



4

**INSPIRATIONS  
CATALANES  
EN SANTÉ**

CRAPS



relyens

**4 INSPIRATIONS CATALANES**  
EN SANTÉ

**CERCLE DE RECHERCHE ET D'ANALYSE SUR  
LA PROTECTION SOCIALE (CRAPS)**

**RELYENS**

**SOUS LA COORDINATION DE**

**ERWAN TRIVIDIC**  
DIRECTEUR DES PARTENARIATS ET DES RELATIONS  
EXTÉRIEURES DE RELYENS

**LES AUTEURS**

**DR. JENNIFER KNÄPPER**  
RESPONSABLE HEALTH RISK MANAGEMENT ESPAÑA RELYENS

**ANTOINE MALONE**  
RESPONSABLE DU PÔLE PROSPECTIVE, EUROPE, INTERNATIONAL DE LA  
FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE (FHF)

**DR. JEAN-PAUL ORTIZ**  
PRÉSIDENT D'HONNEUR DE LA CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS  
MÉDICAUX FRANÇAIS - MEMBRE DU COMITÉ DIRECTEUR DU CRAPS

**JULIETTE PETIT**  
DIRECTRICE DU PÔLE STRATÉGIE ET PERFORMANCE DU CENTRE  
NATIONAL DE L'EXPERTISE HOSPITALIÈRE (CNEH)

**BASTIEN RIPERT**  
DIRECTEUR GÉNÉRAL DU GROUPE HOSPITALIER SOPHIA ANTIPOLIS  
VALLÉE DU VAR

# SOMMAIRE

**PRÉFACE**  
**P.9**

**CHAPITRE 1**  
INTRODUCTION  
**P.15**

**CHAPITRE 2**  
LES PILIERS DU SYSTÈME DE SANTÉ CATALAN  
**P.23**

**CHAPITRE 3**  
UN BON SYSTÈME QUI A AUSSI SES LIMITES  
**P.45**

**CHAPITRE 4**  
CATALOGNE VS. OCCITANIE : PHYSIONOMIES COMPARÉES  
**P.55**

**CHAPITRE 5**  
4 INSPIRATIONS CATALANES  
**P.61**

## **PRÉFACE**

Depuis plusieurs années, les systèmes de santé européens font face à des transformations profondes. Vieillesse de la population, progression des maladies chroniques, tensions sur les ressources humaines, évolution rapide des technologies médicales... Ces défis redessinent progressivement les contours des politiques publiques de santé. La France n'échappe pas à ces dynamiques.

Si notre système de santé demeure l'un des plus solidaires et performants au monde, il est également confronté à des difficultés structurelles bien identifiées : tensions territoriales dans l'accès aux soins, organisation cloisonnée entre les différents secteurs de prise en charge, et difficulté à orienter pleinement le système vers la prévention et la santé populationnelle.

Face à ces défis, la tentation est souvent de regarder vers les modèles scandinaves, le Royaume-Uni ou encore certaines

organisations américaines intégrées. Pourtant, d'autres expériences, plus proches de nous, méritent également une attention particulière. C'est le cas du système de santé catalan.

Depuis plusieurs décennies, la Catalogne a, en effet, progressivement construit une organisation sanitaire fondée sur quelques principes structurants reposant sur une forte territorialisation des services de santé, un rôle central des soins primaires, une articulation étroite entre acteurs publics et privés et un pilotage reposant largement sur la contractualisation et l'évaluation. L'objectif poursuivi vise à organiser le système de santé de manière cohérente autour des besoins de la population et non uniquement autour de la production d'actes de soins.

Cette approche systémique se traduit notamment par une structuration territoriale fine, organisée autour de centres de soins primaires pluridisciplinaires constituant la porte d'entrée du système, et par une coordination renforcée entre les différents

niveaux de prise en charge. Elle s'accompagne également d'un pilotage stratégique reposant sur des objectifs de santé publique clairement identifiés et évalués dans le temps.

Pour autant, le modèle catalan n'est ni parfait ni exempt de tensions. Comme dans de nombreux systèmes de santé, il doit lui aussi composer avec des enjeux de démographie médicale, des délais d'accès à certaines prises en charge ou encore des inégalités territoriales. Ces limites rappellent qu'aucun système n'apporte de solution miracle et que chaque organisation sanitaire reflète l'histoire, les choix politiques et les contraintes économiques et sociales du territoire dans lequel elle s'inscrit.

Les systèmes de santé ne se « calquent » pas, ils se construisent. Ils se façonnent progressivement à partir de compromis politiques, d'innovations organisationnelles et de l'engagement des professionnels qui les font vivre au quotidien. Mais l'observation des expériences étrangères demeure un outil

précieux pour nourrir la réflexion collective et ouvrir de nouvelles perspectives.

C'est précisément tout l'intérêt de l'analyse proposée dans cet ouvrage. Plutôt que de chercher à transposer mécaniquement un modèle étranger, il invite à analyser les principes d'organisation qui sous-tendent le système catalan et à s'interroger sur ce qu'ils pourraient inspirer dans le contexte français.

Les pages qui suivent n'ont donc pas vocation à proposer un modèle clé en main pour la France. Elles offrent plutôt un regard éclairant sur une expérience européenne et sur les principes qui l'animent : la responsabilité populationnelle, l'intégration des parcours de santé, la territorialisation de l'action publique et la culture de l'évaluation.

Autant de pistes qui, à l'heure où les transformations nécessaires sont de plus en plus largement reconnues, peuvent nourrir la réflexion sur l'avenir de notre système de santé.

C'est à cet exercice utile que contribue cet ouvrage.

**Didier Bazzocchi**  
Président du CRAPS

**Olivier Bossard**  
Président de Relyens

# 01



## **CHAPITRE 1**

### **INTRODUCTION**

Lorsque l'on s'interroge sur les excellents systèmes de santé et leurs caractéristiques, on a souvent tendance à regarder vers le nord, en particulier vers les pays scandinaves, voire à l'ouest vers le modèle californien Kaiser Permanente. Pourtant, un observateur avisé aurait tout intérêt à s'intéresser à notre voisin frontalier, au sud, au système de santé catalan.

Lorsqu'il s'est agi de construire un système de santé, à partir des années 1990, nos collègues catalans ont manifestement opéré de façon raisonnée et intelligente. Les bases solides posées à l'époque ont donné naissance à un système de santé qui fonctionne réellement en système, et qui vise réellement la production de santé. De toute évidence, et nos collègues n'en font pas mystère, les Catalans se sont très étroitement inspirés à la fois des

meilleures données probantes – notamment des publications et recommandations de l’OMS – et du fonctionnement de ce qui était, et demeure, l’un des systèmes de santé les plus performants, à savoir Kaiser Permanente. Pour autant, le système de santé catalan n’est pas une copie : c’est un système qui correspond au peuple catalan, à sa culture et à son histoire.

En somme, les Catalans se sont posé, il y a 35 ans, la même question que nous nous posons actuellement en France. Il est évident que nous devons viser un système de santé intégré et orienté vers la prévention ; mais comment développer un système qui nous corresponde, à nous ? Pas un modèle danois ou californien, mais un modèle français ou, dans le cas d’espèce, catalan.

C’est dans ce contexte que devrait être lu cet ouvrage : dans la mesure où nous cherchons à construire un système territorialisé et intégré, qu’est-ce qui nous frappe particulièrement chez nos voisins du Sud ?

Nous partageons avec nos voisins européens les mêmes défis que sont le vieillissement de la population et l’augmentation des pathologies chroniques, les inégalités territoriales dans l’accès aux soins et dans la qualité des soins, la tension économique générée par l’asymétrie entre des technologies et thérapeutiques de plus en plus coûteuses et des tarifs à la baisse.

En France, ces défis sont amplifiés par un système cloisonné, une gouvernance centralisée et un financement à l’activité peu incitatif pour la qualité et la prévention.

La Catalogne montre qu’il est possible de concilier performance, équité et maîtrise des coûts, en s’appuyant sur une organisation territoriale forte et une gouvernance participative. Depuis les années 1980, les Catalans ont en effet construit un modèle qui agit en système, en s’appuyant sur :

- Une vision systémique, avec l’amélioration de la santé de la population

comme objectif central, dépassant la relation individu-prestataire ;

- Une territorialisation intelligente : le système de santé catalan, structuré à l'origine autour de 7 régions sanitaires et de 369 bassins de vie, permettant une planification territoriale des soins du niveau local jusqu'à celui de la communauté autonome, connaît actuellement une transformation organisationnelle. La réforme en cours introduit un nouveau maillage territorial reposant sur 30 zones sanitaires intégrées (AIS), dont l'objectif est de renforcer la proximité, la coordination et la qualité des soins, tout en tenant compte des spécificités démographiques et sanitaires propres à chaque territoire ;
- Une intégration clinique : soins primaires, hospitaliers et sociaux coordonnés autour du patient, avec des protocoles communs et un dossier médical partagé ;

”

**LA CATALOGNE  
MONTRE QU'IL EST  
POSSIBLE DE CONCILIER  
PERFORMANCE, ÉQUITÉ  
ET MAÎTRISE DES  
COÛTS, EN S'APPUYANT  
SUR UNE ORGANISATION  
TERRITORIALE FORTE  
ET UNE GOUVERNANCE  
PARTICIPATIVE.**

”

#### 4 INSPIRATIONS CATALANES EN SANTÉ

- Un financement maîtrisé : le système de santé catalan repose sur un financement majoritairement public (73 % via l'impôt), complété par des dépenses privées, dans le cadre d'un modèle universel garantissant un accès étendu aux soins, et pour un système moins coûteux et plus performant que la moyenne européenne.

Le résultat : un système résilient, même en période de crise (comme entre les années 2008 et 2014 avec une perte de 8,1 % de PIB), avec une densité médicale supérieure et un accès aux soins mieux organisé que dans beaucoup de pays européens.

# 02



## **CHAPITRE 2**

### **LES PILIERS DU SYSTÈME DE SANTÉ CATALAN**

Le système de santé catalan s'est organisé à partir de la loi de 1990 qui a transféré l'ensemble de la santé à chacune des régions autonomes d'Espagne. Ceci a permis la mise en place d'un système de prise en charge particulièrement original, tout particulièrement pour la médecine de première ligne, jusqu'alors largement négligée et souvent peu performante. Ce tournant politique a permis une organisation rationnelle et structurée de l'ensemble du système de santé catalan, qui mérite une analyse particulière et dégage des pistes inspirantes pour notre système de santé français.

#### *Pilier n° 1 : l'universalité*

Le système catalan garantit l'accès universel et gratuit aux soins, il est financé par l'impôt.

#### 4 INSPIRATIONS CATALANES EN SANTÉ

Le financement du système de santé repose exclusivement sur l'impôt pour la partie publique, qui représente 61 % des dépenses. La partie privée se divise entre assurances privées et reste à charge patient proche de 20 %.

Dans le secteur public, les soins de santé en Catalogne n'ont pas un paiement direct au moment de l'utilisation, mais sont financés par la contribution fiscale de la population. Mais il y a un co-paiement pour les médicaments et certains produits de santé distribués dans les pharmacies, avec un reste à charge proche de 40 % pour les actifs, sauf s'ils sont atteints de maladies chroniques. Il suffit de s'inscrire auprès du service catalan de santé (CatSalut), une carte sera délivrée donnant accès au système.

L'État espagnol reverse à chaque région autonome une part des impôts collectés en se basant sur ces critères essentiellement populationnels (nombre d'habitants, âge, insularité, densité, ruralité...).

#### LES PILIERS DU SYSTÈME DE SANTÉ CATALAN

Le gouvernement autonome de Catalogne fait adopter par le parlement régional la législation relative aux prestations de santé venant en complément du socle minimum ainsi que leur financement, définit une politique de santé publique, organise le système de santé, met en œuvre la démarche d'accréditation et de planification, achète les prestations et les fournitures nécessaires au fonctionnement du dispositif. Le service catalan de santé (CatSalut) a la charge du financement et de la planification du système de santé. Ce financement peut théoriquement être augmenté d'un impôt régional complémentaire décidé par la Région. Cette possibilité est peu utilisée, car la hausse d'impôt est rarement populaire.

Si le service public de santé est le pivot du système de santé, on notera qu'environ 25 à 30 % de la population catalane a recours à un système d'assurance privée pour solvabiliser des soins délivrés exclusivement par des structures privées lucratives. Il n'y a alors ni prise en charge financière publique des soins délivrés au patient ni avance de frais.

*Pilier n° 2 : la sectorisation et la gradation, organisées autour des soins primaires*

À partir de 2026, les services de santé seront organisés en 30 zones sanitaires intégrées (AIS). Cette réorganisation a pris en compte la mobilité naturelle de la population et les dynamiques réelles du territoire pour établir l'AIS, ainsi que la dispersion territoriale et la distance aux services. Ces unités de base, appelées « Centres d'attention primaire » ou CAP, constituent la porte d'entrée obligatoire dans le système de santé catalan pour accéder aux autres niveaux de prise en charge. On dénombre 376 équipes de première ligne, auxquelles il faut rajouter la filière pédiatrique spécifique avec 79 équipes qui comportent entre 8 et 15 pédiatres (données 2023-2024).

Un CAP rappelle une maison de santé pluriprofessionnelle française, mais en diffère beaucoup par son organisation :

- Un CAP couvre une population de 25 000 personnes en moyenne dans un territoire

”

**CES UNITÉS DE BASE, APPELÉES « CENTRES D'ATTENTION PRIMAIRE » OU CAP, CONSTITUENT LA PORTE D'ENTRÉE OBLIGATOIRE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ CATALAN POUR ACCÉDER AUX AUTRES NIVEAUX DE PRISE EN CHARGE.**

”

géographiquement défini ou un quartier dans les villes ;

- Chaque CAP comporte une offre pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle intégrant des médecins généralistes, certaines spécialités à des degrés variables suivant la zone géographique, telles que pédiatres, gynécologues, mais aussi sages-femmes. Les professionnels y exerçant sont tous salariés, y compris les médecins généralistes ;
- Chaque Catalan dépend d'un CAP selon son adresse de résidence et se voit attribuer un médecin généraliste, une infirmière qui assure la coordination et un agent administratif ;
- La filière pédiatrique est autonome jusqu'à l'âge de 16 ans : chaque CAP pouvant compter dans son activité sur l'apport d'un ou d'une pédiatre qui consulte souvent dans un ou plusieurs CAP, ou être en relation avec un centre pédiatrique unique de proximité ;

- Chaque CAP comporte également des professionnels de la filière santé mentale ainsi que des intervenants de la filière médico-sociale.

Le financement de chaque CAP est basé sur un système évoquant la capitation, puisqu'il est globalisé pour l'ensemble de la structure, qui rémunère ses professionnels soit selon un statut de type fonctionnaire public dans 75 % des cas, soit de façon conventionnelle concertée avec l'Institut catalan de la santé pour 1/4 des cas, la gestion étant publique dans les deux cas.

Ce financement est majoré ou minoré selon des critères d'évaluation, en particulier en termes de santé publique. Les indicateurs sont des indicateurs de résultats définis à l'échelon de la Catalogne pour l'ensemble des CAP.

Sauf urgence, le parcours d'un patient passe d'abord par une prise en charge par le CAP dont il dépend et par l'équipe pluriprofessionnelle qui lui est attribuée.

Ce n'est pas nécessairement le médecin qui répond à la demande en soins du patient.

Lorsque le médecin généraliste le décide, le patient est orienté vers un médecin spécialiste, en général situé dans une structure hospitalière. Chaque CAP étant en relation avec l'hôpital auquel il est rattaché, l'ensemble du système fonctionne en filière : le patient est donc dépendant d'un hôpital selon son adresse. Toutefois, des transferts, en fonction des pôles d'excellence de chacun, peuvent s'effectuer entre les différents grands hôpitaux catalans. La filiarisation territoriale va donc de la prise en charge en première ligne jusqu'à l'avis spécialisé et l'hospitalisation.

Les hôpitaux sont organisés en réseau, avec une spécialisation progressive. À titre d'exemples, la cancérologie et la périnatalité sont centralisées à l'échelon régional.

À côté de cette organisation en filières existe un système d'offre de soins privés, en général de niveau 2, de médecins spécialistes

de toutes spécialités en consultations, puis de niveau 3, de structures hospitalières. Le financement est alors assuré par des assureurs complémentaires, en particulier des mutuelles dès le premier euro. Une proportion importante de la population catalane (plus de 30 %) adhère volontairement à une mutuelle qui lui permet d'accéder à cette offre privée de médecins spécialistes et de structures hospitalières privées, souvent de très bonne réputation, mais quasiment centrée sur la capitale catalane.

À noter que chaque CAP participe à l'alimentation d'un dossier médical unique que tout citoyen catalan possède et qui est centralisé. D'ailleurs, une application très intuitive, « La Meva Salut », permet à chacun de suivre les éléments de son dossier médical à tout moment ; le patient y retrouve son histoire clinique, tous ses résultats, mais peut aussi l'utiliser pour dialoguer avec son équipe médicale. Les échanges dématérialisés sont largement développés, y compris le suivi en télésurveillance ou en téléconsultation.

## PARCOURS PATIENT STANDARD

### Centres de soins primaires

Premier point d'accès au système de santé publique.

#### Équipe :

Médecine de famille  
Pédiatrie  
Soins infirmiers  
Travail social  
Pharmacien  
Sage-femme  
Personnel administratif

### Outils

Programme e-CAP (station clinique de soins primaires)  
App "La Meva Salut"  
Historique médical partagé (HC3)

(médicaments, orientation vers un hôpital, laboratoire, soins sociaux)

### Points de dérivation

Hôpitaux de soins aigus  
Soins ambulatoires spécialisés  
Internes  
Urgences  
Hôpital de jour  
Soins intermédiaires  
Interventions chirurgicales avec ou sans hospitalisation  
Examens diagnostiques

*Pilier n° 3 : la contractualisation, moteur de la responsabilité et de l'efficacité à tous les niveaux*

En termes financiers, le département de la Santé fixe des objectifs d'état de santé à atteindre par région administrative. CatSalut, en charge de la gestion du système, décline une série d'objectifs pour chaque CAP et alloue les budgets sur la base du respect de ceux-ci. Sur 100 % de budget alloué, environ 10 % dépendent de l'atteinte des objectifs contractualisés. Le budget repose largement sur une dotation forfaitaire fixe proche de 85 à 90 %, reposant sur un socle hybride, à savoir un financement *per capita* et, pour partie, une base forfaitaire liée à l'activité.

Les objectifs contractualisés liés à la part variable sont à la fois des objectifs de gestion - management, optimisation des coûts, notamment de pharmacie - et des objectifs de résultats cliniques pour les patients, contrôle du diabète, de l'hypertension artérielle, évaluation de l'obésité de plus de 90 % des 6-14 ans par exemple, des vaccinations

infantile et adulte. L'informatisation des CAP permet un suivi très fin de l'activité des centres et une évaluation objective de la réalisation des objectifs.

La contractualisation est ainsi la base de l'animation du dialogue de gestion. Le calcul de la part variable de la rémunération (10 %) est un intéressement en fonction de l'atteinte des objectifs.

De manière concrète, un CAP qui dessert 100 000 habitants dispose d'un budget d'environ 15 millions d'euros, soit 150 euros de dépenses annuelles par habitant pour assurer son suivi de premier recours à l'année, incluant les dépenses de biologie et d'imagerie. Sa part variable est d'environ 1,2 million d'euros, ce qui est suffisamment incitatif pour s'impliquer fortement dans l'atteinte des objectifs fixés par le délégataire.

Au niveau des établissements de santé, la répartition de l'offre des établissements de santé en Catalogne est aujourd'hui la suivante :

- 20 % assurée par le service public gouvernemental relevant du département de la santé catalan ;
- 70 % par conventionnement majoritairement avec des services privés à but non lucratif, à l'exemple des fondations, mais également des établissements privés à but lucratif ;
- 10 % par des services privés lucratifs non conventionnés, et de ce fait hors du champ de la garantie santé assurée par la Communauté autonome.

Le CatSalut opère un choix entre services équivalents, contractualise avec les offreurs de soins sur la base d'objectifs d'activité, de qualité et de coordination de soins, de satisfaction des usagers et d'autres objectifs de santé publique. Ce mode de financement est proche d'une dotation globale reposant sur des indicateurs multidimensionnels.

Une évaluation annuelle est réalisée par le CatSalut, portant sur l'atteinte des objectifs du contrat en termes de volume d'activité,

de qualité, de coordination des soins et de satisfaction des usagers. Elle conditionne le renouvellement du contrat et peut entraîner des bonifications ou des pénalités en fonction des écarts constatés.

Concrètement, on peut présenter la situation d'un grand hôpital public à Barcelone, qui constitue l'établissement de référence pour une zone d'influence d'environ 500 000 habitants et travaille en réseau avec plusieurs centres de soins primaires (CAP) de son territoire, dont certains couvrent chacun près de 100 000 habitants. Cet hôpital fournit des soins spécialisés et hospitaliers de référence pour les CAP de son secteur. En revanche, des services tels que la chirurgie pédiatrique, l'obstétrique ou le traitement de l'AVC aigu sont centralisés dans les hôpitaux tertiaires à l'échelle de la ville, où les patients sont orientés selon des circuits spécifiques. En outre, l'institution a un accord avec l'université pour les activités d'enseignement et de recherche, ainsi qu'un secteur privé lucratif intégré à l'institution,

”

**LA  
CONTRACTUALISATION  
EST AINSI LA BASE  
DE L'ANIMATION DU  
DIALOGUE DE GESTION.  
LE CALCUL DE LA  
PART VARIABLE DE LA  
RÉMUNÉRATION (10 %)  
EST UN INTÉRESSEMENT  
EN FONCTION DE  
L'ATTEINTE DES  
OBJECTIFS.**

”

avec des canaux d'accès et de financement différenciés.

Avec 850 lits, 7 500 professionnels et 800 millions d'euros de budget, l'hôpital réalise 49 000 entrées, 785 000 consultations, 160 000 passages aux urgences et 26 000 interventions chirurgicales.

La direction de l'établissement a un budget contractualisé reposant sur une dotation globale représentant 95 % de l'ensemble du budget. Des cibles d'activité par séjour, par exemple 200 prothèses de genou à réaliser, sont négociées avec des tarifs correspondants sur l'ensemble des services et activités de l'établissement. Une faible marge de renégociation en fin d'année existe en cas de sous-activité ou suractivité par rapport à l'objectif, mais la feuille de route est théoriquement tracée annuellement. Si l'établissement réalise moins de prothèses de genou et plus de prothèses de hanche, il pourra percevoir le même montant. Dans tous les cas, on est proche d'une dotation globale reposant sur des objectifs fixés a

priori, en particulier d'activité à réaliser, et donc des recettes contenues, maîtrisables et maîtrisées.

Environ 5 % du budget est variable et lié à une obligation de résultat sur des objectifs de qualité, de santé publique ou encore d'autres actions comme le management, la qualité de vie au travail, etc.

Enfin, comme cela a déjà été évoqué supra, un système totalement privé existe en complément du système de santé publique, financé totalement par les assurances privées et le paiement direct des patients. Et une activité privée exclusive peut être réalisée dans un établissement de santé conventionné, mais l'organisation doit garantir l'étanchéité des deux activités, avec par exemple, deux entrées distinctes, et l'excédent économique de cette activité peut revenir à la structure globale.

*Pilier n° 4 : la gouvernance du système de santé, structurée et participative*

Les principaux acteurs du système de santé catalan sont : le département de la santé, le CatSalut – l’organisme public responsable de garantir l’assistance sanitaire publique – et les prestataires de services de santé (soins primaires et spécialisés).

Les différents acteurs du système de santé catalan sont organisés de la manière suivante :

- Le ministère de la Santé élabore les plans de santé et est responsable du budget du système et de l’accréditation des prestataires ;
- Le département de la Santé (Departament de Salut) est l’organe politique principal de la Generalitat de Catalogne, responsable de la politique sanitaire, de la planification, de la réglementation et du

**TYPES D’INDICATEURS SPÉCIFIQUES POUR LA PARTIE VARIABLE DU CONTRAT DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ QUI CONTRACTENT UNE ACTIVITÉ AVEC CATSALUT**

ASPECT	SOINS PRIMAIRES	SOINS HOSPITALIERS	CENTRES SOCIO-SANITAIRES
<b>TYPES D’INDICATEURS</b>	Population assignée, prévention, maladies chroniques, prescriptions	Résultats cliniques, sécurité, durée des séjours, réadmissions	Qualité organisationnelle, qualité des soins, ressources, sécurité, satisfaction
<b>OBJECTIF PRINCIPAL</b>	Continuité et accessibilité	Efficacité et sécurité clinique	Prise en charge intégrée, gestion des syndromes gériatriques, soins palliatifs, prévention des infections
<b>OBJECTIFS MESURÉS</b>	Résolution en première intention et coordination	Qualité des soins et gestion des processus chirurgicaux et d’urgence	Qualité organisationnelle et des soins, attention aux usagers, gestion et amélioration continue
<b>INDICATEURS CLÉS</b>	Suivi des maladies chroniques, accessibilité, prescription sécurisée	Réduction des séjours prolongés, taux de réadmission, mortalité évitable	Respect des protocoles en soins palliatifs, évaluation multi-dimensionnelle, satisfaction des patients
<b>% DE LA PART VARIABLE</b>	Jusqu’à 5 % du budget	Jusqu’à 5 % du budget	Jusqu’à 5 % du budget

#### 4 INSPIRATIONS CATALANES EN SANTÉ

contrôle du système de santé catalan. Il supervise également les établissements et équipements sociosanitaires ;

- Le service catalan de la Santé (CatSalut), créé par la loi d'organisation sanitaire de la Catalogne (LOSC) en 1990, est l'organisme public chargé du financement, de la planification et de l'achat des services de santé pour tous les citoyens catalans. Il agit comme un assureur public, contractant avec différents prestataires pour la fourniture des soins. Le CatSalut achète des services de santé à ses prestataires par le biais de contrats dans lesquels les objectifs de santé et les services contractés sont définis ;
- L'Institut catalan de la Santé (ICS) est le principal prestataire public de soins, gérant la majorité des hôpitaux et centres de soins primaires de Catalogne. L'ICS est responsable de la gestion directe de

#### LES PILIERS DU SYSTÈME DE SANTÉ CATALAN

nombreux établissements publics et parapublics ;

- Les prestataires extérieurs suivent leurs plans stratégiques et opérationnels pour respecter les engagements contractés avec le CatSalut et le ministère de la Santé et offrir un service de qualité à leurs clients.

Cependant, au sein du système de santé catalan, les associations de professionnels de la santé et les syndicats, les organisations de patients et les organisations qui regroupent les prestataires de services de santé (« Unió Catalana d'Hospitals » et « Consorci Hospitalari de Catalunya ») jouent également un rôle important.

# 03



## **CHAPITRE 3**

### **UN BON SYSTÈME QUI A AUSSI SES LIMITES**

Les principales problématiques qui se posent aujourd'hui en Catalogne ne sont pas exceptionnelles, ce sont les mêmes en France et chez nos voisins européens : vieillissement spectaculaire de la population, inégalités entre métropoles et zones rurales, délais d'accès aux soins, démographie médicale.

*Un modèle qui reste confronté aux grands écueils mondiaux*

Comme pour tous les pays occidentaux et au-delà, les problèmes démographiques se heurtent à la volonté politique d'une prise en charge optimale de la santé en Catalogne. Les professionnels de santé manquent à l'appel, malgré des plans de formation volontaristes. Un apport de médecins à diplôme étranger,

en particulier sud-américains, permet de résoudre en partie ce déficit démographique de professionnels. D'autant que la population catalane est vieillissante, et nécessite des soins et une prise en charge renforcée. Ce problème démographique n'est pas spécifique au système de santé catalan, mais c'est un des défis qu'ils auront à résoudre dans les années à venir...

Le caractère public des centres d'attention primaire et la filialisation vers des structures hospitalières publiques génèrent des listes d'attente quelquefois importantes, tout particulièrement pour des interventions chirurgicales non urgentes. Il n'est pas rare d'attendre six mois, voire un an, pour une intervention de la prostate, ou de nombreux mois pour une IRM ou un autre examen complémentaire.

Ces listes d'attente sont récurrentes depuis de très nombreuses années, ce qui a favorisé le développement d'une filière strictement privée, dynamique et performante : accès rapide à des médecins spécialistes, à des

examens radiologiques ou à des interventions chirurgicales dans de riches cliniques privées barcelonaises.

Ceci explique le fort développement d'assurances complémentaires, en particulier de type mutuelles, en Catalogne, qui interviennent dès le premier euro.

L'organisation du système de santé catalan en secteurs ne laisse pas de liberté de choix du médecin par le patient. Certes, théoriquement, chaque citoyen catalan peut choisir de changer de médecin de première ligne, mais à l'intérieur du CAP dont il dépend. Mais cela est toujours compliqué, mal vécu, bref, très marginal.

De même, en cas d'avis secondaire en médecine spécialisée ou en cas d'hospitalisation, le citoyen catalan n'a pas le libre choix dans le système public et doit suivre la filière de l'hôpital de référence qui est en lien avec son CAP.

Face à cette contrainte, les dimensions d'accès aux soins, de qualité et d'expérience patient deviennent cruciales pour s'assurer d'une homogénéisation et d'une émulation de la qualité de service pour l'ensemble des patients de la région et éviter que l'on soit mieux soigné dans certains territoires, par exemple à Barcelone, plus attractive, par rapport à des territoires plus éloignés comme Bellpuig.

À cet égard, l'autre problème du système de santé catalan est celui des inégalités territoriales. Si l'offre de soins est dense, riche et de très haute qualité à Barcelone, cela peut être beaucoup plus inégal dans les territoires ruraux. D'autant que les professionnels de santé ne s'y précipitent pas. Cela a amené à ajuster les salaires de ces professionnels en créant des primes conséquentes pour favoriser l'installation en zone rurale ou éloignée des capitales.

De même, la filiarisation avec, en conséquence, les listes d'attente, frappent

”

**LES PRINCIPALES  
PROBLÉMATIQUES  
QUI SE POSENT  
AUJOURD'HUI  
EN CATALOGNE  
NE SONT PAS  
EXCEPTIONNELLES, CE  
SONT LES MÊMES EN  
FRANCE ET CHEZ NOS  
VOISINS EUROPÉENS.**

”

plus particulièrement les territoires ruraux. Les inégalités territoriales se doublent d'inégalités sociales puisque les classes sociales les plus favorisées ou les mieux informées – ce sont d'ailleurs souvent les mêmes – cotisent volontairement à une assurance complémentaire de type mutuelle dont les tarifs sont élevés, très voisins des tarifs français. Ceci représente une charge financière importante dans un pays où le salaire moyen est nettement plus bas (-25 à -30 %). Lorsque le centre de gravité du financement de ce système de santé s'éloigne du 100 % activité, on retrouve – comme dans d'autres systèmes européens de santé – les problématiques traditionnelles de listes d'attente ou encore de maîtrise de son activité pour éviter qu'elle ne dépasse les objectifs fixés annuellement, qui sont probablement la cause du symptôme précédent. On peut s'interroger sur le caractère suffisant du poids de l'activité dans le financement et sur l'opportunité de le renforcer, avec une cible proche de 20 % à 30 % dans les contrats, contre environ 10 % à 15 % aujourd'hui, en ciblant plus particulièrement les engorgements du

système de santé. À l'échelon de l'ensemble de l'Espagne, le transfert de la santé aux régions autonomes, la Catalogne en est une, n'est pas sans poser des problèmes de trois ordres :

- Celui du manque d'homogénéité dans les pratiques médicales, les prises en charge, les parcours, réduisant le ministère espagnol de la Santé à un décideur de grands plans de santé publique. Ceci a été particulièrement vrai pendant la période COVID où les attitudes étaient pour le moins disparates, voire contradictoires. Ceci génère des inégalités territoriales interrégionales ;
- Le dossier médical partagé catalan marche très bien... en Catalogne ! Mais lorsqu'un Catalan est en déplacement dans une autre région, son dossier médical n'est alors pas accessible au système de santé de l'autre région espagnole ; même si, à l'échelon de l'État espagnol, certains éléments commencent à y être partagés, quasiment exclusivement des éléments

de santé publique tels que vaccinations, etc. ;

- L'absence d'homogénéité de l'information médicale à l'intérieur de l'État espagnol pose de vrais problèmes dans une évolution sociétale marquée par la mobilité en particulier des jeunes générations en période d'activité professionnelle.

*Nouveaux défis, récentes réformes*

Afin de répondre aux nouveaux défis liés au vieillissement de la population, aux avancées technologiques et aux conditions de travail des professionnels du secteur, le groupe Cairós (comité d'experts qui conseille et coordonne les réformes nécessaires pour moderniser, rendre plus efficace et durable le système de santé) a émis plusieurs propositions pour faire évoluer le système de santé catalan. Plusieurs réformes structurelles sont en cours de déploiement. Ainsi, et depuis le début de l'année, une dizaine de Centres de santé intégrale de référence (CSIR), ont été créés à partir de la reconversion d'anciens centres de

soins primaires. Ces établissements, répartis à travers la Catalogne, serviront de projets pilotes et déploient un modèle « axé sur les résultats » afin de promouvoir une approche de santé plus préventive et prédictive.

# 04



## **CHAPITRE 4**

### **CATALOGNE VS. OCCITANIE : PHYSIONOMIES COMPARÉES**

Nous avons fait le choix de comparer une région avec une région. Et, pour des raisons de volume de population et de proximité géographique et culturelle, nous avons choisi l'Occitanie, même si la superficie de cette dernière est le double de celle de la Catalogne.

Pour des enjeux de santé similaires, la Catalogne et l'Occitanie ont des réponses structurelles différentes. Plus forte concentration des structures hospitalières et densité médicale en Catalogne, densité paramédicale plus forte en France, peut-être pour couvrir un territoire plus étendu et certainement pour pallier le déficit de médecins. L'accès à l'urgence est, quant à lui, plus concentré en Occitanie.

# CATALOGNE VS. OCCITANIE

## Données générales (2023)

### Catalogne

- 8 005 784 habitants
- Superficie de 32 113 km<sup>2</sup>
- PIB de 283 milliards d'euros

### Occitanie

- 6 124 653 habitants
- Superficie de 72 324 km<sup>2</sup>
- PIB de 213,3 milliards d'euros

## Dépense courante de santé

### Catalogne

- 3 094 €/habitant

### Occitanie

- 3 650 €/habitant

## Offre de soins

### Catalogne

- 204 hôpitaux (court et long séjour)
- Répartition public / privé : 25-30 % au global

### Occitanie

- 322 hôpitaux (2021)
- Répartition public / privé : 30 % court séjour - 50 % long séjour

## Ressources médicales et infirmières

### Catalogne

- 32 775 médecins
- 4,1 médecins par habitant
- 47 717 infirmiers.ères

### Occitanie

- 21 211 médecins (2022)
- 3,5 médecins par habitant
- 73 910 infirmiers.ères (2021)

## Pilotage et régulation

### Catalogne

- Le système de santé catalan est géré de manière autonome depuis 1981, avec une séparation claire entre les fonctions de financement et de fourniture de soins

- Le système de santé contractualise avec les offreurs de soins et évalue leur performance

### Occitanie

- L'Agence régionale de santé Occitanie pilote l'organisation des soins, en coordination avec les acteurs locaux et les établissements de santé
- Le Projet régional de santé fixe les priorités : accès aux soins, coordination territoriale, formation des professionnels et attractivité des métiers de santé

## Organisation des soins

### Soins primaires

#### Catalogne

- Les soins primaires sont assurés par les CAP, avec des professionnels salariés

#### Occitanie

- Professionnels de santé libéraux ou salariés. Médecin référent (pour remboursement)

### Soins secondaires

#### Catalogne

- Contractualisation au niveau de la province par le CatSalut
- Hôpitaux publics et parapublics gérés en direct par l'ICS

#### Occitanie

- Établissements de santé publics et privés sous autorisation régionale (ARS)

### Santé mentale

#### Catalogne

- Prise en charge primaire pluridisciplinaire en CAP
- Services hospitaliers spécialisés et généralistes

#### Occitanie

- Principe de sectorisation
- Ambulatoire par des professionnels libéraux
- Ambulatoire et prise en charge

hospitalière par des hôpitaux publics et privés

### Médico-social

#### Catalogne

- Prise en charge primaire pluridisciplinaire en CAP
- Prise en charge dans des structures sociosanitaires publiques ou privées

#### Occitanie

- Ambulatoire par libéraux et structures publiques et privées (majoritairement associatives)
- Prise en charge en ESMS publics ou privés

### Urgences

#### Catalogne

- Sur régulation des CAP
- 82 Services d'urgence hospitaliers (SUH)

#### Occitanie

- Accès libre
- 21 Centres de soins non programmés (CNSP)

## Dossier médical partagé (DMP)

### Catalogne

- Dossier médical unique obligatoire

### Occitanie

- À l'initiative de l'assuré
- 23 millions de DMP actifs

Et plus généralement, le système est beaucoup plus régulé en Catalogne qu'en Occitanie, l'Occitanie n'étant qu'une subdivision d'un modèle français où prévalent la liberté de choix des patients de leur médecin et de leurs structures de prise en charge, le libre choix dans l'utilisation et l'alimentation du dossier médical.

”

**LE POINT DE DÉPART D'UN  
BON SYSTÈME DE SANTÉ  
EST UN BON DESIGN :  
QUE CHERCHE-T-ON À  
PRODUIRE, ET COMMENT  
CELA EST-IL PRODUIT ?  
EN L'OCCURRENCE, AUSSI  
BIEN L'OBJECTIF DU  
SYSTÈME CATALAN QUE LES  
VECTEURS PERMETTANT  
DE LE VISER SONT TRÈS  
CLAIRS.**

”

# 05



## **CHAPITRE 5**

### **4 INSPIRATIONS CATALANES**

La mise en évidence des fondements et des composantes du modèle de santé catalan, l'évaluation de son efficacité permettent de dégager quatre inspirations pour notre propre système. Il ne s'agit pas ici de proposer un copier-coller du cadre formel et du contenu du modèle, mais plutôt d'imaginer les leviers qui pourraient susciter et accélérer une transformation réelle de notre propre système de santé français.

#### *1. Un excellent design*

Le point de départ d'un bon système de santé est un bon design : que cherche-t-on à produire, et comment cela est-il produit ? En l'occurrence, aussi bien l'objectif du système

catalan que les vecteurs permettant de le viser sont très clairs.

Il s'agit de viser « l'amélioration de la santé de la population » pour tous les habitants de Catalogne, ce qui passe par la capacité à fournir les meilleurs soins et services possibles pour tous, en fonction des besoins réels des habitants. Cet objectif dépasse largement la question de la relation entre un individu et un prestataire de soins, mais implique plutôt un travail systémique, mobilisant plusieurs intervenants et modalités, au sein de milieux de vie.

### *1.1 Une architecture territoriale en « poupées russes »*

La territorialisation du système, organisée en 30 zones sanitaires intégrées (AIS), est l'architecture de base permettant de viser une action systémique. En fonction du niveau d'intervention, du travail social aux soins surspécialisés, cette territorialisation en « poupées russes » permet l'analyse des besoins, la planification, l'exécution, le

suivi et l'évaluation, de façon homogène, de l'échelle du quartier jusqu'à la Communauté autonome et vice-versa.

En d'autres termes, le modèle catalan est un modèle de responsabilité populationnelle, qui vise un résultat à la fois au niveau de l'individu et de la population. Ainsi, les habitants sont certes rattachés à un médecin de famille, qui est la pierre angulaire de l'édifice, mais d'abord et surtout à un centre de santé multidisciplinaire capable de couvrir une large gamme de besoins et d'assurer la permanence, la qualité et la continuité des services. Ce même centre agit en synergie avec les hôpitaux et leurs services spécialisés, avec les intervenants communautaires, avec les services sociaux, permettant une vision et une action à 360 degrés sur l'ensemble des besoins de santé d'un individu.

### *1.2 Un modèle intégré*

De cela découle le second principe structurant et source d'inspiration, que nous tentons de reproduire à modeste échelle, à

savoir un principe d'intégration clinique. Cela signifie que les soins et services sont organisés autour des besoins du patient, et que la totalité des intervenants doit avoir la capacité d'exécuter ce qui est nécessaire, cela, peu importe le point de contact du patient avec le système. L'ensemble des intervenants travaille en fonction de standards communs, de protocoles communs et de trajectoires de services communes, basés sur des standards nationaux. Cette notion d'intégration dépasse largement l'idée de simple coordination, qui renvoie à l'idée d'un passage de relais entre intervenants isolés : ici, c'est un ensemble qui doit travailler comme un système unique, ce qui permet d'assurer à la fois la qualité des services, mais aussi leur continuité. Cela fait plus de 20 ans que le modèle d'intégration clinique est la pierre angulaire du fonctionnement du système de santé catalan, et leur haut niveau de maturité en la matière permet d'obtenir d'excellents résultats.

Cette vision « intégrative » permet aussi d'organiser les services en fonction d'un

continuum : promotion de la santé, prévention et soins ne sont pas vus comme des fonctions séparées, mais bien comme des modalités s'imbriquant au sein d'un seul « parcours » de santé.

Si l'intégration clinique et opérationnelle est le maître-mot du système catalan, ceux-ci n'en ont pas moins développé un modèle unique, respectueux de l'histoire et des spécificités de leur pays. En particulier, une architecture originale a permis d'intégrer pleinement les hôpitaux privés catalans à une offre universelle et « publique » (pour le patient), via le réseau SISCAT, qui assure l'unité de prise en charge et de financement, peu importe le statut du prestataire.

## *2. Une vision stratégique et une cohérence de long terme*

À partir du moment où l'on accepte qu'un résultat de santé découle d'une action systémique, le rôle de la planification stratégique est essentiel, pour mettre en

mouvement de façon cohérente les différentes parties de ce système.

### *2.1 Une planification pluriannuelle fondée sur le consensus*

Les « stratégies de santé » catalanes, établies sur une période de 4 ans, sont un modèle en la matière. Elles établissent clairement les objectifs du système, définissent les moyens pour les atteindre et les mesurer et, *in fine*, orientent réellement le fonctionnement du système et le travail des professionnels et produisent des résultats visibles pour les Catalans.

Aux côtés de cette stratégie centrale, des stratégies sectorielles détaillent la contribution des parties de l'écosystème à l'atteinte des objectifs définis dans la stratégie de santé. À cet égard, la stratégie numérique catalane est d'une clarté limpide, et structure effectivement la colonne vertébrale numérique du système de santé.

”

**LE MODÈLE CATALAN  
EST UN MODÈLE DE  
RESPONSABILITÉ  
POPULATIONNELLE, QUI  
VISE UN RÉSULTAT À  
LA FOIS AU NIVEAU DE  
L'INDIVIDU ET DE LA  
POPULATION.**

”

Cette clarté dans la vision stratégique et systémique est probablement ce qui fait le plus défaut en France, et cela depuis longtemps. Le programme de responsabilité populationnelle a montré que les professionnels français pouvaient non seulement s'approprier un modèle d'intégration clinique et ses outils structurants (stratification, standards communs, etc.), mais qu'ils pouvaient le faire produire au-delà des attentes, faisant l'envie de collègues étrangers. Mais il manque cruellement un cadre stratégique national, capable d'institutionnaliser et de structurer ce modèle dans la durée.

### *2.2 La cohérence dans les choix et la persistance*

Finalement, et cela est probablement la leçon la plus importante, le système de santé catalan, depuis sa « création » dans les années 1980, se démarque par la continuité dans sa vision et ses objectifs stratégiques. À partir d'un excellent cadre, visant explicitement le maintien et l'amélioration de la santé des habitants, le système catalan présente une évolution graduelle,

une amélioration cumulative au fur et à mesure de l'amélioration des connaissances et des technologies. La Catalogne est une démocratie, et comme toutes les démocraties, elle a connu des alternances. Pourtant, un consensus semble exister sur les objectifs fondamentaux du système de santé et la façon dont il doit travailler. Ce consensus et cette constance permettent donc au système de s'améliorer avec le temps, plutôt que de remettre sans cesse sur le métier les mêmes questions et les mêmes débats.

### *2.3 La culture de l'évaluation et de l'amélioration continue*

Les résultats des plans de santé sont évalués et publiés annuellement, avec des données sur l'atteinte des objectifs. Ces rapports publics servent de base pour ajuster les stratégies suivantes.

Cette exigence nationale a sa contrepartie locale : les CAP et les hôpitaux sont évalués sur des indicateurs multidimensionnels (ex. : taux de dépistage, gestion des maladies

chroniques, satisfaction des patients). Ces données sont également publiées et discutées avec les équipes pour identifier les axes d'amélioration.

### *3. Un modèle basé sur la preuve et le rendre compte*

Le système est conçu pour être redevable devant la population, et cela à tous les étages.

#### *3.1 Un système redevable devant la population*

Le système est conçu pour être redevable devant la population. Les autorités sanitaires rendent compte régulièrement des progrès et des écarts, ce qui renforce la confiance des citoyens et des professionnels catalans.

La lecture des documents stratégiques catalans fait ressortir, de façon régulière, la notion d'« *accountability* », de responsabilité du système vis-à-vis des habitants de Catalogne, et cela est probablement une clé de compréhension importante. Un système est redevable devant une population, il

n'est pas là uniquement pour fournir des prestations. C'est en se rappelant de façon constante pourquoi nous sommes là, et pour qui, en définitive, nous travaillons, qu'il est possible d'établir une vision consensuelle de nos objectifs communs, des façons de les atteindre, et de donner du sens à notre action. Il s'agit là probablement d'une étape indispensable pour une refondation du système de santé français que nous appelons tous de nos vœux.

#### *3.2 Un modèle basé sur la donnée et la preuve*

Quiconque s'intéresse de près au système de santé catalan ne peut manquer d'être frappé par les similitudes entre les outils et méthodes employés par nos voisins et ceux existants ailleurs, en particulier chez Kaiser Permanente, mais aussi, par exemple, chez leurs collègues basques.

Ainsi de l'utilisation opérationnelle des outils de stratification des besoins (i.e. la « pyramide de Kaiser ») ; ces outils sont utilisés non seulement à des fins de planification de

soins et services, et de leur financement, mais aussi en routine par les cliniciens et les organisations territoriales pour offrir des parcours de santé personnalisés.

À partir de ce point de départ commun, en revanche, les Catalans ont développé une expertise propre, alimentée par un recueil de données cliniques, socio-économiques, économiques structurées, recueillies à un niveau individuel sur la base d'un identifiant unique national. La combinaison de ces données alimente un algorithme de stratification, les « *clinical risk groups* », permettant d'avoir une vision dynamique et cohérente des besoins de santé réels, aussi bien à une échelle individuelle que populationnelle.

Ainsi, les Catalans disposent aujourd'hui de données cliniques et socio-économiques structurées sur près de 9 millions d'utilisateurs du système de santé. Cette richesse a permis à la Catalogne de devenir l'un des leaders européens de l'exploitation des données de santé, savoir qui est bien

sûr mis à disposition des patients catalans eux-mêmes, mais qui profite aussi à la communauté de recherche internationale... et aux entreprises catalanes. Une telle approche fait rêver en France, alors que le recueil de diagnostic n'est toujours ni obligatoire ni standardisé en soins primaires, pourtant le point de contact le plus critique pour les patients et les habitants.

### *3.3 Le système d'information clinique, pierre angulaire*

Tout comme Kaiser, les Catalans ont compris très tôt qu'un modèle clinique intégré nécessite un système d'information clinique très performant, permettant à l'ensemble des intervenants de savoir ce qu'il convient de faire face à un patient donné, à un moment donné dans son parcours. À la différence de Kaiser toutefois, le système catalan s'appuie sur de nombreux types d'offreurs, de statuts différents – notamment des hôpitaux publics et privés.

D'un point de vue fonctionnel, le système d'information en santé catalan ressemble énormément au système d'information clinique de Kaiser, soutenu par l'éditeur EPIC. Il permet le suivi en continu de patients, l'exécution de parcours, de rendre le patient acteur de sa propre santé ainsi que le suivi et le pilotage par cohortes via des registres, et intègre les fonctions de stratification. C'est un système d'information unique, partagé par l'ensemble des intervenants du secteur sanitaire et bientôt social.

En revanche, les Catalans ont compris très tôt les enjeux liés à la souveraineté technologique. La plupart des solutions techniques sont développées localement, tout en étant calées sur les standards internationaux. Cela a permis l'émergence d'un écosystème d'innovation extrêmement dynamique, mais intégré à l'écosystème européen.

#### *4. Un financement incitatif et durable*

Comme dans tous les systèmes de santé, la soutenabilité financière est en questionnement permanent. Mais malgré cela, à l'occasion de l'analyse des forces et faiblesses de l'organisation financière du système de santé catalan, les professionnels de santé français sont frappés de constater que, dans tous les échanges avec leurs homologues catalans, la question financière est peu mentionnée. L'amélioration de l'organisation, les objectifs de santé publique, de qualité de prise en charge ou encore d'expérience patient sont les priorités du système de santé catalan.

Ce contraste est d'autant plus fort qu'en France pas une journée ne passe sans que le sujet financier dans la santé ne soit évoqué à tous niveaux, alors même que les moyens catalans sont bien inférieurs à ce que la France peut dépenser dans son système de santé.

#### *4.1 L'universalité et l'équité grâce à un financement public solide*

Avec un financement public assuré à 73 % par les impôts généraux et les cotisations sociales, le système offre une couverture universelle aux résidents légaux, éliminant pratiquement les barrières financières à l'accès aux soins de première ligne.

Tous les assurés bénéficient d'une prise en charge quasi intégrale des actes médicaux et consultations en Centres de santé primaires (CAP), avec des franchises modérées uniquement sur les médicaments (reste à charge environ 40 % pour les actifs non chroniques).

La Catalogne affiche d'excellents indicateurs européens en espérance de vie (83,3 ans) et mortalité évitable, bien que des défis persistent en accessibilité et listes d'attente.

#### *4.2 La maîtrise économique et financière du système à travers la contractualisation*

Le premier point fort est la maîtrise économique et financière du système à travers le financement contractualisé a

priori des établissements de santé comme des CAP. Ce financement ressemble dans les grandes lignes à une dotation globale avec intéressement reposant sur la capitation et l'activité, principalement pour les CAP, et des objectifs d'activité et de qualité pour les établissements. La contractualisation inclut également des incitations sur l'optimisation des ressources.

Chaque contrat contient une partie d'intéressement de 5 à 10 % sur des indicateurs multidimensionnels permettant de maintenir une dynamique des acteurs, une émulation autour de la performance à tous niveaux et un intérêt à agir pour décliner au mieux les objectifs du système de santé. Il en est de même pour les médecins statutaires, qui disposent d'une part de leur rémunération liée à l'activité.

#### *4.3 La sectorisation et la gradation produisent de la pertinence des actes et des parcours*

Le système sectorisé et organisé génère la pertinence des actes et des parcours, mais

également une absence de concurrence entre structures, par essence inflationniste et néfaste. Les CAP gèrent le premier recours pour toute une population, les patients ne peuvent accéder à l'hôpital que sur orientation du CAP. Un système d'information partagé permet un meilleur suivi des parcours et évite une redondance des actes inutiles. Les établissements de santé sont gradués, ils gèrent des territoires établis évitant ainsi la dispersion des moyens, mais également proposent des gains qualitatifs à l'image de la cancérologie ou de la périnatalité.

#### *4.4 Le statut régional médical et paramédical et la convergence des rémunérations*

La convergence des rémunérations autour d'un statut régional médical et paramédical est également un point de force facilitant les coopérations et jugulant également le caractère inflationniste. L'absence de lien monétaire du patient avec les établissements conventionnés, les CAP et les médecins de ces services est également un point intéressant. Il est important de rappeler que la différence

de rémunération des professionnels catalans par rapport aux professionnels français est significative et que, malgré cela, la densité médicale est supérieure avec un meilleur accès aux soins dans les territoires plus reculés. Ces éléments jouent également sur le coût du système de santé, qui repose majoritairement sur les coûts de personnel.

## **PARTENAIRES**

Aéma Groupe	Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux
AGS	Centre Hospitalier Universitaire de Normandie
AirInSpace	CNP Assurances
Assia	Doctolib
Avenir Mutuelle	Ethik-IA
Biogen	Eurogroup Consulting
Bristol Myers Squibb	Fondation de Rothschild
Caisse des Français à l'Étranger (CFE)	Fédération Hospitalière de France (FHF)
Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine (CMIM)	Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP)
Centre Hospitalier Stell	Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs (FFMKR)
Centre National de l'Expertise Hospitalière (CNEH)	Fédération des Institutions Paritaires de Protection Sociale (FIPS)
Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF)	Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD)
CPAM de l'Essonne	Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO)
CPAM de Paris	Gerep
CPAM des Hauts-de-Seine	
Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg	
Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy	

## ***PARTENAIRES***

GMF  
Groupe Relyens  
Groupe Vyv  
Heka  
Heva  
Hôpital Foch  
Intuitive  
La France Mutualiste  
Leem  
Livi  
Mercer  
Malakoff Humanis  
Mutuelle Civile de la Défense (MCDef)  
Mutuelle des Affaires Étrangères et  
Européennes (MAEE)  
Mutuelle des métiers de la Justice et  
de la Sécurité (MMJ)  
Mutuelle Générale de la Police (MGP)  
Mutuelle Nationale des Hospitaliers  
(MNH)

Mutualité Sociale Agricole (MSA)  
My Hospital  
Novo Nordisk  
Organisation Internationale du Travail  
(OIT France)  
Oxea Conseil  
Pergamon  
Pfizer  
Philips  
Proxicare  
Servier  
Syndicat des Audioprothésistes  
Syndicat des Biologistes  
Syndicat National Autonome des  
Orthoptistes (SNAO)  
Thémis Conseil  
Unéo  
Unicancer  
Union Nationale des Professions  
Libérales (UNAPL)

## ***PARTENAIRES***

Union des Syndicats de Pharmaciens  
d'Officine (USPO)

Urops

Vivalto Santé

YCE Partners

## **PUBLICATIONS**

### **OUVRAGES**

Soigner et vivre avec le cancer en  
2030  
Février 2026

Transformer l'hôpital pour 2035  
Janvier 2026

Dictionnaire ébouriffé de la Protection  
sociale (Hervé Chapron)  
Novembre 2025

En route vers les pénuries ? Il y a une  
alternative... (Régis de Laroullière)  
Juin 2025

Obésité : une Grande Cause  
nationale !  
Avril 2025

Prévention & numérique : une urgence  
politique !  
Octobre 2024

Valeur travail : une valeur à partager  
Mai 2024

Les 11 incontournables de la  
Protection sociale [textes & discours]  
Novembre 2023

Les nouveaux chemins de la  
performance en santé  
Mars 2023

Voyage dans l'histoire de la  
Protection sociale (Hervé Chapron)  
Décembre 2022

Refonder notre système de santé :  
4 inspirations danoises  
Mai 2022

Et si... la Protection sociale était  
au cœur du prochain quinquennat ?  
Avril 2022

Penser le social : 5 questions  
pour 2022 (Hervé Chapron et  
Michel Monier)  
Février 2022

Recherche médicale : les #idées  
des acteurs  
Juillet 2021

## **PUBLICATIONS**

Psychiatrie & Santé Mentale :  
les #idées des acteurs  
Juin 2021

Prévention & Fonction publique  
Juin 2021

La Protection sociale de la  
communauté Sécurité-Défense : les  
#idées des acteurs  
Mars 2021

Penser le social : 5 nouvelles leçons  
(Hervé Chapron et Michel Monier)  
Mars 2021

Les mutuelles, les syndicats,  
l'état dans la Protection sociale  
complémentaire des agents de l'État  
Mars 2021

Tous solitaires, tous solidaires  
(Jeannick Tarrière)  
Septembre 2020

Hôpital : les #idées des acteurs  
Juillet 2020

5 leçons pour penser le social  
au XXI<sup>e</sup> siècle (Hervé Chapron et  
Michel Monier)  
Juillet 2020

Qui veut tuer les mutuelles ?  
Juin 2020

Nouveau monde, nouvelle protection  
sociale !  
Mai 2017

La Protection sociale en 500 mots  
Octobre 2015

Le Livre blanc  
Novembre 2012

## **CAHIERS**

L'intelligence artificielle : un défi pour  
la protection sociale. Intelligence  
artificielle  
2020

## ***PUBLICATIONS***

Territoires de santé : de nouvelles  
frontières. Santé  
2019

Formation professionnelle : du  
marché à l'individu. Formation  
professionnelle  
2019

Retraite : un patrimoine collectif.  
Retraite  
2018

Une bombe à mèche longue.  
Chômage, formation,  
accompagnement et indemnisation  
2017

L'emploi : un défi européen. Emploi et  
Europe  
2017

Quatre stratégies pour maîtriser la  
dépense. Assurance maladie  
2017

Quelques vérités pour la pérennité  
d'un patrimoine commun.  
Financement de la Sécurité sociale  
2017

Huit pistes pour relever les défis de  
l'hôpital public. Hôpital  
2017

Pour structurer la médecine du  
XXI<sup>e</sup> siècle : La télémédecine.  
Télémédecine  
2017

Big data et nouvelles technologies,  
la protection sociale à l'heure de la  
révolution numérique. Big data et  
nouvelles technologies  
2017

Un quinquennat pour retrouver  
une ambition française contre le  
tabagisme. Lutte contre le tabagisme  
2017

Quelle politique mener ? Addiction à  
l'alcool  
2017

## **PUBLICATIONS**

Une question de méthode. Dialogue  
social  
2017

### **CRAPSLOGS**

« Un territoire performant doit  
s'inscrire dans la logique du « one  
health » »  
mars 2026

Emploi des seniors « un gâchis  
monumental »  
Juillet 2025

« Il faut se pencher sérieusement sur  
l'avenir de notre modèle de Protection  
sociale »  
Janvier 2025

« Nous ne pouvons plus raisonner  
comme nous le faisons actuellement »  
Mars 2024

12 solutions radicales pour l'accès  
aux soins et la cohésion sociale  
Juin 2023

PLFSS 2023 : La politique du rabot  
signe son grand retour  
Janvier 2023

Les données sociales au cœur d'une  
juste prestation  
Juin 2022

PLFSS 2022 : le quoi qu'il en coûte  
est-il une bonne recette ?  
Janvier 2022

L'État souhaiterait-il s'arroger le  
monopole des solidarités ?  
Août 2021

Sécur de la santé  
Novembre 2020

Spécial Covid-19. Juin 2020  
Retraite : déchiffrer le point !  
Mars 2020

## ***PUBLICATIONS***

PLFSS sur fond de crises  
Décembre 2019

Le Danemark : les enseignements  
d'une réforme aboutie  
Octobre 2019

Plaidoyer pour une Europe sociale !  
Mai 2019

Heur et Malheur de l'assurance  
chômage  
Février 2019

L'organisation internationale du  
travail : une utopie en marche !  
Octobre 2018

Quelques vérités sur le médicament  
Mai 2018

Quelle nouvelle réforme du système  
de santé avant la crise ?  
Février 2018

Le modèle mutualiste dans les pays  
en voie de développement : quelle  
implantation ?  
Novembre 2017

Le grand appareillage orthopédique  
Novembre 2017

La santé à l'épreuve des territoires  
Juillet 2017

Les mutuelles au cœur de  
notre avenir  
Janvier 2017

Une épidémie nommée tabac  
Mai 2016

Le numérique au chevet de la  
médecine...  
Mars 2016

L'enjeu du vieillissement sur la  
population  
Mai 2015

Emploi : nécessaire mais pas  
suffisant  
Janvier 2015

Démographie médicale  
Avril 2013

## **ÉDITION & CRÉATION**

### **DIRECTEURS DE PUBLICATION**

Didier Bazzocchi & Fabien Brisard

### **PRÉSIDENT DU COMITÉ ÉDITORIAL**

Hervé Chapron

### **CONCEPTION & RÉALISATION**

Fabien Brisard, Anaïs Fossier, Marie-Claude Kouachy

### **RELECTURE**

RédacNet - Karen Platel & Pierre-Maxime Claude

### **REMERCIEMENTS**

Yann Bubien, Véronique Anatole-Touzet, Dr. Josep Arimany  
Manso, Joseph Tedesco, Constance Mobuchon, Philippe Paul

### **CRÉDITS PHOTO**

Shutterstock

### **CRAPS**

45, rue Boissy d'Anglas, 75008 PARIS  
accueil@thinktankcraps.fr

© CRAPS 2026

Tous droits réservés.

Toute reproduction ou transmission, même partielle, sous  
quelque forme que ce soit, est interdite sans autorisation  
écrite du détenteur des droits.

Achevé d'imprimer en mai 2026  
par CHIRAT - Saint-Just-la-Pendue 42540

Dépôt légal  
mai 2026

ISBN : 978-2-492470-30-1

# 4 INSPIRATIONS CATALANES, EN SANTÉ

*Loin des modèles que l'on cite toujours, des pays scandinaves à Kaiser Permanente, la Catalogne offre une expérience plus proche de nous et pourtant trop peu regardée. Depuis les années 1990, elle a bâti un système de santé territorialisé, intégré et orienté vers la santé de la population. Soins primaires forts, centres de santé pluridisciplinaires, contractualisation, évaluation, dossier médical partagé, pilotage régional : autant de leviers qui donnent cohérence et efficacité à l'action publique. Sans nier ses limites - listes d'attente, inégalités territoriales, tensions démographiques - le modèle catalan montre qu'un système de santé peut être pensé dans une logique globale, centré sur la santé de la population plutôt que sur la seule organisation de l'offre de soins. Le CRAPS et Relyens vous proposent dans cet ouvrage 4 inspirations pour penser l'avenir du système de santé français !*

ISBN - 978-2-492470-30-1

**CRAPS**  
LE THINK TANK DE LA PROTECTION SOCIALE

 **relyens**