

MOTS CLÉS

Graph Europe 2017
Stockholm
Suède
Système de santé
Benchmark

Graph

GRAPH EUROPE 2017

Le système de santé suédois

Après Berlin en 2014 et Londres en 2015⁽¹⁾, la troisième édition européenne du Groupe de recherche et d'applications hospitalières (Graph) s'est tenue à Stockholm du 7 au 10 juin 2017, avec pour objectifs d'élargir les horizons hospitaliers français, de mener une réflexion autour de modèles applicables à nos établissements et de comparer nos outils. L'occasion – grâce à des conférences données par les principaux acteurs anglais et au cours de visites de terrain – d'analyser un système de santé qui, s'il présente des différences fondamentales avec le système français, est confronté à plusieurs défis, certains similaires, d'autres spécifiques, auxquels les réponses apportées pourraient sans doute, pour certaines du moins, être importées en France.

Des fondements différents du système de santé français

Un système financé par l'impôt

Fruit de l'histoire, la différence fondamentale entre nos deux systèmes de santé réside dans le mode de financement. Assis sur l'impôt dans le système suédois, il diffère du système français inspiré de l'histoire bismarckienne et fondé sur les cotisations sociales⁽²⁾.

Une compétence régionale

Le prélèvement à la source est centralisé par l'État et le montant de la contribution locale est fixé par les municipalités qui reversent aux comtés la part devant financer les dépenses de santé gérées par le comté, lequel doit fournir à ses habitants des soins de santé et des services médicaux de qualité.

La Suède compte 1 200 centres de santé, environ 60 hôpitaux départementaux /de district disposant de services d'urgences 24 h/24, et 7 hôpitaux universitaires. Ces dernières années ont été marquées par une réduction des hôpitaux d'urgence et des lits d'hôpital, une augmentation du nombre de centres de santé et un développement des soins ambulatoires.

Yann BUBIEN
Président du Graph*

Alexis THOMAS
Secrétaire général
du Graph

L'État arrête les principes fondamentaux, distribue les responsabilités et assure la péréquation de l'impôt. Il est compétent en matière de recherche – ainsi, un professeur des universités-praticien hospitalier suédois relève de la région via son hôpital d'appartenance pour la partie clinique, et de l'État via son université de rattachement pour le volet enseignement-recherche.

Des défis spécifiques, d'autres similaires

Des difficultés pour les services d'urgence

Les services d'urgence sont engorgés. Considérant, sans doute à juste titre, que les difficultés aux urgences sont moins liées aux urgences elles-mêmes qu'à l'organisation des soins primaires, la région de Stockholm a mis en place un système de *Consistent care chain* (voir plus loin).

Un déficit en personnel médical et soignant

La Suède fait face à des difficultés de recrutement et de fidélisation du personnel, principalement infirmier. Ainsi, le *turn-over* peut atteindre un taux extrêmement élevé dans un certain nombre de régions. À Stockholm, où l'attractivité est plus forte que dans le reste du pays, le taux de rotation du personnel est de 15% au New Karolinska. Il atteint les 25% dans un grand nombre d'établissements.

* Depuis l'assemblée générale du 27 septembre 2017, Gérard Vincent est le nouveau président du Graph.

FIGURE 1 La Consistent care chain en Suède

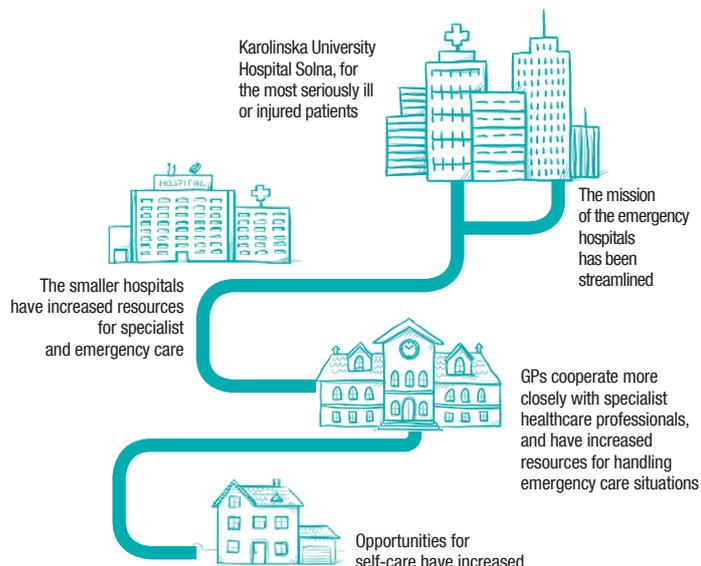


TABLEAU France/Suède, chiffres clés

	Suède	France
Population	10,01 millions d'habitants	66,03 millions d'habitants
Superficie	449 965 km ²	632 834 km ²
Croissance PIB 2016	3,3 %	1,1 %
Part des dépenses de santé dans le PIB	11,9 %	11,7 %

Des délais d'attente importants

Le système suédois repose sur le principe du « 0 8 90 90 » :

- » 0 : réponse le premier jour – pas nécessairement par un médecin – lorsque j'entre en contact avec le système de soins ;
- » 8 jours : accès à un médecin auprès duquel je suis inscrit dans le centre de santé ;
- » 90 jours : accès à un spécialiste ;
- » 90 jours après : accès à un service hautement spécialisé.

Une telle organisation s'avère problématique, d'où les efforts réalisés pour réduire ces délais, qui sont suivis de près, par discipline.

Des spécificités importables ?

Un dialogue social abouti et une culture de la négociation

La Suède se caractérise par un taux de syndicalisation élevé et une forte place laissée aux conventions collectives issues de négociations.

Fondés sur la confiance réciproque entre les acteurs, attachés à la décentralisation et à la subsidiarité, les échanges portent sur des questions d'organisation, de temps de travail, de rémunération, etc.

Ainsi, le système repose sur la loi, les accords de branche et les accords d'entreprise, l'accord d'entreprise ne pouvant être moins favorable que l'accord de branche.

Le numérique et l'innovation parmi les grandes priorités

La Suède a fait du numérique une priorité, pas uniquement dans le secteur de la santé. Ainsi, chaque Suédois dispose d'un *personal identity number*. Introduit en 1947, il est utilisé par les acteurs du système de santé, par les universités, les banques, les compagnies d'assurance.

Dans le secteur de la santé plus spécifiquement, le dossier médical et pharmaceutique partagé est effectif. Un plan d'actions 2017-2019 pour le développement de la e-santé a été annoncé le 23 janvier 2017 et un forum national sur la normalisation de la e-santé a été mis en place. Il existe également une plateforme de test des applications proposées en matière de e-santé.

L'innovation, au sens large – innovation diagnostique et thérapeutique, innovation technologique et numérique, innovation organisationnelle et comportementale – est elle aussi érigée en priorité, avec par exemple la création, au New Karolinska University Hospital, d'une direction de l'innovation composée de vingt professionnels aux profils et compétences variés : juristes, scientifiques, informaticiens, etc.

Une organisation en parcours de soins

Cette volonté d'organisation en parcours de soins se retrouve aux niveaux macro et micro :

» au niveau macro, chaque région s'oriente vers un modèle de *Consistent care chain* (figure 1) avec, en premier recours, le médecin généraliste, puis les « hôpitaux d'urgence » et les hôpitaux de recours et d'activité principalement programmée ;

» au niveau micro, le New Karolinska University Hospital a mis en œuvre un projet immobilier déclinant une vision en termes de parcours par type de pathologie plutôt qu'une approche par service. Une direction des flux et des parcours a été créée.

Cette organisation demeure cependant à ce jour unique et n'a pu encore être évaluée en raison de son caractère très récent.

Des achats au niveau régional

La régionalisation des achats, notamment concernant les dispositifs médicaux, permet de réaliser des économies.

NOTES

(1) Y. Bubien, A. Thomas, « Le système de santé allemand », *Gestions hospitalières*, n° 540, novembre 2014.
« Le système de santé anglais », *Gestions hospitalières*, n° 552, janvier 2016.

(2) Même s'il est vrai que le système de protection sociale français a connu une évolution de son mode de financement vers la fiscalisation à travers la contribution sociale généralisée (CSG).

La diminution des références commandées, via un système centralisé au niveau régional favorise des gains achats, tout en garantissant la qualité et la variété nécessaire des produits grâce à la participation de médecins et de pharmaciens dans la commission chargée des achats.

Une politique active en faveur des personnes handicapées

La Suède a mis en œuvre une politique volontariste en faveur des personnes handicapées. Deux lois (Lass et LSS) ont fixé dix priorités.

Ainsi, un effort a été fourni en matière d'aide à domicile et de logements adaptés. Un *ombudsman* spécialisé a été mis en place, ainsi qu'un système volontariste pour l'emploi des personnes handicapées grâce notamment à l'existence de la Samhall, entreprise accompagnant l'emploi par d'autres entreprises de personnes handicapées. Les résultats sont au rendez-vous : le taux d'emploi est de 70 % pour les personnes handicapées.

L'édition 2018 du Graph Europe, qui se déroulera du 6 au 9 juin 2018 à Copenhague, sera l'occasion de prolonger l'analyse des systèmes de santé des pays scandinaves et leur modèle social. ●

LE GRAPH

Fondé en 1974 par six CHU (Clermont-Ferrand, Montpellier, Reims, Rennes, Rouen et Saint-Etienne), le Graph réunit à ce jour, dans le cadre de la loi de 1901 sur les associations, les établissements publics de santé adhérents et les personnalités du monde de la santé associées à ses activités à titre personnel.

Le Graph est un groupe de directeurs d'hôpital qui réunit médecins, philosophes, industriels, économistes... pour faire avancer la réflexion sur les grands sujets de santé et de société. Ses objectifs :

- créer un nouvel espace de réflexion et de recherche en dehors des schémas traditionnels et du protocole figé ;
- faire évoluer le management et apporter des solutions innovantes aux grandes problématiques de santé ;
- promouvoir la réflexion et la recherche en matière de gestion hospitalière ;
- développer la recherche et anticiper les évolutions continues des organisations hospitalières ;
- faire émerger de nouveaux talents ;
- susciter les contacts et échanges d'expériences, en France et à l'étranger, dans une démarche de benchmark.

Le Graph organise trois séminaires par an : Graph Alpes, Graph Méditerranée et Graph Europe (Berlin en 2014, Londres en 2015, Stockholm en 2017, Copenhague en 2018).

www.le-graph.com - twitter : @le_graph

WORLD FORUM FOR MEDICINE



13 - 16 NOVEMBER 2017
DÜSSELDORF GERMANY

www.medica-tradefair.com

Le monde de la Médecine :

- Electromédecine /
Technique médicale
- Technique de laboratoire /
Diagnostic
- Physiothérapie / orthopédie
- Produits de soins, consommables
- Technique de communication
et d'information

**Vous voulez tout voir, tout savoir
et tout vivre : il faut venir visiter
le plus grand forum mondial de
médecine à Düsseldorf!**

BE PART OF THE NO. 1!



Pour plus d'informations :
PROMESSA

3, rue de la Louvière _ BP 37 78512 RAMBOUILLET Cedex
Tél: 0134571144 _ Fax: 0134571140
promessa@promessa.com


Messe
Düsseldorf