralité ? Les problèmes de refacturation entre États nationaux ne sont guère différents de ceux entre Communautés Autonomes en Espagne. La « réunification » de la Cerdagne commencera-t-elle par les coopérations transfrontalières dans le domaine de la santé pour, à terme, déboucher sur un « pays » cerdan réunifié, avec pour chef-lieu Puigcerdà ? En Cerdagne, la mise en place des « pays » pourrait ainsi bousculer les frontières nationales.

En sens inverse, les files d'attente dans les hôpitaux catalans pour certaines opérations peuvent pousser certains patients à aller se faire opérer en France (Perpignan, Toulouse ou Montpellier). *CatSalut* multiplie les efforts pour les éviter.

Le développement de la télémédecine a déjà bousculé les vieilles frontières nationales au niveau des grands centres d'excellence de Toulouse et de Barcelone, en attendant sa prochaine diffusion au niveau des hôpitaux locaux et d'autres structures de proximité. Des coopérations institutionnelles commencent à être envisagées entre *CatSalut* et des organismes de protection sociale de la région Languedoc-Roussillon.

Mais, si elle pose le problème de l'articulation avec les structures territoriales de proximité (« comarques » ou « pays »), l'affirmation des autonomies régionales pose avant tout celui des compétences laissées aux États nationaux. Ils doivent demeurer les garants d'une certaine solidarité nationale, en veillant à établir des compensations financières entre régions riches et régions plus pauvres. Ils doivent notamment fixer le niveau de prestations minimales pour tous les citoyens. En Espagne, le ministère de la Santé de Madrid devrait définir un « panier de soins » national minimal pour toutes les Communautés Autonomes. De leur côté, les autonomies régionales doivent organiser la concurrence (définition de cahiers des charges) entre structures de soins publiques et structures privées et la réguler.

Se pose aussi la question de l'articulation de ces autonomies régionales et des structures de santé de proximité. Ces structures de proximité peuvent être le lieu d'adaptation de procédures et de diffusion d'informations locales : gardes, urgences, spécificités des populations ... notamment à travers des portails de santé adaptés.

## CONCLUSION

En Catalogne et dans une moindre mesure en France, la renaissance des collectivités territoriales constitue une sorte de revanche de l'Histoire et des traditions locales sur le centralisme égalisateur des États-nations. L'affirmation des communautés autonomes et des régions en a été la première étape. Celle des « comarques » et des « pays » peut en être la seconde. Si elle sait concilier identité, proximité et ouverture, cette revanche peut être riche d'avenir par sa rencontre avec les NTIC au sein de la nouvelle société de l'information et du savoir qui bouleverse chaque jour un peu plus les structures et les mentalités.



C'est une solution d'équilibre. Dans une société mondialisée et « virtualisée », les individus ont de plus en plus besoin de repères concrets. Le « pays » est le bon niveau pour la restauration de liens sociaux. En ce début de XXI<sup>e</sup> siècle, il s'agit d'un enjeu vital. Pour le moment, leur spécificité est davantage reconnue en Catalogne qu'en Midi-Pyrénées. Les « comarques » n'ont néanmoins pas de compétences dans le domaine de la santé.

Les coopérations transfrontalières comme en Cerdagne ou en Val d'Aran – Haut Comminges vont se développer et effacer les vieilles frontières nationales, sans parler des réseaux de transmission d'informations du type télémédecine.

Un nouvel État national est en train de se dessiner. Il sera un garant et un régulateur, notamment d'actions menées par le secteur privé. Il reposera largement sur la coopération avec les collectivités territoriales avec des domaines de compétences spécifiques bien définis.

Les aspirations à l'émergence de structures de proximité sont très fortes en France comme en Espagne. La société dite de l'information et du savoir rejoint la volonté de démocratie locale, y compris sanitaire, et d'amélioration des services publics au bénéfice des usagers dans les cadres territoriaux de leur vie quotidienne. Avec l'aide des nouvelles technologies de l'information, la santé peut constituer un des premiers domaines privilégiés d'application de la nouvelle citoyenneté locale et un des volets essentiels de la politique d'aménagement du territoire.

## NOTES

(1) Il existe aussi une Catalogne française. La Catalogne, soulevée une fois de plus contre la Castille en 1640, avait fait appel à la France. Le traité dit des Pyrénées de 1659-1660 la partagea. Les Catalans parlent de « mutilation ». La Catalogne du Nord (Roussillon et une partie de la Cerdagne) forma une nouvelle province française avec pour capitale Perpignan. En 1790, ces territoires formèrent l'essentiel du département des Pyrénées-Orientales. Les 5/6 de la Catalogne sont demeurés espagnols. Cette Catalogne avec pour capitale Barcelone rassemble 6 millions d'habitants. Les Pyrénées-Orientales en comptent 370000. Depuis 1977, la Catalogne a fortement réaffirmé sa spécificité au sein de l'Espagne des Autonomies, les Pyrénées-Orientales relevant de la région Languedoc-Roussillon. C'est l'évolution du système de santé cette Catalogne du Sud ou Catalogne espagnole que nous étudions dans cet article.

(2) Dans le cadre de la croisade contre les Albigeois (ou Cathares), la bataille de Muret (sud de Toulouse) en septembre 1213 et la mort pendant le combat du comte de Barcelone et roi d'Aragon Pierre II, marqua la fin de la tentative de royaume « transpyrénéen » de la maison de Barcelone qui remontait à 1060. En 1271, le comté de Toulouse fut définitivement rattaché à la couronne de France.

Pour les liens privilégiés (historiques, culturels, linguistiques, commerciaux ...) entre la région Midi-Pyrénées et la Catalogne, voir BOURRET (Christian), *Les Pyrénées centrales du IX<sup>e</sup> au XIX<sup>e</sup> siècles. La formation progressive d'une frontière*, préface de LE ROY LADURIE (Emmanuel), 1995, 463 p.

(3) La Généralité de Catalogne (*Generalitat de Catalunya*) constitue le symbole majeur de l'autonomie et de l'identité catalanes. Elle est apparue dès 1359. Les « Corts » catalanes ou « Cortes » en castillan, s'étaient progressivement affirmés au cours du XIII<sup>e</sup> siècle. Regroupant des représentants du clergé, de la noblesse et de certaines villes, ils avaient comme fonction principale de consentir à l'impôt levé par le comte de Barcelone également roi d'Aragon et de traiter certaines affaires de gouvernement. Les convocations des « Corts » étaient irrégulières. En 1359, Pierre IV dut accepter la création de la Généralité, comme représentation permanente des « Corts », qui assurerait la continuité dans l'intervalle des sessions des « Corts » et les préparerait. La Généralité de Catalogne fut supprimée par le roi Bourbon Philippe V en 1714. Rétablie en 1931, elle fut supprimée par le général Franco en 1939. Elle a été rétablie en 1977.

(4) Le secteur dit « privé sans profit » traduit l'histoire spécifique de la Catalogne. Il correspond à des institutions caritatives ou mutuelles mises en place par l'Eglise, la Croix Rouge, les syndicats ouvriers, le patronat.

(5) IMAS : Institut Municipal d'Assistance Sanitaire.

PAMEM : Institut de Prestacions d'Assistència Mèdica al Personal Municipal.

- (6) *Noves perspectives del model sanitari català. Les línies estratègiques del CatSalut*, Generalitat de Catalunya, Sitges, 15-16 avril 2002.
- (7) Professeur Louis Lareng, *SANTETIC : Les Technologies de l'Information et de la Communication dans le domaine de la Santé au sein du grand Sud-Ouest*, 2000, p. 104
- (8) BOURRET (Christian), *La renaissance des « pays » et la société de l'information : une revanche de l'Histoire tournée vers l'avenir ? L'exemple des Pyrénées centrales*, Salon du Livre de l'Ariège, Mirepoix, 2002, à paraître, 17 p.
- (9) POLTON (Dominique) sous la dir. de, *Quel système de santé à l'horizon 2020 ?*, La Documentation française, octobre 2000, 358 p.
- (10) GLATRON (Marion), JACOB (Jean-Yves), VIGNERON (Emmanuel), « Santé publique et aménagement du territoire », *11<sup>e</sup> festival international de Géographie de Saint-Dié*, juillet 2000, 14 p.

## BIBLIOGRAPHIE

- ANDREU SEGURA (Benedicto), « Salut i Sanitat a Catalunya », *Benestar i polítiques socials a Catalunya. La Societat Catalana*, 1997, pp. 655 – 667.
- BOURRET (Christian), LAURENT (Daniel), SCARBONCHI (Elisabeth), « Une réponse en termes de systèmes d'information aux défis de la protection sociale : les réseaux de santé », *V.S.S.T.' 2001 : Veille Stratégique, Scientifique et Technologique*, Barcelone, octobre 2001, Actes, tome II, pp. 23 – 32.
- BRENDER (Anton), *La France face à la mondialisation*, Repères, La Découverte, 1998, 128 p.
- CARRÉ (Dominique), LACROIX (Jean-Guy) sous la direction de, *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, L'Harmattan, juillet 2001, 312 p.
- DUBOIS (Jean-Pierre), « Une révolution territoriale silencieuse : vers une nouvelle répartition des pouvoirs », *Esprit*, janvier 2002, pp. 122-136.
- GLATRON (Marion), JACOB (Jean-Yves), VIGNERON (Emmanuel), « Santé publique et aménagement du territoire », *11<sup>e</sup> festival international de Géographie de Saint-Dié*, juillet 2000, 14 p.
- GROS (Josette), *Santé et nouvelles technologies de l'information*, rapport adopté par le Conseil Economique et Social, Paris, 10 avril 2002.
- IBERN (Pere), *El papel de la competencia en el Sistema Nacional de Salud*, Universitat Pompeu Fabra, Barcelone, 2000, 11 p.
- LAMBERT (Denis-Clair), *Les systèmes de santé. Analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels*, Economie humaine, Seuil, avril 2000, 529 p.
- LUCAS GABRIELLI (Véronique), NABET (Norbert), TONNELIER (François), « L'offre de soins de proximité : le modèle catalan », dans *Les soins de proximité : une exception française ?*, CREDES, juillet 2001, pp. 59-65.
- Noves perspectives del model sanitari català. Les línies estratègiques del CatSalut*, Generalitat de Catalunya, Sitges, 15-16 avril 2002.
- Plan de Salud de Cataluña 1999-2001*, Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, marzo 2000, 196 p.

POLTON (Dominique) sous la dir. de, *Quel système de santé à l'horizon 2020 ?*, DATAR-CREDES, octobre 2000, La Documentation française, 358 p.

*SANTETIC : Les Technologies de l'Information et de la Communication dans le domaine de la Santé au sein du grand Sud-Ouest*, Mission Interministérielle Interrégionale d'Aménagement du Territoire, Inter-Images, juin 2000, 139 p. + annexes.

*Servei Català de la Salut*, rapport d'activité 2000, Generalitat de Catalunya, octobre 2001, 59 p.

VIGNERON (Emmanuel), *Santé et territoires*, Paris, La Documentation française, septembre 2000.