

Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec ?

Par Alain Desjourdy*
Université de Sherbrooke

* Est candidat à la maîtrise-recherche en Études politiques appliquée à l'École de politique appliquée de l'Université de Sherbrooke

RÉSUMÉ - En 1980, le système de santé suédois était parmi les moins efficaces et des plus onéreux alors qu'aujourd'hui, il se situe parmi les plus performants au monde. Les réformes ont réduit puis stabilisé les dépenses en santé (8,3 % du PIB en 2004, contre 9,1 % en 1980). Les différentes réformes ont permis la fermeture de 45 % des lits d'hôpitaux et le système emploie 20 % de personnel en moins par rapport à 1990 sans réduire la qualité des soins. Contrairement à la tendance internationale, le secteur privé demeure limité en Suède (18 % des dépenses en santé) puisque la productivité du secteur public fut grandement améliorée. De plus, la décentralisation permet au système suédois un financement stable et prévisible. Étonnamment, le Québec possède d'ailleurs plusieurs éléments du modèle suédois. Les décideurs québécois peuvent donc s'inspirer des réformes suédoises, notamment la dévolution de pouvoir, pour améliorer le système québécois.

Mots clés : Réformes, systèmes de santé, Suède, décentralisation, financement public, dévolution de pouvoirs, État providence

INTRODUCTION

C'est bien connu, la santé constitue une des principales préoccupations des Québécois. Par exemple, lors de la campagne électorale provinciale de décembre 2008, en pleine crise financière, l'accès aux soins de santé demeuraient l'enjeu le plus important même devant l'économie¹. Toutefois, la précarité des finances publiques, la croissance de la dette du Québec, le vieillissement de la population ainsi que la croissance des coûts du système de santé entraînent déjà une remise en question du modèle québécois en matière de santé. À l'aube d'une grande réflexion sur l'avenir du financement des services publics, le système de santé du Québec fera l'objet de nombreux débats car il représente plus de 40 % de ses dépenses gouvernementales et que la croissance des coûts de système, qui représente environ un milliard de dollars annuellement², est supérieure à la croissance des revenus de l'État. Le Québec ne pourra pas supporter encore longtemps une telle croissance des coûts du système de santé si l'état des finances publiques devient encore plus précaire. Les défis du système de santé québécois sont à deux niveaux : son financement et sa performance. Pour les relever, l'étude du cas suédois devient pertinente puisque cet État a réformé avec succès son système de santé dans un contexte de précarité des finances publiques plus critique que la situation au Québec.

Depuis 1980, la Suède a lancé une série de réformes qui ont radicalement transformé le système de santé. En moins de 30 ans, la Suède est passée d'un système très centralisé à

Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec?

l'un des modèles de santé les plus décentralisés au monde. Les gestionnaires de la santé en Suède sont élus, entraînant une véritable culture des résultats puisqu'ils sont aussi responsables du financement du système de santé. Les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) mettent en évidence la réussite des réformes suédoises puisque la Suède est un des rares États à être en mesure de gérer la croissance des coûts en santé sur une longue période de temps tout en offrant des soins de grande qualité. Le travail qui suit présente les réformes suédoises, analyse leurs résultats et porte une réflexion sur ce que peuvent faire les décideurs québécois pour améliorer la qualité et la performance du système de santé.

1. AUX SOURCES DES RÉFORMES EN SANTÉ SUÉDOISES

1.1 Le système de santé suédois avant les réformes

Avant les réformes structurelles des années 1980, le système de santé suédois était reconnu à travers le monde pour la grande qualité des soins que l'on y retrouvait. Le modèle suédois avant les réformes garantissait à tous les citoyens un accès universel aux soins de santé et le financement provenait essentiellement des impôts nationaux. En revanche, ce système de santé était également parmi les plus onéreux au monde³. De plus, le système de santé suédois était reconnu pour sa rigidité qui ne laissait pas de place aux innovations⁴. De plus, il y avait également de graves lacunes en matière de temps d'attente, de relation avec les patients (système trop bureaucraté qui donnait un service froid aux utilisateurs) et une absence de centres de soins primaires bien organisés⁵. On retrouvait aussi un manque de cohésion entre les municipalités, les comtés ainsi que le gouvernement central⁶.

Selon Bruno Palier⁷, les réformes dans le domaine de la santé n'arrivent pas par hasard; il faut un contexte bien précis auquel la Suède a fait face entre 1970 et 1990. Ceci explique donc pourquoi certains États tentent de réformer leur système de santé avant d'autres. Bruno Palier identifie quatre éléments essentiels devant être réunis afin qu'une réforme de santé voie le jour : une baisse de la croissance économique, des déficits chroniques dans le système de santé, l'incapacité de l'État à répondre aux problèmes par une solution traditionnelle ainsi qu'un contexte propice au changement (apport de propositions pour résoudre le problème). En reprenant la théorie des fenêtres d'opportunité de Kingdon⁸, il nous est possible de recouper ces quatre phénomènes dans les trois courants (les problèmes, les solutions et la volonté politique) nécessaire pour l'émergence d'une politique publique. En analysant le cas de la Suède, nous pouvons affirmer que ces trois courants se sont rencontrés à partir du milieu des années 1970.

1.2 Le courant des problèmes

La croissance économique des Trente Glorieuses est propice au développement des systèmes de santé publics partout dans le monde, notamment en Suède. Au cours de cette période, la croissance des revenus de l'État, étant plus élevée que la croissance des dépenses en santé, épongeait les déficits du système de santé et de l'assurance maladie. Toutefois, la fin des Trente Glorieuses avec le premier choc pétrolier a changé la donne en Suède. En effet, les dépenses en santé sont devenues plus importantes que la croissance des revenus de l'État. Le phénomène du déficit chronique du système de santé suédois, alors

Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec?

peu connu, devient un sujet d'intérêt public. Le tableau ci-dessous dresse une liste des principaux problèmes que l'État suédois doit résoudre.

Encadré 1. Les principaux problèmes à l'origine des réformes en santé en Suède

Problèmes liés au système de santé	Problèmes économiques en Suède
Système rigide	Le choc pétrolier crée de l'inflation
Peu d'innovations	Diminution des revenus de l'État
Système de santé trop onéreux	Récession et chômage
Trop hospitalo-centré	Déficits budgétaires répétitifs
Peu efficace	
Absence de responsabilité des gestionnaires locaux	
Financement inadéquat	
Insatisfaction des utilisateurs	
Longues listes d'attentes	

1.3 Le courant des solutions

Selon Bruno Palier, il existe trois solutions (ou type de réformes) pour résoudre les déficits chroniques dans un système de santé : augmenter les sommes investies (soit en coupant dans d'autres secteurs ou en augmentant les revenus de l'État), limiter les dépenses publiques (qui se traduit par une diminution de l'offre de services dans le secteur de la santé ou encore des privatisations) ou améliorer le système de santé pour maximiser l'efficacité de chaque dollar investi⁹. Or, dans le cas de la Suède, c'est la troisième solution qui fut retenue. Nous pouvons identifier trois facteurs qui ont joué en défaveur d'un investissement accru en santé et deux éléments qui empêchaient le gouvernement de diminuer le financement du système.

1.3.1 Le rejet de la première solution

Tout d'abord, l'État suédois était dans une impasse budgétaire de sorte que ses dépenses dans les différents postes budgétaires étaient en augmentation constante alors que les revenus étaient à la baisse en raison du choc pétrolier. Cette situation a engendré un écart (ou déficit) important et chronique. C'est alors qu'un deuxième élément entre en ligne de compte : le niveau élevé de taxation. En effet, les Suédois étaient déjà très taxés et des augmentations d'impôts avaient eu lieu tout au long des années 1960 et 1970 afin de financer la croissance des dépenses en santé¹⁰. Il devenait donc impossible pour l'État suédois de taxer davantage la population. Le réinvestissement en santé a été également écarté par le fait que la Suède était déjà parmi les États qui dépensaient le plus en santé.

Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec?

Tableau 1. Le coût des systèmes de santé en 1980

État	Dépenses en santé (en % du PIB)	Dépenses en santé par habitant (\$US)
Belgique	6,3	644
Danemark	8,9	897
États-Unis	8,7	1065
Finlande	6,3	571
France	7,0	669
Norvège	7,0	668
RFA	8,4	971
Suède	8,9	944

Source : OCDE 2009¹¹

1.3.2 Le rejet de la deuxième solution

Bien que les décideurs politiques suédois ne puissent pas réellement investir davantage dans leur système de santé, ils ont refusé d'en diminuer le financement ou d'en privatiser une partie importante. Tout d'abord, il faut rappeler que le système de santé était aux prises avec de longues files d'attente dans les urgences des hôpitaux et de longues listes d'attente pour les chirurgies électorives. Une diminution du financement ne ferait qu'aggraver la situation qui était déjà à l'époque une source de mécontentement des utilisateurs. Par ailleurs, la privatisation d'une partie du secteur de la santé n'a pas réellement été envisagée par les décideurs politiques, car le parti en place, le Parti social-démocrate, un parti de gauche et installé au pouvoir pratiquement sans interruption depuis les années 1930, était fortement opposé à l'intrusion du secteur privé. Ce sont donc les lacunes des deux premières options qui expliquent le choix de réformer le système de santé pour dépenser mieux les fonds publics.

1.4 Le courant de la politique

Dans un contexte de précarité des finances publiques et de l'économie en général, les décideurs politiques n'ont pas hésité à se pencher rapidement sur la problématique des déficits chroniques et de l'absence de contrôle de la croissance des coûts du système de santé national. Dès 1975, les autorités mettent en place une vaste commission d'enquête qui révisé toutes les lois qui régulaient le système de l'époque. Au cours de cette commission, l'idée de confier aux comtés de la Suède la gestion du réseau de la santé a fait consensus, notamment parce que cette mesure permettrait la responsabilisation des entités régionales. Le rapport de la commission d'enquête estimait que cette responsabilisation des comtés entraînerait des gains en efficacité importants et se rapprocherait des citoyens par le biais d'élections et la tenue de séances publiques. De plus, la tendance politique de l'opinion publique au moment de la réforme n'était pas encore rendue aux solutions inspirées du néo-libéralisme (déréglementation, privatisation, etc.)¹². Le discours néo-libéral fit son entrée quelques années après la réforme de 1982.

2. LES RÉSULTATS DES RÉFORMES SUÉDOISES EN MATIÈRE DE SANTÉ

Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec?

La performance du système de santé suédois au cours des années 1990 et 2000 illustre bien le succès des réformes mises de l'avant par les autorités gouvernementales. Nous pouvons catégoriser les résultats desdites réformes en deux catégories : les résultats au niveau du financement et au niveau de la performance du système de santé.

2.1 Au niveau du financement du système de santé

2.1.1 Un contrôle des dépenses

La stabilité des dépenses est un élément qui joue en faveur de la Suède. Le tableau ci-dessous confirme qu'une gestion centralisée (France) ne parvient pas à maîtriser la croissance des coûts du système de santé au même niveau que les États décentralisés (États scandinaves). De plus, nous pouvons remarquer que la limitation de la croissance des coûts en santé réelle est beaucoup plus constante en Suède que dans les autres États décentralisés.

Tableau 2. Évolution (en %) des dépenses de santé par habitant corrigées de l'inflation¹³

État	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Danemark	100	99	101	104	106	105	108	109	114	118	119
Finlande	100	106	104	94	90	91	95	96	96	99	101
Suède	100	97	97	96	94	96	100	99	100	N.D	N.D
France	100	104	108	111	112	115	116	116	118	122	126

2.1.2 Un financement stable et prévisible

La majorité de la contribution financière du secteur public dans les dépenses de soins de santé en Suède est payée à même les recettes fiscales des trois niveaux de gouvernement (municipalités, comtés, État central). Cependant, il y a une caractéristique importante du régime introduit en place en 1982 : les comtés (comme les municipalités) financent les soins de santé par leur propre impôt sur le revenu des particuliers. Les conseils généraux et les municipalités perçoivent l'impôt selon un taux fixe appliqué au revenu imposable de chaque contribuable (seul l'impôt national est progressif.).

Un effet bénéfique pour la viabilité du système de santé suédois qui a été introduit, sans que l'on y prête vraiment attention en 1982, est que les revenus des comtés et des municipalités accordent un financement stable et prévisible du système de santé. Faut-il rappeler que cette caractéristique est fondamentale pour le bon fonctionnement et la viabilité à long terme du système de santé (c'est notamment souligné dans le Rapport Romanov). D'ailleurs, le Rapport Castonguay mentionne aussi qu'un financement stable et durable assure la pérennité d'un système de santé¹⁴. Un financement stable, croissant et prévisible est essentiel pour assurer la viabilité du système de soins de santé puisque cela permet entre autres détenir tous les leviers financiers nécessaires au contrôle du système de santé. Un financement prévisible et stable permet une allocation des ressources plus efficace, car les budgets peuvent être élaborés plus tôt que dans un système centralisé où le montant de l'enveloppe budgétaire provenant du gouvernement central n'est jamais une certitude. Le tableau ci-dessous illustre que l'autonomie financière des comtés permet à ces entités de financer la majeure partie de leurs dépenses en santé, ce qui signifie que les leviers financiers permettent aux comtés de respecter leurs obligations en santé.

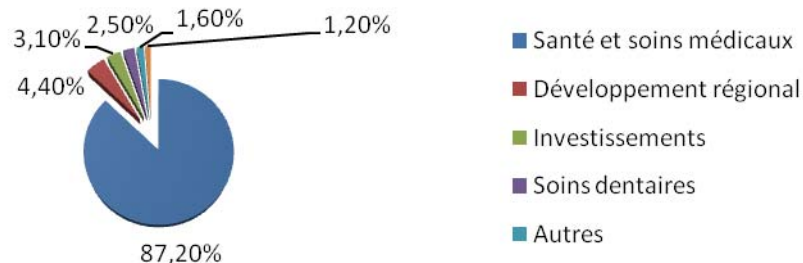
Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec?

Tableau 3. Les sources de revenus des comtés de Suède¹⁵

Source de revenus	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Impôts du comté	68,5 %	68,3 %	69 %	70,4 %	70,8 %	72,2 %
Subventions	13 %	13,6 %	14 %	13,5 %	13,4 %	12,8 %
Ventes et autres revenus	5,7 %	4,5 %	5 %	6,4 %	6,6 %	5,9 %
Financement précis de l'État	6,8 %	7,6 %	7 %	6,3 %	6 %	5,4 %
Dépenses des utilisateurs	3,4 %	3,4 %	3 %	2,8 %	2,7 %	2,8 %
Autres	2,6 %	2,6 %	2 %	0,7 %	0,6 %	0,9 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Par ailleurs, le transfert d'un pouvoir financier aux comtés a permis au système de santé d'obtenir une quasi-exclusivité des recettes de l'impôt sur le revenu des comtés étant donné que la santé accapare plus de 85 % du budget.

Figure 1. Les postes de dépenses, en moyenne, dans les comtés suédois¹⁶



Nous pouvons conclure que le poste budgétaire de la santé est peu influencé par les augmentations de coûts des autres services. Cette situation est à l'opposé de ce qui se produit dans le système de santé québécois. En effet, au Québec, les augmentations dans le milieu de santé forcent le gouvernement provincial à geler ou à réduire les budgets des autres ministères puisque les principaux postes budgétaires comme la santé et l'éducation puisent la majeure partie de leur financement sur l'impôt des particuliers. Il en résulte un partage des crédits qui crée des mécontentements et qui rend les choix des décideurs politiques plus difficiles. Toutefois, le transfert du pouvoir financier vers les comtés a un inconvénient : la dépendance à un seul niveau de financement¹⁷.

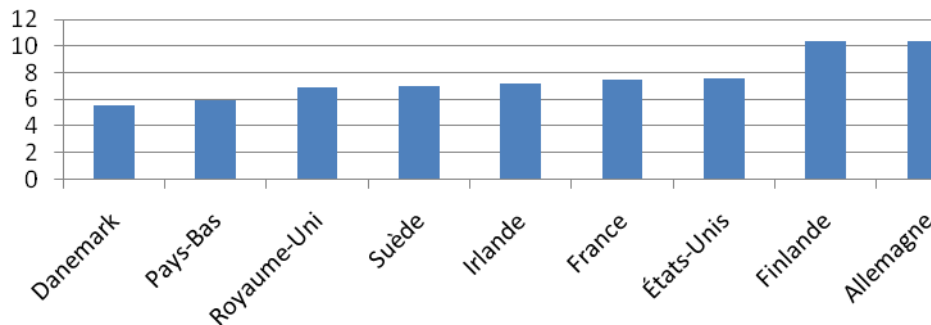
2.1.3 Les ressources disponibles dans le milieu de la santé en Suède

Il convient de noter que les résultats du système de santé suédois, qui sont à un niveau égal ou supérieur aux autres États de l'OCDE, sont réalisés avec des ressources humaines moins importantes, ce qui est un signe d'une grande efficacité du système. Tout d'abord, le système de santé suédois se distingue par le fait que la proportion de la population active

Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec?

œuvrant dans le domaine de la santé est beaucoup plus faible que le système finlandais et allemand tout en étant comparable avec d'autres États de l'OCDE.

Figure 2. Proportion de la population active œuvrant dans le secteur de la santé en 2002¹⁸



Source : OCDE 2009

Les éléments contenus dans la figure ci-dessus sont très intéressants du point de vue des pénuries de main-d'œuvre à venir en Suède. En effet, tout comme le Québec, la Suède vit déjà des pénuries de personnel importantes dans le réseau de la santé. Cette situation est notamment tributaire à la combinaison du vieillissement de la population (qui engendre une demande supplémentaire pour les services santé) et du faible taux de natalité.

2.2 Les résultats au niveau de la performance du système de santé

Même si la Finlande, le Danemark et la Norvège ont également réformé leur système de santé, plusieurs spécialistes¹⁹ et indicateurs internationaux soulignent que c'est en Suède que les réformes ont globalement mieux réussi.

Tableau 4. Les modèles de santé en Scandinavie et au Québec

	Suède	Norvège	Danemark	Finlande	Québec
Dépenses en santé (en % du PIB)	9,1	8,9	9,8	8,2	10,6
Dépenses en santé/habts,	3012	4331	3169	2299	3423
Financement public %	81,7	83,6	84,1	76	71,3
Financement privé %	18,3	16,4	15,9	24	28,7
Médecins/ 1000 habts	3,3	3,1	2,9	3,4	2,1
Infirmiers/ 1000 habts	10,2	14,7	7,2	21,4	8,5
Lits/ 1000 habts	2,2	3,1	3,4	2,3	3,9

Source : OCDE 2009

Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec?

2.2.1 Les indicateurs de performance des soins de santé

Lorsque l'on étudie les principaux indicateurs de la performance des systèmes de santé scandinaves et nord-américains, nous pouvons remarquer que le modèle suédois se démarque à tous les niveaux.

Tableau 5. Performance de certains États aux principaux indices internationaux²⁰

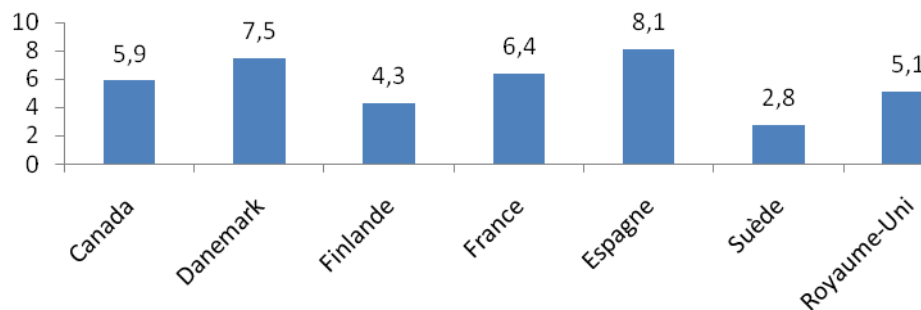
État	Indice de la Santé (2001)	Indice composé SCP (2001)	Indice composite de l'OMS (2001)	Importance des dépenses en santé*
Suède	1	2	1	11
Royaume-Uni	16	16	6	14
Danemark	5	8	14	5
Finlande	3	9	15	15
Canada	8	13	4	4
France	10	1	3	6
États-Unis	19	18	12	1

*Comparaison de 20 pays : plus le résultat est près de 1, plus les dépenses en santé du pays sont élevées.

2.2.2 Composer avec la pénurie de médecins

La pénurie de médecins est un phénomène bien connu au Québec, mais il l'est tout autant en Suède. En fait, la pénurie chronique des médecins (notamment des médecins généralistes) a forcé les autorités suédoises à trouver des alternatives pour éviter de trop longues files d'attente dans les centres de soins primaires où la grande majorité des médecins généralistes œuvrent. L'une des solutions fut celle de donner un plus grand rôle au personnel infirmier à l'intérieur du système de santé pour traiter les cas les moins urgents. Ce procédé permet une gestion plus efficace des médecins dans un contexte où le système de santé suédois est, parmi les États scandinaves, un des pays qui dispose le moins de médecins par 1000 habitants²¹. La figure ci-dessous démontre que les patients suédois rencontrent moins souvent un médecin que la plupart des États-membres de l'OCDE.

Figure 3. Consultation d'un médecin par habitant (2006).



Source : OCDE 2009

Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec?

2.2.3 Un système qui tend vers l'innovation et l'utilisation des nouvelles technologies

La Suède est un chef de file mondial de l'innovation. À cet effet, il convient de préciser que l'innovation provient autant du secteur public que privé²². L'innovation suédoise est importante notamment au niveau de l'utilisation des technologies de l'information.

Tableau 6. La disponibilité des services publics en ligne en Europe (en %)²³

Rang	État	2001	2002	2003	2004
1	Suède	28	67	67	74
2	Autriche	15	20	68	72
3	Finlande	33	50	61	67
4	Royaume-Uni	24	33	50	59
7	Espagne	30	40	50	55
8	Italie	15	35	45	53
9	France	25	35	45	50
12	Allemagne	20	35	40	47

La Suède est un leader de l'informatisation du système de santé. Parmi les services les plus utilisés, il y a un service Internet qu'un patient avec un problème de santé peut consulter afin d'être orienté vers un centre de soins de première ligne ou encore vers un hôpital régional en fonction de la gravité de son cas. L'informatisation du système de santé est très poussée : tous les dossiers des patients sont informatisés et les délais d'attente du système de santé suédois sont mis à jour quotidiennement (ce qui permet de faciliter le transfert des patients ne pouvant pas être traités dans les délais prescrits par la norme 0-7-90-90²⁴). Même les prescriptions sont réalisées électroniquement, ce qui permet notamment aux infirmières (qui ont le droit de prescrire certains médicaments) de réaliser des économies de temps importantes²⁵. Ces économies de temps prennent d'ailleurs tout leur sens lorsqu'on sait qu'il y a plus de 65 000 ordonnances qui sont réalisées annuellement en Suède.

Le système informatique est également très utile pour les médecins. Grâce à l'informatisation des informations dans un système national, tous les médecins peuvent consulter des registres nationaux rattachés à leur domaine. Par exemple, les médecins sont en mesure de consulter des banques de données sur la qualité des interventions médicales qui fait état des meilleures pratiques pour tous les types de chirurgies afin d'éviter des erreurs survenues dans d'autres établissements²⁶. L'informatisation du système de santé est reconnue, depuis plusieurs années, pour être une des mesures les plus efficaces pour améliorer la qualité des soins offerts²⁷. Notons également que depuis 2002, plus de 90 % des médecins généralistes de la Suède utilisent un réseau Internet qui permet d'échanger sur des traitements et de consulter le dossier électronique des patients, ce qui se traduit par des économies de temps appréciables²⁸. Les médecins généralistes peuvent alors rencontrer plus de patients, ce qui contribue, bien que modestement, à la diminution de l'attente dans les centres de soins de première ligne.

Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec?

3. HISTORIQUE DES RÉFORMES SUÉDOISES EN MATIÈRE DE SANTÉ

Les grandes réformes en santé de la Suède sont essentiellement issues de mesures du gouvernement central. Toutefois, au cours des années 1990, certaines mesures ayant transformé en profondeur le système de santé suédois ont été l'œuvre des régions en raison d'une plus grande autonomie. Les principales réformes en santé de la Suède se sont déroulées dans un court laps de temps, soit entre 1982 et 1993.

3.1 Les réformes au niveau national

3.1.1 La loi sur les soins de santé (1982)

La loi de 1982 qui se veut la première réforme du système de santé suédois depuis la fin de la Deuxième Guerre mondiale est le résultat d'un long processus de consultations publiques et de commissions d'enquête nationales amorcé en 1975²⁹ sur les moyens à prendre pour rendre le système de santé plus efficace et en mesure de contenir la croissance de ses coûts. Les objectifs de cette réforme étaient ambitieux³⁰, mais il n'en reste pas moins que cette réforme peut être considérée comme un grand succès puisqu'elle a introduit des mesures qui ont grandement amélioré l'efficacité du système en plus de permettre un contrôle réel de la croissance des dépenses en santé.

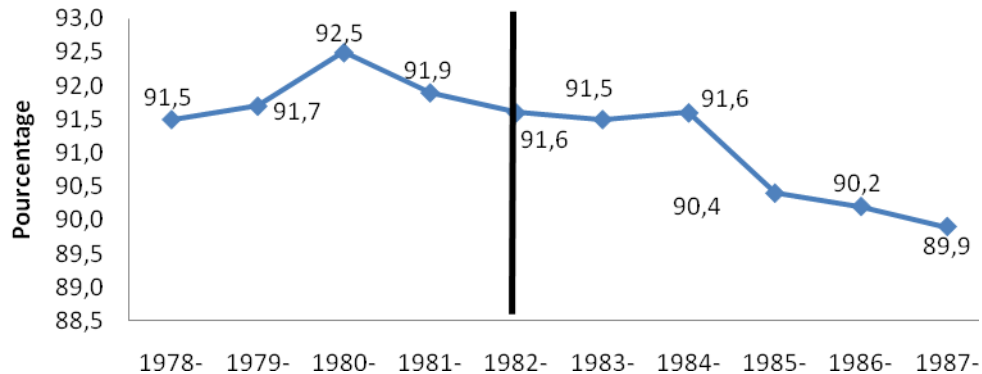
Cette loi introduit des éléments majeurs qui transforment radicalement le système de santé centralisé de l'époque. En effet, l'État central transfère la grande majorité de ses pouvoirs politiques en matière de santé vers les comtés et les municipalités. De plus, les principaux gestionnaires du système doivent désormais être élus. Ce transfert de pouvoirs politiques est accompagné d'un transfert de pouvoirs financiers, c'est-à-dire que les comtés sont responsables d'une taxe régionale pour financer la santé. En revanche, la loi accorde un délai maximal de trois ans avant qu'il soit interdit aux comtés de faire des déficits. La réforme de 1982 généralise également le ticket modérateur à l'ensemble du système de la santé. Parmi les différentes formes de décentralisation, la réforme de 1982 introduit la dévolution de pouvoirs. Nous pouvons affirmer que cette forme de décentralisation est un élément central pour expliquer la réussite du modèle suédois à contrôler les coûts du système et même à diminuer les dépenses publiques en santé. Nous proposons une analyse en fonction des impacts de la réforme structurelle de 1982 : les impacts économiques et les impacts politiques. Ensuite, nous aborderons la question du ticket modérateur.

3.1.1.1 Les impacts économiques de la loi de 1982

Selon Lemieux et Turgeon, en excluant la privatisation, la dévolution de pouvoirs est le meilleur moyen de forcer les institutions à utiliser leurs budgets avec efficacité³¹. Dans le cas de la Suède, les données disponibles démontrent l'impact positif de la dévolution de pouvoirs sur les gains en efficacité des dépenses publiques en santé puisque les résultats sont apparus immédiatement. En effet, dès le transfert du pouvoir politique vers les comtés, le système est parvenu à contrôler la croissance des coûts en santé, de sorte que les dépenses publiques en santé sont restées stables avant de diminuer de façon importante après l'entrée en vigueur de l'interdiction des déficits en 1985.

Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec?

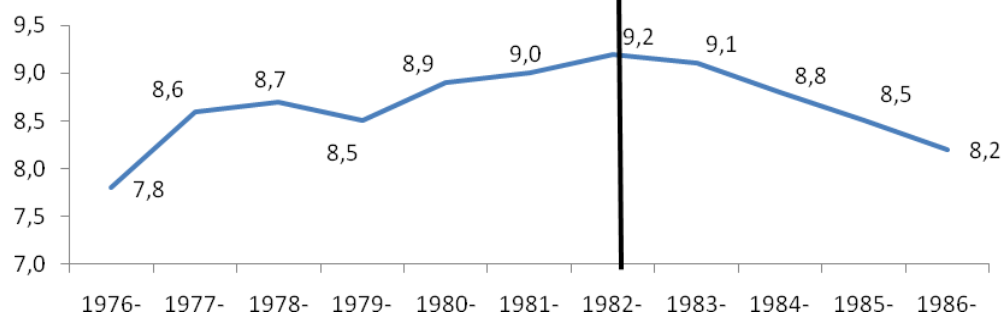
Figure 4. Les dépenses publiques en santé par rapport au PIB en Suède (1978-1987)



Source : OCDE 2009

L'impact de la réforme de 1982 est encore plus frappant lorsque l'on observe les données de l'OCDE en ce qui concerne les dépenses totales en santé. Nous pouvons remarquer que la réforme a permis une réduction des dépenses en santé. Par la suite, les dépenses en santé se sont stabilisées autour de 8 % du PIB jusqu'aux années 2000 ce qui représente une période de stabilité des dépenses de 15 ans.

Figure 5. Dépenses totales en santé par rapport au PIB en Suède (1976-1986)



Source : OCDE 2009

L'austérité budgétaire

Selon Ewa Wikström et Hossein Pashang de l'Université de Göteborg en Suède³², la structure même de la gestion de la santé au niveau régional introduite avec la réforme de 1982 (élection des gestionnaires combinée à l'autonomie financière des comtés et l'impossibilité de faire des déficits) rend essentielle une plus grande reddition de comptes de la part des gestionnaires. Le système s'est donc conditionné lui-même à une plus grande reddition de comptes pour assurer son bon fonctionnement. En fait, les deux auteurs affirment que la structure du système de santé en Suède oblige les gestionnaires à respecter les budgets des comtés. Ces derniers, ne voulant pas rendre des comptes sur des mauvais

Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec?

résultats financiers puisque cela compromettrait leur poste devant l'électorat, feraient tout en leur possible pour viser l'austérité budgétaire.

À cela, nous croyons que le refus de vouloir rendre des comptes sur de mauvaises performances est également attribuable à la fonction des gestionnaires élus. En effet, les gestionnaires du système de santé suédois au niveau des comtés sont des élus à temps partiel : ils occupent un emploi lorsqu'ils ne vaquent pas à leurs fonctions d'élus et bonne partie des élus des comtés sont issus du milieu de la santé. Il est donc de leur intérêt personnel que le comté présente de bonnes performances en santé, puisqu'il s'agit également de leur milieu de travail. Selon Ewa Wikström et Hossein Pashang, la structure devient une sorte d'impasse pour le gestionnaire : il ne peut pas se permettre des contreperformances. Cette impasse fait en sorte que les gestionnaires tentent de trouver des solutions leur permettant de réaliser des gains d'efficacité significatifs qui leur permettraient d'éviter les mauvais résultats. Parmi les solutions mises de l'avant pour rendre le système de santé plus efficace, on retrouve la politique de soutien à domicile des personnes en perte d'autonomie³³ ou encore l'implantation du système DRG (qui sera étudié un peu plus loin dans ce texte). Donc, la combinaison des trois principales mesures de la réforme de 1982 (autonomie financière, élections des gestionnaires et l'impossibilité de faire des déficits) pousse les gestionnaires à trouver des solutions qui peuvent améliorer l'efficacité du système de santé.

3.1.1.2 Les impacts politiques de la loi de 1982

Des gestionnaires élus, compétents et responsables devant la population

L'élection des gestionnaires du système de santé suédois est une mesure qui joue un grand rôle dans le succès de la réforme de la santé de 1982. Plusieurs facteurs expliquent que l'élection des gestionnaires du système de santé ait contribué aux gains en efficacité et en efficience dans le système de santé.

Tout d'abord, la charge politique au niveau du comté attire beaucoup de gestionnaires professionnels issus de la société en général : on retrouve des ingénieurs, des dentistes, des infirmières, des professeurs, des médecins, des entrepreneurs, des économistes ainsi que des politiciens de carrière. Les études de Saltman, Bankauskaite et Vrangbaek ainsi que de Bergman et Dahlbäck confirment également que l'élection des gestionnaires du réseau de la santé a fait augmenter de façon significative l'engagement de la communauté dans l'établissement des politiques de santé³⁴. Cet engagement se traduit non seulement par des candidatures lors des élections, mais aussi par une participation accrue lors des séances publiques des conseils de comtés ainsi que lors des audiences des différents comités de travail. Étant donné que la santé occupe une place prépondérante dans l'occupation des comtés, il est tout à fait normal qu'une grande partie des élus proviennent du milieu de la santé. La gestion démocratique du système de santé n'a donc pas de problème d'expertise et de compétence en matière de santé. Ce qui attire les personnes issues du milieu de santé est surtout la possibilité de prendre des décisions pouvant améliorer concrètement et rapidement le système de santé qui est également leur lieu de travail actuel ou passé. L'élection des gestionnaires accroît également le sens des responsabilités des gestionnaires tant au niveau politique que financier et par le fait même rend les décisions plus efficaces³⁵. De plus, la croyance d'une plus grande efficacité d'un processus décisionnel décentralisé en

Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec?

Suède est un principe généralement admis. En fait, lorsque le gouvernement central a décentralisé la gestion du système de santé vers les comtés, une des idées principales qui sous-tendait toute cette procédure est que les ressources régionales (fonds publics, ressources humaines, etc.) peuvent être gérées plus efficacement si la responsabilité est incarnée dans le cadre d'un corps de gestionnaires élu. La mesure de 1982 a également permis une forte participation des citoyens au processus démocratique.

Le phénomène de l'abstention lors des élections tant au niveau national que local en Occident est un phénomène bien connu. Depuis les années 1990, de plus en plus de citoyens ne vont pas voter. En Suède, le phénomène de l'abstention lors des élections est présent, mais demeure faible, et ce, même pour les élections au niveau des comtés. En effet, comme on peut voir au tableau ci-dessous, la participation électorale au niveau des conseils de comtés demeure forte comparativement aux taux de participation lors des élections locales ou régionales au Québec, au Canada et même en France.

Tableau 8. Taux de participation moyen dans les comtés suédois depuis 1982

Élection	Taux de participation
1982	89,6 %
1985	87,8 %
1988	84 %
1991	84,3 %
1994	84,1 %
1998	78,1 %
2002	77,9 %
2006	77,1 %

Nous pouvons identifier trois raisons fondamentales qui expliquent le taux de participation relativement élevé aux élections des comtés. Tout d'abord, les Suédois ont une tradition de voter en grand nombre lors des élections. Une deuxième raison est que les Suédois votent pour les élections nationales, régionales et municipales en même temps. Toutefois, on identifie une raison plus importante qui explique la forte participation : la décentralisation du système de santé. En effet, étant donné que la santé occupe plus de 85 % du budget des conseils de comtés, les élections de comtés sont une élection dont l'enjeu de la santé est dominant et pratiquement le seul débattu lors des campagnes électorales. De plus, la santé est un sujet sensible qui touche l'ensemble de la population tant du côté des personnes âgées que des jeunes familles, ce qui fait en sorte que les gens participent activement au vote³⁶. La participation des femmes dans le processus démocratique des comtés est également très importante. En effet, lors des élections régionales de 2006, 47 % des personnes élues étaient des femmes³⁷. Il s'agit d'un des résultats les plus intéressants, car le système électoral des comtés en Suède est parmi ceux qui permettent le plus l'élection d'élus de sexe féminin.

En imposant l'élection des gestionnaires du système de santé de chacun des comtés, la réforme de 1982 permet aussi une plus grande transparence dans le système de santé. Richard B. Saltman, Vaida Bankauskaite, Karsten Vrangbaek ont identifié quelques facteurs qui augmentent la reddition de comptes dans le système de santé suédois. Ces

Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec?

derniers sont toutefois d'avis que la transparence accrue ainsi que la responsabilité des gestionnaires du réseau de la santé est d'abord et avant tout la conséquence directe de l'élection de ces derniers³⁸. Ils estiment aussi que les gestionnaires sont plus enclins à justifier leur décision devant la population, notamment lors des séances publiques, en raison du fait qu'ils s'impliquent davantage dans l'élaboration et la gestion des politiques publiques en matière de santé. Cette plus grande implication des acteurs fait en sorte que les gestionnaires consultent plus facilement la communauté et font état plus souvent de l'avancement de leurs projets.

Par ailleurs, la reddition de comptes s'est accrue pour les gestionnaires élus de la santé avec la présence des médias. Toujours selon Richard B. Saltman, Vaida Bankauskaite, Karsten Vrangbaek, le fait que les gestionnaires de la santé soient élus, ils deviennent des personnalités publiques au niveau local et régional de sorte que leurs décisions et leurs actions sont soumises plus régulièrement à l'attention des citoyens. Ces derniers peuvent suivre le déroulement des activités pratiquement sur une base quotidienne au lieu des commissions parlementaires ou des rencontres privées avec le Ministre de la Santé et des Affaires sociales de la Suède³⁹. Il ne faut pas oublier que la reddition de comptes se fait également entre les gestionnaires élus au niveau local et régional avec les autorités nationales chargées de veiller à la bonne performance des conseils de comtés. Toutefois, il faut souligner que la reddition de comptes est quelquefois diffuse en raison de la grande complexité de certains dossiers.

3.1.1.3 Le ticket modérateur

La question du ticket modérateur est au cœur des contributions privées du système de santé en Suède. Son implantation remonte à une loi adoptée en 1931 qui obligeait le système de santé de l'époque de réaliser des bénéfices⁴⁰. Nous voyons donc que le but premier n'est pas de contrôler les utilisateurs qui abusent du système de santé, mais plutôt d'assurer un financement durable des soins de santé. À la suite de cette loi, le ticket modérateur est une somme qui ne sera jamais évacuée du système sauf pour quelques exceptions. En fait, l'apport de la réforme de 1982 en ce qui concerne le ticket modérateur, c'est que ce montant d'argent déboursé devient applicable pour tous les établissements de soins de santé⁴¹. Cette mesure ne provoque pas de débat sur le ticket modérateur puisque le fait de payer un montant est bien accepté par la population⁴². Le ticket modérateur fait l'objet d'une section distincte de la loi qui régit différentes modalités telle que la fixation des prix par les comtés et les municipalités⁴³.

Les utilisateurs du système doivent déboursier un certain montant d'argent pour chaque visite d'un médecin ou d'une infirmière⁴⁴. Les utilisateurs paient également des frais pour chaque journée d'hospitalisation ainsi qu'une franchise pour l'achat des médicaments. Il est à noter que les frais d'utilisation des services sont toutefois plafonnés. Par exemple, un patient ne peut pas dépenser plus de 900 SKR (145 \$ canadiens) au total sur une période de douze mois pour des soins de santé. Après avoir dépensé ce montant à l'intérieur d'une période de 12 mois, les soins sont gratuits. Il est à noter qu'il existe des modalités de remboursements par le gouvernement central pour aider les personnes à faible revenu. Les personnes âgées de moins de vingt ans sont exemptées de payer un ticket modérateur.

Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec?

Selon Johan Hjertqvist, l'impact de l'imposition d'un ticket modérateur dans le système de santé suédois ne nuit pas à la santé des personnes les plus vulnérables de la société qui, selon les critiques traditionnelles contre l'utilisation du ticket modérateur, ne vont pas utiliser le système de santé en raison de l'imposition d'un montant d'argent dont ils n'ont pas les moyens de s'acquitter. En effet, Hjertqvist souligne qu'une personne âgée de 65 ans et plus, dans la plupart des cas, ne paie pas le ticket modérateur et que près d'un million de citoyens suédois ne paient pas le ticket modérateur pour l'achat de médicaments⁴⁵. Johan Hjertqvist rappelle également que depuis plus de 20 ans, la question des frais modérateurs en santé a été étudiée par des enquêteurs publics ou différents comités parlementaires et jusqu'à ce jour, aucun de ces comités n'est parvenu à démontrer que l'imposition d'un ticket modérateur avait un impact négatif sur la santé de la population⁴⁶.

3.1.2 La réforme Dagmar (1984)

Un élément imprévu s'est produit avec la réforme de 1982 : la décentralisation semble avoir favorisé l'expansion de la pratique privée⁴⁷. En 1982, la loi sur les soins de santé a accru la décentralisation du réseau de la santé sans réformer le système de financement des médecins (financement à l'acte). Pour chaque acte, le médecin réclamait une somme d'argent au système d'assurance national. Le secteur privé devenait financièrement avantageux pour les médecins, car contrairement au secteur public, il n'y avait aucune contrainte sur le nombre d'actes pouvant être réalisés ni des contraintes liées au secteur public (horaires de travail fixes, etc.). L'attrait du secteur privé avait de lourdes conséquences pour les établissements de santé publics : perte de nombreux médecins et allongement de l'attente dans le système de santé. De plus, cette mesure représentait pour les comités des dépenses supplémentaires, car l'augmentation du nombre de médecins qui s'installaient dans le secteur privé était accompagnée par une forte augmentation des demandes de remboursements de la part de ces derniers⁴⁸. Ces dépenses supplémentaires venaient effacer progressivement les économies réalisées par la rigueur des budgets acquise avec la réforme de 1982. Deux années plus tard, les autorités suédoises proposaient une réforme permettant de remédier aux conséquences imprévues de la loi de 1982 : la réforme Dagmar.

Deux objectifs sous-tendent la réforme Dagmar. Le premier est de mettre un frein à l'exode des médecins vers le secteur privé. Le second vise un encadrement la pratique dans le secteur privé puisque les comités ne disposaient d'aucun contrôle sur les réclamations de remboursement des médecins de ce secteur. La réforme Dagmar apporte deux éléments qui joueront un rôle clé dans le contrôle des dépenses liées à la fourniture des soins de santé et dans la limitation du secteur privé en Suède :

- Passage d'un mode de financement des consultations l'acte à un paiement par capitation (c'est-à-dire que les budgets des comités sont calculés en fonction de la population couverte et non plus du nombre d'actes médicaux effectués sur le territoire);
- Obligation pour le secteur privé de négocier ses tarifs avec le comité afin de pouvoir exercer en Suède.

Les données obtenues à la suite de l'adoption de cette mesure témoignent du succès du changement de financement des consultations des médecins. En effet, dès 1985, 3000

Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec?

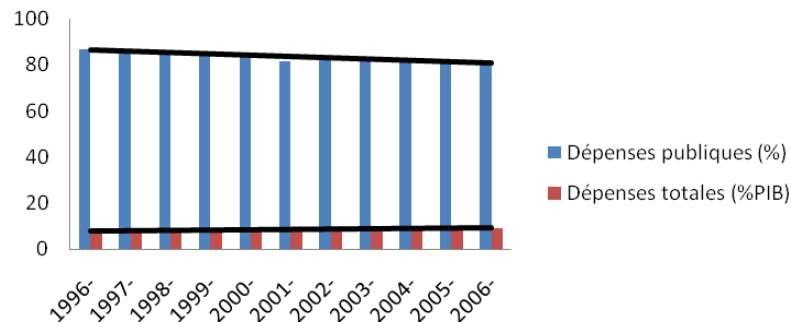
médecins avaient réintégré le système public⁴⁹. Johan Calltorp estime que le plus important impact de la réforme Dagmar est le changement du mode de financement des consultations de médecins, car le modèle de la capitation, étant basé sur la population du comté, permet de consolider les sources de financement des comtés puisque la population est une donnée de référence beaucoup plus stable que les actes médicaux⁵⁰. En ce qui concerne l'obligation pour le secteur privé de négocier leurs tarifs avec le comté, la réforme Dagmar introduit un concept clé : le contrôle du secteur privé par le secteur public. En fait, la domination du secteur public réside dans l'interdiction pour le secteur privé d'opérer en marge du système public. Par exemple, un médecin qui ouvre une clinique privée ne peut pas opérer en Suède si ce dernier ne dispose pas d'un contrat sur sa tarification avec au moins un comté.

3.1.2.1 Le secteur privé en santé en Suède 25 ans après la réforme Dagmar

Le premier hôpital privatisé, Saint-Goran, a été vendu à la société Capio en 2000. L'année suivante, une loi, dite « *Stop law* », votée par le gouvernement en place, interdisait de telles privatisations. Mais depuis 2007, les comtés peuvent à nouveau déléguer la gestion d'hôpitaux entiers ou de certains services à des entreprises privées. Toutefois, la réouverture au secteur privé ne s'est poursuivie qu'au niveau des centres de soins primaires. Le rôle du secteur privé est circonscrit, et ce, même si le parti politique au pouvoir est favorable aux privatisations. Les orientations idéologiques des partis au pouvoir ne semblent plus avoir un impact significatif sur la place du secteur privé en santé. Il ne faut pas négliger non plus le fait que le secteur public en Suède est actuellement beaucoup plus performant qu'au début des années 1980, de sorte qu'il ne soit pas nécessaire que le secteur privé soit appelé à jouer un grand rôle. Par ailleurs, certaines statistiques remettent en question l'apport positif du secteur privé. En effet, une étude démontre que le comté de Stockholm (endroit où le secteur privé est le plus développé en Suède) est le comté le moins performant en ce qui concerne l'efficacité du réseau, le temps d'attente, la sécurité des soins, la prise en charge du patient, l'équité des soins et l'efficacité⁵¹. D'autres statistiques démontrent que la croissance des hôpitaux privés et du secteur privé a fait augmenter la liste d'attente pour les chirurgies électives. Par exemple, entre 1992 et 2000, la part du secteur privé s'est accrue de 18 % et les listes d'attente pour la chirurgie des cataractes ont augmenté de 197 %⁵². La limitation de la progression du secteur privé est une composante clé de la réussite des différentes réformes instaurées depuis le début des années 1980. Par ailleurs, cette corrélation peut être vérifiée avec le cas de la Suède (voir figure ci-dessous) alors que plus les dépenses publiques en santé diminuent, plus les dépenses totales en santé augmentent.

Figure 7. Évolution des dépenses publiques en santé (1996-2006)

Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec?



Source : OCDE 2009

3.1.2.2 Les assurances privées

Si certaines études tendent à démontrer que les assurances privées ne nuisent pas au système de santé public dans le cas de la Suède⁵³, il est tout aussi important de mentionner qu'il est normal qu'un système d'assurances privées qui regroupe seulement 2 % de la population ait un impact marginal sur le système de santé suédois. En effet, il est vrai que de plus en plus de Suédois contractent une assurance maladie privée pour éviter d'avoir à attendre trop longtemps pour un rendez-vous avec un médecin spécialiste. Le nombre d'assurés à titre privé est passé de 67 002 en 1999 à 174 553 en 2004. Certains employeurs choisissent d'assurer leurs employés clés ou souvent, quand il s'agit de PME, l'ensemble du personnel. Malgré tout, le nombre de personnes ayant une assurance maladie privée demeure restreint⁵⁴.

3.1.2.3 L'État de la situation du secteur privé en Suède

On retrouve les fournisseurs de soins de santé privés⁵⁵ essentiellement dans les régions urbaines. À Stockholm, environ 60 % des centres de soins primaires sont privés. D'ailleurs, il faut mentionner que le secteur privé est concentré presque uniquement dans les centres de soins primaires⁵⁶, mais cela n'a aucun effet sur les patients puisqu'ils ne font que payer le ticket modérateur qui est en vigueur tant au public qu'au privé. En Suède, le nombre d'hôpitaux privés reste très limité malgré plusieurs tentatives législatives pour autoriser une certaine privatisation de ce secteur.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, le secteur privé en Suède n'est pas parallèle, il est au service du secteur public. L'encadrement du secteur public est très strict. En effet, pour qu'un cabinet de médecin ou un centre de soins primaires privé puisse œuvrer, l'institution du secteur privé doit avoir un contrat d'opération avec le conseil de comté où l'établissement est situé. Si l'établissement ne dispose pas de contrat avec le conseil de comté, il lui est interdit d'opérer. Donc, les établissements privés en Suède, bien qu'ils existent, ne peuvent pas fonctionner en marge du système public. Pour obtenir cette licence, l'établissement privé doit négocier ses tarifs avec le conseil de comté. Il est à noter que le conseil de comté est en rapport de force avec le secteur privé. En effet, étant donné que le secteur privé est en concurrence avec les établissements publics, le privé se doit d'offrir des tarifs avantageux, car avec le droit de transfert des patients dans d'autres comtés, l'établissement public pourrait fort bien envoyer des patients dans des

Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec?

établissements publics ou privés des autres comtés. Voici là une excellente façon d'encadrer le secteur privé.

3.1.3 La réforme Ädel (1992)

En 1988, une commission d'enquête (la commission *Äldredelegationen*) est lancée dans le but de répondre à un défi de taille pour la Suède : le vieillissement de la population. Le principal but de cette commission est de trouver des solutions afin de préparer le système de santé à la croissance de la demande de soins liée au vieillissement de la population. Une des principales préoccupations liées au vieillissement de la population est le fait qu'une population plus âgée sollicite davantage les services de santé en raison de leur plus grande vulnérabilité face aux maladies et aussi en raison d'une perte d'autonomie qui les oblige à se diriger vers les hôpitaux. Toutefois, pour bien évaluer l'impact de la décentralisation vers les municipalités, il convenait de connaître les délais d'attente pour tous les hôpitaux de la Suède. Ce besoin s'explique par la nécessité de déterminer si la mesure améliorerait les listes d'attentes ou ne détériorait pas davantage la situation. La commission s'est alors penchée sur les moyens possibles qui pourraient être mis en place pour évaluer l'impact des mesures prises sur une base régulière.

La réforme Ädel propose trois éléments pour parvenir à améliorer l'efficacité des interventions pour les personnes âgées et les personnes en perte d'autonomie :

- Transfert des comtés vers les municipalités de la responsabilité des soins non médicaux aux personnes en perte d'autonomie (par exemple les services de prévention, les soins courants, etc.) ayant besoin de soins quotidiens afin d'éviter que ces personnes se retrouvent dans les hôpitaux;
- Les hôpitaux doivent dévoiler au public le temps d'attente pour chaque secteur de leur activité;
- L'obligation de compenser les hôpitaux pris avec les « *bed blockers* » (personnes en perte d'autonomie contraintes d'utiliser les soins hospitaliers en raison de l'impossibilité d'obtenir des services à domicile ou dans un établissement spécialisé).

Nous devons admettre que l'impact de la réforme Ädel sur le système de santé est mitigé. D'un côté, différents rapports ont démontré que les soins offerts par les municipalités étaient moins dispendieux que ceux offerts par les comtés. De plus, l'obligation pour les hôpitaux de rendre publiques les listes d'attentes pour leur secteur d'activité permet désormais d'identifier les établissements qui sont moins performants afin que des mesures soient prises pour améliorer leur situation. Toutefois, les avantages de la réforme se limitent à ce niveau. Britta Olby, citée par Andrew C. Twaddle, estime que la principale lacune de la réforme Ädel est qu'elle fut élaborée principalement pour des raisons de coûts et d'efficacité au détriment de la qualité des soins donnés⁵⁷. D'ailleurs, certaines études⁵⁸ illustrent bien que la coordination obligatoire à la suite de cette réforme entre les municipalités, les comtés et le gouvernement central est trop complexe et engendre des difficultés importantes dans l'organisation des soins aux personnes en pertes d'autonomie. La qualité des soins est aussi remise en cause, puisqu'une étude gouvernementale de 2002 conclut que la réforme Ädel poussait les gestionnaires à renvoyer les patients chez eux « plus vite et plus malades⁵⁹ ».

Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec?

Il faut aussi mentionner que cette problématique est attribuable à la compensation financière des « *bed blockers* ». En effet, les finances des municipalités leur ne permettent pas de dégager une marge de manœuvre suffisante qui permettrait de compenser financièrement les hôpitaux aux prises avec des « *bed blockers* ». Donc, pour éviter de payer des pénalités, plusieurs municipalités préfèrent renvoyer certains patients plus vite à la maison pour en accueillir des nouveaux. Nous devons aussi nous questionner sur la capacité financière des municipalités à supporter un tel service. À la lumière des faits rapportés, il semble que le financement des municipalités n'est pas suffisant pour leur permettre de respecter leurs obligations. Par ailleurs, il est de plus en plus reconnu que contrairement aux objectifs de la réforme de 1992 qui visait la diminution du caractère médical des soins à domicile, les services offerts aux personnes âgées et aux personnes en perte d'autonomie se sont fortement médicalisés⁶⁰, ce qui fait augmenter les coûts de ces services au lieu de les réduire.

3.1.4 La réforme des centres de soins primaires (1993)

Dès les années 1990, la tendance mondiale en matière de santé consiste à favoriser le développement des soins de premières lignes afin qu'il y ait moins de personnes qui se dirigent vers les hôpitaux. Cette idée permet des économies d'échelle importantes puisque les soins de première ligne sont moins dispendieux que ceux dispensés dans les hôpitaux. La réforme permettant le redéploiement des ressources vers les services de première ligne visait trois objectifs similaires à la réforme Ädel⁶¹:

- Rapprocher les soins des patients et de favoriser les soins à domicile;
- Responsabiliser financièrement les municipalités en organisant et en finançant les soins qui ne requièrent pas de soins médicaux en plus de les forcer à rembourser aux établissements hospitaliers les coûts engendrés par les « *bed blockers* », (personnes demeurant hospitalisées faute de place en maison de soins ou ne pouvant pas profiter de soins à domicile);
- Lancer un mouvement de restructuration et de transfert des soins de l'hôpital vers les soins en ville (centre de soins primaires) et les soins à domicile avec l'objectif avoué de réaliser des économies d'échelle importantes.

Concrètement, la réforme a permis de développer les centres de santé primaires qui constituent les services de santé de première ligne. Grâce à cette réforme, ces établissements se sont multipliés à la grandeur du territoire ce qui permit d'offrir une première véritable couverture des soins de première ligne en Suède ainsi qu'une première politique mettant l'accent sur les soins à domicile. Ce redéploiement des effectifs vers les soins à domicile et les soins de première ligne est une conséquence directe de l'autonomie des comtés qui peuvent innover afin de réduire leurs dépenses et ainsi respecter des budgets limités. Le redéploiement vers les soins de première ligne devenait une option incontournable pour accroître l'efficacité des sommes investies et se révélait également un excellent moyen de contrôler la croissance des dépenses en santé.

Bruno Palier mentionne que les comtés ont poussé très loin les services de première ligne puisque certains d'entre eux pratiquent des opérations complexes comme la chirurgie

Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec?

de la cataracte dans les établissements de première ligne⁶². Le développement des soins de première ligne ont permis une réduction du nombre de lits disponibles dans le système de santé suédois, qui est parmi les plus faibles dans l'OCDE. Toutefois, il ne faut pas voir dans cette mesure une diminution du nombre d'opérations. En effet, en dépit de la fermeture de pratiquement 50 % des lits dans le système de santé, le nombre d'opérations effectuées est demeuré le même⁶³. Il n'y a donc pas eu une diminution des services offerts à la population, mais bien plutôt une approche différente de pratiquer, une approche moins hospitalo-centrée, plus près de la population. Ces économies permettent aux comtés de mieux absorber la croissance des coûts en santé, notamment en ce qui concerne les augmentations liées à l'achat de nouvelles technologies de plus en plus dispendieuses. Malheureusement, malgré les économies réalisées, la réforme de 1993 a tout de même contraint les comtés à réduire sensiblement leur offre de service, ce qui ne permet pas de réduire les listes d'attentes⁶⁴. Cette diminution peut être expliquée par le fait que la croissance des coûts en santé est légèrement plus importante que les économies réalisées par le redéploiement des effectifs vers les soins de première ligne.

3.1.5 La délégation des tâches (1994)

La réforme qui a initié le phénomène de la délégation des tâches dans le milieu de la santé en Suède est celle qui a autorisé les infirmières à prescrire certains médicaments. Cette réforme a été mise en œuvre en 1994 (malgré quelques réticences exprimées par certains médecins généralistes) dans le but d'alléger la charge de travail des médecins et rendre plus efficace le système de santé. La prescription par des non-médecins est une conséquence directe de la pénurie chronique de médecins. La délégation de tâches vient régler, du moins en partie, le problème⁶⁵. Les avantages de la délégation de tâches en Suède sont confirmés par le fait que cette pratique a beaucoup progressé au cours des 10 dernières années. Aujourd'hui, la formation en pharmacologie est incluse dans la formation de toutes les infirmières. Le nombre d'infirmières pouvant prescrire des médicaments est passé de 245 en 1995 à 6521 en 1998⁶⁶. En 2001, le droit de prescription a été ouvert à d'autres catégories d'infirmières (comme les infirmières auxiliaires), sous réserve d'avoir suivi la formation de pharmacologie et d'exercer exclusivement dans le secteur public. Depuis 2001, la liste des catégories de médicaments qu'une infirmière peut prescrire est passée de 4 à 15. Cette liste est révisée régulièrement par le Conseil national de la Santé et des Affaires sociales (*socialstyrelsen*).

Encadré 2. Cinq principes définissant le type de produits pouvant être prescrits par les infirmières⁶⁷

- Les indications doivent concerner les soins infirmiers et non les demandes d'examen en laboratoire.
- Les produits doivent avoir été approuvés et utilisés depuis au moins deux ans.
- La prescription doit exclusivement concerner les indications présentes sur la liste et être mise en œuvre par une infirmière qualifiée comme telle.
- La liste doit être révisée annuellement.
- Les règles relatives à la documentation et à la responsabilité doivent être les mêmes que pour les

Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec?

médecins.

La prévention de la santé et le suivi des pathologies chroniques sont les principaux domaines où les infirmières suédoises ont étendu leurs compétences au cours des dernières années⁶⁸. L'objectif de cette délégation de compétence est de réduire les dépenses salariales et de combler les pénuries de spécialistes. Les délégations de tâches incombent essentiellement aux infirmières pour deux raisons. Premièrement, la nature de leur travail fait en sorte qu'elles sont polyvalentes. Elles peuvent s'avérer utiles dans plusieurs domaines et avec des formations adéquates, ces domaines peuvent être augmentés comme ce fut le cas pour la promotion de la santé. Deuxièmement, beaucoup de tâches leur sont déléguées en raison du fait qu'elles sont nombreuses et que leur salaire est moins élevé que d'autres acteurs du système de santé.

3.1.6 La norme 0-7-90-90 (2005)

En réponse à l'incapacité chronique des réformes structurelles à limiter l'attente pour les chirurgies électorives, une nouvelle politique de garantie des délais de traitement fut élaborée : la norme 0-7-90-90⁶⁹ entrée en vigueur en 2005. Cette norme stipule que tout patient doit avoir un contact instantané avec le système de soins primaires (0 jour de délai); que tout patient doit être vu par un médecin généraliste à l'intérieur d'un délai de 7 jours; que tout patient (si nécessaire) doit être référé et avoir obtenu sa consultation auprès d'un médecin spécialiste à l'intérieur d'un délai de 90 jours; et finalement, cette règle stipule que tout patient ne doit pas attendre pas plus de 90 jours après le diagnostic pour obtenir le traitement approprié.

Certains comtés de la Suède ne sont pas en mesure de respecter la règle du 0-7-90-90 pour toutes les chirurgies couvertes par la norme. Dans le cas de non-respect de la norme, le patient a le droit de choisir un endroit où il pourra se faire traiter dans les meilleurs délais. Habituellement l'établissement hospitalier conseille le patient en question en le transférant dans l'établissement où le délai d'attente est le plus court selon le registre national de la qualité des soins de santé (on retrouve dans ce registre national dont les données ne sont pas rendues publiques les délais d'attente pour toutes les chirurgies partout en Suède, les délais d'attentes aux urgences, le nombre de chirurgies réalisées par jour, etc.). Or, ce qui distingue la norme 0-7-90-90 des autres politiques garantissant des délais d'attente maximaux est que les hôpitaux doivent payer le transfert de patients et verser une compensation à l'établissement qui accueille un patient transféré. Bref, l'argent suit le patient puisqu'en allant se faire traiter ailleurs, l'établissement doit déboursier des sommes d'argent. Il est donc dans l'intérêt économique des établissements de ne pas être obligés de transférer un patient. Au contraire, il est même plus avantageux d'en accueillir. Une étude de 2007 mentionne qu'environ 10 % des patients dans l'ensemble du système de santé suédois ont eu recours au transfert vers un autre hôpital ou un autre comté au cours de l'année 2006, ce qui est dans la moyenne annuelle⁷⁰.

3.1.7 La politique du médicament (1996)

Selon les données de l'OCDE, entre 1986 et 1996, la proportion des achats de médicaments est passée de 7,2 % à 13,6 % des dépenses totales en santé, ce qui représente une augmentation 189 %. Jusqu'en 1996, ces dépenses étaient assumées par l'État central.

Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec?

En 1996, en se basant sur les gains d'efficacité et les réductions des dépenses publiques en santé réalisés avec la réforme de 1982, le gouvernement suédois décide de transférer la responsabilité du financement, de l'achat et de la distribution des médicaments dans le réseau de santé aux comtés. Toutefois, cette mesure n'eut pas les effets escomptés.

En effet, d'importantes disparités régionales sont rapidement apparues. Par exemple, le comté de Stockholm (le plus peuplé de Suède) payait ses médicaments moins chers que les comtés ruraux en raison de son plus grand pouvoir de négociation. Dans les comtés plus éloignés, les coûts plus élevés en médicaments les contraignaient à opter pour des médicaments génériques. De plus, au fil des ans, les coûts des nouveaux médicaments étaient de plus en plus élevés, rendant la gestion encore plus exigeante tout particulièrement pour les comtés les moins peuplés. En Suède, entre 1996 et 2002 soit la période couvrant la décentralisation de la gestion des médicaments, les dépenses en médicaments par habitant ont bondi de 149 %. De plus, une étude a démontré que cette mesure n'avait pas réussi à sensibiliser les médecins afin que ces derniers prescrivent davantage de médicaments génériques moins onéreux pour les municipalités⁷¹. Cet échec de sensibilisation réduit les opportunités d'économies parce qu'il n'y a pas assez de demande de la part des médecins pour acheter des médicaments génériques. Les inégalités entre les comtés et la croissance fulgurante des prix des nouveaux médicaments ont mis fin à l'expérience de la décentralisation de la gestion des médicaments. En 2001-2002, une nouvelle agence nationale a été mise en place pour garantir que tous les comtés paient le même prix leurs médicaments. Selon Bruno Palier cette nouvelle agence :

[d]écide quels médicaments seront pris en charge par le système et à quel prix, tout en suggérant et étudiant des traitements alternatifs. L'agence travaille aussi à développer de très fortes incitations au remplacement d'un médicament par son équivalent moins cher, notamment par un médicament générique, dont l'usage est fortement développé en Suède⁷².

Selon les données de l'OCDE, depuis la création de cette nouvelle agence, la proportion des dépenses en médicaments dans les dépenses totales en santé est stable à environ 14 %, ce qui est exceptionnel dans un contexte où les médicaments coûtent de plus en plus cher. On assiste même à une légère diminution des dépenses depuis 2005.

3.1.8 Vers une recentralisation du système de santé?

Depuis 2000, les politiques nationales de décentralisation ont fait place à des politiques de centralisation. Ce changement d'orientation touche seulement certains aspects du système de santé où la décentralisation a provoqué des disparités entre les régions trop importantes aux yeux des autorités centrales. On ne peut pas considérer cette recentralisation comme étant contraire à la réforme de 1982, car la loi en question stipule l'importance pour le gouvernement central de préserver une série de principes comme un accès égal des citoyens de tous les comtés à un service de qualité.

C'est sous le couvert de ce principe que le gouvernement central intervient dans le système de santé. Parmi les mesures centralisatrices qui furent adoptées, nous retrouvons la norme 0-7-90-90 qui garantit des délais de traitements et le retour de la politique du médicament gérée par le niveau national. De plus, selon Bruno Palier, les « objectifs des

Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec?

politiques de santé sont de plus en plus souvent définis au niveau central⁷³ ». Par exemple, c'est le gouvernement central qui définit les priorités pour la politique de prévention de la santé que les comtés doivent mettre en œuvre. On remarque aussi que la centralisation se fait au niveau de la partie du financement des comtés provenant du gouvernement central (soit environ 20 % du financement total des comtés). En effet, le gouvernement central a de plus en plus tendance à donner des orientations aux fonds attribués aux comtés⁷⁴. Ces politiques de recentralisations illustrent les limites de la décentralisation. Elles indiquent l'importance de préserver un équilibre entre la liberté d'action des comtés et la préservation de l'équité entre tous les citoyens.

3.2 Les réformes initiées au niveau régional et local

3.2.1 La séparation de l'acheteur et du fournisseur

La séparation de l'acheteur et du fournisseur des soins de santé fut introduite pour la première fois en Suède au début des années 1990 dans trois comtés suédois dont celui de Stockholm. Déjà à la fin des années 1990, la vaste majorité des comtés suédois avait adopté ce nouveau procédé de gestion des soins de santé⁷⁵. La séparation de l'acheteur et du fournisseur des soins de santé n'est pas une innovation de la Suède, mais bien du Royaume-Uni⁷⁶. Le principe de la dissociation de l'acheteur de services (le comté) et du fournisseur (l'établissement de soins de santé) est d'élaborer une forme de contrat pour le traitement des patients. On retrouve dans ce contrat l'ensemble des soins offerts pour chaque établissement de santé du comté. On y retrouve aussi le mode de rémunération du fournisseur ainsi que les limites au contrat (par exemple, on peut limiter le nombre d'opérations à la hanche pour certains établissements). C'est au fournisseur de services que revient la liberté de choisir comment les services seront rendus (soit au secteur public ou au secteur privé). Les hôpitaux peuvent ainsi acquérir plus d'autonomie par rapport aux instances politiques. La rémunération de l'établissement sera seulement le montant précisé dans son contrat. Donc, tout déficit est la responsabilité du fournisseur. Cette mesure permet également aux comtés de prévoir leurs dépenses et elle facilite le contrôle de l'évolution des dépenses, en n'assumant pas les déficits. Selon Arvidsson et Jönsson, la dissociation acheteur/fournisseur est importante en Suède pour maîtriser les dépenses en santé puisque les « transactions au moyen de contrats précisent les droits et obligations de l'un envers l'autre⁷⁷ ».

Cette mesure témoigne aussi de la plus grande flexibilité du système de santé suédois depuis sa décentralisation en 1982. La séparation de l'acheteur et du fournisseur des soins de santé est une innovation britannique qui a été incorporée à l'initiative du système de santé régionalisé et n'a pas été imposée par le gouvernement central. Signe de la grande autonomie des conseils de comtés, dans le comté de Dalarna, la dissociation acheteur/fournisseur a été réalisée à l'inverse du modèle expliqué au début de cette section. En effet, la fonction d'acheteur appartient aux centres de soins primaires. Toutefois, les comtés où la fonction d'acheteur était décentralisée (comme dans le comté de Dalarna et dans la ville de Stockholm) ont rencontré plusieurs problèmes. Selon une étude de Calltorp et Harrison, une décentralisation de la dualité acheteur/fournisseur a semé la confusion et a entraîné des frais administratifs élevés puisque le nombre d'acteurs devant négocier est plus élevé dans le système décentralisé que dans un système centralisé⁷⁸.

Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec?

Toutefois, l'application de ce modèle semble plutôt difficile autant en Suède qu'au Royaume-Uni et il semble qu'il y ait un manque de confiance entre les acheteurs de soins de santé et les fournisseurs. Par exemple, les fournisseurs de services décrivent le manque de directives provenant de l'acheteur (le comté) de sorte qu'ils ont de la difficulté à bien planifier leurs interventions, ce qui augmente les risques de créer un déficit⁷⁹. Toutefois, pour mieux évaluer l'impact de la séparation entre l'acheteur et le fournisseur de soins de santé en suède, il faudra attendre, puisqu'il n'y a pas suffisamment d'études sur le sujet. Nous ne pouvons donc pas conclure à la réussite ou à l'échec de la mesure. Toutefois, nous pouvons affirmer que cette mesure n'a pas engendré des inégalités sur la qualité des soins offerts à la population entre les comtés qui ont adopté la séparation de l'acheteur et le fournisseur de soins et les comtés qui n'ont pas appliqué ce modèle.

3.2.2 Le système DRG

Dans le but d'améliorer l'efficacité du système de santé, certains comtés suédois ont adopté un système qui évalue la performance des établissements de santé. Ce système est connu sous le nom de DRG⁸⁰. Le système DRG (Diagnosis Related Group) ou GHM (groupes homogènes de malades) regroupe les patients, à l'aide d'un logiciel, en un certain nombre de catégories établies sur la base de leur diagnostic principal, des codes de procédure cliniques, du sexe, de l'âge et de la présence de complications et de doubles diagnostics. Le système GHM a été utilisé pour la première fois aux États-Unis en 1983⁸¹. Ce système est une mesure qui sert d'abord et avant tout à endiguer la croissance des coûts en santé en établissant le financement des établissements de santé sur la base des pratiques les plus efficaces et les moins onéreuses. Le premier comté suédois à utiliser les DRG fut celui de Stockholm en 1993. L'objectif initial était d'attribuer à chaque hôpital son budget en fonction du coût de production du point le plus bas, afin d'inciter les hôpitaux à s'aligner sur la productivité du plus performant d'entre eux⁸². Toutefois, le système de DRG en Suède n'a finalement pas été utilisé comme moyen de financement des hôpitaux. Il sert plutôt à comparer la performance des établissements de santé à la grandeur du pays. Avec ce système, les autorités nationales ou locales peuvent évaluer la performance des établissements de santé et d'intervenir pour améliorer l'efficacité des établissements les moins performants.

Les gains en efficacité réalisés depuis l'introduction du système DRG existent bel et bien puisque maintenant, 80 à 90 % des hôpitaux de la Suède utilisent ce système⁸³. Aujourd'hui, la plupart des comtés utilisent les données recueillies par le système DRG pour évaluer la performance des établissements de santé sur leur territoire. Le comté peut ainsi identifier les établissements les moins performants et les conseiller sur les moyens à prendre pour améliorer leur productivité. Ces conseils sont évidemment basés sur les pratiques les plus performantes qui sont identifiées par le système DRG. De plus, le système DRG permet une description plus complète du système de santé et peut identifier les diagnostics les plus fréquents dans une région donnée⁸⁴. Avec ce système, les autorités sanitaires ont une meilleure connaissance de l'état de santé de la population. Ceci est pratique pour la politique de prévention de la santé nationale et régionale. Se faisant, la politique de promotion de la santé sera davantage ciblée sur la problématique de l'alcool que dans les autres comtés.

Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec?

4. RÉFLEXION SUR LA SITUATION AU QUÉBEC

4.1 Les leçons à tirer des réformes suédoises

Il faut l'admettre d'emblée, aucun système de santé n'est parfait et le modèle suédois n'échappe pas à cette règle. Les réformes suédoises n'ont pas permis la fin des listes d'attente ou encore l'attente dans les urgences des hôpitaux. Encore aujourd'hui, 10 % des utilisateurs du système de santé doivent se prévaloir de la garantie de délais de traitement 0-7-90-90, notamment pour les utilisateurs en attente d'une chirurgie électorale comme la cataracte. En revanche, les différentes réformes du modèle suédois ont permis des gains tangibles en efficacité ainsi qu'une grande capacité de maîtriser la croissance des coûts en santé. Le système québécois se doit de réaliser des gains substantiels en matière d'efficacité, puisqu'il est de plus en plus difficile pour le gouvernement du Québec d'assumer année après année la croissance des coûts du système. Pour limiter cette croissance, il est plus nécessaire que jamais de disposer d'un système uniforme à la grandeur du Québec qui permet d'évaluer financièrement chacune des interventions dans le réseau de la santé comme cela est possible en Suède avec le système DRG. Les avantages de l'introduction d'un tel système sont nombreux. Nous pouvons déterminer le coût d'une intervention dans tous les établissements et nous pouvons effectuer des comparaisons qui permettent d'identifier les endroits qui ont les pratiques les moins onéreuses qui peuvent servir de références aux hôpitaux moins performants. L'idée de chiffrer les coûts des pratiques est suggérée dans le Rapport Castonguay⁸⁵.

L'évaluation de la performance est un élément important du système de santé suédois. L'accessibilité, la satisfaction des patients, les résultats au plan clinique, la productivité, etc. sont évalués périodiquement au moyen de nombreux indicateurs, notamment le système DRG. L'évaluation de la performance aux plans économique et financier prend une importance particulière vu l'ampleur des ressources consacrées à la santé au Québec, car sur un budget de 25 milliards en 2008-2009, les établissements publics (hôpitaux) se sont vus allouer plus de 15 milliards, soit 30 % du budget global du gouvernement du Québec. Il devrait normalement exister un système d'évaluation structuré et périodique de la performance des hôpitaux, ce n'est pourtant pas le cas actuellement. Certes, il existe des contrôles budgétaires, mais ces derniers ne permettent pas d'évaluer la performance réelle des hôpitaux.

La décentralisation politique et fiscale est un élément clé pour comprendre comment le modèle suédois est parvenu à se classer parmi les meilleurs. De plus, le fait que tous les États scandinaves ont un système de santé fortement décentralisé démontre que la dévolution de pouvoirs politiques aux entités régionales permet de réaliser des gains d'efficacité substantiels. Le cas suédois nous enseigne toutefois qu'il faut garder certains pouvoirs au gouvernement central afin de ne pas créer ou amplifier des disparités entre les différents comtés. Il semble important de garder un nombre peu élevé de régions responsables. Il y a quelques années, le gouvernement suédois a jonglé avec l'idée de réduire le nombre de comtés de 21 à 6 (mesure qui ne fut pas adoptée⁸⁶). Toutefois, la décentralisation a ses limites. Le cas de la Suède nous indique jusqu'où la décentralisation peut aller sans engendrer des inégalités importantes entre les régions au niveau de la qualité et de l'offre des services de santé. Par ailleurs, il semble important qu'une partie du

Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec?

financement des entités régionales provienne de l'État central, ce qui permet d'atténuer les disparités entre les différentes régions.

De plus, l'encadrement du secteur privé est essentiel pour le bon fonctionnement du système de santé. Il est important d'instaurer la concurrence entre les établissements hospitaliers du secteur public avec ceux du privé afin de s'assurer que les tarifs exigés par le privé soient inférieurs à ceux du secteur public. Interdire aux établissements privés de fonctionner en marge du système de santé public par la dépendance aux contrats des comtés est une pratique qui fonctionne non seulement en Suède, mais aussi dans les autres pays scandinaves. Cet encadrement du privé restreint la part de ce secteur dans le système de santé public et favorise l'émergence de petites entreprises privées sous forme de coopératives au niveau des soins primaires. Ces petites privatisations sont intéressantes, puisque ce type de propriété responsabilise davantage les acteurs locaux. De plus, en mettant le secteur privé en situation de dépendance au secteur public, le secteur privé est présent uniquement lorsque le secteur public ne peut répondre aux besoins de la population. Ceci explique entre autres le fait que depuis qu'il est possible à nouveau de privatiser des établissements de santé, les établissements en questions se limitent seulement aux centres de soins primaires, et ce, malgré le fait que la loi actuelle permette des privatisations d'hôpitaux.

La délégation des tâches permet de réorienter le travail des médecins vers les patients où l'état de santé mérite que l'on s'y attarde. De plus, la délégation de tâches permet à différents acteurs du système de santé de remplir des tâches de plus en plus variées, ce qui sera grandement utile dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre et limitation des embauches dans le milieu. La Suède effectue depuis 20 ans un redéploiement de ses effectifs vers les soins de première ligne. Ce processus se veut une des façons les plus efficaces de faire des économies sur le budget de la santé tout en étant un moyen pour diminuer les listes d'attente ainsi que les heures d'attente dans les urgences du pays.

L'expérience suédoise de la dissociation de l'acheteur et du fournisseur peut avoir beaucoup d'intérêt pour les décideurs québécois. La caractéristique essentielle de la dissociation de l'acheteur et du fournisseur se définit par une relation sans dépendance entre l'entité qui finance les soins de santé et les entités qui gèrent les organismes fournisseurs des services de santé proprement dits (hôpitaux, centres de soins de première ligne, médecins, etc.) Au Québec, une telle séparation ne serait pas nécessaire étant donné que les hôpitaux et les cabinets de médecins sont déjà des entités privées dont la gestion est indépendante. Toutefois, l'adoption d'un type quelconque de mécanisme de financement basé sur des contrats pourrait être une solution intéressante, en particulier si la gestion du régime doit être de plus en plus dévolue à des autorités régionales inférieures comme cela est le cas en Suède. Comme nous l'avons vu au cours de ce texte, la séparation de l'acheteur et du fournisseur est considérée comme une mesure des plus efficaces pour limiter les dépassements de coûts puisque tout déficit est sous la responsabilité du fournisseur.

4.2 Les éléments que le Québec dispose déjà

Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec?

Le Québec dispose déjà de plusieurs éléments importants qui expliquent le succès du modèle suédois. Pour des raisons d'espace, nous nous concentrerons sur les plus évidents. Tout d'abord, il est à noter que le Québec dispose déjà des organisations territoriales nécessaires pour décentraliser le système de santé. En effet, nous pourrions créer l'équivalent des comtés suédois sur la base des régions administratives ou des régions sociosanitaires. De plus, étant donné que ces régions ont déjà une expertise dans la gestion des soins de santé, nous retrouvons actuellement la compétence nécessaire pour gérer le système de santé bien qu'elles n'ont pas une réelle autonomie puisqu'elles sont tributaires des fonds gouvernementaux. À propos de la forme de décentralisation du système de santé, nous avons constaté que la dévolution de pouvoirs est présente essentiellement dans des États fortement centralisés. Ceci est aussi confirmé par Vincent Lemieux et Jean Turgeon⁸⁷. Selon ces derniers, dans le cas canadien, ce phénomène ne peut pas être expliqué par restrictions législatives du gouvernement provincial ou fédéral, mais bien par des facteurs d'ordre politique⁸⁸. Donc, la présence du gouvernement fédéral n'empêche pas le Québec de transférer des pouvoirs politiques aux régions.

Les garanties de traitement sont devenues une norme dans les États scandinaves, notamment en Suède. Il est donc important d'imposer de telles règles pour les chirurgies électives les plus fréquentes au Québec, car elles obligent les établissements hospitaliers à faire des gains importants en termes d'efficacité. Toutefois, cette mesure n'est efficace que lorsque le patient qui ne peut pas être traité dans les délais prescrits par la loi peut choisir son lieu de traitement (qui est orienté en fonction du registre national des listes d'attentes pour les chirurgies électives). Il ne faut pas oublier que ce qui incite les établissements de santé à respecter les délais de la norme 0-7-90-90 ce n'est pas la règle en tant que telle, mais bien le fait que l'argent, en suivant le patient, impose à l'établissement fautif des pénalités financières.

Le monopole étatique d'achat des médicaments demeure le meilleur moyen de permettre aux régions d'obtenir les médicaments au même prix. Comme nous l'avons vu dans le texte, la façon la plus efficace de distribuer équitablement les médicaments dans l'ensemble des régions suédoises demeure le monopole étatique. De plus, c'est le niveau central qui est le plus disposé à assumer les coûts liés à l'achat des médicaments.

Une autre caractéristique touche les spécialités des établissements de santé. En effet, un début d'exclusivité des services spécialisés dans les différents établissements hospitaliers existe au Québec, on ne retrouve pas tous les soins (surtout les soins les plus spécialisés) dans tous les hôpitaux. Des hôpitaux comme le CHUM, le CHUS ou encore le CHUL sont les seuls à pouvoir donner certains soins dans leur région respective, voire même dans le Québec en entier. Cette politique d'exclusivité permet à la Suède de réaliser des économies importantes, qui sont nettement supérieures aux inconvénients comme les coûts de transports des patients qui deviennent plus fréquents en raison de cette exclusivité des services.

Le système de santé québécois est composé d'un secteur public dominant auquel le privé joue un rôle moins important. Ceci constitue un point fort pour le Québec. La part du secteur public dans le financement des soins de santé est comparable avec celui de la

Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec?

Finlande et n'est pas si loin de la proportion de la Suède, ce qui favorise une réforme qui encourage la participation du secteur public dans l'organisation des soins de santé. Toutefois, il faut que le secteur privé soit mieux encadré. Le modèle suédois présente une solution intéressante à ce sujet, c'est-à-dire de contraindre les établissements privés à présenter des tarifs concurrentiels grâce au libre marché des établissements de santé du secteur public et de les contraindre à opérer en fonction de tarifs négociés avec les comtés. Il ne faut pas oublier que dans tous les États scandinaves, le secteur privé ne peut pas fonctionner en marge du système public. L'entente entre l'Hôpital Sacré-Cœur et la clinique Rockland MD est un projet pilote intéressant, mais dans ce cas, l'absence d'un encadrement strict et d'une forme de marché où des hôpitaux publics pourraient se concurrencer permet au secteur privé d'exiger des tarifs qui peuvent s'avérer plus élevés que certains hôpitaux publics⁸⁹.

Bien que moins élaboré qu'en Suède, la formation des groupes de médecins de famille (GMF) est ce qui se rapproche le plus aujourd'hui de la structure des centres de soins primaires de la Suède⁹⁰. Il apparaît donc important de les développer davantage. Toutefois, le Québec se doit de se questionner sur les nombreuses structures de ses centres de soins de premières lignes. En effet, en plus des GMF, les soins de première ligne comportent les CLSC ainsi que les coopératives de santé, alors que le secteur public des soins de première ligne en Suède est une seule structure. En ce qui concerne la formation de plus en plus de coopératives de santé, nous croyons que ces institutions ont leur équivalent en Suède de sorte qu'il s'agit d'un autre élément commun entre la Suède et le Québec en matière de soins de première ligne.

En effet, il y a cohabitation entre les centres de soins de premières lignes publics et privés (organisés le plus souvent sous forme de coopératives) en Suède. Or, nous avons vu dans la deuxième partie de ce texte que le développement des centres de soins primaires a eu un impact positif sur le système de santé en Suède, et ce, en dépit du fait qu'il y avait une cohabitation entre les centres publics et privés. Le développement des coopératives de santé n'entre donc pas contradiction avec ce qui se fait en Suède. Déjà dans le système de première ligne au Québec, les coopératives s'implantent là où les institutions publiques ne sont pas présentes suffisamment. Cette situation est analogue à ce qui se produit en Suède. Toutefois, il faut s'assurer que l'implantation des coopératives de santé permet à la population d'obtenir des soins de santé qu'ils ne pourraient pas avoir autrement et non comme un moyen d'augmenter le salaire des médecins⁹¹. Kingdon nous enseigne que l'émergence des politiques publiques, peu importe le domaine, n'est pas un événement qui se produit souvent. Or, le contexte politique et économique du Québec au cours des prochaines années favorise l'émergence d'une fenêtre d'opportunité unique pour une réforme en profondeur du système de santé. En effet, si le *statu quo* demeure dans le système de santé, le courant des problèmes sera de plus en plus présent puisque ce dernier ne parvient pas à contrôler sa croissance des coûts au niveau de la croissance des revenus du gouvernement ou encore de son PIB⁹². De plus, la question de la dette publique, qui se chiffrera à 170 milliards de dollars dans quatre ans, imposera une réflexion sur le financement des services publics. Notons que le courant des solutions est déjà présent depuis quelques années⁹³.

Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec?

CONCLUSION

Le cas suédois constitue un exemple de choix pour tout État qui désire réformer son système de santé pour le rendre plus efficace et de meilleure qualité. Tout au long de ce travail, nous avons vu qu'il est possible de transformer radicalement un système de santé et d'obtenir des résultats concrets dans une courte période de temps. Ceci est d'ailleurs ce qui devrait intéresser les décideurs politiques au Québec qui recherchent de nouveaux moyens de contenir la croissance des dépenses étatiques afin de retrouver l'équilibre budgétaire en 2013-2014. Si on se fie au cas suédois et des États scandinaves, la clé d'une éventuelle réforme majeure du système de santé québécois réside dans la décentralisation du système de santé au niveau de la gestion, mais également au niveau du financement. Alors que le débat sur les finances publiques est déjà démarré, il semble plus pertinent que jamais de lancer une grande réflexion sur l'avenir du système de santé québécois. Cette réflexion doit trouver des moyens de limiter la croissance des coûts du système afin de préserver le modèle québécois.

¹ Au cours de la campagne électorale provinciale de 2008, une enquête réalisée par Léger Marketing auprès de 1001 Québécois souligne que 31 % des gens sondés identifient l'accessibilité et la qualité aux soins en santé comme première préoccupation. Viennent ensuite la protection de l'économie contre la crise financière mondiale (28 %), les baisses des impôts pour la classe moyenne (12 %) et l'environnement (11 %).

² Luc GODBOUT. « À la hauteur de ses moyens, la ministre met plein gaz sur l'investissement », *La Tribune*, 15 mars 2008, p.19.

³ Andrew C. TWADDLE. *Health Care Reform in Sweden, 1980-1994*, Westport, Auburn House, 1999, 298 p ; p.1.

⁴ David BENTA *et al.* « Health Technology Assessment in Sweden », *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol.16, no.2, 2000, pp.560-575 ; p.564.

⁵ Andrew C. TWADDLE. *Health Care Reform in Sweden, 1980-1994*, p.211.

⁶ Andrew C. TWADDLE. *Health Care Reform in Sweden, 1980-1994*, p.212.

⁷ Bruno PALIER. *Les réformes des systèmes de santé*, Paris, Presses Universitaires de France, 2009, 128 p ; p.55

⁸ La théorie du politologue John W. KINGDON stipule que pour qu'une politique publique se concrétise, il faut que trois « courants » se rencontrent : le courant des problèmes (présence d'un problème social), le courant des solutions (les acteurs de la société avancent des solutions audit problème) et le courant politique (climat politique favorable au règlement du problème). Lorsqu'un des courants ne rejoint pas les autres, il n'y a pas de politique publique. Pour un résumé complet de cette théorie, consultez l'ouvrage *L'étude des politiques publiques* de Vincent LEMIEUX (2002).

⁹ Bruno PALIER. *Les réformes des systèmes de santé*, p.55.

¹⁰ Bruno PALIER. « Un système régionalisé en constante évolution : le cas suédois », *Sève*, no.12, automne 2006, pp.29-36 ; p.31.

¹¹ Base de données de l'OCDE Éco-santé/Health Data OCDE. Éco-santé OCDE – 2008, Paris, 2009, 1 Cédérom. Notez que, sauf indications contraires, toute référence aux données de l'OCDE provient de la base de données Éco-santé/Health Data OCDE.

¹² Andrew C. TWADDLE. *Health Care Reform in Sweden, 1980-1994*, p.187.

Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec?

¹³ Base de données de l'OCDE Éco-santé/Health Data OCDE.

¹⁴ GROUPE DE TRAVAIL SUR LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ. *En avoir pour notre argent*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, 317 p ; p.235.

¹⁵ Anders ANELL *et al.* *Health Systems in Transition: Sweden*, Copenhague, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, vol. 7, no.4, 2005, 128 p ; p.58.

¹⁶ ÖREBRO COUNTY COUNCIL. « Örebro County Council - a meeting point », [En ligne], 2008, http://www.orebro.se/oll/page_9204.aspx (Page consultée le 2 novembre 2009).

¹⁷ L'OCDE estime que la très forte dépendance à une seule taxe représente des risques importants en raison de la nature de cette dernière. En effet, le pouvoir financier transféré aux comtés est un impôt sur le revenu à taux unique. Or, ce type d'impôt est vulnérable aux fluctuations de l'économie. Par exemple, si la situation économique se dégrade rapidement et que le taux de chômage augmente, les comtés n'ont pas d'autres moyens financiers pour compenser les baisses de revenus causés par la diminution du nombre de salariés. L'OCDE recommande à la Suède d'ajouter une source de financement plus stable tel que le transfert de quelques points de la TVA (soit l'équivalent de la TVQ) pour venir compenser les fluctuations de l'économie.

¹⁸ Notez qu'il s'agit de la dernière année où ces statistiques sont disponibles.

¹⁹ Voir notamment Gunnar ÄGREN. « The new Swedish national public health policy », *Scandinavian Journal of Public Health*, vol.29, no.4, 2001, pp.246-247, Josep FIGUERAS, Constantino SAKELLARIDES et Richard B. SALTMAN (dirs.). *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, Buckingham et Philadelphie, Open University Press, 1998, 424 p, Toba BRYANT et Dennis RAPHAEL, « The state's role in promoting population health: Public health concerns in Canada, USA, UK, and Sweden », *Health Policy*, vol.78, no.1, 2006, pp.39-55, et David RAE. *Getting Better Value for Money from Sweden's Healthcare System*, Paris, OECD Publishing, 2005, 39 p ; p.5.

²⁰ SOCIAL AND CULTURAL PLANNING OFFICE. PUBLIC SECTOR PERFORMANCE : An international comparison of education, health care, law and order and public administration, La Haye, SCP Publications, 2004, 310 p ; p.183.

²¹ Anders ANELL *et al.* *Health Systems in Transition: Sweden*, p.82.

²² Voir notamment l'étude de Richard B. SALTMAN. « The context for health reform in the United Kingdom, Sweden, Germany, and the United States », *Health Policy*, vol.41, Supplément, 1997, pp.S9-S26 ; p.S21.

²³ MISSION ÉCONOMIQUE DE STOCKHOLM. *Réforme de l'État en Suède : sommaire des bonnes pratiques*, Stockholm, 2004, Publications de la Mission économique de Stockholm, 3 p ; p.2.

²⁴ Nous aborderons plus loin dans ce travail la norme en question.

²⁵ François-Arnaud CASALIS. « Dossier médical informatisé : l'exemple suédois », *Magazine hospitalier*, vol.8, 2008, p.99.

²⁶ Le cas des réopérations à la hanche est un exemple probant de l'impact des innovations technologiques en santé. L'ensemble des opérations à la hanche sont documentées et la Suède a élaboré le Registre suédois des opérations à la hanche en 1979 pour conserver les données recueillies pour toutes les opérations à la hanche. C'est par cette innovation que les autorités ont découvert que la cimentation de la prothèse à la hanche réduisait considérablement les risques de réopérations et les risques de complications. Ces techniques sont diffusées à l'ensemble des médecins afin qu'ils

Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec?

adaptent leurs pratiques aux meilleures. Cette innovation explique pourquoi la Suède est le pays où le taux de réopération est le moins important.

²⁷ Per CARLSSON et Peter GARPENBY. « The role of national quality registers in the Swedish health service », *Health Policy*, vol.29, no.3, 1994, pp.183-195.

²⁸ HARRIS INTERACTIVE. « European Physicians Especially in Sweden, Netherlands and Denmark, Lead U.S. in Use of Electronic Medical Records », 8 août 2002, [En ligne], http://www.harrisinteractive.com/news/newsletters/healthnews/Hi_HealthCareNews2002vol2_Iss16.pdf (Page consultée le 2 novembre 2009).

²⁹ Andrew C. TWADDLE. *Health Care Reform in Sweden, 1980-1994*, p.6.

³⁰ Les objectifs visés par la réforme de 1982 étaient : responsabiliser les comtés dans la gestion des soins de santé, favoriser la reddition de comptes des gestionnaires, accorder une autonomie de financement, maîtriser la croissance des coûts du système et avoir un système de santé plus humain aux yeux des utilisateurs.

³¹ Vincent LEMIEUX et Jean TURGEON. « La décentralisation : panacée ou boîte de Pandore ? », dans Clermont Bégin (dir.). *Le système de santé québécois*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1999, pp.173-194 ; p.191.

³² Hossein PASHANG et Ewa WIKSTRÖM. « Managing the Health Care Practices by Relational Accountability: A Study of the Nutrition Care at a Swedish University Hospital », *18^e rencontre de la Scandinavian Academy of Management*, Århus, août 2005, 21 p.

³³ Hossein PASHANG et Ewa WIKSTRÖM. « Managing the Health Care Practices by Relational Accountability: A Study of the Nutrition Care at a Swedish University Hospital », p.4.

³⁴ Vaida BANKAUSKAITE, Richard B. SALTMAN et Karsten VRANGBÆK (dirs.). *Decentralization in Health Care: Strategies and Outcomes*, Maidenhead, Open Library Press, 2006, 298 p ; p.125.

³⁵ Un exemple intéressant qui démontre que cette manière de gérer les finances publiques au niveau régional gagne en popularité est celui de la Finlande où les municipalités doivent gérer le système de santé. Le gouvernement central effectue présentement un projet pilote dans la région de Kainuu qui permet à ce comté de disposer de pouvoirs politiques sur la base de l'élection des conseillers analogue à la situation en Suède. Le projet pilote permet aux gestionnaires élus de disposer de fonds publics pour des projets de soutien au développement économique régional. Dans un document du Ministère de l'environnement du Danemark chargé d'évaluer ce projet, on mentionne que le processus d'élection des gestionnaires régionaux a accru le sens de la responsabilité de ces personnes de sorte que chaque projet est étudié en profondeur et que les gestionnaires cherchent à développer les projets les plus efficaces pour relancer l'économie locale. Ce que nous devons retenir de l'expérience du comté de Kainuu, c'est que la combinaison d'une dévolution de pouvoirs politiques avec la responsabilité devant la population de la gestion de fonds publics locaux augmente la responsabilité des gestionnaires, augmentant aussi l'efficacité des décisions prises. Cet exemple met en relief l'importance de l'élection des gestionnaires de la santé dans les conseils de comtés en Suède pour comprendre les gains en efficacité réalisés dans le système de santé suédois depuis la décentralisation des années 1970-1980. Voir MINISTRY OF ENVIRONMENT FOREST AND NATURE AGENCY. « Regional planning in Finland, Iceland, Norway and Sweden », avril 2004 [En ligne], www.fhf.fr/content/download/3598/20088/version/1/file/74_76_international_RHF525.pdf (Page consultée le 2 novembre 2009).

³⁶ Åke BLOMQVIST. *Modèles internationaux de soins de santé : Suède*, Ottawa, Sénat du Canada, 2001, 35 p.

Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec?

³⁷ SWEDISH ASSOCIATION OF LOCAL AUTHORITIES AND REGIONS. « Municipalities, county councils and regions », [En ligne], 20 février 2009, <http://skl.se/artikel.asp?C=6393&A=48668> (Page consultée le 2 novembre 2009).

³⁸ Vaida BANKAUSKAITE, Richard B. SALTMAN et Karsten VRANGBÆK (dirs.). *Decentralization in Health Care: Strategies and Outcomes*, p.125.

³⁹ Vaida BANKAUSKAITE, Richard B. SALTMAN et Karsten VRANGBÆK (dirs.). *Decentralization in Health Care: Strategies and Outcomes*, p.125-126.

⁴⁰ Andrew C. TWADDLE. *Health Care Reform in Sweden, 1980-1994*, p.75.

⁴¹ Entre 1970 et 1982, le ticket modérateur est aboli pour les utilisateurs des soins ambulatoires dans le but d'inciter la population à fréquenter ces établissements au lieu de se diriger vers les hôpitaux.

⁴² Johan HJERTQVIST. « User Fees For Health Care In Sweden », *Atlantic Institute for Market Studies Health Commentary*, no.6, mai 2002, pp.1-4 ; p.2.

⁴³ Andrew C. TWADDLE. *Health Care Reform in Sweden, 1980-1994*, p.244.

⁴⁴ Les frais modérateurs (par consultation) liés à l'utilisation du système de santé : consultation avec une infirmière : 12-15\$, avec un médecin de famille : 15-20\$, avec un médecin spécialiste : 30-45\$. Pour une hospitalisation, il faut dépenser 12\$ par jour. Notons la présence d'un plafond des dépenses de 160\$ par période de 12 mois.

⁴⁵ Johan HJERTQVIST. « User Fees For Health Care In Sweden », p.2.

⁴⁶ Johan HJERTQVIST. « User Fees For Health Care In Sweden », p.4.

⁴⁷ Andrew C. TWADDLE. *Health Care Reform in Sweden, 1980-1994*, p.91.

⁴⁸ Andrew C. TWADDLE. *Health Care Reform in Sweden, 1980-1994*, p.8.

⁴⁹ Andrew C. TWADDLE. *Health Care Reform in Sweden, 1980-1994*, p.8.

⁵⁰ Cité dans Andrew C. Twaddle. *Health Care Reform in Sweden, 1980-1994*, p.8.

⁵¹ Ross G.BAKER *et al.* « Jönköping County Council », dans Ross G.Baker *et al.* *High Performing Healthcare Systems : Delivering Quality by Design*, Toronto, Longwoods Publishing, pp.121-144 ; p.122.

⁵² SYNDICAT CANADIEN DE LA FONCTION PUBLIQUE. « Analyse de la décision Chaoulli : de véritables solutions pour réduire les listes d'attente », août 2005, [En ligne], http://scfp.ca/updir/Wait_lists_the_Facts-fr.pdf, (Page consultée le 2 novembre 2009).

⁵³ Voir à ce sujet FÉDÉRATION DES CHAMBRES DE COMMERCE DU QUÉBEC. « Mémoire de la Fédération des chambres de commerce du Québec », mars 2006, [En ligne], www.fccq.ca/documents/pdf/memoires/Garantir_l'accès.pdf, (Page consultée le 2 novembre 2009).

⁵⁴ La rareté des assurances privées réside sans doute en partie dans le fait qu'en Suède, les médecins qui sont à l'emploi du régime public n'ont pas le droit d'avoir un cabinet privé à temps partiel et aussi dans le fait que presque tous les médecins qui exercent en cabinet privé à plein temps le font à l'intérieur du régime public. Les services qu'ils fournissent sont donc toujours payés par des assurances publiques. Ainsi, le marché de l'assurance privée est petit du simple fait que la possibilité de recevoir des soins de santé à l'extérieur du régime public est limitée⁵⁴. De plus, selon l'OCDE, une autre raison qui explique le faible marché de l'assurance privée développé est que les produits d'assurances privées sont taxés (la taxe sur la consommation atteignant 25% pour cette gamme de

Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec?

produits) de sorte que des assurances privées sont trop dispendieuses. Voir David RAE. *Getting Better Value for Money from Sweden's Healthcare System*, p.17.

⁵⁵ La plus importante entreprise de services de santé privée, Praktikertjänst, fonctionne comme une coopérative de production détenue par des médecins, des infirmières, des psychiatres, des dentistes des physiothérapeutes ainsi que du personnel de soutien suédois. C'est une sorte de Mouvement Desjardins des soins de santé. Les plus petites entreprises de soins de santé sont le plus souvent détenues par les employés, ce qui pousse ces derniers à accroître l'efficacité des soins promulgués et a mieux gérer leurs budgets. Toutefois, lors de la privatisation de deux hôpitaux de grandes entreprises de santé en Europe se sont implantés, mais seulement dans les grandes agglomérations urbaines de la Suède.

⁵⁶ ALBERTA HEALTH AND WELLNESS. « Final Report: Study Tour of Sweden », [En ligne], juin 2006, <http://www.health.alberta.ca/documents/Study-Tour-2006-Sweden.pdf> (Page consultée le 2 juillet 2009).

⁵⁷ Andrew C. TWADDLE. *Health Care Reform in Sweden, 1980-1994*, pp.10-11.

⁵⁸ Voir à ce propos Sylvie COHU, Diane LEQUET-SLAMA et Dominique VELCHE. La Suède et la prise en charge sociale du handicap, ambitions et limites », *Revue française des Affaires sociales*, no.4, octobre-décembre 2003, pp.461-483 et Gun-Britt TRYDEGÅRD. « Les réformes des services de soins suédois dans les années quatre-vingt-dix. Une première évaluation de leurs conséquences pour les personnes âgées », *Revue française des Affaires sociales*, no.4, octobre-décembre 2003, pp.423-441.

⁵⁹ Gun-Britt TRYDEGÅRD. « Les réformes des services de soins suédois dans les années quatre-vingt-dix. Une première évaluation de leurs conséquences pour les personnes âgées », p.430.

⁶⁰ Gun-Britt TRYDEGÅRD. « Les réformes des services de soins suédois dans les années quatre-vingt-dix. Une première évaluation de leurs conséquences pour les personnes âgées », p.430.

⁶¹ Bruno PALIER. « Un système régionalisé en constante évolution : le cas suédois », pp. 32-34.

⁶² Bruno PALIER. « Un système régionalisé en constante évolution : le cas suédois », p.33.

⁶³ Bruno PALIER. « Un système régionalisé en constante évolution : le cas suédois », p.33.

⁶⁴ Bruno PALIER. « Un système régionalisé en constante évolution : le cas suédois », p.33.

⁶⁵ La délégation des tâches a eu deux impacts sur les médecins. Premièrement, le nombre de tâches réduit pour les médecins leur permet de se concentrer uniquement sur les cas les plus graves. Deuxièmement, la délégation de tâches fait en sorte qu'un médecin qui est libéré de tâches comme la prescription ou la consultation de patients dont le cas n'est pas aigu peut réaliser le même travail que trois médecins qui doivent évaluer les cas de tous les patients qui se présentent dans leur établissement. Ces médecins en « surplus » peuvent alors aller travailler dans les nouveaux centres de soins primaires. Ayant moins besoin de médecins ou de spécialistes, les établissements de santé réalisent des économies d'échelle importantes sans pour autant réduire l'offre de services de santé.

⁶⁶ Yan BOURGUEIL, Anna MAREK et Julien MOUSQUÈS. « La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec », *Bulletin d'information en économie de la santé*, no.95, juin 2005, p.7.

⁶⁷ Yan BOURGUEIL, Anna MAREK et Julien MOUSQUÈS. « La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec », p.7.

⁶⁸ Les infirmières jouent un rôle de premier plan dans la prévention de la santé puisqu'elles sont responsables des soins à domicile.

Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec?

⁶⁹ La norme 0-7-90-90 s'applique aux 20 traitements non urgents des plus courants (et souvent ceux dont les listes d'attentes sont les plus longues) en Suède dont voici les dix principaux : remplacement de la hanche, remplacement du genou, chirurgie de la cataracte, chirurgies des artères coronariennes, soins obstétricaux, gynécologie, ophtalmologie, chirurgies orthopédiques, rhumatologie et urologie.

⁷⁰ CONFÉRENCE MAÎTRISER LES FILES D'ATTENTE IV (2007 : Ottawa, Ont.), *Nouvelles frontières de la mesure, de la surveillance et de la gestion des temps d'attente* : Ottawa, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, mai 2007, 40 p ; p.13.

⁷¹ Sandra JANSSON and Anders ANELL. « The impact of decentralised drug-budgets in Sweden: a survey of physicians' attitudes towards costs and cost-effectiveness », *Health Policy*, vol.76, no.3, 2006, pp.299-311.

⁷² Bruno PALIER. « Un système régionalisé en constante évolution : le cas suédois », pp.35-36.

⁷³ Bruno PALIER. « Un système régionalisé en constante évolution : le cas suédois », p.35.

⁷⁴ Bruno PALIER. « Un système régionalisé en constante évolution : le cas suédois », p.35.

⁷⁵ Sven SIVERBO. « The Purchaser-provider Split in Principle and Practice: Experiences from Sweden », *Financial Accountability & Management*, vol.20, no.4, novembre 2004, pp.401-420 ; p.407.

⁷⁶ Sven SIVERBO. « The Purchaser-provider Split in Principle and Practice: Experiences from Sweden », p.407.

⁷⁷ Göran ARVIDSSON et Bengt JÖNSSON, *Politik och marknad i framtidens sjukvård*.

Stockholm, SNS Förlag, 1997, 148 p ; pp.55-56.

⁷⁸ Johan CALLTROP et Michael I. HARRISSON. « The re-orientation of market-oriented reforms in Swedish health care », *Health Policy*, no.50, 2000, pp. 219-240 ; p.228.

⁷⁹ Sven SIVERBO. « The Purchaser-provider Split in Principle and Practice: Experiences from Sweden », p.416.

⁸⁰ Le système DRG mis en place en 1993 consiste à mesurer la productivité d'un hôpital. Le système est basé sur le coût de production d'un point DRG. Un nombre de points prédéfini est attribué à chaque acte de soins. Il faut donc recenser chaque acte de soins et faire le total pour une année. Par exemple : un accouchement vaut 2 points, il y a eu 2 000 accouchements donc 4 000 points. Une opération de la cataracte vaut 3 points, 3 000 opérations donc 9 000 points et ainsi de suite pour chaque acte. Pour connaître le coût d'un point DRG selon l'acte médical, il suffit de diviser le coût total des actes (budget de l'établissement de santé ou du département) par le nombre de points produits. Il est à noter que la Suède emploie une variante du système DRG nommée NorDRG.

⁸¹ Espen ERLANDSEN. « Améliorer l'efficacité des dépenses de santé : enseignements tirés d'analyses partielles et sélectives de la performance des hôpitaux », *Revue économique de l'OCDE*, no.44, 2008, pp.1-35 ; p.6.

⁸² Andrew C. TWADDLE. *Health Care Reform in Sweden, 1980-1994*, p.124.

⁸³ Espen ERLANDSEN. « Améliorer l'efficacité des dépenses de santé : enseignements tirés d'analyses partielles et sélectives de la performance des hôpitaux », p.6.

⁸⁴ Rikard LINDQVIST, Måns ROSÉN et Lisbeth SERDÉN. « Have DRG-based prospective payment systems influenced the number of secondary diagnoses in health care administrative data? », *Health Policy*, vol.65, no.2, 2003, pp.101-107 ; p.106.

**Les réformes de santé en Suède :
quelles leçons pour le Québec?**

⁸⁵ GROUPE DE TRAVAIL SUR LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ. *En avoir pour notre argent*, pp.185-187.

⁸⁶ David RAE. *Getting Better Value for Money from Sweden's Healthcare System*, p.17.

⁸⁷ Vincent LEMIEUX et Jean TURGEON. « La décentralisation : panacée ou boîte de Pandore ? », p.193.

⁸⁸ Vincent LEMIEUX et Jean TURGEON. « La décentralisation : panacée ou boîte de Pandore ? », p.193.

⁸⁹ Voir à ce sujet Robert DUTRIZAC. « Cataractes : deux fois moins cher dans le public », *Le Devoir*, 30 janvier 2009, pp. A1 et A10.

⁹⁰ Yan BOURGUEIL, Anna MAREK et Julien MOUSQUÈS. « Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ? », *Questions d'économie de la santé*, no.127, novembre 2007, pp.1-8.

⁹¹ Jacques FOURNIER. « Une manière d'augmenter les revenus des médecins ? », *Le Devoir*, 12 juin 2007, p. A7.

⁹² Luc GODBOUT. « À la hauteur de ses moyens, la ministre met plein gaz sur l'investissement », p.19.

⁹³ Le débat sur le rôle du secteur privé lancé notamment par l'Action démocratique du Québec en est un exemple probant.