

RAPPORT D'INFORMATION

ACCÈS AUX SOINS EN SUÈDE

Une délégation de la commission des affaires sociales s'est rendue en Suède, à Stockholm et Umeå, du 19 au 23 septembre 2022, sur le thème de l'accès aux soins.

Le système de santé suédois, organisé de manière très décentralisée et peu comparable à la France, est confronté aujourd'hui aux mêmes défis de continuité des soins et de prise en charge dans des délais raisonnables.



1. UNE OFFRE DE SOINS ESSENTIELLEMENT PUBLIQUE ET GÉRÉE LOCALEMENT PAR LES RÉGIONS

A. UN SYSTÈME DE SANTÉ À LA GESTION DÉCENTRALISÉE

1. Une gestion assurée par les collectivités locales, principalement les régions

Le système de santé suédois est principalement géré par les 21 régions du pays qui financent et organisent les soins primaires, spécialisés et psychiatriques ; elles sont également compétentes sur les soins ambulatoires ou la mise en œuvre de plans nationaux. Pour une meilleure coordination, les régions sont regroupées autour de six régions sanitaires (*Sjukvårdsregioner*).

En outre, l'association des collectivités locales (*Sveriges Kommuner och Regioner*) permet de mettre en commun certaines réflexions ou négociations salariales avec les professionnels notamment.

Les municipalités ont la charge des soins aux personnes âgées et handicapées, mais aussi des soins à domicile ou encore de la médecine scolaire.

2. Un rôle de régulateur laissé à l'État

L'État conserve dans ce schéma une compétence de régulateur et superviseur du système de santé, appuyé notamment par ses agences de surveillance et d'inspection.

Le conseil national de la santé et du bien-être, rattaché au ministère de la santé, *Socialstyrelsen*, est l'un des principaux opérateurs, responsable de la coordination et du développement de standards de qualité et pratiques. Il est également responsable des autorisations d'exercer pour vingt-et-une professions de santé et de la tenue des registres correspondants.

- *Socialstyrelsen* comme l'association des régions et municipalités ou la région de Stockholm ont tous insisté sur la **nécessité de données de qualité pour appuyer le pilotage du système de santé**.

À son arrivée au pouvoir, la coalition issue des élections de 2022 a dit sa volonté de recentraliser une partie des compétences de santé, en raison d'inégalités territoriales jugées trop importantes.

3. Une approche différente du pilotage des dépenses

Les dépenses de santé représentaient en 2019 **10,9 % du produit intérieur brut et une dépense par habitant de 5 042 euros**. En 2021, année exceptionnelle du fait de la crise, les dépenses publiques dans le domaine de la santé ont atteint **138 milliards de couronnes** (soit environ 12 milliards d'euros). Les dépenses de santé **ne relèvent pas en Suède d'une assurance sociale** comme l'est l'assurance maladie en France et ne sont pas liées à une contribution spécifique. En conséquence, il n'est pas établi de solde ou de notion d'équilibre budgétaire.

Le budget affecté à la santé, qui pèse pour une part importante des dépenses des régions, est **appréhendé dans leur cadre budgétaire global**. Alors que les possibilités d'endettement des collectivités sont très limitées, les régions doivent, en cas d'augmentation significative de leurs dépenses de santé, soit revoir les priorités de leurs politiques soit augmenter les impôts.

La région de Stockholm expliquait ainsi qu'alors que par principe les dépenses ne doivent pas être plus dynamiques que les ressources, cette logique était particulièrement difficile à tenir dans le champ de la santé du fait de l'augmentation rapide du coût du médicament, des dépenses de personnels, et de l'évolution des techniques de soins. Pour la région de Stockholm, le budget consacré à la santé représentait 68 milliards de couronnes en 2021 (environ 5,9 milliards d'euros).

B. UNE OFFRE DE SOINS CARACTÉRISÉE PAR UN FAIBLE NOMBRE DE LITS

1. Une offre de soins essentiellement publique

Les régions assurent, **en propre ou par délégation** à des opérateurs privés, la gestion des centres de soins primaires, des centres spécialisés, mais aussi des hôpitaux, y compris universitaires.

- La Suède compte **1 150 centres de soins primaires** et une **soixante d'hôpitaux régionaux dont sept sont des centres hospitaliers universitaires**. Six hôpitaux sont des établissements privés.

L'hôpital universitaire de Karolinska, situé à Stockholm, compte 1 180 lits et accueille 1,35 million de visites par an.

Les professionnels de santé jouissent théoriquement d'une liberté d'installation mais se tournent en réalité **quasi exclusivement vers un exercice salarié**.

L'offre de soins primaires s'articule autour de centres de soins pluridisciplinaires qui comptent souvent entre 10 et 20 médecins mais peuvent parfois atteindre plusieurs dizaines de professionnels. Le centre de soins d'Älvdhem comptait ainsi 93 collaborateurs. L'exercice individuel de professionnels de santé est très rare.

Ces centres peuvent se concentrer sur une prise en charge primaire ou être orientés sur une spécialité médicale. Les centres pluridisciplinaires sont parfois équipés de salles d'examens spécialisés, pour l'ORL par exemple, ou d'une salle de prélèvements pour des examens biologiques sur place.

Les structures ou les régions sont les employeurs des professionnels médicaux et paramédicaux. Les régions fixent leurs salaires, parfois par le biais de négociations menées avec les syndicats à l'échelle de l'association des régions, avec la possibilité ainsi de davantage valoriser l'expérience que la seule réalisation d'un nombre d'actes. En outre, la région peut **imposer des objectifs qui modulent les ressources des structures**. Par exemple, elles peuvent être plus ou moins bien rétribuées selon les délais d'attente qu'elles sont capables d'assurer.

Dans la région de Stockholm, la majorité de droite qui a longtemps été au pouvoir a fait le choix de **très larges délégations au secteur privé pour gérer en son nom des centres de soins et même un hôpital**, délégué par contrat au groupe Ramsay (Capio). Cet hôpital demeure un hôpital

public, avec une délégation attribuée par un marché public. Cette modalité n'est pas sans poser question, notamment sur les risques de tels contrats en cas de changement de prestataire à leur échéance.

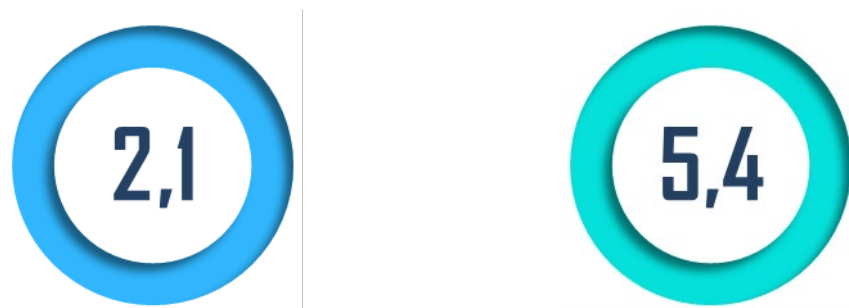
Alors que leurs ressources sont uniquement issues du financement public et donc de l'impôt, les bénéficiaires parfois constatés de certaines structures privées, non réinvestis dans le système de soins, passent mal et sont devenus un sujet politique important.

2. Un nombre de lits hospitaliers particulièrement réduit

À la suite d'un « virage ambulatoire » particulièrement marqué, la Suède dispose aujourd'hui d'un **nombre de lits particulièrement faible par habitant**, avec un ratio de l'ordre de 2 pour 1 000 habitants contre 5,7 en France.

- Les besoins de santé constatés aujourd'hui au-delà de l'ambulatoire et les perspectives liées au vieillissement de la population amènent les responsables locaux à considérer ces **ratios aujourd'hui insuffisants pour répondre aux besoins**.

En outre, comme l'a souligné le syndicat Kommunal, les faiblesses du secteur médico-social se répercutent, en Suède également, sur l'hôpital. Ainsi, l'insuffisance des services soins aux personnes âgées se reporte sur l'hôpital et ses urgences.



Lits pour 1 000 habitants en Suède

Lits pour 1 000 habitants, en moyenne dans l'Union européenne

Une **révision de la carte hospitalière** a été menée par les régions, avec une **baisse du nombre d'hôpitaux mais aussi du nombre de services d'urgences ou une rationalisation des activités de maternité**.

Une gradation de l'offre selon les établissements se constate : dans la région du Norrland se sont structurés sept « **pavillons sanitaires** », que l'on peut assimiler à des hôpitaux de proximité, avec principalement des lits de médecine, de prévention, de suivi de maladies chroniques ou des services d'urgence de proximité.

L'hôpital universitaire de Karolinska est un **hôpital de pointe** de rang international. Il compte **1 180 lits** et accueille 1,35 million de visites par an. L'hôpital emploie 15 400 personnes.

L'objectif revendiqué par la direction de l'hôpital est de « *soigner et soulager demain ce que personne ne soigne ou soulage aujourd'hui* » et devenir demain le premier hôpital universitaire du pays sans liste d'attente.

Le nouveau directeur a engagé il y a quelques années un **important tournant dans la gestion de l'hôpital avec une réduction drastique du nombre de personnels administratifs pour un renforcement du nombre de postes cliniques**.

Face aux **enjeux d'activité non réalisés faute d'une organisation performante**, la direction a souligné l'enjeu important de la planification avec une surveillance particulière quant à l'occupation des blocs, qui permet notamment d'orienter des urgences sur les créneaux du matin.

En outre, le **périmètre des activités autorisées** dans chaque établissement a été revu et **les opérations les plus lourdes sont réservées à un nombre restreint d'établissements agréés**. Certaines activités de soins très spécialisés, comme les greffes, la prise en charge des grands brûlés ou encore la chirurgie cardiaque infantile, sont organisées au niveau national.

Financement des établissements de santé

Certains établissements répondent à un système de financement essentiellement basé sur l'activité. C'est le cas notamment de l'hôpital **Sankt Görans** avec des ressources réparties entre une **tarification à l'activité (96,5 %)**, à la qualité (3 %) et, marginalement, sur des objectifs environnementaux (0,5 %). Ces ressources sont fixées par une convention négociée avec la région, laquelle prévoit un objectif d'amélioration de la performance de l'établissement de 2 % par an.

Le panier de ressources de l'hôpital universitaire de **Karolinska** diffère sensiblement, avec **54 % issu d'une dotation**, 6 % d'un financement à la qualité et la performance (sur la base de 84 critères) et la part restante sur une **tarification à l'activité (42 %)**.

La tarification à l'activité est assise sur des **groupes homogènes de patients**. Les tarifs peuvent être modulés selon les établissements.

Comme cela a pu être souligné lors du déplacement à Umeå, la question de l'offre de soins dans les régions vastes et peu denses est particulièrement sensible avec des **petits hôpitaux dont l'activité faible sur certaines spécialités ne correspond pas toujours aux standards de qualité et de sécurité des soins**. L'inspection des soins, *Inspektionen för vård och omsorg*, est particulièrement vigilante sur ce point.

En outre, **les difficultés de recrutement**, constatées plus largement dans le pays mais particulièrement dans le Nord, conduisent en Suède également à une **réduction du capacitaire** – ou « fermetures de lits », faute de personnels.

L'inspection des soins et de la santé - *Inspektionen för vård och omsorg (IVO)*

L'inspection des soins et de la santé assure une surveillance et des missions d'inspection des services sanitaires et médico-sociaux et veille à la qualité et de la sécurité.

En 2021, l'IVO a notamment réalisé des contrôles :

- 2 263 au titre de la **Lex Maria**, qui concerne les dommages médicaux évitables lors de soins reçus dans des établissements ;
- 1 193 au titre de la **Lex Sarah**, sur les conduites répréhensibles, particulièrement dans le cadre de soins aux personnes âgées ou handicapées.

Elle a en outre traité 6 443 signalements concernant les établissements de santé et 7 170 pour des établissements médico-sociaux.

En 2022, IVO a mené une **inspection nationale qui a mis en lumière certaines failles au sein d'établissements** parfois importants, avec notamment **un capacitaire insuffisant pour garantir la sécurité des patients**. L'inspection a notamment enjoint les hôpitaux de Sundsvall, Uppsala et Sunderby d'augmenter leur nombre de lits sous un délai de quelques mois.

- À la fin de l'année 2021, le Gouvernement suédois a inscrit dans son **budget 2022 une aide de 5 milliards de couronnes** (450 millions d'euros) à destination du système de santé, afin notamment d'investir sur la prise en charge de la maternité et faire face aux retards de prise en charge du fait de la pandémie de covid-19.

3. Une priorité donnée aux soins primaires

L'ensemble des acteurs du système de santé, tant régulateurs au niveau national que gestionnaires locaux ont mis en avant, dans la conception de leurs politiques, la **déclinaison des principes de l'OMS** et notamment celui d'une « santé intégrée » et complémentarité entre santé publique et santé primaire.

Il a également été souligné un changement dans l'approche du système de soins ces dernières années, avec, d'une part, une évolution d'un système basé principalement sur les hôpitaux à un système basé sur les soins primaires et, d'autre part, un **passage d'une attention portée essentiellement sur les urgences à une réorientation aujourd'hui sur les soins primaires, les maladies chroniques** et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC).

2. UNE POLITIQUE D'ACCÈS AUX SOINS Tournée SUR UNE GARANTIE DE DÉLAI

A. UNE PRISE EN CHARGE QUASI INTÉGRALE SUR UN PANIER DE SOINS

1. Une prise en charge au-delà d'une faible participation du patient

Le **panier de soins pris en charge et les tarifs des soins et prestations de santé sont fixés par les régions**, de même que le niveau de la participation du patient.

Cependant, le principe qui prévaut est celui du **bouclier sanitaire**, à savoir une participation extrêmement limitée du patient avec une **prise en charge intégrale au-delà d'un certain seuil**, lequel s'élève aujourd'hui autour de **1 150 couronnes ou 120 euros par an**. Un autre plafond s'applique **pour certains médicaments**, à hauteur de 2 350 couronnes. À l'hôpital, un plafond journalier est fixé à 100 couronnes.

Les **soins dentaires** font l'objet d'une prise en charge distincte, avec une couverture par la collectivité limitée pour les adultes mais **intégrale pour les enfants et les jeunes**. Au-delà de 23 ans ou en cas de pathologies particulières, les soins dentaires peuvent faire l'objet d'aides publiques.

Honoraires des soins de santé	Soins de base	Soins spécialisés
Consultation (ambulatoire)	100-300 SEK	200-400 SEK
Honoraires maxima sur 12 mois ambulatoire)	1 150 SEK	1 150 SEK
Honoraires maxima pour 24 h (hospitalisation)	100 SEK	100 SEK

Source : Commission européenne

2. Une part encore marginale d'assurance privée volontaire

Selon l'autorité d'évaluation des soins, *Vård- och omsorgsanalys*, **les assurances privées sont un marché en expansion mais qui demeure réduit**. Alors que la prise en charge des soins est quasi intégrale, l'intérêt principal semble être celui du délai d'accès aux soins : certaines assurances intègrent des garanties d'accès plus rapides que les listes d'attente publiques.

- En 2021, les assurances volontaires concernaient **12 % de la population de 20 à 64 ans, pour seulement 1 % de l'ensemble des dépenses de santé**.

La plupart du temps (60 %), ces assurances sont payées par les employeurs, mais elles peuvent également être contractées par d'autres groupes (30 %) comme les syndicats, ou par les individus eux-mêmes (10 %).

B. UNE GARANTIE D'ACCÈS AUX SOINS SOUS LA FORME DE DÉLAIS DE PRISE EN CHARGE

1. Une garantie de délais de prise en charge : « 0 – 3 – 90 – 90 »

Différentes garanties de délais d'attente ont été mises en œuvre **depuis 1992**, avant une **garantie établie par la loi¹ applicable depuis le 1^{er} juillet 2010** (*vårdgarantin*).

La garantie de soins actuelle, présentée comme un renforcement des droits des patients, s'organise comme suit :

- **0** : le patient doit pouvoir obtenir un contact avec un soignant d'une structure de soins primaires dans la journée. Ce contact peut se faire par téléphone ou par tchat.
- **3** : en cas de besoin, le patient doit pouvoir bénéficier d'une consultation médicale dans les trois jours. Celle-ci est assurée par un professionnel de santé qui peut être un médecin mais aussi une infirmière ou un psychologue. Cette garantie s'applique pour les problèmes nouveaux ou sévères. Ce délai était fixé à 7 jours jusqu'en 2019, pour une consultation alors auprès d'un médecin.
- **90** : il s'agit, en nombre de jours, du délai fixé dans lequel le patient doit pouvoir obtenir, si nécessaire, une consultation de spécialiste.
- **90** : c'est enfin le délai dans lequel le patient doit pouvoir bénéficier des traitements particuliers ou opérations appropriées, à partir du moment où le traitement a été défini.

La région de Stockholm a choisi de se fixer des objectifs plus ambitieux avec la première visite chez un spécialiste devant intervenir dans un délai de 30 jours. Cette garantie a été suspendue entre janvier 2021 et août 2022, du fait de la pandémie, mais est de nouveau active depuis septembre 2022.

La région a également décidé d'imposer des cibles plus contraignantes que les exigences nationales pour le premier contact téléphonique.

Ainsi, au-delà de la prescription nationale de 24 heures, la région prévoit une réponse :

- dans les 90 secondes lors d'un appel direct ;
- dans les 10 minutes lorsqu'il est placé dans une file d'attente téléphonique ;
- dans les 90 minutes au système de rappel.

Des mesures montrent un respect de ces garanties à hauteur de 84 % pour le délai de 24 heures et 69 % pour le délai de 90 minutes, sous la cible fixée à 85 %.



contact avec une structure de soins primaires le jour même



consultation médicale dans les trois jours



consultation de spécialiste



traitements particuliers ou opérations appropriées

¹ Stärkt ställning för patienten - vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning. Prop. 2009/10:67.

- En pratique¹, **ces délais sont très inégalement respectés**, avec un premier contact dans la journée pour 89 %, une évaluation sous trois jours pour 83 %, mais des délais de 90 jours respectés respectivement à seulement 70 % et 59 %. Si la covid-19 a naturellement heurté la possibilité de respecter ces délais, la tendance était déjà négative avant la pandémie.
- Des temps d'attente important sont constatés pour les soins non urgents ou sur des activités complexes, avec en outre des difficultés identifiées le soir et les weekends.

En outre, des **différences apparaissent au niveau territorial mais aussi social**.

Dans le pilotage du système de soins, la liste d'attente, garantie offerte aux patients, sert d'indicateur premier d'accès aux soins.

Comme les régions le constatent elles-mêmes, **la mise en place de la garantie n'a pas nécessairement conduit à réduire effectivement les délais d'attente constatés**.

La garantie de soins ne couvre pas toute la chaîne de soins, notamment les examens médicaux et aucun délai n'est intégré après la première visite.

Se pose ainsi aujourd'hui la **question du champ de la garantie**, qui pourrait être étendue, car elle ne couvre pas d'objectifs relatifs aux actes de biologie ou d'examens radiologiques, par exemple, ou encore la question de nouvelles consultations sur un même problème de santé. Différentes lacunes de cette garantie trouvent parfois des réponses locales. Ainsi, la région de Stockholm a intégré à la garantie les tests d'appareils auditifs ou encore les examens liés à la dyslexie ou à la mémoire, ainsi que, précédemment, les examens neuro-psychiatriques.

L'autorité d'évaluation des soins a également mis en avant la **nécessité de réformes complémentaires à la garantie de temps d'attente pour renforcer l'accès aux soins**, comme des dispositifs particuliers pour les patients atteints de **maladies chroniques** – avec l'hypothèse d'une garantie de délai différenciée – ou pour les patients polyopathologiques.

Parmi les causes possibles de retards de prise en charge sont pointés le **manque de médecins spécialistes comme d'infirmiers**, ou encore les capacités limitées de certaines structures, mais aussi la priorisation de pathologies aiguës.

- Comme l'ont constaté différents interlocuteurs, notamment au sein des agences d'évaluation, **les longues listes d'attente observées ne sont pas pour autant révélatrices de mauvais résultats en termes de santé publique**.

Une délégation missionnée sur l'accès aux soins

Une mission d'évaluation a été décidée en 2020 concernant l'accès aux soins, laquelle a rendu ses conclusions provisoires en 2021 et un rapport final en mai 2022² qui s'est notamment posé la question de la pertinence de la garantie de délais.

Parmi ses recommandations, la délégation a insisté sur le besoin :

- de soutenir les plans d'action régionaux ;
- d'enquêter sur une garantie de soins prolongés ;
- de soutenir la transition vers les soins de proximité ;
- de soutenir des soins efficaces et les choix du patient.

¹ Données *Vantetider.se* sur le printemps 2022 pour le délai « 0 », pour le mois de juin 2022 pour les trois derniers. Données au 13 septembre 2022.

² *Vägen till ökad tillgänglighet– delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram - Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, 2022.*

Concernant la garantie de délai d'attente, la mission a constaté son **importance pour les patients mais le déficit d'explication de la priorisation réalisée. Elle préconise une mise à jour et un élargissement de la garantie de délai d'attente**, une information renforcée des patients et notamment, **dans les 14 jours, sur son lieu et sa date de prise en charge**, ainsi qu'un travail systématique avec les régions pour réduire les temps d'attente.

En outre, la délégation a appelé à une **régionalisation de la formation** et recommandé des **changements législatifs pour renforcer les droits des patients** et leur information par les outils numériques.

Elle a enfin émis une série de propositions spécifiques pour les jeunes avec des problèmes de santé mentale.

Les comparaisons internationales présentées par l'inspection IVO soulignent, sur la période 2010-2019, **une dégradation de la situation en Suède, avec une augmentation de de 13 à 27 % des patients ayant attendu plus de 90 jours**. À l'inverse, au Danemark, une réduction de 31 % du temps d'attente moyen en nombre de jours a été observée et, en Finlande, la proportion de patients en attente d'une intervention chirurgicale a baissé sensiblement.

2. Une priorisation des patients

La loi indique bien **qu'il est tenu compte des besoins** dans les soins apportés aux patients.

En outre, des dispositifs spécifiques sont prévus pour certaines pathologies, comme dans le cas de cancers par exemple, avec des parcours et prises en charges accélérés.

Ainsi, ceux qui attendent le plus sont ceux qui « peuvent patienter ». **La file d'attente n'est donc pas a priori une perte de chance** ; elle emporte éventuellement une perte de confort.

3. Un outil à relativiser

Le suivi des listes d'attente permet **d'objectiver des situations de recours aux soins**, selon les types de soins et selon les territoires. En outre, il **oblige les offreurs de soins à se placer dans une logique de résultats**. Cette garantie a ainsi le mérite de **fixer des objectifs communs et d'évaluer les tensions d'accès aux soins selon des critères partagés**.

Cependant, l'attention portée à cet indicateur peut parfois paraître excessive, alors qu'il est d'ailleurs souvent non satisfait et que, **sans que puisse être évalué l'accès effectif aux soins, en temps utile et la bonne priorisation** pour les patients qui en ont besoin.

C. UNE RÉGULATION DE L'ACCÈS AUX SOINS

1. Un point d'entrée unique dans le système de soins : le 1177

Souvent, le premier contact avec le système de soins est réalisé par téléphone, voire par un tchat internet avec un centre de soins primaires. À l'autre bout de la ligne, **la régulation n'est pas nécessairement assurée par un médecin, mais dans, la plupart des cas, par un infirmier**. À ce titre, le partage d'information sur le parcours du patient au cours de la prise en charge est déterminant.

Si les régions organisent chacune les soins comme elles le souhaitent, elles **coordonnent une plateforme commune Vårdguiden (guide des soins de santé), avec un numéro de téléphone, le 1177, et un site internet**, qui renvoient vers les services locaux de santé.

Cette plateforme d'information et de contact est à la fois un point d'entrée et un outil de régulation : elle est présentée comme **le premier niveau de recours dans le système de santé**, avant l'orientation vers un centre de soins primaires puis l'hôpital.

En région Västerbotten, 99 % de la population et 89 % des parents de jeunes enfants ont confiance dans le service « 1177 ».

2. Un enjeu de continuité des soins

L'autorité d'évaluation des soins estimait que **la continuité est aujourd'hui une vraie lacune de la prise en charge en Suède**. Les patients changent, sans le vouloir, trop souvent de professionnels, y compris pour les consultations de médecins généralistes. Pour autant, l'agence constatait que les résultats en matière de santé n'étaient pas plus mauvais qu'à l'étranger.

Seuls 30 % des Suédois ont un contact régulier avec un professionnel de santé.

Alors que l'exercice médical se fait systématiquement en centres de soins, que les patients sont plus ou moins rattachés à une structure, et que le patient ne choisit pas nécessairement son praticien, **le médecin traitant est encore balbutiant en Suède**.

Selon l'association des médecins, *Sveriges läkarförbund*, dont le rôle est à cheval entre l'ordre et le syndicat, **un Suédois sur quatre seulement a aujourd'hui un médecin traitant**. Si le nombre de patients ayant un médecin référent est faible, il semble que les Suédois soient davantage, en pratique, rattachés à un centre de santé. L'association recommandait qu'un généraliste soit le **médecin traitant de 1 200 patients**, quand Socialstyrelsen retenait un nombre de 1 100.

- *Socialstyrelsen* a indiqué vouloir travailler au cours des prochains mois sur la question du médecin traitant, avec l'objectif de mettre en place un dispositif pour le 1^{er} janvier 2024, et sur la question des prises de rendez-vous avec les patients afin de réduire les désistements, notamment par une prise de rendez-vous plus concertée avec le patient.

3. DES DÉFIS ACTUELS COMPARABLES AU RESTE DE L'EUROPE

A. UNE DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET PARAMÉDICALE EN TENSION

1. Un besoin considérable de personnels

Comme dans le reste du continent, l'un des principaux défis pour le système de santé est aujourd'hui le vieillissement de la population. L'espérance de vie atteint aujourd'hui 84,2 ans pour les femmes et 81,21 pour les hommes. **Un Suédois sur cinq a aujourd'hui plus de 65 ans**.

Or, dans ce contexte, le pays fait également face à un besoin important de personnels. En outre, l'association des médecins¹ estime un besoin de compétences nécessaire de 36 % supérieur pour remplacer les départs à la retraite. Ainsi, selon certaines estimations, **le besoin de personnels dans les secteurs de la santé et du soin représenterait 40 % de la population active**, soit un chiffre inatteignable.

Selon l'autorité d'évaluation des soins, il n'y a aujourd'hui pas problème de ressources en Suède, avec un financement adéquat du système, mais un **problème de manque de personnels**. Cependant, alors que le pays compte un nombre important de médecins et infirmiers par habitant, la question semble être celle de **l'allocation des ressources**. La Suède se démarque cependant de la France, en cela que le **besoin est massif parmi les professionnels paramédicaux et particulièrement chez les infirmiers**.

2. Une nouvelle approche des carrières pour renouer avec l'attractivité ?

Les revendications des professionnels se portent là aussi sans surprise sur la question des conditions de travail et notamment, à l'hôpital, sur les rythmes de travail ou encore sur le niveau des rémunérations.

Pour rétablir l'attractivité, l'association de professionnels de santé *Vårdförbundet* a particulièrement insisté sur les **besoins de recrutements dans certaines professions**, comme les **sages-femmes**, les analystes de biologie médicale, les **infirmiers** et infirmiers spécialisés ou de

¹ L'association compte 56 000 membres ; 80 % des médecins suédois en sont membres.

radiologie, mais aussi interrogé l'opportunité d'une **flexibilité sur les conditions de départ à la retraite**, récemment modifiées. L'association a souligné le besoin de maintenir le niveau de compétence dans le domaine du soin, mais aussi d'inciter les professionnels qui ont quitté le secteur à y revenir. Enfin, le temps plein comme norme de travail semble selon eux une nécessité.

La place des infirmiers semble un défi particulier identifié par les hôpitaux, comme l'a présenté l'hôpital universitaire Karolinska de Stockholm. Au-delà de la prise en compte de la **conciliation entre la vie professionnelle et la vie personnelle**, l'hôpital entend ainsi travailler sur l'ensemble de la carrière, en préparant mieux les interruptions comme les retours ou les évolutions. La question de la **montée en compétence ou de l'orientation vers de nouvelles fonctions** est centrale, avec notamment la possibilité d'un doctorat en soins infirmiers.

3. Le défi de l'intérim médical

Comme en France et dans d'autres pays d'Europe, le capacitaire théorique des établissements de santé n'est aujourd'hui pas atteint, **faute de personnels en nombre suffisant**. Depuis 2016, à Sankt Görans : le nombre d'intérimaires a été multiplié par 6 et 30 % des infirmiers d'urgence sont aujourd'hui contractuels. **Ce problème semble concerner l'ensemble des établissements**, et se retrouve y compris dans l'hôpital de pointe qu'est Karolinska.

Les professionnels rencontrés avec l'agence *Medcura* indiquaient ne plus tenir face au rythme imposé et aux sacrifices sur leur vie personnelle, et considérer leur départ des structures de soins vers l'intérim comme un signal envoyé au système de santé, dans le contexte d'une médecine aux exigences de rentabilité plus forte, des **cadences élevées**, avec une **perte de sens pour les soignants** et, surtout, une **absence de maîtrise du rythme de travail**.

Les services rencontrés ont indiqué vouloir être « indépendants de l'intérim ». Les réponses apportées tentent de rejoindre les **préoccupations relatives à la qualité de vie au travail**, avec la rénovation des espaces ou de nouvelles activités proposées. Les responsables de Karolinska ont particulièrement insisté sur la prise en compte de la santé des personnels et du bien-être au travail. L'accent est aussi mis sur des **programmes de formation visant à donner des perspectives de carrière** à l'ensemble des professionnels

B. L'ACCÈS TERRITORIAL AUX SOINS AU CŒUR DES PRÉOCCUPATIONS

1. Un déficit d'offre de soins dans certaines régions, notamment au Nord du pays

Au-delà du manque global de professionnels, la Suède est confrontée à **des difficultés d'attractivité renforcées dans certaines régions, notamment rurales. Cela a été souligné dans la région de Västerbotten**, où les structures sont exclusivement publiques et où le déficit de professionnels est constaté à l'hôpital comme dans les centres de soins primaires. Face à cela, les incitations financières proposées par les régions ne suffisent souvent pas.

Parmi les outils connus se trouve la télémédecine. Comme cela a pu être constaté lors de la visite de services de l'hôpital universitaire d'Umeå, **la télémédecine permet d'appuyer, à distance, les praticiens des hôpitaux de la région** dans une logique de **gradation de l'offre de soins**. Ont notamment été mis en avant des examens réguliers, en visioconférence, de dossiers de patients permettant de **prioriser les interventions qui doivent être réalisées et ainsi programmer la venue dans l'hôpital central au moment opportun**.

Un projet de **télémédecine « sans frontière »** a notamment été présenté par les services de la région, avec le recrutement de médecins espagnols chargés de réaliser des consultations depuis l'Espagne pour des patients du Nord de la Suède.

Ce projet « innovant » n'est pas sans interroger sur la transformation de la médecine comme un service éventuellement essentiellement distant et parfois déconnecté de tout examen clinique et, surtout, d'une connaissance du patient par son médecin.

- Sur le temps long, la Suède travaille également à **renforcer l'attractivité des zones sous-denses par la localisation des sites universitaires**. Cette logique a été retenue à Umeå, où

le CHU a quatre sites de formation différents. Selon *Socialstyrelsen*, les résultats sur l'installation des professionnels sont visibles, des étudiants installés sur le territoire étant *a priori* plus enclins à y rester par la suite.

2. Une adaptation des réponses à la ressource

Les responsables de la politique de santé de la région de Västerbotten, comme les praticiens rencontrés, ont insisté sur la nécessité, dans un contexte de raréfaction de la ressource médicale, de poser la question d'une **réponse apportée au juste niveau**.

Ainsi, la **coordination entre les médecins et les infirmiers est apparue particulièrement déterminante** dans les zones rurales où l'offre de soins est éloignée et où le manque de professionnels ne permet pas des visites aussi régulières que cela pourrait être utile.

La délégation a pu constater le souci d'un **engagement conjoint, médical et paramédical, pour maintenir la qualité des soins, et éviter les pertes de chance**.

3. Une solidarité entre hôpitaux à l'échelle nationale

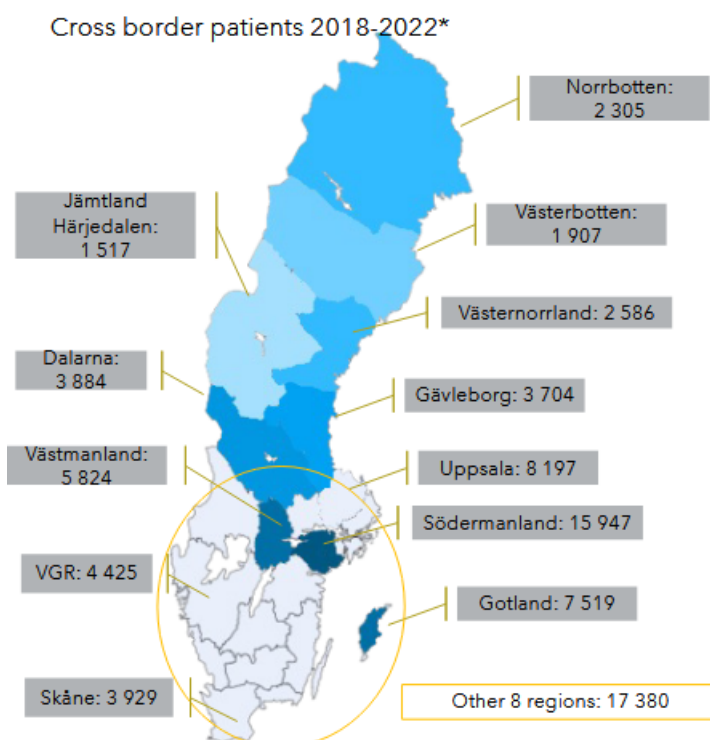
Les difficultés de certains hôpitaux à prendre en charge l'ensemble des patients qui en ont besoin obligent à des transferts vers d'autres établissements du pays.

L'institut Karolinska accueille ainsi régulièrement des patients venant des hôpitaux du Nord du pays et sert de recours face aux lacunes des hôpitaux comme ceux de Norrbotten.

- L'assistance aux régions en difficulté semble croissante : à titre d'exemple, de 29 patients chirurgicaux en 2018, sur les semaines 24-35, ce nombre est passé à 79 en 2022.

Sur la période 2018-2022¹, **101 096 patients pris en charge (soins internes et externes) par Karolinska résidaient hors de la région de Stockholm**. Les responsables de l'institut revendiquent cette mission et une accessibilité des services de pointe à l'ensemble des citoyens du pays.

Soins internes délivrés à des patients résidents hors de la région Stockholm



Source : Institut Karolinska

- Sans présenter de « modèle suédois » de l'accès aux soins et apporter de réponses immédiatement transposables face à des défis largement communs, ce déplacement a permis de mettre en perspective les solutions parfois expérimentées. Il a en outre souligné les approches différentes entre les systèmes, avec une garantie de délai d'attente comme indicateur déterminant d'accès aux soins et outil de pilotage de la politique de santé en Suède.

Réunie le mercredi 14 décembre 2022, sous sa présidence, la commission a donné acte à Mme Catherine Deroche de sa communication sur la mission sur l'accès aux soins en Suède et a autorisé la publication de ses conclusions sous la forme d'un rapport d'information.

¹ En 2022, période de janvier à août.



Catherine Deroche
Sénatrice (LR) de Maine-et-Loire
Présidente



Élisabeth Doineau
Sénatrice (UC) de la Mayenne
Rapporteuse générale



Corinne Imbert
Sénatrice (ratt. LR)
de la Charente-Maritime,
Rapporteuse pour l'assurance maladie



Michelle Meunier
Sénatrice (SER)
de la Loire-Atlantique



Martin Lévrier
Sénateur (RDPI) des Yvelines



Véronique Guillotin
Sénatrice (RDSE)
de Meurthe-et-Moselle

Consulter le rapport d'information

<http://www.senat.fr/notice-rapport/2022/r22-216-notice.html>