

MOTS CLÉS

Graph 2022
Oslo
Norvège
Système de santé

DU 24 AU 27 AOÛT 2022



séminaire

GRAPH EUROPE 2022

Le système de santé norvégien

Pour sa sixième édition européenne – après Berlin (2014), Londres (2015), Stockholm (2017), Copenhague (2018) et Turin (2019) –, le Groupe de recherche et d'applications hospitalières (Graph) s'est réuni à Oslo du 24 au 27 août 2022, 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, via des conférences données par les principaux acteurs norvégiens et des 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. Les principaux enseignements de ce modèle tiennent à la répartition des compétences en matière de santé entre les communes et l'État, les premières jouant un rôle clé dans l'accès aux soins primaires et la régulation des urgences, quand le second pilote et sectorise les soins spécialisés et plus généralement l'activité des hôpitaux.

Un système de santé universel marqué par un partage de l'offre de soins entre les communes et l'État

Orienté vers la promotion de l'égal accès aux soins pour tous les habitants, le système de santé norvégien s'est structuré de façon à proposer une offre de soins graduée du plus petit échelon territorial à l'échelle nationale pour les actes les plus spécialisés. Si les onze régions ne jouent qu'un rôle mineur dans cette organisation puisqu'elles n'ont pour seule compétence que les soins dentaires, ce sont surtout les communes et l'État qui ont la responsabilité des soins primaires et secondaires. Les municipalités ont compétence pour réguler l'accès aux médecins généralistes, organiser les soins à domicile ou encore orienter les personnes âgées vers les maisons de retraite. Ce sont également elles qui ont assuré la traçabilité des personnes contaminées par le Covid-19 pendant la crise sanitaire, non sans difficulté d'une commune à l'autre selon la taille et les ressources. L'État, quant à lui, détient les hôpitaux dont il est

propriétaire via les autorités régionales de santé, en pilote la triple mission de soin/recherche/formation et en assure le contrôle. La gestion des urgences est partagée entre les communes et l'État. Une originalité du système norvégien réside dans le fait que la responsabilité sur le système de santé est scindée entre deux ministères : celui de la Santé pour les hôpitaux, celui des Collectivités territoriales pour les soins primaires.

Un financement Beveridgien

Cet édifice repose sur un financement par l'impôt et n'entraîne qu'un reste à charge limité pour les patients. Ces derniers, s'ils sont âgés de plus de 16 ans, payent une franchise d'un montant maximum de 300 € par an pour leurs soins (sauf en cas d'hospitalisation), au-delà de laquelle tout est pris en charge par la collectivité.

L'hôpital est entièrement financé par l'État, pour moitié au titre de dotations, pour l'autre via un système de tarifs dont le calcul est assez similaire à nos groupes homogènes de séjour (GHS), tandis que le secteur psychiatrique est financé à 100 % par dotations publiques.

Des médecins en grande partie formés à l'étranger

Fait notable, en 2020, 41 % des médecins et 6 % des infirmiers norvégiens ont été formés à l'étranger, contre respectivement 10,8 % et 2,5 % en moyenne en

Yann BUBIEN
Président du Graph
Directeur général
du CHU de Bordeaux

Nicolas RIFFET-VIDAL
Élève directeur d'hôpital
Promotion Germaine
Poinso-Chapuis
(2021-2022)

François SADRAN
Directeur de cabinet
du directeur général
du CHU de Bordeaux

Europe. Cela s'explique par le faible nombre d'universités accréditées aux formations médicales et par des contingents limités de médecins formés chaque année. Pour rappel, si la Norvège n'est pas membre de l'Union européenne (UE), elle fait en revanche partie de l'Espace économique européen (EEE), qui permet notamment la reconnaissance des diplômes obtenus dans les pays associés.

ENCADRÉ 1 La gouvernance hospitalière norvégienne

Les directeurs d'hôpitaux norvégiens sont directement placés sous l'autorité hiérarchique du conseil d'administration de leur autorité de santé de référence, qui fixe les missions que les établissements doivent accomplir mais les laisse libres de s'organiser comme ils le souhaitent. La gouvernance des hôpitaux est principalement confiée à des médecins qui ont fait preuve de leur aptitude à exercer de telles fonctions, sans pour autant que leur soit formellement imposé de satisfaire à une formation spécifique dispensable optionnellement. Il n'existe pas d'équivalent de l'EHESP pour la formation des directeurs. Ces derniers ne sont par ailleurs pas soumis aux mêmes contraintes de mobilité qu'en France malgré la forte sectorisation de l'activité des établissements.

Maintenir le plus longtemps à domicile les personnes âgées

S'agissant du grand âge, la politique norvégienne consiste à maintenir au domicile le plus longtemps possible, grâce notamment à de nouvelles technologies de télésurveillance – par exemple des capteurs thermiques pour détecter les chutes –, tout en disposant d'une offre réactive et accessible en maisons de retraite. Celles-ci relèvent de la compétence des communes, qui contractualisent des dispositifs de placement rapide en établissement si un habitant se trouve être dans une telle nécessité. Par ailleurs, chaque résident en maison de retraite verse un loyer à un fonds dédié (qui reverse ensuite l'argent aux établissements), équivalent à 70 % de sa pension, peu importe le montant de celle-ci.

Le médecin généraliste : clé de voûte du système de santé norvégien

En Norvège, les soins primaires relèvent de la responsabilité des 356 municipalités qui maillent le territoire. Celles-ci, en plus de la gestion des soins à domicile et des maisons de retraite, assument la gestion des médecins généralistes, véritables pivots de l'accès aux soins par leur rôle d'orientation des patients. Au nombre de 4 900 en 2020, exerçant principalement à titre libéral (85 % d'entre eux), les médecins généralistes assurent les soins de premier recours ainsi que des missions de diagnostic et de prévention. Ils orientent également la population vers les spécialistes et les services d'urgence.

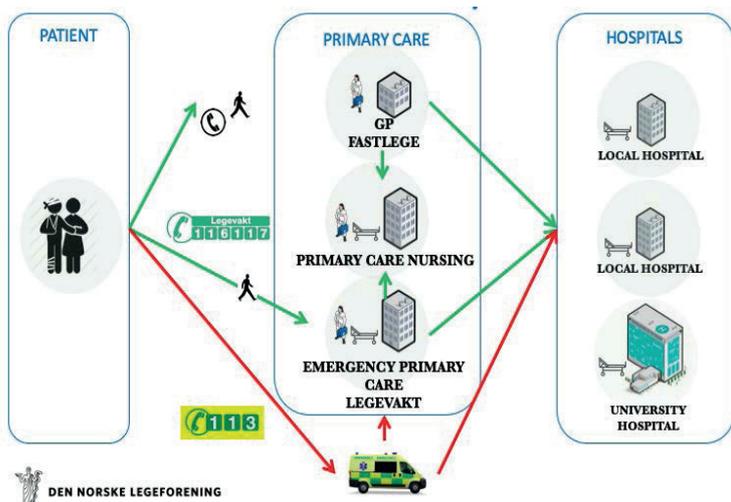
Le médecin généraliste comme guichet d'accès aux urgences et aux soins spécialisés

En Norvège, il est impossible d'être pris en charge par un médecin spécialisé sans avoir consulté au préalable son médecin traitant. De surcroît, l'accès aux urgences répond à la même logique de validation en aval d'un motif suffisant pour s'y déplacer, sauf en cas d'urgence vitale pour lequel un numéro de secours et une plateforme de régulation existent sur le même modèle qu'en France.

Des médecins incités à contractualiser leur installation avec les communes et qui contribuent à la permanence des soins

Les médecins généralistes de moins de 55 ans doivent obligatoirement participer à la permanence des soins. Le nombre de gardes varie selon les régions dans lesquelles ils exercent mais, à titre illustratif, un médecin généraliste à Oslo assure seulement une garde de nuit par mois. Par ailleurs, s'ils sont en principe libres de s'installer là où ils le souhaitent, il est fortement dans leur intérêt de répondre aux offres d'emploi des municipalités plutôt que de s'installer indépendamment puisque, en choisissant cette seconde option, leurs patients ne seront pas remboursés de leurs consultations. Enfin, la logique universaliste du système impose à chaque habitant de disposer d'un médecin traitant, avec la possibilité d'en changer deux fois par an. Cette politique semble produire des résultats intéressants puisqu'une étude présentée par l'Association médicale norvégienne mettait en évidence la

FIGURE 1 La prise en charge médicale



corrélation entre le développement d'une relation longue et unipersonnelle avec un médecin généraliste et la diminution des accès aux urgences et des hospitalisations.

Un déficit de médecins généralistes

Pour autant, si chaque habitant doit disposer en principe d'un médecin référent, près de 175 000 Norvégiens en sont dépourvus en raison de la pénurie qui touche la profession. En effet, les municipalités peinent de plus en plus à recruter des médecins généralistes, en particulier dans le nord du pays et sur le littoral. Cette tendance a vocation à s'accroître avec le prochain départ à la retraite de nombre d'entre eux. Cette pénurie s'explique par des difficultés à absorber la quantité de travail conséquente du fait de l'augmentation du nombre de patients à prendre en charge et des tâches administratives afférentes depuis le début des années 2000. Ces problématiques conduisent à accentuer la pression sur l'hôpital et tendent à accroître le recours au secteur privé.

Un secteur hospitalier sectorisé au pilotage fortement centralisé

Leur responsabilité auparavant confiée aux régions, les hôpitaux norvégiens sont revenus dans le giron de l'État depuis 2002 à la suite des dysfonctionnements constatés par une gestion trop politique de ces établissements. Le territoire sanitaire est sectorisé en quatre zones (nord, ouest, centre, sud-est) distinctes du découpage des collectivités locales et les hôpitaux sont administrés par quatre « autorités régionales de santé » (*regional health authorities*).

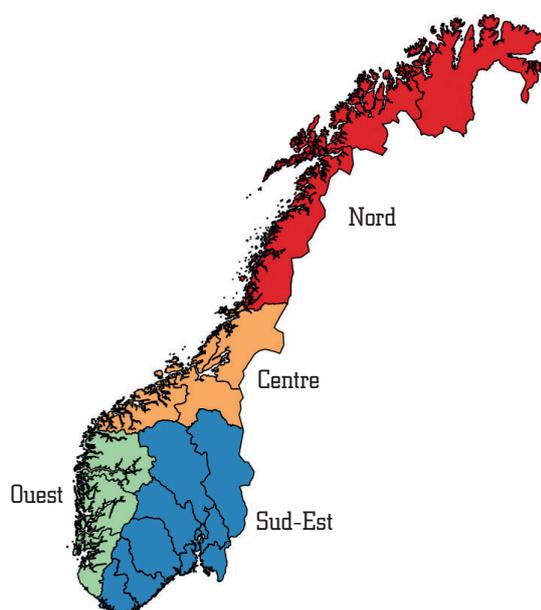
Répartis sur ces quatre zones, vingt « groupes hospitaliers » (*hospital trust*) constitués au total de 60 hôpitaux publics dont six universitaires (un au nord, deux à l'ouest, un au centre et deux dans le sud-est) structurent l'offre de soins spécialisés. Chacun de ces établissements doit prendre en charge la population (non-résidents y compris) de plusieurs bassins de vie en propre. Ainsi, à Oslo, quatre hôpitaux se partagent quinze arrondissements, soit environ 700 000 habitants. Par ailleurs, au-delà de ce découpage administratif, les six « CHU » sont investis d'une mission de recours au bénéfice de l'ensemble du territoire national pour certains soins très spécialisés. C'est ainsi que l'hôpital universitaire d'Oslo accueille l'ensemble des patients qui nécessitent une transplantation.

Un budget annuel voté par le Parlement (Storting) est réparti entre ces quatre secteurs selon une clé de pondération incluant des indicateurs tels que le nombre d'habitants, la situation socio-économique, des données de santé publique ou le développement de la recherche dans les établissements. Afin d'assurer le contrôle de ces 60 hôpitaux, le ministère de la Santé dispose d'un « Conseil de supervision de la santé » (Board of Health Supervision) qui coordonne dix « préfets » (*county governor*) chargés de réaliser des audits dans les établissements sanitaires.

Une faible part du secteur hospitalier privé

Au sein de ce paysage, les établissements de soins privés représentent une minorité. Financé par contrat avec l'État ou dirigé par des fondations à but non lucratif, le secteur privé

FIGURE 2
Un territoire sanitaire découpé en quatre zones



CHIFFRES CLÉS

Norvège // France

- Nombre d'habitants : 5,4 millions // 68 millions
- Densité de population : 14 hab/km² // 122 hab/km²
- Population très inégalement répartie sur le territoire national (concentration presque exclusive dans les agglomérations du sud)
- PIB par habitant : 77,500 USD // 38 210 USD
- IDE : 0,90-0,95 // 0,85-0,90
- Espérance de vie en bonne santé à 65 ans H/F : environ 16 ans // environ 10,5 ans
- Taux de chômage (2019) : 3,7 % // 8,1 %
- Nombre de lits pour 1000 habitants : 3,53 // 5,91
- Nombre de médecins pour 1000 habitants : 4,63 // 3,23
- Part du PIB dédiée à la santé (2020) : 9,7 % // 12,4 %
- Situation budgétaire (2020) : excédentaire de 22 MDE et détention d'un fonds souverain de plus de 1 600 MDE (2022) // déficitaire de 178 MDE
- Taux de mortalité : 7,6 % // 9,10 %
- Proportion de fumeurs : 13 % // 34,6 %
- Prévalence du diabète : 5,3 % // 4,8 %

Source : OCDE

« Les maisons de retraite relèvent de la compétence des communes, qui contractualisent des dispositifs de placement rapide en établissement si un habitant se trouve être dans une telle nécessité.

de l'hospitalisation représente moins de 15 % des dotations publiques orientées vers les établissements sanitaires et il s'occupe principalement de chirurgie plastique, ORL et ophtalmologique. Bien qu'elle pèse peu dans le secteur sanitaire, la part des patients qu'accueillent les hôpitaux privés tend à augmenter, ce qui s'explique surtout par le retard de prise en charge accumulé par les hôpitaux publics. En effet, en raison des déprogrammations subies durant la crise sanitaire, 200 000 patients norvégiens sont en attente d'une intervention chirurgicale.

Des restructurations à poursuivre et du personnel à recruter

Parmi les autres défis que doivent relever les hôpitaux norvégiens, celui de la restructuration n'est pas encore totalement abouti puisque l'on dénombre encore trop de petits hôpitaux dans des bassins de population trop peu denses avec un volume d'activité trop faible, aggravé par le manque de personnel. Cette dernière problématique touche l'ensemble du pays mais semble plus marquée dans les zones à faible densité. Le ministère de la Santé norvégien estime à 30 000 le nombre total d'ETP d'infirmiers manquants.

Des enjeux de santé publique et d'adaptation de l'offre de soins

Les risques diététiques, premier facteur de mortalité évitable

Si la Norvège s'inscrit parmi les meilleurs pays d'Europe en termes de performance de système de santé, elle fait pourtant face à des défis de santé publique considérables. Malgré une politique de prévention particulièrement développée, surtout auprès des plus jeunes (gratuité des soins dentaires et du suivi psychologique pour les moins de 18 ans), le pays peine à endiguer la hausse du diabète, surtout chez les adolescents, de plus en plus nombreux à être en situation d'obésité (un adolescent de 15 ans sur six était en surpoids ou obèse en 2018).

Un déficit en lits de soins critiques

La crise sanitaire a mis en évidence un manque de lits de soins critiques et de personnels formés à ce type de soins. En effet, avant la crise, la Norvège disposait de 5,5 lits de soins intensifs pour 100 000 habitants, contre 12,9 en moyenne en Europe. Si cette carence en lits n'a pas empêché les hôpitaux de prendre en charge l'afflux de patients contaminés – plus faible qu'en Europe en moyenne –, le gouvernement envisage de combler cet écart en prévision de situations sanitaires exceptionnelles similaires.

Une politique volontariste de digitalisation de la santé

La crise a permis aussi de prendre la mesure du chemin qui reste à parcourir concernant l'accès aux outils numériques. Le portail de santé numérique national (l'équivalent moins abouti du dossier patient informatisé) a été boosté par la crise Covid puisque, à ce jour, il compte 5,1 millions d'utilisateurs sur une population totale de 5,6 millions d'habitants. Cet outil rencontre pourtant un fort écho auprès de la population norvégienne, avec 140 millions de connexions en 2021. Du fait de la faible densité de la population, en particulier dans certaines zones rurales, les autorités norvégiennes ont très vite pris la mesure des avantages apportés par la digitalisation de la santé. Ainsi, la télémédecine s'est particulièrement développée et demeure encore fortement encouragée, y compris dans les grandes villes. Le gouvernement a ainsi fixé pour objectif de réaliser 15 % des consultations de spécialiste en ligne à court terme. ●

ENCADRÉ 3 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 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'expérience, 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, Turin en 2019 et Oslo en 2022).

Site : www.le-graph.com - Twitter : @le_graph