Des solutions pour améliorer l'accessibilité aux soins : l'expérience suédoise

Christina Aschan-Leygonie

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/rfst/597>

DOI : 10.4000/rfst.597

ISSN : 2492-3672

Éditeur

Espaces et SOciétés (UMR 6590)

Référence électronique

Christina Aschan-Leygonie, « Des solutions pour améliorer l'accessibilité aux soins : l'expérience suédoise », *Revue francophone sur la santé et les territoires* [En ligne], Décentralisation et territorialisation sanitaire, mis en ligne le 06 juin 2017, consulté le 06 avril 2021. URL : <http://journals.openedition.org/rfst/597> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/rfst.597>

Ce document a été généré automatiquement le 6 avril 2021.

La *Revue francophone sur la santé et les territoires* est mise à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International.

Des solutions pour améliorer l'accessibilité aux soins : l'expérience suédoise

Christina Aschan-Leygonie

Introduction

- ¹ Aujourd'hui, la Suède est très bien classée pour l'état de santé de ses habitants et le fonctionnement de son système de soin (Health Consumer Powerhouse, 2015 ; OECD & EU, 2014 ; Sveriges kommuner och landsting, 2015). Malgré cela, le système de santé suédois suscite du mécontentement et des inquiétudes quant son avenir (Anell, Häger Glenngård, & Merkus, 2012). Depuis les années 1990, différentes réformes ont cherché à transférer des soins hospitaliers vers des soins ambulatoires, dans des centres de soins primaires (Anell et al., 2012), et vers des soins à domicile. En 2010, une réforme du système des soins de santé primaires ¹ (vårdvalsreformen ² – LOV) a modifié les conditions du choix du centre de soins de santé par le patient. Elle lui donne le droit de choisir un centre de soins de santé et permet, ensuite, aux fournisseurs de soins de santé (y compris privés) d'installer des centres de santé là où ils le souhaitent. Auparavant, dans la majorité des 290 municipalités du pays les habitants étaient affectés à un centre précis, généralement public. Ces centres de soins de santé avaient une responsabilité de couverture géographique équitable. Cette réforme s'accompagne d'une rémunération des centres de soins primaire qui suivent le patient. Les fournisseurs de soins de santé se retrouvent ainsi en compétition pour leur patientèle.
- ² La réforme prétendait, notamment, améliorer l'accès aux soins des habitants, le rendre plus équitable, réduire les temps d'attente ³ et, globalement, améliorer l'efficacité du système. Dans ce contexte, efficacité du système signifie une concentration des ressources sur les sites où elles apportent le plus de bénéfices à la santé de la population. Derrière ces termes, se trouve également la question de comment réduire les coûts sans une dégradation inacceptable de la qualité de service.

- 3 L'efficacité d'un système de soin dépend naturellement du contexte dans lequel il est mis en œuvre (Lamarche, Beaulieu, & Pineault, 2003). La Suède, pays de dix millions d'habitants (2017), se caractérise par un système de soin public fortement décentralisé. La décentralisation du système de santé a débuté dans les années 1980, accompagnée par un contrôle drastique du budget et des dépenses, avec la mise en place de mécanismes de marché dans le système de soin en fonction, notamment, d'une rémunération des établissements en fonction de leur activité et de leurs résultats (Palier, 2017). Un important transfert de l'offre de soins hospitaliers aux établissements de soins primaires a été initié par cette décentralisation. Dans ce pays à très faible densité de population, en particulier dans sa moitié nord (moins de deux habitants au kilomètre carré dans certains territoires), la population est vieillissante, même dans une perspective européenne. Dans les communes du Nord dans l'intérieur du pays, entre 25 et 30 pour cent de la population a plus de 65 ans et, dans certaines communes, plus de 10 pour cent de la population est âgée de 80 ans ou plus (SCB ⁴). Si la tendance continue, on estime que, dans les années 2030, il y aura moins d'habitants en âge de travailler que de retraités dans ces communes (Statistiska centralbyrån, 2012). Ce développement modifiera de manière significative les besoins en soins de santé, mais aussi la capacité à recruter des professionnels de santé dans ces zones. Un des enjeux du système de santé suédois est de parvenir à maintenir, voire à améliorer, l'accès aux soins dans les régions septentrionales, où les besoins sont importants du fait d'une population âgée propice aux maladies chroniques.
- 4 Nous nous intéresserons à la Suède septentrionale dans ce contexte de changement. Deux questions liées à l'accessibilité ⁵ aux soins y seront abordées dans cet article. La première interrogera les conséquences de la réforme des soins primaires de 2010 sur l'accessibilité géographique aux soins, en particulier, dans les zones faiblement peuplées du Nord du pays. La deuxième question abordera les solutions existantes, ou mises en œuvre par différents acteurs, afin de tenter de maintenir une accessibilité équitable aux soins de santé, en particulier pour les habitants de ces territoires. La structure démographique et son évolution exigent une refonte de l'offre de soins, pour tendre vers plus d'accessibilité en dehors des zones urbaines. Il s'agit ici d'analyser les solutions innovantes qui émergent depuis peu pour améliorer l'accessibilité aux soins, avec un focus sur les zones faiblement peuplées du Nord du pays, qui sont particulièrement en avance dans ce domaine, à la fois sur le plan national et international (Roberts et al., 2010).
- 5 L'analyse s'appuiera sur plusieurs matériaux qui conduisent à coupler approches qualitatives et quantitatives. Tout d'abord, l'étude considérera un corpus de textes : des travaux de recherche récents, des textes de loi, des rapports publics suédois et internationaux et des publications de sites internet officiels. Pour ces derniers, il s'agit, notamment, des sites des centres de soins de santé primaire et des conseils de comtés. Ils permettront de mettre en évidence des schémas de fonctionnement, des jeux d'acteurs et la nature des innovations. Parallèlement, les évolutions récentes seront analysées, en mobilisant plusieurs bases de données statistiques. Il s'agit, d'une part, du registre décrivant les activités de soin de santé et l'économie relative à cette activité au niveau des comtés et des municipalités (*Kommunoch landstingsbasen*, KOLADA) et, d'autre part, du registre du département des Affaires Sociales (*Socialstyrelsens statistikdatabas*), qui comprend des informations sur de nombreuses problématiques de patients et de personnel de santé.

- 6 Après avoir présenté le fonctionnement et la gouvernance du système de soin, deux types de leviers pour améliorer l'accessibilité aux soins seront analysés. Il s'agit, en premier lieu, de la politique incitative mise en place dans la réforme LOV pour favoriser l'installation d'unités de soins primaires dans des territoires de faible densité et dans des territoires où les besoins de soin sont plus importants. Le deuxième type de levier est un ensemble de solutions remettant en question la définition même de l'accessibilité aux soins, en déconnectant lieu de soin et soignant, avec le développement de consultations et de soins à distance.

Les centres de soins primaires au cœur du système de santé

- 7 Une des conditions du bon état de santé de la population et de la qualité du système de soins d'un pays est une organisation efficace des soins de santé primaires (Saltman & Bergman, 2005 ; Starfield, 2012). Selon la loi sur les soins de santé en Suède (Hälsö-och sjukvårdslag 1982:763), les structures de soins de santé primaires devraient répondre aux besoins des individus relevant des soins médicaux, de la prévention et de la réadaptation, mais qui ne nécessitent pas de ressources et compétences hospitalières ou relevant du soin spécialisé, qui est dispensé dans environ 80 hôpitaux de comtés et dans sept hôpitaux régionaux/universitaires, pour les soins hautement spécialisés (figures 1 et 2). Le soin de santé primaire n'est donc pas défini en tant que tel, mais par rapport à sa place dans le système de santé général (Glenngård, 2015). Sur l'ensemble du territoire, il y a au total 1 150 centres de soins de santé primaires pour 9,85 millions d'habitants (2015).
- 8 Sur le territoire, le système de soins est composé d'une organisation à deux niveaux : 21 conseils de comté ⁶ et 290 municipalités (figures 1 et 2). Les conseils de comtés détiennent la responsabilité principale du financement ⁷ et de la prestation de services de soin de leurs populations (primaires et spécialisés). Les municipalités sont responsables des soins non médicaux et des logements des personnes âgées et handicapées. La structure actuelle du système de soins suédois reflète une longue histoire de financement et de propriété publique, ainsi que l'importance croissante de l'autonomie locale (Anell et al., 2012), mais pour faciliter la coopération en matière de soins médicaux, les comtés sont regroupés en six régions depuis 2005 (figure 2).

Figure 1 : Le système de soin suédois : deux niveaux d'organisation territoriale avec une coordination par six grandes régions de soins de santé

Source des données : Lantmäteriet GSD™, Vårdguiden 1177 (2016)

Figure 2 : Les territoires du système de soin suédois en 2016 : les grandes régions de soins de santé, les conseils de comté et les hôpitaux

Source des données : Lantmäteriet GSD™, Vårdguiden 1177 (2016)

- 9 L'offre de soins primaires constitue une part importante de l'offre de soins suédoise, avec 1 150 centres de soins (2015), surtout depuis les années 90, lorsque la Suède a fortement réduit son offre de soins hospitaliers, avec la fermeture de 45 pour cent des lits d'hôpitaux, contre 19 pour cent en France sur la même décennie (Palier, 2006). Aujourd'hui, la Suède se situe au plus bas des pays de l'OCDE en ce qui concerne le

nombre de lits par habitant, juste devant le Mexique et le Chili. En 2014, il y avait dans ce pays seulement 2,5 lits d'hôpital pour mille habitants, contre 6,2 pour la France (OCDE, 2014). Cette évolution a été suivie d'une réaffectation des ressources aux centres de santé et, surtout, aux soins à domicile, qui connaissent un développement très significatif depuis une vingtaine d'années. Si on compare le nombre de visites médicales de soins primaires à domicile effectuées par un médecin, entre 2006 et 2015, on observe une augmentation de presque 100 pour cent, 163 308 visites en 2006 et 313 803 en 2015⁸. Palier (2017) souligne que cette évolution n'a pas abouti à fournir moins de soins, mais à modifier l'offre afin qu'elle réponde mieux aux attentes et au progrès technique.

- 10 Pendant longtemps (années 1970-2000), le système de soins de santé primaires suédois a été quasi-exclusivement composé de centres publics, avec une affectation des habitants à un centre précis. Le fonctionnement était donc celui d'une « carte sanitaire », par analogie avec la carte scolaire. La localisation du domicile du patient déterminait le site où il était autorisé à recevoir des soins primaires. La réforme de 2010 modifie ce fonctionnement, qui avait été assoupli dans certains comtés dès les années 90, avec l'introduction de la possibilité pour l'individu de choisir son centre de soins de santé primaires⁹. La réforme introduit aussi la liberté d'installation pour des prestataires privés de soins primaires accrédités par les conseils de comté. Les unités de soins primaires sont relativement grandes (en 2015, 25 pour cent¹⁰ des centres de soins primaires ont entre 5 et 10 médecins et de nombreuses infirmières). Ces centres ont le plus souvent des compétences élargies, qui dépassent les soins primaires proprement dits. Les équipes sont souvent composées de plus d'un médecin généraliste, plusieurs infirmiers(ères), dont certains sont spécialisés (asthme, BPCO, diabète...), un ou plusieurs médecins spécialistes¹¹, pédiatres et gériatres, notamment, ainsi que du personnel paramédical (psychologue, kinésithérapeute, ergothérapeute, etc.). Cette pratique collective des professionnels de santé est un modèle choisi en Suède en 1970. Il existe dans d'autres pays, comme la Finlande (Bourgueil, Marek, & Mousquès, 2009) et en France on trouve parfois l'équivalent sous forme de maisons de santé pluridisciplinaires (Clément, Couralet, Mousquès, Pierre, & Bourgueil, 2009).
- 11 Actuellement les citoyens sont nécessairement rattachés à un centre et peuvent s'inscrire auprès du centre de leur choix. En cas d'absence de décision, ils sont affectés d'office au dernier centre visité ou au centre géographiquement le plus proche. La concurrence entre les aires de recrutement des centres de soins de santé conduit au développement, dans les établissements, de nouveaux moyens pour étendre leurs aires d'attraction et, ainsi, recruter de nouveaux patients. On observe, par exemple, une recherche d'amélioration de la qualité de soins, une offre complémentaire de plusieurs professions médicales/paramédicales peu présentes dans les centres.

Les soins primaires, un service fondé sur le principe fondamental de la proximité des habitants

- 12 Contrairement aux autres services publics, il n'y a pas de tendance de centralisation géographique dans les soins primaires en Suède. Le service de proximité fait partie des valeurs fondamentales des soins primaires. Une des raisons de l'extension des soins de santé primaires dans les années 1970 et 1980 était de créer la proximité et l'accès aux soins de santé (Riksrevisionen, 2014). Lors la préparation de la loi santé (SFS 1982:763. Hälso-och sjukvårdslag), le gouvernement a fait remarquer que les centres de

soins primaires doivent correspondre à une équirépartition dans chaque comté, mais que la distance moyenne entre les centres ne peut pas être la même partout dans le pays et qu'elle sera nécessairement plus élevée dans les territoires très faiblement peuplés du Nord de la Suède. Lorsque cela est économiquement et géographiquement possible, le gouvernement a souligné que les centres de soins primaires devraient « [...] être situés de sorte qu'il est facile pour chacun de s'y rendre, ou inversement pour un médecin ou une infirmière de faire une visite à domicile pour ceux qui ont besoin de soins ou de surveillance chez eux. » (Regeringen, Prop. 1981/82:97, s. 57.).

- 13 Cette responsabilité est formulée de façon très générale dans la loi santé, qui prévoit que « les soins de santé [...] doivent être facile d'accès »¹². En 1995, elle a été complétée par un système de « nivellement » ayant pour objectif de veiller à une accessibilité géographique équitable des populations aux unités de soins médicaux primaires. Ce système était basé sur un calcul pour compenser les coûts supplémentaires associés à l'exploitation des centres primaires de santé, dans les zones faiblement peuplées pour le comté¹³. Dans le modèle de calcul, les centres de soins de santé primaires devaient être localisés de telle façon qu'aucun habitant n'aurait à parcourir plus de 30 kilomètres par la route, pour atteindre le centre le plus proche. Une distribution théorique des centres de soins primaires a été effectuée selon ce modèle, mais on a ensuite procédé à la suppression des centres théoriques avec moins de 5 600 habitants dans leur zone d'influence. Cela signifie que certaines personnes, même en théorie peuvent habiter à plus de 30 kilomètres du centre de soins primaires le plus proche. En pratique, 47 000 personnes habitaient à plus de 30 kilomètres du centre le plus proche de chez eux en 2002 (Glesbygdsverket, 2002), dont 35 000 dans les trois comtés les plus au nord du pays. Les conseils de comté ont reçu une compensation financière de l'Etat pour les coûts supplémentaires associés à une structure de peuplement particulière ayant besoin de petits centres. Or, ce système n'a pas nécessairement incité les conseils de comté à créer de nombreuses unités bien réparties sur leurs territoires, puisqu'ils recevaient la même rémunération quelle que soit la distance aux centres de soins pour les habitants. En effet, les Conseils de comtés décident de leurs priorités, des niveaux de service à offrir à leur population et de la manière de dépenser leurs moyens.
- 14 A partir du moment où l'assouplissement du système a permis l'établissement de centres privés et que la concurrence est devenue un moteur du système, les Conseils de comtés ont dû trouver des solutions pour éviter la désertification médicale des territoires éloignés de centres urbains. La réforme LOV a conduit au développement d'un système de compensation par capitation, en fonction des caractéristiques des populations et des lieux, pour favoriser le maintien ou l'installation de centres dans des zones peu attractives pour les établissements.

Une compensation financière par capitation pour maintenir un accès équitable aux soins primaires

- 15 L'introduction de la réforme de choix a été justifiée par un accès aux soins insuffisant dans le sens physique du terme, notamment : temps d'attente et distances trop importantes dans certaines régions. Avec la liberté d'implanter des établissements, le gouvernement avait pour objectif d'inciter les prestataires privés à établir de nouveaux centres de santé pour augmenter la proximité des habitants à un centre, mais également créer la possibilité de choisir parmi plusieurs centres primaires voisins

(Regeringen, 2008). Le gouvernement a suggéré que les conseils de comtés aient la possibilité d'octroyer une compensation spécifique aux fournisseurs de soins primaires, pour encourager leur installation dans certaines zones géographiques.

- 16 Pour tendre vers un accès équitable aux soins et, donc, favoriser une répartition des centres de soins primaires adaptée à la localisation des populations et à leurs besoins, la réforme LOV permet aux conseils de comté la mise en place d'un système de compensation. Il est fondé sur un montant fixe et une part variable selon le nombre de personnes rattachées au centre de soins primaires. Plusieurs systèmes de compensation sont utilisés et combinés par les comtés (une subvention fixe ; par capitation ; en fonction du type traitement effectué ; en fonction des moyens mis en œuvre ; en fonction des résultats obtenus). Pour la compensation par capitation ¹⁴, le montant de l'indemnité est calculé en fonction du nombre de personnes rattachées au centre et de ses caractéristiques. La part des financements relevant de la capitation (dans les comtés du Nord il s'agit de plus de 70 pour cent du financement) et les critères choisis pour les calculs varient en fonction des comtés (figure 3). L'âge est le facteur le plus commun pour l'ajustement (86 pour cent des comtés l'utilisent en 2013). Dans 57 pour cent des comtés, le calcul est basé sur un indicateur qui traduit le besoin en soins attendu de la population (Adjusted Clinical Groups – ACG ¹⁵) et un indicateur qui reflète les conditions socio-économiques de la population (Care Need Index – CNI ¹⁶). Dans 71 pour cent des Conseils de comté, on tient compte des caractéristiques socio-économiques (CNI). Enfin, dans 66 pour cent des cas, la compensation est ajustée sur l'emplacement du centre de santé. Cela se fait, par exemple, par une indemnité spéciale pour les municipalités dites rurales (par exemple le conseil de comté d'Uppsala) ou sur la base de la distance à l'hôpital. Dans la moitié nord du pays l'ensemble des quatre critères sont systématiquement utilisés, sauf dans le comté de Jämtland-Härjedalen où l'ACG n'est pas utilisé. Dans les comtés de Jämtland-Härjedalen, Västerbotten et Västernorrland, l'indemnité est donnée si l'établissement se localise à plus de 30 kilomètres d'un hôpital et, à Norrbotten, s'il se situe à plus de 50 kilomètres d'une unité de soins d'urgence.

Figure 3 : Critères de compensation par capitation des conseils de comté en 2013

Sources : Lantmäteriet GSD TM, Conseils de comtés et d'après Lindgren, 2014

Distribution spatiale des centres de soins de santé primaires après la réforme *LOV*

- 17 Depuis la mise en œuvre de la réforme de 2010, le nombre de prestataires a augmenté de façon très significative, avec plus de 220 nouveaux centres de soins de santé primaires, dont seulement neuf étaient publics (au total 1 150 centres en 2015). Actuellement 42 pour cent sont tenus par des prestataires privés. Les conséquences de la liberté de choix, et les possibilités pour des établissements privés de fournir ce service, ont alimenté de nombreux débats sur cette politique de santé. Une série d'études a cherché à déterminer les effets de la réforme du point de vue des citoyens (Andersson, Janlöv, & Rehnberg, 2014 ; Andersson et al., 2014 ; Glenngård, 2015 ; Isaksson, Blomqvist, & Winblad, 2016 ; Konkurrensverket, 2014 ; Riksrevisionen, 2014 ; Winblad, Isaksson, & Bergman, 2012). Les auteurs s'accordent à dire que les objectifs de la réforme, en termes de choix pour les individus et d'amélioration globale de l'accès aux soins primaires, ont été atteints dans une large mesure. Une question clé dans le débat a été de savoir si les groupes ayant le plus besoin de soins n'ont pas été défavorisés par cette réforme, avec un accès aux soins de santé qui se serait détérioré.
- 18 Un des résultats souvent relayés est que les nouveaux établissements sont majoritairement localisés dans les zones urbaines et dans les quartiers de populations plus aisées (Glenngård, 2015 ; Konkurrensverket, 2014 ; Riksrevisionen, 2014) où les besoins médicaux sont les plus faibles. Le taux de variation du nombre de centres pour 10 000 habitants ¹⁷, entre la période précédant la réforme ¹⁸ et 2015, est négatif dans un

tiers des comtés (figure 4). C'est le cas, par exemple, dans deux des comtés les plus au nord (-14,3 pour cent pour Norrbotten, -7,4 pour cent pour Jämtland-Härjedalen). En revanche, Västerbotten a connu un taux de variation positif de 8,6 pour cent (figure 4). Le comté de Dalarna montre également une forte régression du nombre de centres de soins primaires pour 10 000 habitants.

Figure 4 : Taux de variation du nombre de centres de soins primaires pour 10 000 habitants entre la période précédant la réforme et 2015

Sources : Lantmäteriet GSDTM, Sveriges Kommuner och Landsting – SKL (2016)

- 19 Riksrevisionen (2014) a également examiné plus précisément comment le niveau socio-économique (CNI) et les besoins de soins (ACG), dans 8 500 secteurs géographiques, ont affecté le développement du nombre de centres de santé dans ces zones géographiques. L'analyse¹⁹ montre que la création de centres de santé a surtout eu lieu dans des zones densément peuplées, avec un revenu moyen élevé, une forte proportion de personnes très instruites et/ou un faible pourcentage de personnes de plus de 70 ans. Les secteurs géographiques où la situation ne s'est pas améliorée, voire s'est détériorée, sont ceux où les besoins de soins attendus sont élevés et / ou les ménages sont caractérisés par un faible revenu.
- 20 L'hypothèse selon laquelle la compensation supplémentaire pour l'établissement des centres de santé, dans les territoires avec une part importante des patients ayant de forts besoins de soins, permettrait d'attirer des nouveaux centres (y compris privés) ne semble donc pas se vérifier. De nombreuses études portant sur l'efficacité des incitations financières pour attirer des praticiens dans des zones déficitaires montrent la faible efficacité de ce type d'instrument pour réduire les inégalités d'accès à la médecine sur un territoire. Pour exemple, une enquête auprès de jeunes médecins généralistes, en Bretagne, montre que l'incitation financière à l'installation en milieu

rural n'est jamais considérée comme de nature à orienter un choix, notamment parce qu'elle ne concerne que l'activité professionnelle, alors que le choix d'installation est aussi un choix de mode de vie (Levasseur et Schweyer, 2004).

- 21 Cette difficulté de maintenir une répartition équitable des centres de soins primaires dans certains territoires explique, en partie, pourquoi d'autres stratégies se sont développées pour réduire les inégalités entre les territoires, en termes d'accès aux soins.

Vers des solutions de consultation et de soin de santé à distance

- 22 La consultation et les soins à distance existent depuis le début des années 1970 en Suède. Leur pratique s'est amplifiée pendant les années 90, grâce au développement technologique (Bergström, 2015) et un très bon réseau internet ²⁰. En 2006, la première stratégie nationale de l'e-santé ²¹ a été formulée par le gouvernement. Elle a été mise à jour en 2010, puis en 2016. L'objectif affiché est double. D'abord, il s'agit d'atteindre une égalité d'accès aux soins, qui signifie que tous les résidents ont un droit égal à une bonne santé, sans distinction de sexe, niveau socio-économique ou lieu d'habitation. Ensuite, est soulignée la nécessité d'un système de soin efficace, face à l'augmentation des besoins liée au vieillissement de la population, en particulier, et des besoins futurs en matière de soins de santé (Regeringen, 2016).
- 23 Les effets de cette stratégie sont très visibles. En Suède, tous les comtés utilisent aujourd'hui des solutions de santé à distance, mais elles sont particulièrement développées et innovantes dans les communes de l'arrière-pays des comtés de Västerbotten et Jämtland-Härjedalen.

Des consultations par téléphone ou par internet pour remplacer une visite médicale

- 24 En 2006, le numéro de téléphone unique des centres de consultation de santé suédois a été mis en service (1177 *Vårdguiden* ²²). L'idée était de proposer aux citoyens un numéro à appeler à n'importe quelle heure, pour avoir des conseils de santé d'une infirmière ²³, sur le même principe que le 112 pour une urgence. Depuis 2010, tous les comtés sont connectés à ce service, qui fait partie intégrante de l'offre de soins.
- 25 De très nombreuses consultations téléphoniques sont également effectuées directement par les centres de soins primaires. En ne comptabilisant que les contacts téléphoniques ayant remplacé une visite médicale sur place, on compte 15 millions de consultations par téléphone en 2015 en Suède (1,6 contacts par habitant). Le plus grand nombre de contacts téléphoniques est en soins infirmiers. Ce sont aussi ces consultations qui se développent le plus (figure 5 et tableau 1).

Figure 5 : Evolution du nombre de consultations téléphoniques par habitant avec un médecin ou une infirmière, dans le cadre de soins de santé primaires (ensemble de la Suède)

Source : Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), statistik om hälso-och sjukvård samt regional utveckling, 2011-2015

Tableau 1 : Nombre de visites médicales par habitant par mode de consultation 2011-2015

Forme de consultation	2011	2012	2013	2014	2015	Taux de variation en % entre 2011-2015
Visites médicales (y compris soins ambulatoires)						
de soins primaires	1,57	1,55	1,54	1,51	1,49	-4,8
de soins spécialisés (hors psychiatrie)	1,27	1,27	1,27	1,28	1,28	0,8
Visites à domicile	0,04	0,04	0,05	0,05	0,05	20,0
Consultations téléphoniques						
avec un médecin	0,40	0,41	0,43	0,42	0,46	14,6
avec une infirmière	0,89	0,92	1,05	1,11	1,19	34,9

Source : Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), statistik om hälso-och sjukvård samt regional utveckling, 2011-2015

- 26 Dans les soins de santé primaires, il devient donc plus en plus fréquent qu'un contact téléphonique remplace une visite médicale classique (tableau 1). Contrairement à ce que l'on pourrait penser, compte tenu des distances aux centres de soins primaires, il n'y a pas de surreprésentation des consultations par téléphone par habitant dans l'ensemble des comtés du Nord. Seulement Norrbotten et Västerbotten avec 2,1 et 1,9 appels par habitant se situent au-dessus de la moyenne nationale, mais c'est également le cas aussi d'autres comtés dans le Sud comme à Blekinge ou Örebro. A Stockholm il n'y a que 0,3 appels à une infirmière par habitant en 2015.
- 27 Les visites médicales à distance peuvent avoir pour effet une réduction de l'accès aux soins pour des populations particulièrement vulnérables et isolées qui, pour des questions culturelles, sociales ou liées à leur état de santé, ne consultent pas facilement les médecins. Les statistiques de santé suédoises ne permettent pas de déterminer dans

quelle mesure certaines catégories de population sont plus concernées par cette progression des consultations à distance. Or, il est intéressant de souligner que, si les visites téléphoniques se sont développées, les visites à domicile ont également progressées, en passant de 0,04 à 0,05 visites par habitant (tableau 1). Ces visites revêtent une importance particulière pour les populations vulnérables.

- 28 Parallèlement au service téléphonique, les conseils de comté et les régions ont développé un service internet national, *1177.se*, qui a été généralisé à l'ensemble du pays en 2015. Sur cette plateforme, les citoyens peuvent, par exemple, prendre un rendez-vous médical, renouveler les prescriptions de médicaments et obtenir des résultats d'examen médicaux. En 2009, plus de la moitié des ordonnances suédoises étaient des ordonnances électroniques (Björnberg, Cebolla Garrofé, & Lindblad, 2009).

Un développement de consultations et de soins virtuels

- 29 La Suède et d'autres pays dotés de territoires faiblement peuplés, comme la Norvège, l'Australie et le Canada, ont exploré et utilisé depuis longtemps des solutions de télémédecine²⁴. Leur but est de réduire les déplacements des patients et du personnel de soin, en particulier celui des remplaçants, et donc les coûts²⁵ (Groth et al., 2014). Les perspectives démographiques des comtés septentrionaux expliquent le développement récent de nouvelles pratiques médicales permettant de maintenir l'accès aux soins dans ces territoires. Ainsi, en 2014, l'Association régionale des conseils de comté du Nord a décidé de développer la médecine rurale en favorisant les solutions à distance (Norrländstingens regionförbund, 2015). Les objectifs sont de trouver des moyens d'offrir une accessibilité aux soins équivalente à tous les habitants dans les territoires très peu peuplés et rendre le système de soins plus efficace à coût constant. Parmi les comtés suédois, celui de Västerbotten est particulièrement en avance et il est aujourd'hui à la pointe dans le développement et l'utilisation de la télémédecine, tant au niveau national et qu'international (Bergström, 2014 ; Roberts et al., 2010).
- 30 La télémédecine, qui est utilisée à la fois pour le diagnostic et le traitement d'une pathologie, a d'abord été développée pour réduire les inégalités d'accès aux soins, en offrant, en particulier, la possibilité de soins de spécialistes à distance (en dermatologie, par exemple) dans des zones où ce type de soin est difficilement accessible (Groth et al., 2014) mais, depuis peu, les soins de santé primaires à distance se développent également. Les consultations se font par l'intermédiaire d'interfaces numériques (vidéo, smartphone ou tablette) et la surveillance, ou les examens à distance, par un moniteur médical sans fil ou par un capteur à distance. Le professionnel de santé peut ainsi recueillir les données des patients de différentes manières et ensuite livrer le diagnostic et le traitement au patient.
- 31 Pour exemple, en 2013, on comptabilisait 200 équipements de visioconférence²⁶ pour l'ensemble des activités de soins dans les unités de soins du comté de Västerbotten, ce qui inclut non seulement les séances de consultation avec un patient, mais également les réunions de coordination de soins entre les équipes, dans différentes unités de soins du comté²⁷ (Molén, 2013). On constate une augmentation très significative de cette pratique sur entre 2008 et 2013 avec une augmentation de 200 pour cent (figure 6). Le conseil de comté de Västerbotten estime que la consultation via un lien vidéo concerne environ 500 patients par an (Dybäck & Hall, 2014). Pour avoir un ordre de grandeur du phénomène, on observe une utilisation moyenne de 2,3²⁸ heures par personnel

soignant sur la totalité de l'année 2012 dans ce comté. Rapporté au nombre total d'habitants du comté, cela correspond à environ 5 minutes par personne. Pour développer l'utilisation des vidéoconférences, les conseils des comtés de Stockholm et de Västerbotten expérimentent actuellement la possibilité d'utiliser le service *1177.se*, notamment pour les consultations virtuelles de soins de santé à partir du domicile du patient ²⁹.

Figure 6 : Evolution du nombre d'heures de visioconférences pour l'ensemble des activités de soins de santé dans le comté de Västerbotten, entre 2008 et 2012

Source : d'après Molén, 2013

Différents lieux de consultation à distance

- 32 La consultation à distance peut avoir lieu à domicile, dans un centre de soins primaires local ou dans un environnement de soins de santé non traditionnel, comme un lieu créé spécifiquement à cette fin.
- 33 La surveillance à distance, au domicile du patient, de paramètres physiologiques devant être contrôlés en continu est une innovation récente, développée par le conseil du comté de Västerbotten, en collaboration avec une entreprise locale (Roberts et al., 2010). Un équipement portable de surveillance de l'état de santé du patient est utilisé pour prendre des mesures physiologiques (électrocardiogramme, spirométrie, oxymétrie de pouls, mesure de pouls et de pression artérielle, par exemple). Des traitements, comme les dialyses ou des chimiothérapies, peuvent être effectués également à domicile à distance. Dans ce cas, le patient est en contact avec un médecin ou une infirmière par vidéo pendant le traitement.
- 34 Une étude de 2014 de Dybäck et Hall, menée auprès de dix comtés, montre que Västerbotten surtout, mais aussi Norrbotten, sont très en avance dans le domaine des soins proposés à domicile à distance. Quinze différents types de consultations sont possibles dans Västerbotten et neuf à Norrbotten (tableau 2). A titre d'exemple, on peut mentionner l'aide à la dialyse à domicile, l'aide à l'allaitement, la surveillance de la santé par mesures à domicile ou la réhabilitation fonctionnelle de l'épaule.

Tableau 2 : Domaines et techniques médicaux dans lesquels les consultations et soins sont proposés à domicile dans dix comtés

Landsting/région	Nombre de domaines/techniques	Exemples de domaines/techniques
Landstinget Västernorrland	3	Dialyse , échographie , électrocardiogramme
Norrbottens läns landsting	9	Dermatologie, Echographie, réhabilitation fonctionnelle
Region Jämtland-Härjedalen	2	Aide à l'allaitement, réhabilitation fonctionnelle
Västerbottens läns landsting	15	Echographie, dialyse, rhumatologie, logopédie, réhabilitation fonctionnelle, psychiatrie d'enfants et d'adolescents, thérapie cognitivo-comportementale
Landstinget Dalarna	6	Mesure du taux de glycémie, dialyse, électrocardiogramme, thérapie cognitivo-comportementale
Uppsala läns landsting	7	Soins de brûlures, dermatologie, psychiatrie d'enfants et d'adolescents
Region Kronoberg	4	Echographie, thérapie cognitivo-comportementale
Region Skåne	3	Dermatologie
Region Örebro län	6	Thérapie cognitivo-comportementale, dermatologie, réhabilitation fonctionnelle
Stockholms läns landsting	4	Réhabilitation fonctionnelle

- 35 En 2013, dans le comté de Västerbotten, une nouvelle forme d'unité de soins à distance a été mise en place. A Slussfors, à 60 km nord-ouest de Storuman (figure 7), a été installée la première salle de soins virtuels hors le milieu traditionnel de santé, en l'occurrence dans une école. En 2015, un deuxième centre a été ouvert à Gällö (le comté de Jämtland-Härjedalen) dans une maison de retraite. Ces centres, ouverts de 8 heures à 20 heures, sont sans présence humaine. Ils offrent la possibilité aux patients d'une communication vidéo avec médecin ou une infirmière d'un centre de soins primaires ou avec un médecin à l'hôpital. Les salles sont équipées d'appareils permettant l'auto-mesure (par exemple, de la pression artérielle, de la capacité pulmonaire ou de l'activité électrique du cœur) qui sont reliés au système numérique des dossiers médicaux des patients via un serveur central. Ils permettent ainsi au médecin un accès à ces dossiers et aux résultats des mesures faites par le patient lui-même.
- 36 Depuis 2014, quatre centres de soins primaires de Västerbotten (Vilhelmina, Malå, Storuman och Sorsele) se sont dotés d'une salle de consultation équipée de matériel pour les visioconférences et d'instruments de mesures ³⁰ (figure 7). Ces centres virtuels intégrés dans les centres de soins primaires ont pour objectif principal de permettre une consultation à distance avec un médecin spécialiste, dans un des hôpitaux régionaux ou un CHU. Les centres de soins de Vilhelmina, Malå och Sorsele partagent les coûts pour financer un poste de médecin à distance à l'hôpital d'Umeå. Le patient est accompagné, pendant la plupart du temps de la consultation, par une infirmière qui effectue les examens nécessaires (Västerbottens läns landsting, 2016).
- 37 Dans le Nord, certains patients évitent environ 700 kilomètres de déplacement pour une seule visite à l'hôpital, grâce à ce système. L'offre de soins à distance et les équipements sur place pour une consultation virtuelle avec un médecin spécialiste peut remplacer un aller-retour à l'hôpital régional à Umeå.

l'hôpital. Hormis ces centres virtuels, ce comté compte 7 centres de soins primaires privés et 32 centres publics. Compte tenu de la superficie du comté, ce nombre est très faible, puisqu'il correspond à 0,6 centres primaires seulement par mille kilomètres carrés. La prise en charge médicale spécialisée est localisée dans les hôpitaux régionaux, à Skellefteå et à Lycksele, et dans l'hôpital universitaire de Norrland (NUS), à Umeå (figure 7).

- 41 La distance euclidienne a été utilisée pour évaluer l'effet de l'implantation de centres virtuels sur l'accès aux soins des spécialistes des hôpitaux ³² pour les habitants du comté de Västerbotten. La distance euclidienne est une mesure simplifiée de la distance réellement parcourue par les habitants et, plus encore, de la distance temps. Elle permet d'obtenir un ordre de grandeur de l'effet de l'implantation de ces unités dans l'accès à certains types de soins dispensés dans les hôpitaux. Pour estimer ces distances, nous avons d'abord réparti la population du comté sur le territoire en fonction de la localisation des agglomérations et des villages de plus de 20 habitants ³³. La population non agglomérée dans le comté a été ensuite rattachée aux maisons individuelles géolocalisées ³⁴. Nous avons, enfin, calculé le nombre d'habitants domiciliés à plus de 20, 50, 100 et 200 kilomètres d'un centre permettant d'accéder à des soins de spécialistes à l'hôpital. Ce calcul a été effectué sans, puis avec l'accès à l'hôpital par un centre virtuel (tableau 3).

Tableau 3 : Effet des centres virtuels sur l'accès aux soins spécialisés dans le comté de Västerbotten.

Distance euclidienne	Sans les centres virtuels		Avec les centres virtuels	
	Nombre d'habitants dont la distance est supérieure à celle indiquée	Part des habitants (en %)	Nombre d'habitants dont la distance est supérieure à celle indiquée	Part des habitants (en %)
20 km	109589	39,8	85695	31,1
50 km	66032	24,0	30256	11,0
100 km	28423	10,3	12674	4,6
200 km	15004	5,5	0	-

Sources des données brutes : SCB 2016 et Lantmäteriet GSD TM, 2016

- 42 L'implantation des sept centres virtuels, permet de réduire de façon significative la distance entre les habitants et les centres permettant l'accès à une consultation avec un médecin spécialiste. 24 pour cent de la population est localisé à plus de 50 kilomètres d'un hôpital du comté et 10 pour cent à plus de 100 kilomètres. Enfin, 5,5 pour cent à plus de 200 kilomètres à vol d'oiseau (tableau 3). La répartition des centres virtuels est très régulière dans l'arrière-pays et permet de rapprocher une part non négligeable de la population des lieux de consultations spécialistes, puisque « seulement » 4,6 pour cent habite à plus de 100 kilomètres d'un de ces lieux de consultation.
- 43 Les choix d'implantation de ces centres, induit une modification de la structure spatiale de l'offre de soins qui répond mieux à la répartition des populations sur le territoire. Ils permettent d'améliorer la situation en termes strictes de l'accès aux soins spécialistes. Même si des visites médicales dans ces centres ne peuvent pas se substituer complètement aux visites dans les hôpitaux, elles permettent de remplacer un grand nombre de ces visites. Le conseil de comté de Västerbotten a fait un calcul montrant que des soins effectués à distance, à domicile et à partir des centres virtuels, ont réduit

les déplacements liés à la santé d'un total de 8 987 000 kilomètres sur l'année 2013 (Västerbottens läns landsting, s.d.).

Un intérêt certain de l'offre de soins virtuels pour le Nord de la Suède

- 44 L'objectif des consultations et soins à distance n'est pas de remplacer l'offre de soins traditionnelle, mais de compléter le service des unités de soins traditionnels, qu'il s'agisse d'unités de soins primaires ou de soins de spécialistes.
- 45 Certains avantages des soins à distance pour les comtés du Nord de la Suède sont avérés. Il y a des avantages très concrets, comme l'accessibilité améliorée pour les patients et la réduction des coûts des comtés pour les transports domicile-lieu de soins des patients et des médecins remplaçants. La télémédecine permet aussi de faire face aux conditions de déplacement rendues parfois difficiles par une infrastructure de transport collectif faible et des conditions météorologiques pouvant être critiques. Par ailleurs, le gain de temps peut apporter indirectement une amélioration de la qualité de vie du patient (Molén, 2013). Le temps, qui était auparavant voué au déplacement, peut être consacré à la réhabilitation et la récupération (Västerbottens läns landsting, s. d.). Örn (2002) souligne aussi que le temps d'attente pour un rendez-vous peut être réduit pour un type de consultation qui augmente les chances d'un diagnostic correct effectué à un stade précoce.
- 46 Cela entraîne une réduction des coûts, si le traitement approprié peut être lancé immédiatement. Groth et al. (2014) soulignent que, dans le cas des consultations à distance au domicile, la qualité des soins peut augmenter, puisque le fait de rester dans un environnement familial, réduit le stress pour le patient.
- 47 En revanche, plus de recul est nécessaire pour pouvoir évaluer l'effet de ces solutions à distance sur la réduction des inégalités d'accès, et pas seulement d'accessibilité, aux soins de santé des populations. La question des effets sur l'accès aux soins des populations les plus vulnérables (âgées ou isolées, peu informées) et éloignées des centres de soins de santé est à ce titre fondamentale, puisqu'il y a un risque qu'une partie de cette population soit exclue de ces nouveaux dispositifs. Une étude des caractéristiques et les lieux de vie des populations qui ont recours à des soins à distances serait éclairante.
- 48 Pour donner un aperçu de la façon dont les soins à distance sont perçus par la population suédoise, on peut citer un travail de recherche portant sur 47 patients ayant subi une intervention orthophonique par télémédecine, dans le comté de Västerbotten en 2005 (Kristoffersson & Lindberg, 2006). Les patients semblent généralement très satisfaits, puisque 82 pour cent d'entre eux ont donné un score supérieur à 3, sur 4 possibles, dans leur évaluation des différents aspects du traitement à distance. Quelques critiques ont été formulées sur le caractère impersonnel et froid des séances de traitements à distance et plusieurs personnes ont souligné que la télémédecine était une option intéressante, mais ne valant pas un traitement face à face avec le médecin. De la même façon, la population suédoise perçoit généralement plutôt bien les soins à distance. Une enquête de 2015 auprès de 1 043 suédois de 18-75 ans (PWC, 2015) montre un accueil globalement positif au développement des soins à distance. Plus de 40 pour cent des répondants se disent prêts à choisir une formule virtuelle plutôt que traditionnelle et 74 pour cent accepterait une surveillance à domicile par électrocardiogramme.

- 49 Enfin, un avantage non négligeable est que la réduction des déplacements réduit la production de gaz à effet de serre et globalement l'impact environnemental. Les réductions des effets environnementaux sont particulièrement importantes dans les territoires très faiblement peuplés. Holmner, Ebi, Lazuardi, & Nilsson (2014) soulignent que des calculs établissent que les émissions de dioxyde de carbone de quelques kilomètres de déplacements par voiture sont supérieures à celles liées à une heure de consultation vidéo. Ils concluent que la télémédecine est une solution intéressante pour contribuer à la réduction de la pollution, même en milieu urbain (Holmner, Ebi, Lazuardi, & Nilsson, 2014).
- 50 Or, s'il y a un certain consensus pour dire que la télémédecine est un moyen d'améliorer l'accès aux soins des populations rurales, il y a aussi des chercheurs qui ne sont pas d'accord et qui font valoir que la télémédecine peut accroître les inégalités existantes de l'accès aux soins de santé (Nicolini, 2006). Le risque est que les populations vulnérables avec des besoins de soins importants (personnes âgées, populations socialement isolées et peu informées sur les infrastructures, populations précaires, personnes souffrant de troubles psychiques) soient davantage disposées à renoncer à certains soins de santé, qu'à s'orienter vers ces nouveaux dispositifs. La question de l'adoption potentielle de ces dispositifs à distance par la population la plus vulnérable est donc particulièrement intéressante. Elle est très partiellement abordée dans l'enquête de 2015 (PWC), à travers les réponses aux questions de la population de 55 à 75 ans. Ce groupe, malgré son hétérogénéité inhérente, se distingue des populations plus jeunes par sa position vis-à-vis de la médecine virtuelle. Dans les groupes de 18 à 34 ans et de 35 à 54 ans, plus de 45 pour cent a répondu qu'il est important de maintenir la qualité des soins, si on introduit des solutions de soins virtuels, tandis que les personnes de plus de 55 ans répondent que c'est avant tout le contact personnel avec les professionnels de santé qui est important (31 pour cent), et presque autant, 31 pour cent, a répondu que le plus important est le maintien de la qualité des soins. Ces résultats suggèrent que le développement de ces nouveaux dispositifs pourrait aboutir à une dégradation de l'accès aux soins de santé pour certains groupes de la population.
- 51 Les arguments en sont que la télémédecine peut être utilisée comme un alibi pour réduire localement les investissements dans les services de soins. De ce point de vue, il y aurait un risque que la population d'un pays soit divisée en deux parties : celle qui a un accès facile aux médecins et aux consultations face à face et celle qui doit se contenter de consultations virtuelles. Pour Nicolini (2006), les tendances au développement de la télémédecine conduisent à une centralisation financière et professionnelle plus forte du système de soins. Vu sous cet angle, la télémédecine peut être suspectée de contredire le principe fondateur de la politique suédoise qui est une recherche d'équité universelle dans l'accès aux soins. La stratégie suédoise actuelle d'accès aux soins et de télémédecine ne laisse pas penser que ces centres virtuels vont remplacer des centres existants. Il est néanmoins important de souligner que les unités de soins locaux jouent un rôle particulièrement important dans les territoires éloignés des centres urbains. Substituer certains par des centres virtuels serait dommageable sur le plan humain et social. En effet, (Shaerström, Rämgård, & Löfman, 2011) constatent que la population rurale est plus vulnérable parce que le sentiment de sécurité et d'appartenance des habitants est souvent lié au système de soins de santé local.

Conclusion

- 52 Parallèlement au système de compensation, variable d'un comté à l'autre, pour maintenir une accessibilité équitable aux soins, des solutions destinées à réduire les coûts sont en cours de développement. Les enjeux économiques et organisationnels, fondés notamment sur la nécessité de la prise en charge des déplacements de certains patients et des médecins remplaçants, s'ajoutent à l'argument de l'accessibilité, pour expliquer le développement de cette médecine à distance en Suède et, en particulier, dans les comtés septentrionaux.
- 53 On observe un véritable pragmatisme et une attitude que l'on pourrait qualifier de résiliente chez les décideurs suédois, avec une recherche systématique de l'équité de l'accès aux soins de santé, (primaires en particulier) et de l'efficacité du système de soins, pour faire face aux tendances actuelles de vieillissement de la population et de stagnation des budgets. La réactivité et la capacité d'adaptation du système se traduisent par la recherche continue de nouvelles pratiques de soins et d'expérimentations.
- 54 Les acteurs institutionnels à tous les niveaux d'organisation, autant que les citoyens, semblent adopter un comportement résilient face aux modifications de la structure de la population, à l'évolution des besoins de soins liée au vieillissement de la population, à l'augmentation des maladies chroniques et aux changements plus spécifiquement sociétaux, dont l'utilisation croissante des TIC. Le cas des conseils de comté du Nord montre que cette adaptation dépend d'une collaboration entre des acteurs politiques, administratifs, scientifiques et économiques. Si ce travail se manifeste surtout aux niveaux régional et local, il profite aussi d'une conjoncture favorable, les stratégies nationales et européenne de santé publique poussant clairement à la mise en œuvre de pratiques innovantes.
- 55 Pour terminer, citons un des porteurs du projet du développement des centres virtuels de soins dans le comté de Västerbotten. Peter Berggren, médecin et directeur du Centre national de recherche sur la médecine rurale ³⁵ affiche sa fierté de porter l'innovation dans l'administration des soins. Il considère que c'est une chance, pour les comtés du Nord de la Suède, d'être un laboratoire grandeur nature pour expérimenter des solutions durables sur un plan à la fois social, économique et environnemental, auprès des populations vieillissantes de territoires en voie de dépeuplement (Mirsch, 2013).

BIBLIOGRAPHIE

ANDERSSON, F., JANLÖV, N., & REHNBERG, C., 2014, *Konkurrens, kontrakt och kvalitet: hälso-och sjukvård i privat regi*. Stockholm: Finansdepartementet, Regeringskansliet : Fritze [distributör].

- ANELL, A., HÄGER GLENNGÅRD, A., & MERKUS, S., 2012, *Sweden: health system review* (Health systems in transition No. Vol 5, n° 2) (p. 187). OCDE. Consulté à l'adresse http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/164096/e96455.pdf
- BERGSTRÖM, S., 2014, *Telemedicin i Västerbottens läns landsting. Diffusion och kartläggning av telemedicin ur ett geografiskt perspektiv* (Mémoire master 2). Umeå universitet, Umeå.
- BJÖRNBERG, A., CEBOLLA GARROFÉ, B., & LINDBLAD, S., 2009, *Euro Health Consumer Index 2009. Report*. Health Consumer Powerhouse. Consulté à l'adresse <http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2009-090925-final-with-cover.pdf>
- BOURGUEIL, Y., MAREK, A., & MOUSQUES, J., 2009, La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français. *Santé publique*, 21 (hs1), 27–38.
- CLEMENT, M.-C., COURALET, P.-E., MOUSQUES, J., PIERRE, A., & BOURGUEIL, Y., 2009, Les maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux. *Santé publique*, 21 (hs1), 79–90.
- DYBÄCK, M., & HALL, R., 2014, *Kartläggning av Sveriges landstings användning av telemedicin* (Mémoire master 2). Kungliga Tekniska Högskolan, Stockholm.
- GLENNGÅRD, A., 2015, *Primärvården efter vårdvalsreformen: valfrihet, kvalitet och produktivitet*. Stockholm: SNS Förlag.
- GLSBYGDSVERKET, 2002, *Glesbygdsvärdets Årsbok* (p. 192). Stockholm. Consulté à l'adresse <https://www.tillvaxtanalys.se/download/18.4258ed2314e1fb3261235fee/1435230953462/arsbok-2002-02.pdf>
- GROTH, K., ALGERS, G., ARNELO, U., ELIASSON, G., LARSSON, J., & MOLÉN, T., 2014, Telemedicine leads to increased patient benefit. *Läkartidningen*, 111 (43), 1898-1900.
- HEALTH CONSUMER POWERHOUSE, 2015, *Euro health consumer index 2015*. Health Consumer Powerhouse.
- HOLMNER, Å., EBI, K. L., LAZUARDI, L., & NILSSON, M., 2014, Carbon Footprint of Telemedicine Solutions-Unexplored Opportunity for Reducing Carbon Emissions in the Health Sector. *PloS one*, 9 (9), e105040.
- INERA (s. d.). Sjunet – kvalitetssäkrat kommunikationsnät. Consulté à l'adresse <http://www.inera.se/TJANSTER--PROJEKT/Sjunet/>
- ISAKSSON, D., BLOMQVIST, P., & WINBLAD, U., 2016, Free establishment of primary health care providers: effects on geographical equity. *BMC Health Services Research*, 16, 1-10. <http://doi.org/10.1186/s12913-016-1259-z>
- KALMAR LÄNS LANDSTING, 2016, *Utredningsuppdrag 16/05 Se över förutsättningarna för införandet av en digital hälsocentral* (No. Diarienummer 160290). Kalmar: Kalmar läns landsting.
- KONKURRENSVERKET, 2014, *Etablering och konkurrens bland vårdcentraler – om kvalitetsdriven konkurrens och ekonomiska villkor* (p. 120). Stockholm: Konkurrensverket. Consulté à l'adresse http://www.konkurrensverket.se/globalassets/publikationer/rapporter/rapport_2014-2.pdf
- KRISTOFFERSSON, M., & LINDBERG, M., 2006, *Patientnöjdhet vid logopedisk behandling via telemedicin* (Mémoire master 2). Umeå universitet, Institutionen för klinisk vetenskap, Umeå.
- LAMARCHE, P. A., BEAULIEU, M.-D., & PINEAULT, R., 2003, *Choices for change: the path for restructuring primary healthcare services in Canada*. Canadian Health Services Research Foundation.

- LEVASSEUR, G., & SCHWEYER, F.-X., 2004, Profil et devenir des jeunes médecins généralistes en Bretagne. Les dossiers de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie Bretagne, 22, 1–20.
- MIRSCH, H., 2013, Specialister på glesbygd. *Vårdfokus*. Consulté à l'adresse <https://www.vardfokus.se/tidningen/2013/nr-5-2013-5/specialister-pa-glesbygd>
- MOLEN, T., 2013, Vård på distans i Västerbottens läns landsting. Consulté à l'adresse <http://www.norrlandstingen.se/wp-content/uploads/2013/05/Vård-på-distans-i-Norra-regionen-Thomas-Molén.pdf>
- NICOLINI, D., 2006, The work to make telemedicine work: A social and articulative view. *Social Science & Medicine*, 62 (11), 2754–2767. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.11.001>
- NORRLANDSTINGENS REGIONFÖRBUND, 2015, ÅRSREDOVISNING 2015 för Norrlandstingens regionförbund (No. Dnr 003/16) (p. 23). Norrlandstingens regionförbund. Consulté à l'adresse <http://www.norrlandstingen.se/wp-content/uploads/2016/03/Arsredovisning-2015-version-1.0.pdf>
- OECD, & EU, 2014, Health at a Glance: Europe 2014. OECD Publishing. Consulté à l'adresse http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2014_health_glance_eur-2014-en
- OR, Z., & COM-RUELLE, L., 2008, La qualité de soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? *Journal d'économie médicale*, me 26 (6), 371–385.
- ÖRN, P., 2002, Telemedicin kan vara räddningen för mindre sjukhus. *Läkartidningen*, 99 (47), 4710.
- PALIER, B. (2017). *La réforme des systèmes de santé*. Paris : Presses universitaires de France.
- PALIER, B., 2006, *Hälso-och sjukvårdens reformer*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- PETTERSSON, S., & JAKTLUND, Å., 2013, *Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning. Öppna jämförelser mellan landsting och driftsformer av primärvårdens försörjning av specialistläkare* (p. 57). Stockholm: Sveriges läkarförbund. Consulté à l'adresse https://www.slf.se/Pages/62655/Primärvårdens_läkarbemanning_rapport_mars2013.pdf
- PWC, 2015, Digitala doktorn kan komma. Hur redo är Sverige för digital och virtuell vård? PWC. Consulté à l'adresse <https://www.pwc.se/sv/halso-sjukvard/assets/digitala-doktorn-kan-komma-ver3.pdf>
- REGERINGEN, 2008, Regeringens proposition 2008/09:74 Vårdval i primärvården, Hälso-och sjukvårdslagen
- REGERINGEN, 2016, *Vision e-hälsa 2025. Gemensamma utgångspunkter för digitalisering i socialtjänst och hälso-och sjukvård* (p. 16). Stockholm: Regeringen. Consulté à l'adresse <http://www.regeringen.se/contentassets/79df147f5b194554bf401dd88e89b791/vision-e-halsa-2025.pdf>
- RIKSREVISIONEN, 2014, *Primärvårdens styrning: efter behov eller förfrågan?* Stockholm: Riksrevisionen Sverige.
- ROBERTS, A., REPONEN, J., PESOLA, U.-M., WATERWORTH, E., LARSEN, F., MÄKINIEMI, M., others., 2010, Transnational comparison: a retrospective study on e-health in sparsely populated areas of the Northern Periphery. *Telemedicine and e-Health*, 16 (10), 1053–1059.
- SALTMAN, R. B., & BERGMAN, S.-E., 2005, Renovating the commons: Swedish health care reforms in perspective. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30 (1-2), 253–276.

SHAERSTRÖM, S., RÅMGÅRD, M., & LÖFMAN, O., 2011, Hälsans och ohälsans landskap: från medicinsk geografi till hälsogeografi. Studentlitteratur. Consulté à l'adresse <http://dspace.mah.se/handle/2043/14039>

STARFIELD, B., 2012, Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. *Gaceta sanitaria*, 26, 20–26.

STATISTISKA CENTRALBYRÅN., 2012, *Sveriges framtida befolkning 2012-2060*. Stockholm: Statistiska centralbyrån – SCB. Consulté à l'adresse http://www.scb.se/statistik/_publikationer/BE0401_2012I60_BR_BE51BR1202.pdf

SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING, 2015, *Svensk sjukvård i internationell jämförelse*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting. Consulté à l'adresse <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-363-6.pdf>

VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING, 2016, I första linjen. Hälso-och sjukvård i Västerbottens län. Västerbottens läns landsting. Consulté à l'adresse <http://docplayer.se/7616039-I-forsta-linjen-halso-och-sjukvard-i-vasterbottens-lan-minisjukhus-klarar-varden-i-glesbygd-for-halva-sverige.html>

VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING. (s. d.). Telemedicin ger ökad delaktighet. Consulté 3 juillet 2016, à l'adresse http://www.mynewsdesk.com/se/vasterbottens_lans_landsting/news/telemedicin-ger-oekad-delaktighet-79930

WINBLAD, U., ISAKSSON, D., & BERGMAN, P., 2012, *Effekter av valfrihet inom hälso-och sjukvård: en kartläggning av kunskapsläget*. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.

NOTES

1. Cette réforme a été implémentée par certains conseils de comtés de façon volontaire entre 2007 et 2010, mais sera ici mentionnée comme la réforme de 2010 ou simplement son abréviation LOV.

2. Traduit en français : « la réforme du choix du soin de santé ».

3. A travers une garantie de soins visant à améliorer l'accès, des limites maximales d'attentes ont également été fixées.

4. Statistiska Centralbyrån – l'office statistique national.

5. Dans cet article l'accessibilité est entendue dans le sens d'Or & Com-Ruelle, 2008) « L'accessibilité est la facilité avec laquelle on accède aux bons services de santé au bon moment. L'accès peut être vu sous l'angle géographique, financier ou socio-psychologique, et exige que les services de santé soient a priori disponibles. L'équité est une dimension étroitement liée à l'accès et à la capacité d'un système de santé à traiter de manière juste toutes les personnes concernées, indépendamment de leur âge, de leur sexe, de leur race et de leurs ressources financières. » (p. 32)

6. Administrativement, il s'agit en 2016 de 12 conseils de comtés et 9 régions qui couvrent la totalité du pays. Dans le cadre de cet article l'ensemble des 21 entités ils seront appelées conseils de comtés ou comtés.

7. Le système de soins est principalement financé par l'impôt des conseils de comté et des municipalités, les frais des patients ne couvrent que quelques pourcents des recettes totales (Sveriges kommuner och landsting, 2015).

8. Base de données SKL 2016

9. Un choix qui existait dans une certaine mesure avant la réforme dans quelques comtés.

10. Base de données SKL 2016

11. En 2012 dans les plus de 1 100 unités de soins primaires il y avait un peu plus de 4000 temps pleins de médecins dont 5 % étaient des spécialistes (pédiatres, gériatres, gynécologues ou autre) (source : Pettersson & Jaktlund, 2013)

12. SFS 1982:763. Hälso-och sjukvårdslag

13. SFS 1995:1645. Förordning om utjämningsbidrag och utjämningsavgift för kommuner och landsting

14. La capitation correspond au cas où le centre de soin perçoit une somme forfaitaire par patient inscrit sur sa liste, indépendamment du volume de soins qui sera prodigué.

15. ACG : utilisés pour décrire les besoins en matière de soins primaires anticipés sur la base du diagnostics qu'une personne a reçus au cours d'une période de temps, habituellement 12 à 24 mois, ajustés pour âge et le sexe. L'information des diagnostics est obtenue à partir des registres d'hospitalisation et de consultation en ambulatoire. L'indice est fixé par rapport à la durée, la gravité, le diagnostic et la cause de la maladie.

16. CNI : utilisé pour décrire le risque de maladie associé aux facteurs socio-économiques d'une population. Sept variables sont prises en compte : le chômage, le nombre d'enfants de moins de 5 ans, nés à l'extérieur UE, parents seuls avec enfants de moins de 17 ans, les personnes seules de plus de 65 ans, avoir emménagé pendant l'année écoulée, faible niveau d'éducation.

17. Il y a un certain biais des résultats lié à la surreprésentation de centres plus grands dans certains comtés (notamment les régions les plus urbaines Västra Götaland, Skåne et Stockholm).

18. Avant la réforme se réfère à des moments différents dans chaque comté/région. LOV a été introduit à Halland en 2007, en Västmanland et Stockholm en 2008, en Skåne, Uppsala, Kronoberg, Östergötland et Västra Götaland en 2009 et dans les conseils de comté restants en 2010.

19. Une régression linéaire.

20. En 2014 90 % de la population suédoise avait accès un internet à domicile en (Eurostat).

21. Ici, nous définissons e-santé comme un terme générique pour l'utilisation de la technologie de l'information et de la communication (TIC) en médecine. Ce terme comprend notamment les consultations et les soins à distance et les systèmes de gestion tels que les dossiers électroniques des patients.

22. Traduit : le guide des soins de santé.

23. 1177 reçoit plus de 5,5 millions d'appels par an (pour une population de 9,9 millions en 2016) et environ 1 500 infirmières travaillent pour répondre au téléphone et évaluer les besoins de soins et conseiller les appelants, par exemple, elles peuvent donner le conseil d'attendre quelques jours avant de prendre rendez-vous au centre de soins pour voir si les symptômes disparaissent.

24. Ce terme est ici utilisé pour désigner la consultation et les soins à distance appuyés sur les TIC.

25. Les déplacements entre le domicile et unité de soin de nombreux patients sont pris en charge par les conseils de comté et un des principaux postes budgétaires des conseils de comtés sont les médecins remplaçants auquel il est souvent nécessaire de faire appel. Leurs déplacements sont également pris en charge par le comté pour les centres de soins publics.

26. Tous les comtés sont connectés à un réseau (Sjunet) de haute qualité et de sécurité (non connecté à Internet) utilisé uniquement pour les soins de santé et régit par un cadre réglementaire commun (Inera, s. d.).

27. Il n'existe pas de données statistiques permettant de connaître la part consacré aux vidéoconsultations.

28. Nombre d'heures de visioconférences rapporté aux nombre total de médecins et infirmières dans le comté en 2012.

29. <http://www.inera.se/OM-OSS/Nyheter/Nyheter/> . [2016-06-01]

30. Il y a 20 ans le centre de soin de Storuman était parmi les premiers à utiliser les techniques de consultation et soins à distance.

31. Accordé en juin 2016.

32. Il y a un effet de bord, étant donné qu'uniquement les unités de soins du comté sont intégrées dans le calcul.

33. Sources : données statistiques SCB 2016 ; délimitations des agglomérations et des villages (småorter) Lantmäteriet GSD TM 2016

34. Sources : données statistiques SCB 2016 ; bâti Lantmäteriet GSD TM 2016

35. Centrum för glesbygdsmedicin.

RÉSUMÉS

En Suède, une réforme du système des soins de santé primaires récente donne au patient le droit de choisir son centre de soins et au fournisseur la liberté de choisir ses lieux d'implantations. La réforme prévoit une compensation financière destinée à favoriser le maintien ou l'installation de centres dans des territoires peu attractifs, comme les régions septentrionales faiblement peuplées. Malgré ce dispositif, de nombreux territoires ne parviennent pas à attirer de nouveaux centres. Cela explique, en partie, pourquoi d'autres stratégies se sont développées pour réduire les inégalités entre les territoires en termes d'accès aux soins. L'article interrogera les conséquences de la réforme sur l'accessibilité géographique aux soins, ainsi que les solutions à distance innovantes qui émergent de la recherche systématique de l'équité de l'accès aux soins de santé et de l'efficacité du système de soins, pour faire face aux tendances actuelles de vieillissement de la population et de stagnation des budgets.

In Sweden, since the 1990s, various reforms have sought to transfer hospital care to ambulatory care in primary care centers and to home care. In 2010, a reform of the primary health care system generalized the possibility for swedes to choose the primary care center where to be treated. The reform also gave caregivers in primary health the free choice of location of their establishments on the territory. Since this reform there is a competition between health care

providers, as the payment received by the primary care centers depends on the number of patients and the on their profiles.

Sweden has a low population density, especially in its northern part (less than two inhabitants per square kilometer in some territories) and the population is aging, even from a European perspective. In northern municipalities, between 25 and 30 per cent of the population is over 65 and in some municipalities more than 10 per cent of the population is 80 years old or more. One of the challenges of the Swedish health system is to maintain or even improve access to care in northern areas where needs are high, due to an elderly population prone to chronic diseases.

In order to promote retention or installation of centers in low-density areas, which are not attractive to healthcare institutions despite significant care needs, a financial compensation system was implemented with the reform. The health policy is based on a payment by capitation, where the compensation varies according to the profiles and needs of the populations and the characteristics of the territories. Despite this arrangement, many territories fail to attract new centers, which partly explains why other strategies have been developed to reduce inequalities between territories in terms of access to care. These include a set of solutions that challenge the very definition of accessibility to care, disconnecting the place of care and caregiver, with the development of remote consultations and monitoring.

The current paper examines the consequences of the primary health care reform and the development of e-health care on geographic accessibility to care. The systematic search for equity in access to health care and effectiveness of the health care system is clearly a response to current trends of population aging and stagnating budgets. A specific focus on the sparsely populated county of Västerbotten reveals a development strategy of innovative remote health care solutions. Since 2013, four consultation rooms have been equipped with videoconferencing equipment and measuring instruments and offers thus remote consultations and new virtual care centers are under implementation.

The presence of virtual health care centers in the county of Västerbotten significantly reduces the distance between the inhabitants and the centers allowing access to a consultation with a specialist physician (figure 1). For example, without the existing and planned virtual centers, 10 per cent of the population is located more than 100 kilometers from a county hospital. The spatially regular distribution of the future virtual centers in the hinterland clearly improves the access to a specialist physician, since “only” 4.6 per cent would live more than 100 kilometers from one of the current or planned virtual health centers. The provision of remote care and on-site facilities for a virtual consultation with a medical specialist can replace a round trip to the regional hospital in Umeå.

These centers therefore improve the situation in strict terms of accessibility to specialist and to primary care, when the virtual health room is spatially disconnected from a primary health center like the virtual health room in Slussfors (figure1). The aim of the development of remote monitoring, consultation and care centers is not to replace traditional care with the physical presence of a physician, but to supplement the service of traditional primary or specialist care units. There are, however understandable reservations about the extent to which particularly vulnerable and isolated populations who do not readily consult physicians for cultural, social or health-related reason might be disadvantaged by the development of remote health care.

INDEX

Mots-clés : réforme du système de soin, territorialisation

Index géographique : Suède

AUTEUR

CHRISTINA ASCHAN-LEYGONIE

UMR 5600 Environnement Ville Société, Université Lumière Lyon 2