

# SYSTÈMES DE SANTÉ: Existe-t-il un *modèle* suédois ?

## Note d'analyse Septembre 2017

Loué à plusieurs reprises par Emmanuel Macron pendant la campagne présidentielle, le système de santé suédois peut-il constituer un modèle pour la France ?

Comme d'autres pays du Nord de l'Europe, la Suède dispose d'une protection sociale de type *beveridgien* : couverture et accès aux soins universels, secteur public dominant, financement par l'impôt.

Les médecins généralistes pour la plupart salariés avec variable à la capitation, travaillent en centres de santé. Les hôpitaux sont en majorité de statut public.

Cependant, depuis les années 1990, sous la forte contrainte économique, l'insatisfaction face aux attentes trop longues pour accéder à un spécialiste en hôpital

et à la faveur des alternances politiques, le système de santé suédois s'est quelque peu libéralisé : privatisation d'établissements de santé, contractualisation des relations avec les offreurs de soins, liberté d'installation des médecins, souplesse dans le choix de l'établissement pour les patients, ...

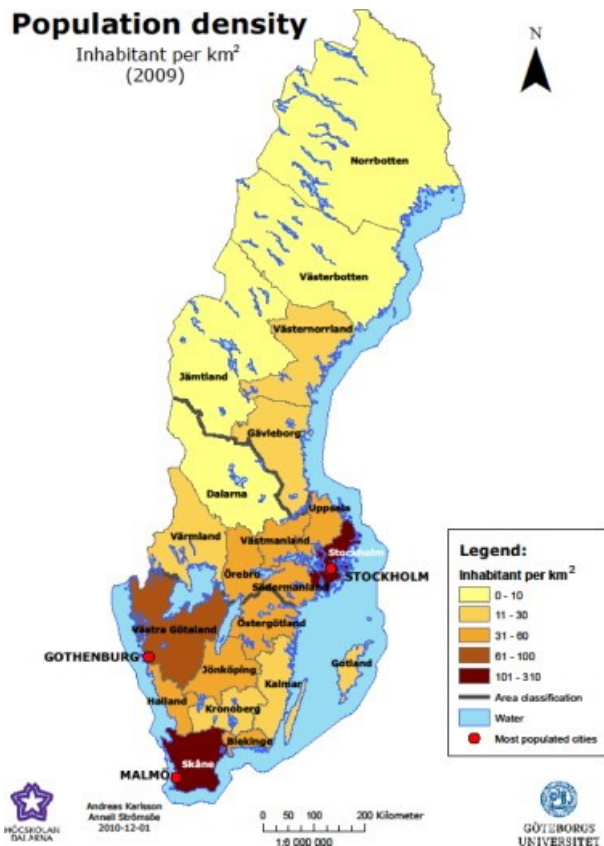
Après avoir participé au séminaire du GRAPH (Groupe de Recherche et d'Application Hospitalière créé en 1974 par plusieurs CHU) « La Suède et les enjeux hospitaliers » qui a eu lieu du 7 au 11 juin 2017, OpusLine revient et s'interroge sur ce qui pourrait constituer le caractère de *modèle* du système de santé suédois.

**La décentralisation** du financement et de l'organisation de l'offre de soins, combinée à l'exigence d'évaluer la qualité des soins, ainsi que le développement volontariste de la e-santé semblent composer les traits du modèle suédois d'aujourd'hui.

**Sans être transposable à l'identique, le système de santé suédois peut-il néanmoins constituer une source d'inspiration pour la France ?**

# #1 La Suède en bref

La Suède, un pays fortement marqué par ses conditions géographiques



La population suédoise se concentre au sud du territoire, dans 3 villes principales : Stockholm, Gothenburg et Malmö. Hors de cette région, la rigueur du climat au nord et la présence d'innombrables cours d'eau, fjords et grands lacs, contribuent à créer des zones isolées, tant économiquement que sanitaire.

**Les Suédois sont plus longtemps en meilleure santé que les habitants de la plupart des pays occidentaux**

La comparaison des principaux indicateurs de santé entre la France et la Suède met en lumière une population suédoise moins nombreuse, plus riche, et capable d'atteindre un âge plus avancé en bonne santé.

Si les médecins sont plus nombreux en Suède qu'en France, le nombre de lits d'hôpital s'avère en revanche 2,5 fois moins élevé. Ce qui pourrait être perçu comme une faiblesse majeure du système de santé suédois, qui souffre de longs délais d'attente pour un accès aux soins hospitaliers, pousse cependant le pays à mettre l'accent sur les soins ambulatoires et de proximité, à la différence du système de santé français qui reste hospitalo-centré.

Il faut enfin noter la plus grande maturité numérique de la Suède, qui lui permet de réaliser un déploiement plus poussé de la e-santé que la France.

	Suède	France	OCDE
<b>Indicateurs généraux</b>			
Population en 2014 (en millions d'habitants)	9,6	64,1	ND
Superficie (en milliers de km <sup>2</sup> )	450	633	ND
Taux de croissance de la population (2014)	0,9%	0,4%	ND
Taux de fécondité (enfants) (2015)	1,9	1,9	ND
Population âgée de moins de 15 ans (2015)	17%	18%	ND
Population âgée de plus de 65 ans (2015)	20%	19%	ND
PIB par habitant en 2016 (en USD PPA)	49 076	41 490	ND
IDH en 2015 (position mondiale)	0,913 (14è)	0,897 (21è)	ND
<b>Indicateurs de l'état de santé et dépenses de santé (2013)</b>			
Espérance de vie à la naissance (années)	82	82	80
Espérance de vie des femmes (années)	84	86	83
Espérance de vie des hommes (années)	80	79	78
Espérance de vie en bonne santé à la naissance des femmes (années)	74	64	62 (UE 28)
Espérance de vie en bonne santé à la naissance des hommes (années)	74	63	61 (UE 28)
Espérance de vie en bonne santé à 65 ans des femmes (années)	17	11	9 (UE 28)
Espérance de vie en bonne santé à 65 ans des hommes (années)	15	10	9 (UE 28)
Nombre de médecins en exercice pour 1000 habitants	4,1	3,4 (2015)	3,2
Part des médecins âgés de 55 ans et +	34%	45%	33%
Personnel infirmier en exercice pour 1000 habitants	11,2	9,4	9,1
Nombre de lits d'hôpital pour 1000 habitants	2,6	6,3	4,8
Dépenses de santé par habitant (USD PPA)	4 905	4 124	3 453
Dépenses de santé en pourcentage du PIB	11%	11%	9%
Taux de croissance annuel moyen des dépenses de santé par habitant, en termes réels, entre 2009 et 2011	1%	1%	1%
Part des soins hospitaliers dans les dépenses courantes de santé	23%	35%	28%
Part de l'administration publique dans les dépenses courantes de santé	84%	4%	37%
Part de la Sécurité Sociale dans les dépenses courantes de santé	0%	75%	36%
Part des ménages dans les dépenses courantes de santé	15%	7%	19%
Part des assurances privées dans les dépenses courantes de santé	1%	14%	5%
<b>Indicateurs de la maturité numérique</b>			
Taux d'accès à internet (% ménages) (2015)	91%	83%	ND
Informatique à domicile (% ménages) (2015)	88%	82%	ND
Abonnements haut débit mobile (%habitants) (2016)	125%	77%	95%
Abonnements haut débit fixe (%habitants) (2016)	36%	41%	30%
<b>Indicateurs de l'état de déploiement de la e-santé</b>			
Indicateur composite du déploiement de la e-santé dans les hôpitaux (2012) (et position parmi les pays étudiés)	0,622	0,407	0,418 (UE 28)
Indicateur composite de la disponibilité et de l'utilisation de la e-santé dans les hôpitaux (2012)	0,590	0,317	0,295 (UE 28)

Sources : OCDE, PNUD, Banque mondiale, Eurostat  
À noter : la part de la sécurité sociale et des assurances privées dans les dépenses de santé est proche de zéro en Suède car le système est financé par l'impôt.

## #2. Le système de santé suédois

Le système de santé en vigueur en Suède se distingue par **6 grandes caractéristiques** :



### FORCES

- **Taux de survie** très élevés (91% après un AVC)
- **Confiance** des patients dans le système de santé
- **Partage de responsabilité** clair entre Etat et collectivités locales
- Bonne coordination entre **centres de santé** et hôpitaux
- **Délégation de tâches** (infirmières autorisées à prescrire certains médicaments)

### FAIBLESSES

- Problèmes de **coordination entre territoires** conduisant à une rupture de l'égalité d'accès aux soins
- **Listes d'attente** très longues (2,6 lits d'hôpital pour 1000 habitants contre 6,3 en France)

Source : OCDE 2013

### Des autorités locales disposant d'une grande autonomie et de compétences larges

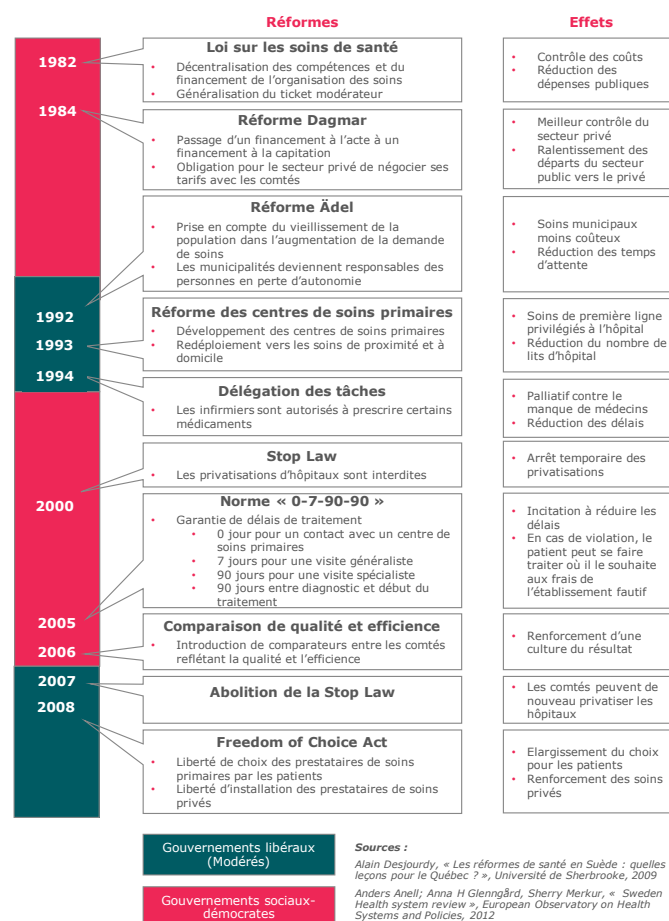
Les comtés et municipalités gèrent les soins primaires, dirigent les structures hospitalières et pilotent l'installation des praticiens. Les municipalités ont des compétences variées (éducation, transports, culture, etc.) et partagent avec le comté la compétence sur la santé. Si le prélèvement à la source de l'impôt est centralisé par l'Etat, le montant de la contribution locale est fixé par les municipalités, qui reversent aux comtés la part des dépenses de santé que ceux-ci gèrent pour le compte des municipalités. Ces dépenses représentent jusqu'à 89% du budget des comtés (SALAR : Swedish Association of Local Authorities and Regions, 2016).

Ainsi dotées de pouvoirs étendus, les collectivités territoriales doivent aussi faire face à une exigence accrue en matière de résultats de la part des citoyens.

### Un système beveridgien qui tend à se libéraliser sans remettre toutefois en cause ses fondamentaux

Mis en place immédiatement après la Seconde Guerre mondiale, le système de santé suédois a connu des évolutions majeures à partir des années 1980, afin de lutter contre certaines de ses rigidités et des coûts croissants.

En particulier, les passages au pouvoir de coalitions de centre-droit ont été l'occasion d'une libéralisation du système.



- Cette libéralisation reste cependant limitée : les privatisations d'établissements de soins restent rares, et seulement 17% des dépenses de santé sont de nature privée (*Observatoire européen des systèmes de santé, 2012*).
- L'ampleur de la libéralisation est en réalité largement dépendante de la volonté des comtés. C'est ainsi à l'initiative de trois comtés, dont celui de Stockholm, qu'une séparation entre acheteurs et fournisseurs de soins a commencé à apparaître au début des années 1990. Depuis, une écrasante majorité de comtés passe contrat avec les fournisseurs de soins qui sont choisis selon la qualité mieux-disante de leur offre de prise en charge des patients.

La gestion de l'hôpital San GORAN de Stockholm, hôpital spécialisé dans la prise en charges des urgences adultes, a ainsi été confiée à la suite d'un appel d'offre au groupe privé CAPIO. C'est aujourd'hui le seul cas d'un hôpital privé gérant les urgences.

### #3 L'organisation du système de soins : spécialisation et gradation

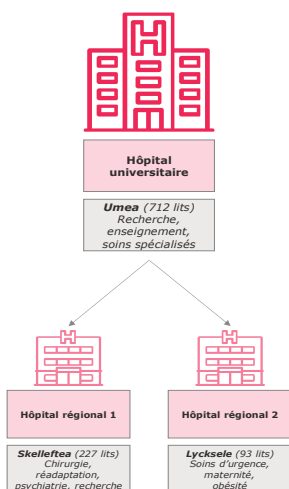
#### Spécialiser chaque établissement pour rendre l'offre de soins plus lisible

Les hôpitaux d'un même comté se différencient par leur taille et leurs missions spécifiques, et développent des activités phares qui leur sont propres. Certains vont même jusqu'à se partager les activités de recherche.

Cette spécialisation est propice à l'organisation d'une offre de soins plus lisible pour chaque hôpital au sein d'un réseau d'offres de soins qui s'articule entre soins délivrés en centre de santé, hôpitaux de proximité et hôpitaux de recours pour des cas plus complexes.

#### Spécialisé et hiérarchisé, le réseau hospitalier suédois organise la gradation des soins

- Chaque comté possède un hôpital principal, qui fonctionne comme un centre régional de recherche et d'études de santé (l'enseignement est financé par l'Etat).
- Autour de cet hôpital universitaire, s'articulent plusieurs hôpitaux régionaux spécialisés, plus petits, parfois avec activité universitaire comme dans l'exemple ci-après mais dont l'activité de recherche est plus réduite.



#### Exemple de réseau hospitalier dans le comté de Västerbotten

Source : Service régional Affaires sociales et santé des ambassades de France au Danemark, en Finlande, Norvège et Suède, 6 janvier 2017

Dans un pays où le nombre de lits d'hôpital est bien inférieur à celui de la France, la spécialisation et le gradation des soins laissent espérer une meilleure utilisation des ressources et une meilleure qualité grâce à la concentration des compétences.

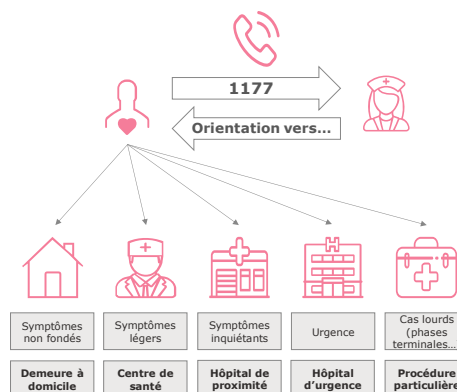
Bien que chaque comté soit très autonome quant à l'organisation de son système de santé, cette spécialisation hiérarchisée du réseau hospitalier se retrouve dans la plupart des comtés, notamment dans celui de Stockholm autour de l'hôpital universitaire de Karolinska.

#### L'organisation des soins en France pourrait-elle s'inspirer du système suédois qui pousse très loin la gradation des activités ?

La répartition coordonnée des activités entre établissements d'un même comté n'est pas sans rappeler la logique des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT), dispositif conventionnel de coordination obligatoire en France depuis juillet 2016. Toutefois, la France se limite à ce jour à coordonner les établissements publics autour de projets médicaux partagés de territoire qui ont été d'ailleurs présentés aux ARS le 1er juillet 2017. Ce premier pas a paru timide, dans la mesure où la particularité du système français étant de s'appuyer sur une offre de soins aussi bien publique que privée non lucrative ou lucrative, une évolution du dispositif devrait intégrer l'ensemble des acteurs de l'offre de soins pour que le projet médical soit réellement partagé et coordonné à l'instar du système suédois.

#### La coordination et la hiérarchisation se retrouvent dans l'orientation des patients

En 2013, un numéro unique (le 1177) disponible 24 heures sur 24 a été mis en place pour conseiller les personnes estimant avoir besoin de soins. Une infirmière évalue le sérieux et la gravité de la demande et oriente ensuite le patient selon le parcours suivant, qui souligne l'importance en Suède des soins de proximité hors de l'hôpital :



En orientant les patients vers l'offre de soins la plus adaptée à leur état de santé, le système suédois vise à améliorer à la fois les délais d'attente des patients pour accéder à des soins hospitaliers lorsqu'ils sont nécessaires et favoriser ainsi une meilleure maîtrise des ressources.

Cette orientation repose cependant sur des critères à la clarté discutable de l'aveu même des responsables de la santé du comté rencontrés, et suppose que les patients collaborent et utilisent le service, qui n'est pas obligatoire. surtout, une répartition territoriale adéquate des hôpitaux et des médecins de ville est nécessaire.

Or, si les déserts médicaux ont longtemps été évités en Suède grâce à la densité des centres de santé et au mode de rémunération des médecins, une réforme menée en 2008, permettant la libre installation des professionnels de santé, tend à creuser l'écart entre :

- des zones urbaines dynamiques, suréquipées et économiquement rentables (e.g. Stockholm, dont la population augmente de 38 000 habitants/an)
- et des régions rurales moins attractives en voie de désertification.

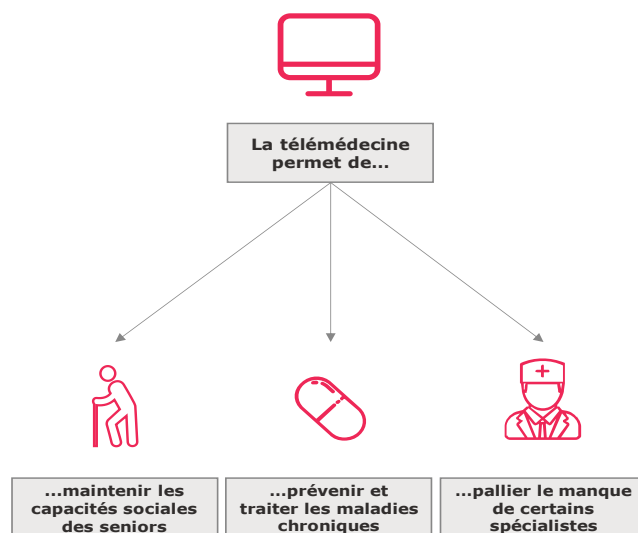
Le développement du libre choix atténue quelque peu le caractère spécifique du système suédois sur cet aspect en le faisant converger avec des pays comme la France.

## #4 Le recours à la Télésanté

### La Suède, volontariste dans la promotion de la e-santé

La Suède est l'un des pays au monde les plus avancés dans l'informatisation du système de santé et le recours au numérique grâce à une politique publique constante.

- Le projet « ICT for Health » a rassemblé dès 2012 des professionnels de santé hospitaliers, universitaires et administratifs ainsi que des experts en télémédecine de 8 pays nordiques. Il a permis de promouvoir les technologies de santé en ligne auprès tant des patients que des professionnels de santé.
- La télémédecine vient pallier la pénurie de certains types de médecins et professionnels de santé. Ainsi, dans les comtés peu attractifs du nord de la Suède, l'utilisation de systèmes de visioconférence dans les centres de soins et les hôpitaux augmente de près de 40% par an leurs usages, apportant, par exemple, une solution au manque d'orthophonistes et de dermatologues à l'intérieur des terres.
- Les dossiers médicaux de tous les patients sont informatisés, ce qui, en l'absence de médecins référents, permet l'échange rapide d'informations entre médecins généralistes.
- Les infirmières gagnent également du temps grâce à la généralisation de la prescription électronique.



### La télésanté au service de l'efficacité des soins

Tirant parti de cette informatisation, un marché porté par le ministère de la santé suédois a été attribué à l'institut de recherche lié au Karolinska Hospital de Stockholm afin de réaliser une base de données comparant l'efficacité des hôpitaux. S'appuyant sur les données recueillies auprès des établissements de santé, le système analyse la qualité des soins à partir de la satisfaction des patients et d'indicateurs de résultats des soins délivrés par pathologie et établissement.

La décentralisation du système de santé pourrait cependant freiner le développement de la e-santé en Suède, dès lors qu'elle limite les investissements massifs au niveau national et qu'elle dépend des moyens des comtés.

Le gouvernement a toutefois convenu avec les régions d'un plan d'action pour l'e-santé sur la période 2017-2019, visant à favoriser une meilleure coordination et une répartition plus claire des responsabilités entre les différentes parties impliquées.

## #5 Une culture de la contractualisation sur résultats

### Un levier d'efficacité toutefois limité par un fonctionnement traditionnel du secteur public largement dominant

Dans le cadre de la décentralisation du système de santé, et depuis le début des années 1990, les autorités publiques locales peuvent passer contrat *via* des appels à projet avec des offreurs de soins, hôpitaux publics ou établissements privés.

La règle générale au niveau national est la tarification à l'activité. Toutefois, chaque comté demeure libre de fixer des règles de rémunération différentes selon le contrat passé avec les offreurs de soins : tarification à la pathologie, paiement à l'épisode de soins, bonus à la performance, etc.

Quelques expériences semblent convaincantes dans l'application de ce système, incarnées de façon emblématique par l'hôpital de San Goran de Stockholm gérée par CAPIO qui a permis de montrer l'intérêt de la combinaison d'une privatisation de la gestion avec la contractualisation sur résultats évalués par le comté. A ce jour, ce mode de contractualisation sur résultats évalués semble encore rare et l'organisation traditionnelle du secteur public, reste largement dominante au sein du système suédois.

Malgré tout, se met en place une démarche d'évaluation de la qualité des soins qui pourrait changer la donne.

### L'offre de soins fait l'objet d'une démarche d'évaluation poussée

Contrôlés et évalués, les offreurs de soins sont soumis à une supervision et des contrôles techniques par une agence du ministère de la Santé, le *Socialstyrelsen* (*National Board of Health and Welfare*).

En parallèle, se développent des instituts de recherche privés sur le modèle de l'IVBAR, *spin-off* de l'institut de recherche de l'hôpital Karolinska de Stockholm et qui exploite le système créé par celui-ci.

Ce mode d'évaluation ne se limite donc pas comme en France à l'évaluation des processus. Au contraire, il prend en compte le parcours du patient à partir des risques identifiés individuellement (modèle IVBAR), évalue les résultats obtenus et l'appréciation par les patients des soins par pathologie. Une plus grande attention est ainsi portée à la satisfaction des patients tout en maîtrisant les coûts.

### Le cœur du modèle suédois : son pragmatisme

La décentralisation rend le système suédois plus réactif car plus sensible à la satisfaction des populations-citoyens-électeurs. Toutefois, s'il peut pousser les établissements de santé à améliorer la qualité et l'efficacité de leur offre, ce mode de fonctionnement crée aussi un système de contractualisation et de financement potentiellement hétérogène sur l'ensemble du territoire suédois.

En retour, la force du système suédois, et peut-être ce qui pourrait constituer un modèle, pourrait bien résider dans son pragmatisme, ainsi que dans sa capacité à **expérimenter toute solution avec moins de restriction idéologique qu'en France, en développant une méthode d'évaluation du bénéfice apporté au patient au regard des coûts.**

**La culture du résultat évalué, démontré, et l'adaptation aux réalités locales grâce à la responsabilisation des comtés l'emportent sur la pratique française de la norme valable pour tous.**

## Les points à retenir

### Le modèle suédois c'est...



...un **système beveridgien** : financement par l'impôt, secteur public dominant, couverture et accès universels



...une **décentralisation poussée au service des réalités locales** qui responsabilise les acteurs et les rend plus à l'écoute de leurs concitoyens



...la capacité à guider la décision publique **sur évaluation des résultats des soins délivrés ...**



...le recours effectif aux **technologies sur les éléments les plus structurants** pour l'organisation des soins (dossier de soins partagé, télémédecine)



...un **pragmatisme** et une **flexibilité** dans les concepts permettant **d'inventer de nouveaux modèles organisationnels** afin de ne pas renier les principes qui fondent le modèle suédois : couverture et accès aux soins universels.

# Notre expertise

## OpusLine vous accompagne dans vos projets d'innovation santé



### Définition de stratégies d'innovation

- Analyse de l'environnement et de vos enjeux
- Positionnement stratégique
- Feuille de route



### Développement et mise en œuvre de solutions innovantes

- Identification d'axes d'innovation
- Accompagnement à la mise en œuvre



### Développement de vos projets e-santé

- Analyse des réglementations
- Conception de services
- Accompagnement du lancement sur le marché

OpusLine est un cabinet de conseil en stratégie et management dédié au secteur de la santé. 5 associés, plus de 70 consultants spécialisés, au service de vos projets, de la stratégie à la mise en œuvre opérationnelle.



### **Joëlle Bouet**

07 87 94 03 11  
joelle.bouet@opusline.fr

### **Alix Pradère**

06 60 11 95 52  
alix.pradere@opusline.fr

### **Audrey Berling-Eeckhout**

07 63 30 11 81  
audrey.berling@opusline.fr

### **Vanessa Mendel**

07 63 30 11 78  
Vanessa.mendel@opusline.fr

### **Olivier Floch**

06 37 99 28 64  
Olivier.floch@opusliner.fr