

N° 216

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2022-2023

---

---

Enregistré à la Présidence du Sénat le 19 décembre 2022

## RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1)  
relatif à l'accès aux soins en Suède,*

Par Mmes Catherine DEROCHE, Élisabeth DOINEAU, Corinne IMBERT,  
Michelle MEUNIER, M. Martin LÉVRIER et Mme Véronique GUILLOTIN,

Sénatrices et Sénateur

---

(1) Cette commission est composée de : Mme Catherine Deroche, *présidente* ; Mme Élisabeth Doineau, *rapporteuse générale* ; M. Philippe Mouiller, Mme Chantal Deseyne, MM. Alain Milon, Bernard Jomier, Mme Monique Lubin, MM. Olivier Henno, Martin Lévrier, Mmes Laurence Cohen, Véronique Guillotin, M. Daniel Chasseing, Mme Raymonde Poncet Monge, *vice-présidents* ; Mmes Florence Lassarade, Frédérique Puissat, M. Jean Sol, Mmes Corinne Féret, Jocelyne Guidez, *secrétaires* ; Mme Cathy Apourceau-Poly, M. Stéphane Artano, Mme Christine Bonfanti-Dossat, MM. Bernard Bonne, Laurent Burgoa, Jean-Noël Cardoux, Mmes Catherine Conconne, Annie Delmont-Koropoulis, Brigitte Devésa, MM. Alain Duffourg, Jean-Luc Fichet, Mmes Frédérique Gerbaud, Pascale Gruny, MM. Abdallah Hassani, Xavier Iacovelli, Mmes Corinne Imbert, Annick Jacquemet, M. Jean-Marie Janssens, Mmes Victoire Jasmin, Annie Le Houerou, Viviane Malet, Colette Mélot, Michelle Meunier, Brigitte Micouleau, Annick Petrus, Émilienne Poumirol, Catherine Procaccia, Marie-Pierre Richer, Laurence Rossignol, M. René-Paul Savary, Mme Nadia Sollogoub, M. Jean-Marie Vanlerenberghe, Mme Mélanie Vogel.



## SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
<b>RAPPORT .....</b>	<b>5</b>
<b>I. UNE OFFRE DE SOINS ESSENTIELLEMENT PUBLIQUE ET GÉRÉE LOCALEMENT PAR LES RÉGIONS.....</b>	<b>5</b>
<b>A. UN SYSTÈME DE SANTÉ À LA GESTION DÉCENTRALISÉE.....</b>	<b>5</b>
1. <i>Une gestion assurée par les collectivités locales, principalement les régions.....</i>	<i>5</i>
2. <i>Un rôle de régulateur laissé à l'État.....</i>	<i>5</i>
3. <i>Une approche différente du pilotage des dépenses.....</i>	<i>6</i>
<b>B. UNE OFFRE DE SOINS CARACTÉRISÉE PAR UN FAIBLE NOMBRE DE LITS .....</b>	<b>6</b>
1. <i>Une offre de soins essentiellement publique.....</i>	<i>6</i>
2. <i>Un nombre de lits hospitaliers particulièrement réduit.....</i>	<i>7</i>
3. <i>Une priorité donnée aux soins primaires.....</i>	<i>10</i>
<b>II. UNE POLITIQUE D'ACCÈS AUX SOINS TOURNÉE SUR UNE GARANTIE DE DÉLAI.....</b>	<b>11</b>
<b>A. UNE PRISE EN CHARGE QUASI INTÉGRALE SUR UN PANIER DE SOINS .....</b>	<b>11</b>
1. <i>Une prise en charge au-delà d'une faible participation du patient.....</i>	<i>11</i>
2. <i>Une part encore marginale d'assurance privée volontaire.....</i>	<i>11</i>
<b>B. UNE GARANTIE D'ACCÈS AUX SOINS SOUS LA FORME DE DÉLAIS DE PRISE EN CHARGE.....</b>	<b>12</b>
1. <i>Une garantie de délais de prise en charge : « 0 - 3 - 90 - 90 ».....</i>	<i>12</i>
2. <i>Une priorisation des patients.....</i>	<i>15</i>
3. <i>Un outil à relativiser.....</i>	<i>15</i>
<b>C. UNE RÉGULATION DE L'ACCÈS AUX SOINS .....</b>	<b>16</b>
1. <i>Un point d'entrée unique dans le système de soins : le 1177.....</i>	<i>16</i>
2. <i>Un enjeu de continuité des soins.....</i>	<i>16</i>
<b>III. DES DÉFIS ACTUELS COMPARABLES AU RESTE DE L'EUROPE .....</b>	<b>17</b>
<b>A. UNE DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET PARAMÉDICALE EN TENSION .....</b>	<b>17</b>
1. <i>Un besoin considérable de personnels.....</i>	<i>17</i>
2. <i>Une nouvelle approche des carrières pour renouer avec l'attractivité ?.....</i>	<i>17</i>
3. <i>Le défi de l'intérim médical.....</i>	<i>18</i>
<b>B. L'ACCÈS TERRITORIAL AUX SOINS AU CŒUR DES PRÉOCCUPATIONS.....</b>	<b>18</b>
1. <i>Un déficit d'offre de soins dans certaines régions, notamment au Nord du pays.....</i>	<i>18</i>
2. <i>Une adaptation des réponses à la ressource.....</i>	<i>19</i>
3. <i>Une solidarité entre hôpitaux à l'échelle nationale.....</i>	<i>20</i>
<b>EXAMEN EN COMMISSION.....</b>	<b>21</b>
<b>LISTE DES PERSONNES ENTENDUES .....</b>	<b>37</b>



## RAPPORT

---

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**.

\*

\* \*

### I. 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 bénéfices 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 réalisée 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 **déclination 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).

## II. 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 loi<sup>1</sup> applicable depuis le 1<sup>er</sup> 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.**

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

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

- En pratique<sup>1</sup>, **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 importants 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**.

<sup>1</sup> 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.

**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 polypathologiques.

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 2022 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.

---

<sup>1</sup> 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<sup>er</sup> 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.

### III. 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 médecins<sup>1</sup> 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 radiologie, mais aussi interrogé l'opportunité d'une **flexibilité sur les conditions de départ à la retraite**, récemment modifiées.

---

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

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

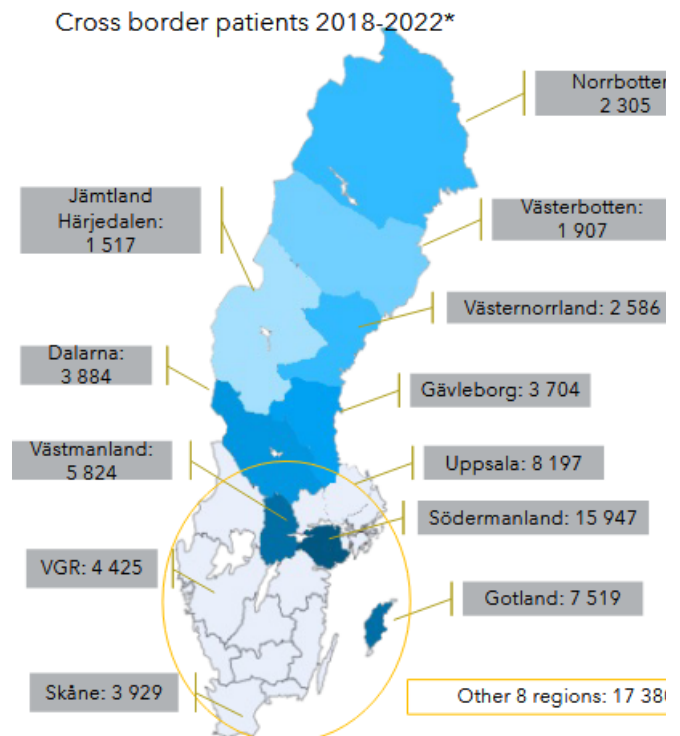
Les difficultés de certains hôpitaux à prendre en charge l'ensemble des patients qui en ont besoin obligent à des transferts vers d'autres établissements du pays.

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 Norbotten.

- 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 2018-2022<sup>1</sup>, 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.*

<sup>1</sup> En 2022, période de janvier à août.

## EXAMEN EN COMMISSION

---

*Réunie le mercredi 14 décembre 2022, sous sa présidence, la commission a entendu une communication de Mme Catherine Deroche sur la mission sur l'accès aux soins en Suède.*

**Mme Catherine Deroche, présidente.** - Mes chers collègues, le bureau de notre commission avait décidé à la fin de l'année 2021 d'inscrire à son programme de travail une mission à l'étranger relative à l'accès aux soins. Le souhait initial était d'étudier la situation d'un pays d'Europe du Nord, les systèmes de protection sociale de ces États étant souvent présentés comme des modèles. La Suède a finalement été choisie, d'une part car sa population est la plus importante, d'autre part - et surtout - car l'étendue de son territoire soulève une problématique d'accès territorial aux soins et de différences entre les zones urbaines du Sud du pays et les zones moins densément peuplées que sont les régions du Nord.

Une délégation de six membres de notre commission, que j'ai eu le plaisir de conduire, s'est ainsi rendue à Stockholm et à Umeå à la fin du mois de septembre dernier. Je remercie Élisabeth Doineau, Corinne Imbert, Michelle Meunier, Martin Lévrier et Véronique Guillotin pour leur participation à ce déplacement au programme bien rempli.

Le déroulé de la mission, élaboré en étroite collaboration avec les services de l'ambassade de France en Suède, nous a permis d'avoir un aperçu assez large des acteurs du système de santé suédois, mais aussi des défis que l'offre de soins doit actuellement relever. Nous avons pu rencontrer différentes agences sanitaires supervisant et évaluant la qualité de l'organisation des soins et des établissements de santé, mais aussi les élus et services régionaux, ou encore différentes associations ou syndicats de médecins ou soignants. Nous nous sommes également rendus dans différents hôpitaux ou centres de soins.

J'évoquais plus tôt les modèles scandinaves. Je crois pouvoir parler au nom de mes cinq collègues en disant que nous n'avons pas trouvé en Suède un modèle d'accès aux soins. Nous ne sommes pas rentrés en ayant le sentiment de solutions prêtes à être importées pour résoudre les problèmes que nous connaissons et qui occupent notre ordre du jour presque chaque mois.

Pour autant, je considère que ce déplacement a été particulièrement instructif sur trois plans. Tout d'abord, il nous a permis d'appréhender le fonctionnement d'un système de santé régionalisé, et offrant une prise en charge publique quasi intégrale des soins. Il nous a aussi permis de voir combien, concernant l'organisation de l'offre de soins, les défis de la démographie médicale, mais aussi, et plus largement, les tensions et perturbations du système de santé dépassent largement nos frontières. Il a enfin été l'occasion – c'est sans doute l'élément le plus important – d'appréhender l'accès aux soins selon une autre approche, avec une garantie d'accès aux soins particulière.

Je commencerai par le système de santé suédois en lui-même. Contrairement à la France, la Suède a délégué la compétence santé à l'échelon régional. Ce sont ainsi les vingt-et-une régions qui financent, mais aussi organisent, pour bonne partie, le système de soins ; force est de constater que le système suédois se trouve finalement assez peu comparable au système français.

En effet, la région est l'effecteur de soins à tous les niveaux. Elle assure, en propre ou par délégation à des opérateurs privés, la gestion des centres de soins primaires, des centres spécialisés, mais aussi des hôpitaux. La Suède compte 1 150 centres de soins primaires pour une soixantaine d'hôpitaux régionaux. Ce sont ces structures ou les régions elles-mêmes qui sont ensuite chargées du recrutement des professionnels, essentiellement salariés. Ce sont ainsi les régions qui sont employeurs et fixent les salaires, parfois par le biais de négociations menées avec les syndicats à l'échelle de l'association des régions.

Même les plus grands hôpitaux du pays, qui jouissent d'un rayonnement international, dépendent des régions. Je pense particulièrement à l'hôpital Karolinska au sein duquel nous nous sommes rendus, qui compte 1 180 lits et accueille 1,35 million de visites par an : il est géré par la région de Stockholm.

Néanmoins, il faut souligner que les choix politiques des majorités régionales se ressentent dans les modes de gestion. Ainsi, la majorité de droite qui a longtemps géré la région de Stockholm 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 au groupe Ramsay.

J'insiste sur la notion de délégation. Il s'agissait d'un hôpital public dont la gestion a été, par une procédure de marché public, transférée au privé. On peut s'interroger sur la fragilité de tels contrats au moment de leur renouvellement : qu'advierait-il en cas d'attribution du marché à un autre groupe privé ?

Cela peut sembler surprenant pour un Français, mais l'organisation suédoise n'est pas comparable à notre système qui s'appuie largement sur le secteur libéral. Il n'y a pas de secteur 1 ou de secteur 2 ni de dépassements d'honoraires ou de tarifs libres : un hôpital privé est sous contrat, applique les mêmes tarifs et reçoit des dotations directement négociées.

Toutefois, j'apporterai une nuance concernant la coordination inter-régions et particulièrement les hôpitaux universitaires. Chaque région n'a évidemment pas son centre hospitalier universitaire (CHU) ; on compte en Suède six supra-régions sanitaires.

Enfin, le secteur médico-social dépend en Suède des communes. Je ne m'étendrai pas sur ce point, mais je signale que, comme en France, la distribution du sanitaire et du médico-social entre des acteurs différents ou des échelons locaux distincts, même si elle peut avoir une pertinence, provoque fréquemment des reports de charges ou difficultés de coordination.

En guise de remarque d'actualité sur cette organisation territoriale, la coalition de droite et d'extrême-droite récemment élue a dit sa volonté de recentraliser une partie des compétences de santé, en raison d'inégalités territoriales jugées trop importantes. Toutefois, cela relève plus à ce stade d'une déclaration politique que d'un projet très abouti.

J'ajouterai quelques mots sur le financement de ce système. Contrairement à notre modèle de sécurité sociale qui, autour d'une assurance maladie de base obligatoire, laisse une place à des complémentaires, la prise en charge est, en Suède, presque intégralement publique. Les assurances privées, bien qu'en développement, ne concernent que 12 % de la population et à peine 1 % des dépenses. Les régions prennent en charge l'intégralité des soins aux habitants, au-delà d'une participation aux frais de santé plafonnée annuellement autour de 120 euros.

C'est à mon sens une différence fondamentale. La logique est celle du bouclier sanitaire et, de fait, on peut difficilement envisager en Suède un renoncement aux soins pour motif financier.

Pour autant, la logique de pilotage budgétaire est radicalement différente. Élisabeth Doineau a un jour interrogé une responsable régionale sur les déficits liés au système de soins : il a fallu réexpliquer la question, la notion de déficit semblant à notre interlocutrice absolument incongrue ! Les régions ont une très forte autonomie financière mais, comme en France, une interdiction d'endettement. Ainsi, comme cela nous a été expliqué, les dépenses de santé sont inscrites dans le budget local, et leur dynamisme doit être compensé par des économies ou par des augmentations d'impôts, évitant ainsi les dettes. J'invite chacun à estimer ce qu'une telle logique impliquerait quand nous voyons la difficulté des débats sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS).

Concernant ce premier point relatif à l'organisation des soins, je souhaite insister également sur ce que nous avons constaté concernant les structures de soins et le recours à celles-ci.

Nous avons pu visiter le centre de soins primaires d'Ålidhem, à Umeå. Nous avons ainsi pu constater que certaines structures de soins sont sans commune mesure avec les cabinets médicaux français ou même avec les structures d'exercice coordonné actuellement en développement. Ce centre de santé comptait quatre-vingt-treize collaborateurs, dont vingt-cinq médecins et dix infirmiers, mais aussi des sages-femmes ou kinésithérapeutes. Il était équipé de salles d'examens spécialisés, pour le secteur oto-rhino-laryngologiste (ORL) par exemple, et d'une salle de prélèvements.

Tous les centres de soins ne sont pas de cette taille, et les centres peuvent aussi être spécialisés. Souvent, ces gros dispensaires comptent entre dix et vingt médecins.

Je note que ces structures semblent emporter une adhésion forte de la part des patients, qui trouvent en un même lieu différents praticiens permettant une prise en charge globale, mais aussi bien de la part des soignants, compte tenu des conditions de travail qui leur sont offertes : équipes de soins, locaux spacieux, assistance administrative.

Surtout, l'un des points marquants a été l'explication de la prise en charge en Suède par les différents acteurs du système de santé. Le premier contact avec le système de santé, pour un patient, ne se fait pas nécessairement par un rendez-vous chez son généraliste. Souvent, ce premier contact est réalisé par téléphone, voire par un tchat internet avec son centre de soins primaires. À l'autre bout de la ligne, ce n'est pas nécessairement un médecin qui assure la régulation, mais, dans la plupart des cas, un infirmier.

Nous avons d'ailleurs constaté que, si les régions organisent chacune les soins comme elles le souhaitent, elles coordonnent une plateforme commune, avec un numéro de téléphone, le 1177, et un site internet qui renvoient vers les services locaux. Le patient peut contacter son centre de soins primaires habituel ou utiliser la plateforme régionale.

Alors que nous débattons beaucoup actuellement de la permanence des soins ou de l'accès direct à certaines professions de santé, la question de la porte d'entrée dans le système de soins me paraît déterminante. L'enseignement suédois, sur ce point, est double.

Premièrement, il n'est pas inenvisageable - ce n'est pas nécessairement mal vécu par l'intéressé - de ne pas laisser le patient choisir son praticien, et surtout de ne pas le laisser arbitrer des praticiens qu'il sollicite : il y a en Suède une régulation stricte, et le soignant rencontré n'est pas nécessairement médecin.



Deuxièmement, il n'est pas impossible de laisser aux infirmiers la charge de la régulation et du premier contact avec le patient. Cet exemple doit pouvoir nourrir notre réflexion sur la régulation de la permanence des soins, et, au-delà, sur l'accès à notre système de soins pour un patient, selon le niveau de gravité et selon les exigences de diagnostic.

Toutefois, et c'est à mon sens aussi un point déterminant, une difficulté a été signalée par de nombreux acteurs : celle de la continuité des soins. Alors que l'exercice médical se fait systématiquement en centres de soins, alors que les patients sont plus ou moins rattachés à une structure, alors que le patient ne choisit pas nécessairement son praticien, le médecin traitant est encore balbutiant en Suède. Or, les Suédois le constatent eux-mêmes, l'absence de suivi par un médecin traitant fait perdre du temps au médecin, qui doit redécouvrir les dossiers, au patient, qui doit réexpliquer sa situation, et, *in fine*, amoindrit la qualité de la prise en charge. Là encore, c'est donc à mon sens un point de vigilance que nous devons conserver dans nos futurs débats : ne cassons pas le parcours de soins coordonnés, n'affaiblissons pas le rôle de suivi du médecin traitant que nous avons eu du mal à mettre en place.

J'en viens maintenant aux défis du système de santé suédois, dans un contexte de santé publique et d'adaptation du système de soins au vieillissement de la population, finalement assez proche du nôtre. Je ne suis pas sûre que nous comparer puisse ici nous consoler, mais force est de constater que les défis que nous connaissons sont très largement partagés, voire en Suède plus préoccupants encore.

La démographie médicale apparaît encore plus problématique en Suède, avec un nombre de médecins plus réduit, des besoins très importants en matière de généralistes et, contrairement à la France, un problème massif de recrutements de professionnels paramédicaux, notamment d'infirmiers. C'est un sujet de préoccupation aigu de la part des professionnels eux-mêmes, qui ont des revendications que nous connaissons sur les conditions et rythmes de travail.

Quelles solutions les Suédois envisagent-ils pour y remédier ? Pas le conventionnement sélectif, puisqu'il n'y a pas d'exercice libéral. Les régions entrent plutôt en concurrence salariale, tentant chacune d'attirer des médecins dans leurs centres de soins. Pour autant, comme en France, on ne peut pas gérer une pénurie en déshabillant Sven pour habiller Magnus.

À ce titre, le déplacement à Umeå, dans le Nord du pays, a été une étape importante, où nous avons retrouvé pour partie des solutions que nous connaissons. Je dirais qu'elles y ont été mises en place depuis plus longtemps, et qu'elles sont sans doute mieux appréhendées.

Nous avons d'abord une approche partagée : rien ne sert de vouloir mailler le territoire de blocs chirurgicaux ou de maternités, les Suédois considèrent eux aussi qu'il s'agit là de risques pour la qualité des soins plus qu'un atout de prise en charge. Toutefois, dans la région du Norrland se sont développés sept pavillons sanitaires, que l'on pourrait assimiler à nos hôpitaux de proximité. L'idée est bien, comme nous tentons de le faire, d'avoir un maillage différencié selon les niveaux de recours.

Comme nous essayons souvent de l'organiser avec les groupements hospitaliers de territoire (GHT), la réponse sanitaire est graduée, reposant, en outre, sur un nombre plus restreint d'établissements. Je le rappelle, la Suède a un nombre de lits très faible pour 1000 habitants, avec un ratio de 2 contre 5,7 en France. Les opérations les plus lourdes sont réservées à un nombre restreint d'établissements autorisés. Pour les patients, cela peut néanmoins emporter en conséquence un éloignement plus important pour une hospitalisation, comme nous l'avons vu à Umeå où nous logions dans un hôtel qui est pour l'essentiel... un hôtel hospitalier.

Parmi les outils connus se trouve la télé-médecine. Nous l'avons vu au sein de l'hôpital universitaire, où des examens de dossiers de patients sont organisés à distance avec des équipes d'autres centres, pour discuter des cas, prioriser les interventions qui doivent être réalisées, et ainsi programmer la venue dans l'hôpital central. Nous l'avons aussi constaté avec la présentation que nous avons eue par la région de Västerbotten et des médecins de celle-ci concernant le suivi de patients en zones rurales. L'une des médecins entendue reconnaissait bien l'impossibilité de rencontrer tous ses patients, de faire des visites à domicile sur un territoire vaste et peu dense. Pour autant, nous avons ressenti un réel engagement conjoint, médical et paramédical, pour maintenir la qualité des soins, et éviter les pertes de chance. Là aussi, ce n'est pas nécessairement une surprise, mais la télé-médecine, déployée au moyen de visites d'infirmiers équipés, semble faire ses preuves dans les zones rurales.

Je serai en revanche beaucoup plus réservée sur un projet qui nous a été présenté comme innovant et qui pousse la télé-médecine à un extrême qui ne me semble absolument pas souhaitable. Leur projet de télé-médecine « sans frontière » ringardise notre débat sur les télécabines puisqu'il s'agit là de recruter des médecins espagnols chargés de réaliser des consultations depuis l'Espagne pour des patients du Nord de la Suède. Je pense qu'aucun de nous n'a été convaincu par ce projet ; il me semble indispensable que la télé-médecine ne soit pas déconnectée de la possibilité pour le médecin consulté de voir effectivement son patient.

Il faut enfin souligner les efforts faits par le CHU d'Umeå pour décentraliser certaines de ses formations dans de plus petites villes de la région, et ainsi renforcer leur attractivité pour des étudiants du territoire, *a priori* plus enclins à y rester par la suite.

Un autre défi que la Suède partage avec la France, corollaire des tensions en matière de démographie médicale, est l'intérim médical. Il est là-bas aussi particulièrement préoccupant. Malheureusement comme en France, il se retrouve dans l'ensemble des structures, y compris dans l'hôpital de pointe qu'est Karolinska. Pour les mêmes raisons que dans notre pays, les établissements font de la réduction de l'intérim un enjeu prioritaire, d'une part en raison de son coût financier, d'autre part, et surtout, car cela déstabilise les équipes soignantes et affecte la coordination des équipes et la qualité des soins.

Face aux enjeux d'attractivité et, en réponse, à des politiques salariales très comparables, l'accent a surtout été mis sur les conditions de travail en centres de soins, mais surtout à l'hôpital. Les préoccupations relatives à la qualité de vie au travail, la rénovation des espaces, les activités proposées, ont été soulignées, mais les intervenants ont aussi particulièrement insisté sur des programmes de formation visant à donner des perspectives de carrière à l'ensemble des professionnels.

Pour autant, les raisons profondes qui poussent à l'intérim rejoignent les constats que nous avons faits dans le cadre de la commission d'enquête sur l'hôpital : une médecine aux exigences de rentabilité plus forte, des cadences élevées, une perte de sens pour les soignants et, surtout, une absence de maîtrise du rythme de travail. Certains médecins nous ont dit avoir fait le choix de quitter l'hôpital pour partir en intérim. L'une d'elle voyait même son départ comme un signal envoyé au système de santé, pour qu'il se réforme sous la pression collective. Elle nous a dit faire le choix de l'intérim pour conjuguer sa vie familiale avec sa vie professionnelle durant quelques années, mais a reconnu qu'elle souhaitait revenir à terme à l'hôpital, retrouver des postes d'encadrement et progresser dans sa carrière. Ces témoignages, qui ne sont pas si surprenants, doivent nous interpeller sur des mouvements profonds qui animent les nouvelles générations de soignants dans toute l'Europe.

J'en viens pour finir à des éléments qui ont à mon sens été des fils conducteurs des présentations qui nous ont été faites, par des acteurs de nature différente, politiques comme administratifs ou médicaux, concernant le pilotage du système de santé.

Je commencerai par l'approche retenue pour évaluer et concevoir les politiques de santé, qui me semble très anglo-saxonne sur les concepts retenus, ou très scandinave sur la méthode.

Nous avons été abreuvés de déclinaisons de concepts de santé publique, je pense par exemple à la « santé intégrée », qui semblaient irriguer la mise en place de nombreux dispositifs, ou en tout cas largement inspirer leur conception.

Entendons-nous : je ne balaye pas d'un revers de main ce qui nous a été présenté au seul motif que le travail conceptuel de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) semble parfois trop peu opérationnel, voire un peu marketing. Sans doute cherchons-nous trop souvent, de crise en urgence, à colmater les brèches sans réfléchir aux concepts et aux enjeux de santé publique qui ont été utilement théorisés à l'échelle internationale.

L'importance des données nous a également été de nombreuses fois vantée : c'est particulièrement cette approche qui me semblait très scandinave, c'est-à-dire motivée par le souci d'agir sur la base du constat le plus documenté possible.

L'évaluation et le pilotage par les données récoltées sont fondamentaux et, sur ce point, je ne peux que regretter les lacunes que nous constatons trop souvent en France. Quand nous voyons que les réformes de financement des établissements de santé peinent à se déployer faute d'outils techniques, je ne peux m'empêcher de penser qu'elles n'ont donc sans doute pas été suffisamment documentées et justifiées par des données robustes... C'est à mon sens un point déterminant pour notre capacité, en tant que législateurs, à prendre des décisions éclairées.

Cela vaut aussi pour les acteurs du système eux-mêmes. À Karolinska, c'est par une transparence totale sur l'occupation des blocs et les plannings des chirurgiens et soignants que l'hôpital a pu optimiser certains créneaux et ainsi gagner en capacité d'opérations.

Je finirai par une autre approche des politiques de santé, qui a marqué, je pense, l'ensemble des collègues : celle de l'évaluation de l'accès aux soins par la liste d'attente. La Suède a, au niveau national et par la loi, établi une garantie d'accès aux soins. Celle-ci repose sur des délais cibles pour répondre aux besoins des patients.

C'est le fameux 0 - 3 - 90 - 90, que nous savions quasiment prononcer en suédois à la fin du séjour tant nous l'avons entendu : *noll, tre, nittio, nittio*. « 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, je l'ai dit. « 3 » : en cas de besoin, le patient doit pouvoir bénéficier d'une consultation médicale dans les trois jours. « 90 » : il s'agit, en nombre de jours, du délai fixé dans lequel le patient doit pouvoir obtenir, si nécessaire, une consultation de spécialiste. À Stockholm, cette cible a été ramenée à trente jours. « 90 » : c'est enfin le délai dans lequel le patient doit pouvoir bénéficier des traitements particuliers ou opérations appropriées.

Cette garantie de soins a pu nous paraître un peu décalée, ou, en tout cas, présentée avec un peu d'excès comme le pilier de la politique 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. En outre, se pose pour l'instant 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'examen radiologiques, par exemple.

Surtout, regarder le nombre de patients en attente sur chaque segment et le dépassement des délais cibles a une limite assez remarquable. En effet, la Suède n'a pas mis en place de file d'attente dans lequel le premier arrivé est le premier servi, et bien heureusement. Les soins sont priorisés : un patient qui souffre et nécessite des soins plus urgents n'attendra pas trois jours pour une consultation de médecine générale, ni quatre-vingt-dix jours pour un spécialiste ! Un patient chez qui l'on suspecterait un cancer sera pris en charge rapidement suivant un protocole accéléré.

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. Il y avait parfois une focalisation excessive sur cet indicateur, souvent non satisfait, d'ailleurs, sans que puisse être évalué l'accès effectif aux soins, en temps utile, pour les patients qui en ont besoin. Il faut donc bien relativiser ces indicateurs.

Je tire trois principaux enseignements de l'approche suédoise telle qu'elle nous a été présentée.

Le premier est que, derrière cet indicateur qui paraît uniquement retenir le temps d'attente sur une file de patients, il y a bien une logique de priorisation des besoins. Sur ce point, je ne suis pas certaine que nous ayons poussé la réflexion suffisamment loin en France. Le patient, dans notre pays, choisit presque toujours ses praticiens, et les spécialistes chez qui sont pris les rendez-vous ne peuvent bien souvent prioriser les besoins... Or l'accès aux soins est sans doute pour bonne partie l'enjeu d'un soin apporté dans un délai raisonnable, sans perte de chance.

Le second enseignement est que cet indicateur, très imparfait et reflétant un enjeu de délai non nécessairement qualitatif, a le mérite d'exister. Il permet d'objectiver des situations de recours aux soins, selon les types de soins et selon les territoires. Avons-nous ce type d'outils de pilotage ? Non. Quand on parle de délais pour accéder à un médecin traitant, on se fonde essentiellement sur des expériences relayées.

Enfin, et surtout, cette garantie oblige les offreurs de soins à se placer dans une logique de résultats. Avons-nous un outil comparable en France avec un acteur responsable d'apporter une réponse dans un délai garanti ? Je ne le pense pas. La Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) n'est pas en mesure de garantir l'accès des patients à un praticien dans un délai fixé ni même d'évaluer réellement le délai écoulé entre une sollicitation du patient et sa prise en charge complète.

Cette garantie a ainsi le mérite de fixer des objectifs communs et d'évaluer les tensions d'accès aux soins selon des critères partagés : je pense que ce n'est pas négligeable. Je ne suis pas sûre qu'il soit possible de développer une telle garantie en France mais c'est sans doute un outil que nous devons importer.

Vous l'aurez compris, mes chers collègues, cette mission ne nous permet malheureusement pas de vous proposer de solutions simples pour faire face aux défis que nous connaissons.

Néanmoins, pas de déception ni de défaitisme : j'estime que les échanges que nous avons eus ont soulevé de nombreuses questions que nous écartons parfois et qui sont pourtant fondamentales. Je pense aussi que la façon d'analyser le système de santé, par les agences comme par les offreurs de soins que sont les régions et les structures de soins, doit nous faire réfléchir. Je considère enfin que la comparaison avec la Suède nous rappelle également certains points déterminants de la prise en charge qui doit être offerte aux patients et qui, dans nos débats, sont trop souvent oubliés. Je pense au parcours et à la continuité des soins ; je pense au juste soin dans un délai raisonnable.

**Mme Véronique Guillotin.** - Cette mission a été riche, et, si nous n'avons pas trouvé de solution miracle concernant les problèmes d'accès aux soins, nous tirons de cette observation du système suédois des enseignements qu'il nous faudra en effet garder à l'esprit lors de l'examen des futures propositions à ce sujet.

Les acteurs que nous avons rencontrés ont beaucoup insisté sur l'accessibilité, la proximité et sur la question fondamentale en Suède des listes d'attente. Je souhaiterais revenir sur un point aussi beaucoup évoqué qu'est celui de la continuité des soins et du rôle du médecin traitant.

Comme l'agence d'analyse des services de santé nous l'a dit, la continuité est une vraie lacune actuelle de la prise en charge en Suède. Les patients changent trop souvent de professionnels, sans le vouloir, y compris pour les consultations de médecins généralistes. Pour autant, l'agence, qui déplorait ce manque de continuité, constatait que les résultats en matière de santé n'étaient pas plus mauvais qu'à l'étranger.

Selon l'association des médecins, dont le rôle est à cheval entre l'ordre et le syndicat, à l'heure actuelle, un Suédois sur quatre seulement a un médecin traitant. L'association recommandait qu'un généraliste soit le médecin traitant de 1 200 patients, contre 800 à 900 en France, quand Socialstyrelsen, la direction centrale de la protection sociale, retenait un nombre de 1 100. C'est une moyenne, naturellement, qui doit être pondérée selon le profil de la population et ses besoins. Je note que cette jauge est globalement la même que celle retenue par Thomas Fatôme comme cible en France. Pour rejoindre ce que la présidente évoquait, je pense que dans les débats sur l'accès direct, il faudra se demander dans quelle mesure cela n'affaiblit pas le médecin traitant.

Surtout, le nombre de patients ayant un médecin référent est faible, mais il semble que les Suédois soient davantage, en pratique, rattachés à un centre de santé. Les centres de soins primaires suédois, d'une taille bien supérieure aux centres de santé français jouent finalement un rôle d'équipe de soins de rattachement.

J'ai retenu que la direction de la protection sociale voulait travailler au cours des prochains mois sur la question du médecin traitant et sur la question des prises de rendez-vous avec les patients afin de réduire les désistements.

Enfin, je souhaite souligner une différence fondamentale qu'est le financement des structures primaires et des professionnels, liée à l'exercice essentiellement salarié en centres de soins.

D'une part, comme l'a dit la présidente, ce sont les régions qui négocient les salaires et recrutent les professionnels, cela peut donc davantage valoriser l'expérience que la seule réalisation d'un nombre d'actes.

D'autre part, la région, gérant ou contractualisant avec les centres de soins, impose des objectifs qui modulent les ressources des structures. Ainsi, elles sont notamment plus ou moins bien rétribuées selon les délais d'attente qu'elles sont capables d'assurer. C'est ce que nous a indiqué la région de Stockholm mais aussi le centre de santé d'Ålidhem.

Alors que le débat en France se cristallise actuellement sur la consultation à 50 euros avec une logique de rémunération basée principalement sur l'acte, je pense que les structures suédoises correspondent peut-être davantage aux aspirations de jeunes générations concernant l'exercice salarié ou, surtout, l'exercice coordonné, et aux besoins de pilotage du système de soins par des rémunérations liées à la qualité et à la continuité des soins.

**Mme Michelle Meunier.** - Je ne connaissais pas avant ce déplacement le fonctionnement du système de santé suédois. Je m'attendais à un système où l'on aurait pu s'emparer de réponses plus adéquates. Toutefois, si les questions sont les mêmes qu'en France, les réponses ne peuvent être modélisées. J'en repars avec la conviction que l'accès aux soins est primordial, que la continuité des soins est ce qui compte pour le patient. Ces déplacements à l'étranger sont particulièrement utiles pour faire progresser notre réflexion sur ces sujets. Les réponses restent à trouver collectivement.

**Mme Florence Lassarade.** - Je connais l'hôpital de Göteborg. Le système suédois est spartiate : les premiers diagnostics peuvent être réalisés par des infirmiers de pratique avancée, qui décident, le cas échéant, d'envoyer le patient consulter le chirurgien ; et le patient doit ressortir très vite après son opération, comme il le peut. Les infirmiers et les infirmières, qui entraient dans la catégorie des travailleurs pauvres, ont été revalorisés et touchent désormais un salaire de 4 000 euros mensuels, ce qui a changé leur statut et l'attractivité de leur profession.

Les Suédois vivent en meilleure santé : est-ce parce qu'ils font beaucoup de sport ? La prévention est-elle plus développée en Suède ?

La gestion du covid a été très différente en France et en Suède, et pourtant la mortalité a été équivalente. Avez-vous évoqué le scandale des Ehpad dans lesquels on a laissé des personnes âgées mourir ?

Une anecdote enfin : une étudiante suédoise à Paris ne savait pas vers qui se tourner pour soigner une angine ; finalement, elle a été enchantée des conseils de la pharmacienne de quartier.

**Mme Corinne Imbert.** - C'était mon premier déplacement en Suède. J'ai été ravie de ce voyage enrichissant. Je ne disposais, avant de partir, que de témoignages de personnes qui considéraient que le système suédois était catastrophique en raison de la privatisation.

Je souhaite revenir brièvement sur le rôle du 1177 dans l'accès aux soins. Ce numéro unique, qui n'est pas un numéro d'urgence, constitue une vraie porte d'entrée dans le système de soins. La région de Västerbotten, qui nous présentait le dispositif, indiquait que le numéro était connu de 99 % de la population et que 89 % des parents de jeunes enfants avaient confiance en ce service. C'est considérable. Il semble que le recours au 1177 soit le mode d'accès au système retenu en priorité, avant le centre de soins puis l'hôpital.

Le nombre de lits à l'hôpital est très inférieur à la France ; il est jugé aujourd'hui trop faible pour faire face aux besoins : 2 lits pour 1 000 habitants, contre 5,7 lits en France. L'ambulatoire n'a pas tout solutionné et le vieillissement de la population crée de nouveaux besoins hospitaliers.



Comme en France, des lits sont fermés faute de personnels. Nous avons pu constater que ce problème n'était pas franco-français et que les solutions n'étaient pas évidentes. Garantir l'attractivité des carrières médicales, en particulier à l'hôpital, constitue là-bas aussi un réel défi.

L'intérim médical est une priorité des établissements. Ils souhaitent vouloir être « indépendants de l'intérim », car leur coût est cher. Il s'agit à nouveau d'un sujet que nous partageons, pour des raisons similaires. Je me souviens des échanges avec les médecins de l'agence d'intérim qui nous expliquaient avoir quitté le système, car ils ne tenaient plus face au rythme imposé et aux sacrifices pour leur vie personnelle.

Enfin, on peut s'interroger sur la place du secteur privé. Selon les régions, les services de santé, centres de soins ou même hôpitaux sont plus ou moins délégués à des groupes privés.

**Mme Laurence Cohen.** – Si j'ai bien compris, il n'y a pas d'exercice libéral dans les centres de soins primaires. Ce système fonctionne-t-il ?

Aux termes d'une procédure de marché public, un hôpital peut être transféré au privé, sans autre conséquence apparemment : mais alors qu'est-ce que la privatisation apporte ?

Enfin, si les régions organisent le système de soins, quel est le rôle de l'État ? Le Parlement doit-il se prononcer sur le budget de la santé ?

Le salaire des infirmières s'élève à 4 000 euros, mais qu'en est-il réellement si l'on tient compte du coût de la vie ? L'échelle des salaires est différente. À quel niveau un tel salaire se situe-t-il ?

**Mme Florence Lassarade.** – Leur salaire a doublé !

**Mme Victoire Jasmin.** – Il est toujours intéressant d'aller voir comment cela se passe ailleurs pour pouvoir faire des comparaisons. Vous avez évoqué les délégations au secteur privé par procédure de marché public. Comment cela fonctionne-t-il ?

**Mme Annie Le Houerou.** – Le système hospitalier suédois présente un maillage différencié selon les niveaux de recours. Il existe un maillage d'hôpitaux de proximité et la réponse sanitaire est graduée selon la gravité de la pathologie : quelles sont les missions réservées aux pavillons sanitaires et aux hôpitaux de proximité ?

**Mme Catherine Deroche, présidente.** – Les niveaux des salaires sont effectivement différents en Suède. Même en tenant compte du coût de la vie et de la fiscalité, les salaires des infirmiers restent supérieurs à ceux versés en France, ce qui n'empêche pas la Suède de connaître les mêmes difficultés de recrutement en raison des questions liées au temps de travail, aux difficultés à concilier vie professionnelle et personnelle, au travail de nuit et le week-end, *etc.*

Notre déplacement n'était pas centré sur la question de la prévention. Peut-être conviendrait-il d'en réaliser un second. L'espérance de vie en bonne santé semble meilleure qu'en France. L'hygiène de vie semble meilleure, avec une pratique des activités physiques plus développée, une qualité de vie au travail meilleure – l'organisation des locaux d'entreprise que nous avons visités semble propice au bien-être au travail. La forte régulation du système ne constitue pas, en tout cas, un facteur entraînant une mauvaise santé de la population.

Nous n'avons guère abordé la question du covid. Nous avons toutefois constaté que les soignants sont, comme en France, épuisés.

La presse faisait mention de préoccupations concernant la mortalité infantile. Les réponses que nous avons reçues se sont concentrées sur le suivi post-natal.

Il n'y a pas, en effet, d'exercice libéral dans les centres de soins primaires, tous les professionnels sont salariés. Les structures sont financées par des dotations, et une part variable en fonction des actes réalisés.

Nous nous attendions à trouver une vraie différence entre les hôpitaux publics et les hôpitaux privés, mais à Stockholm, après avoir visité l'hôpital privé délégué au groupe Ramsay, nous aurions facilement pu prendre l'hôpital Karolinska pour un hôpital privé, et inversement ! Ils ne nous ont parlé que de classement mondial, d'optimisation des blocs, *etc.*

La région peut déléguer la gestion d'un hôpital à un opérateur privé par la voie d'un appel d'offres ; l'actuel contrat arrive à échéance en 2026. Il revient au gestionnaire d'assurer le recrutement. Les tarifs font l'objet d'une négociation entre l'opérateur et la région. L'hôpital privé doit parvenir à l'équilibre financier, mais pour le patient cela ne revient pas plus cher. Le rôle de l'État est réduit avec la régionalisation ; des agences sanitaires réalisent des contrôles et assurent une supervision d'ensemble, mais avec des financements assez faibles.

On compte seulement 7 CHU en Suède. Chaque région est responsable de l'organisation du système de soins sur son territoire. Le système est gradué, tous les établissements de santé n'étant pas autorisés à réaliser toutes les catégories d'interventions.

**Mme Annie Le Houerou.** – Qu'en est-il des maternités ?

**Mme Catherine Deroche, présidente.** – Là aussi, il y a eu une rationalisation, en dépit du maintien d'un certain nombre de maternités de proximité dans des territoires éloignés. Il faut tenir compte de la géographie, dans la mesure où le sud du pays est plus densément peuplé que le nord, et de la démographie, car, comme en France, le nombre des naissances baisse.

Les pavillons sanitaires sont des hôpitaux de proximité. Ils comportent principalement des lits de médecine tournés vers la prévention et la prise en charge des maladies chroniques et des services

d'urgence. Ils ne sont pas tournés vers la chirurgie et les accouchements. Les patients dans ces cas sont orientés vers des hôpitaux régionaux ou des centres spécialisés. Quant aux assurances privées, elles permettent surtout à leurs assurés d'accéder plus rapidement à un praticien.

**M. René-Paul Savary.** – Comment s'effectue la régulation ? Est-ce bien grâce à la plateforme du 1177 que les Suédois arrivent à faire le tri entre les pathologies et à déterminer le niveau d'urgence de la prise en charge ? C'est une piste intéressante, car en France, lorsqu'on prend un rendez-vous, on obtient une consultation en fonction de sa place sur la liste d'attente, non en fonction de la gravité de la maladie.

**Mme Catherine Deroche, présidente.** – Les personnes qui appellent reçoivent une réponse dans la journée, on leur indique qui elles doivent aller consulter et dans quels délais. Les Suédois parviennent à réguler ainsi l'accès aux soins. Nous pourrions nous en inspirer. C'est un petit peu ce que l'on essaie de faire avec le Service d'accès aux soins (SAS) ou avec les maisons de santé pluriprofessionnelles.

**Mme Corinne Imbert.** – J'ai partagé le même étonnement que Catherine Deroche en visitant l'hôpital privé Saint-Göran de Stockholm, géré par Capio, et l'hôpital Karolinska. On aurait facilement pu prendre le directeur de l'hôpital privé pour le directeur de l'hôpital public, et inversement ! L'hôpital public possède une collection d'œuvres d'art, qui sont exposées dans l'hôpital et dont la valeur s'élève à 12 millions d'euros.

J'ai été surprise aussi d'apprendre que la moitié des généralistes suédois avaient été formés à l'étranger : ils ont le même problème que nous de formation.

**Mme Catherine Deroche, présidente.** – La formation des médecins généralistes en Suède dure sept ans.

**Mme Véronique Guillotin.** – Je précise que la régionalisation du système est complète, les budgets sont votés par les conseils régionaux. Il n'y a pas de vote d'un budget de la santé par le Parlement au niveau national.

Finalement, on constate que, quel que soit le statut des médecins – salariés, comme en Suède, ou libéraux, comme en France –, le résultat est le même en termes d'attractivité des métiers et pour l'accès aux soins.

Je ne sais pas si la France est prête à l'instauration d'une plateforme unique de première réponse médicale : les médecins généralistes sont vent debout contre tout système dans lequel la première porte d'entrée du système de santé ne passerait pas par eux. Il sera difficile de transposer le système en France. Il faut tenir compte des cultures et des mentalités de chaque pays.

*La commission donne acte de sa communication à la Présidente et en autorise la publication sous la forme d'un rapport d'information.*



## LISTE DES PERSONNES ENTENDUES

---

- **Association des communes et des régions (*Sveriges Kommuner och Regioner*)**

**Emma Spak**, cheffe du département Santé

**Annika Brodin-Blomberg**, responsable des questions liées à la disponibilité et aux temps d'attente dans les soins

**Erik Svanfeldt**, coordonnateur international

- **Agence suédoise d'analyse des services de santé et de soins (*Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*)**

**Jean-Luc af Geijerstam**, directeur général

**Caroline Olgart Höglund**, directrice d'analyse

**Peter Nilsson**, analyste ; Åsa Ljungvall, cheffe de service

- **Ambassade de France en Suède**

**Étienne Le Harivel de Gonneville**, ambassadeur de France accrédité auprès du Royaume de Suède

**Diane Doucerain**, première conseillère

**Loïc Defaye**, premier secrétaire

**Christian Gianella**, chef du service économique régional

**Jérôme Chevalier**, attaché de défense

**Xavier Schmitt**, conseiller Affaires sociales et santé

**Sarah Cherkaoui**, adjointe

- **Association des médecins**

**Sofia Rydgren Stale**, présidente

**Malin Strid**, analyste

**Hanna Vihavainen**, secrétaire internationale

- **Conseil national de la santé et des affaires sociales (*Socialstyrelsen*)**

**Helena von Knorring**, cheffe du département Gestion des connaissances pour les soins de santé, sécurité des patients et préparation

- **Délégation de l'accès aux soins**
- **Association des professionnels de la santé**
  - Marlene Furbeck**, Head of Profession and Healthcare Development
  - Jonas Vallgård**, analyste
- **Syndicat Kommunal**
  - Barbro Andersson**, vice-présidente
  - Anncharlotte Sidvall**, cheffe de département et médiatrice
  - Ann Georgsson**, médiatrice
  - Mari Huupponen**, analyste
  - Anders Jonsson**, secrétaire international et médiateur
- **Région de Stockholm – Unité des soins de santé**
  - Ingela Erneholm**, stratège, appui à la direction et développement
  - Tobias Nässen**, président régional pour les soins de santé et le choix des patients
    - Ameli Nursing**, cheffe du service Gestion des connaissances et soutien, et présidente de l'organisation régionale du système national de gestion des connaissances cliniques
    - Lisa Jelf Eneqvist**, infirmière, responsable du développement commercial
    - Lena Töregård**, chef de l'unité d'analyse et de statistiques
    - Magdalena Carlberg**, coordonnatrice de l'accessibilité
- **Hôpital Capio – Saint-Göran (groupe Ramsay)**
  - Lennart Wennerström**, vice-président et médecin en chef
  - Maria Pettersson**, directrice financière
  - Erik Pauldin**, directeur Relations publiques

- **Hôpital universitaire Karolinska (Stockholm)**
  - Björn Zoëga**, PDG
  - Caroline Hällsjö Sander**, directeur des opérations
  - Patricia Enocsson**, directrice RH
  - Katarina Meijers**, directrice des soins infirmiers
  - Anna Sahlström**, cheffe du service des affaires nationales et internationales
  
- **Région de Västerbotten**
  - Brita Winsa**, directrice Santé
  - Ewelina Ogenblad**, stratège - RH
  - Virginia Zazo**, cheffe de service et cheffe de projet - Projets de télémédecine «Hälsodigitalen» et «Västerbotten sans frontières»
  - Malin Åberg**, directrice de la communication - Services pour les habitants et plateforme digitale 1177
  - Isabell Zemrén**, cheffe de secteur - Soins de santé de proximité, sud de la Laponie (téléconférence)
  
- **Hôpital universitaire de Norrland (Umeå)**
  - Carina Bäckman**, cheffe de service, centre cardiologique
  - Fredrik Holmner**, directeur adjoint, centre cardiologique
  - Annti Holsti**, chef de service, médecine pédiatrique et de l'adolescence
  
- **Centre de santé Ålidhems et permanence médicale d'Umeå**
  - Karl-Gustav Forsberg**, chef de service
  
- **Medcura - entreprise d'intérim de professionnels de la santé**
  - Niclas Cleverling**, fondateur et actionnaire
  - Arwind Malhotra**, directeur général
  - Uyen Wheeldon**, médecin urgentiste
  - Doan Risberg**, médecin généraliste
  - Cecilia Palm**, médecin généraliste

- **Inspection sanitaire et sociale (*Inspektionen för vård och omsorg*)**  
**Sofia Wallström**, directrice  
**Peder Carlsson**, chef de service et membre du groupe de direction